

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
TY.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 5

**1. AMAÇ:** Hasta, hasta yakınları, ziyaretçi ve çalışanlarımız için tehlike ve riskleri azaltmak, kaza ve yaralanmaları önlemek ve güvenli bir ortam oluşturmaktır.

**2. KAPSAM:** Hastanemiz tüm birimlerini kapsar.

**3. KISALTMALAR**

**4. TANIMLAR**

**5. SORUMLULAR:** Tüm hastane personeli sorumludur

**6. FAALİYET AKIŞI**

**6.1 Denetim ve Kontroller**

Hastanemizde sorunların yerinde tespiti ve hizmetin değerlendirilmesi amacıyla en az ayda bir bina turları yapılmaktadır. Bina turları başhekim, başhemşire veya yardımcısı, hastane müdürü, kalite yönetim direktörü ve teknik servis sorumlusunun katılımıyla yapılmakta ve Bina **Turları formuna** kaydedilmektedir. Bina Turları esnasında aksaklık görülürse ilgili birim amiri tarafından **Bina Turları fomuna** kaydedilmekte ve düzeltici faaliyet başlatılmaktadır. Bina Turları Aylık değerlendirme toplantıları yapılmakta ve kayıt altına alınmaktadır. Tesis Güvenliği Komitesi 3 aylık toplantı yapılarak kayıt altına alınacaktır.


**6.2 Güvenlik Önlemleri**

**6.2.1 Hastane Güvenliği**

- Hastanenin bina içi ve dışı güvenliği dışarıdan hizmet alımı yoluyla güvenlik şirketi elemanlarınca sağlanır ve hastane müdürü yardımcısı tarafından denetlenmektedir.
- Güvenlik şirketi elemanları hırsızlık vb. olaylar önlemek için hastane koridorlarını sık aralıklarla kontrol etmelidir. Vukuat olması durumunda tutanak tutulup, polis konu ile ilgili bilgilendirilmelidir.
- Ziyaret saatlerine riayet edilmesi güvenlik elemanlarınca sağlanmalıdır.
- Hastaneye yatışı yapılan hastalar ve exlere ait kıymetli eşyalar gerekli görüldüğü takdirde nöbetçi memura, servis hemşiresi veya servis hekimi tarafından tutanakla teslim edilmelidir.
- Güvenlik elemanlarına yetki ve sorumlulukları(uyum,halkla ilişkiler v.s konularda) Eğitim Ekibi tarafından yıllık eğitim planına eklenerek gereken eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.

**6.2.2 Yangın Güvenliği**

- Hastanemizde yangına karşı alınacak önlemler ve sorumluları **Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi'** nde tanımlanmıştır.
- Acil durumlarda müdahale ekibinin, söndürme, kurtarma, koruma ve ilk yardım ekipleri belirlenmiş, ilgili personele bu konularda gerekli eğitimler verilmiştir. Yangın tatbikatı ve tahliye tatbikatı yılda bir kez yapılmaktadır.
- Yangın alarm sistemi kurulmuştur.
- Yangın çıkış levhaları uygun yerlere görülebilecek şekilde yerleştirilmiştir, acil çıkış kapılarının açık kalması sağlanmıştır. Kapı önlerinde herhangi bir cisim bulundurulmamaktadır. Konu ile ilgili kontroller Sivil Savunma Sorumlusu tarafından yapılmaktadır.
- Yangın tüpleri mutlaka sabitlenmiştir ve kullanıma hazır olması için düzenli bakım ve kontrolleri sivil savunma birim sorumlusu tarafından sağlanmaktadır.

	<b>TESİS GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
TY.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 5

- Yangın çıkma nedenlerinin ortadan kaldırılması için elektrik sisteminin kontrolleri rutin olarak yapılmaktadır.
- Hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışanların hastane içinde sigara içmesi kesinlikle yasaktır.
- Hastane binasının yıldırıma karşı korunması için paratoner sistemi kurulmuştur ve rutin kontrolleri teknik servis tarafından yapılmaktadır.
- Elektrik kablolarının açıkta bulunmamaktadır.
- Hastane Acil Durum Planları oluşturulmuştur.
- Acil durumlarda kullanılacak alternatif alanlar belirlenmiştir.

### 6.3 Tıbbi Atıklar



- Hastanemizde **Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'** ne uygun bir tıbbi atık depomuz bulunmaktadır. Tıbbi atıklar, **Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'** ne uygun olarak hazırlanmış **Atıkların Yönetimi Talimata göre** depolanmalı ve ilgili birimlere teslim edilmelidir.
- Atık deposunun ve temizlik kontrolleri düzenli olarak yapılmakta, **Tıbbi Atık Temizlik Kontrol Formu** ile kayıt altına alınmıştır.

### 6.4 Bina Bakım ve Onarım Faaliyetleri

- Hastanemizde meydana gelen ve gelebilecek arızalar idari denetimler, teknik servisin tespitleri ya da birim sorumlularının bildirimini **Arıza Bildirim formu** yardımıyla tespit edilmekte ve ilgili birime gecikmeden düzeltilmesi sağlanmaktadır.
- Periyodik bakımlar, **Yıllık Bakım Planı na göre** planlanmakta ve zamanı geldiğinde yapılmaktadır.
- B0, akımlar, teknik işletme amirliği tarafından ya da dış hizmet alımıyla gerçekleştirilmektedir.
- 00,Bina genel bakım onarımları baştabip ve ilgili hastane müdür yardımcısı tarafından belirlenmektedir.

### 6.5 Elektrik, Su ve Atık Su Sistemleri

- Hastanemizde su deposu bakımının yapılıp- kayıtlarının muhafazasından hastane müdürü yardımcısı ve teknik servis sorumludur.
- Su sistemlerindeki arızalar teknik servis tarafından giderilmektedir.
- Elektrik sisteminin işleyişinden, arızalarının zamanında giderilmesinden rutin bakım ve kontrollerinden bakım onarımdan sorumlu hastane müdür yardımcısı ve teknik servis sorumludur.
- Elektrik ve su sisteminde meydana gelebilecek arızalar, birimler tarafından **Arıza Bildirim Formu** ile teknik servise başvuru yapılarak teknik servis tarafından giderilmektedir.
- Elektrik kesintisi olması durumunda jeneratörlerimiz 10 sn. içerisinde devreye girmekte ve elektrik ihtiyacı bu şekilde giderilmektedir.
- Jeneratörlerin bakım ve kontrollerinden, işler durumda olmasından Tesis Güvenliği Komitesi, hastane müdürü ve teknik servis sorumludur.
- Jeneratörlerin periyodik bakımları **Yıllık Bakım Planı Formu** planlanmıştır.
- Jeneratörler için her zaman yedek yakıt bulundurulmaktadır.
- Hastanemizde UPS (kesintisiz güç kaynağı) cihazı bulunmaktadır. Bakımları aylık

	<b>TESİS GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
TY.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 5

yapılmaktadır. Kayıtları teknik servis ve Kalite birimi sekreterliğinde muhafaza edilmektedir.

### 6.6 Medikal Gaz Sistemleri

- Hastanemiz medikal gaz sisteminin bakım ve kontrollerinden hastane müdür yardımcısı ve teknik servis sorumludur.
- Medikal gaz sistemi ile ilgili tespit edilen arızalar teknik servis tarafından ya da dışarıdan hizmet alımı yolu ile giderilmektedir. Medikal gaz sisteminde meydana gelebilecek arızalarda birimler tarafından **Arıza Bildirim formu** ile teknik servise başvuru yapılarak, arıza teknik servis tarafından giderilmektedir.
- Kayıtlar teknik serviste muhafaza edilmektedir.
- Tüplerin bakımları ilgili firma ve tek servis tarafından yapılmaktadır.

### 6.7 Havalandırma Sistemi

- Hastanemiz merkezi havalandırma sistemi vardır.
- Havalandırma sisteminin bakımları ve ölçümleri rutin **Yıllık Bakım Planı Formu doğrultusunda** düzenli olarak yapılmaktadır.
- Kayıtlar teknik servis ve kalite birimi sekreterliğinde muhafaza edilmektedir.

### 6.8 Tıbbi Cihaz Bakım, Onarım ve Kalibrasyonları

- Hastanemiz tıbbi cihazlarının bakımları Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde oluşturulan **Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi** tarafından planlanmaktadır. Bakımların kayıtları Kalite Yönetim Birimi Sekreterliği tarafından muhafaza edilmektedir.
- Hastanemiz tıbbi cihazlarının kalibrasyonları **Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı** doğrultusunda **Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi** tarafından planlanmaktadır. Kalibrasyonların kayıtları Kalite Yönetim Birimi Sekreterliği tarafından muhafaza edilmektedir.
- Kalibrasyonu yapılmış cihazların üzerinde kalibrasyon kartları bulunmaktadır. Ayrıca kalibrasyon etiketleri cihazların üzerine yapıştırılmaktadır.
- Kalibre edilmemiş izleme ve ölçme cihazları kullanılmamakta ve en kısa sürede kalibre edilmesi sağlanmaktadır.
- Cihazların kalibrasyon, bakım ve onarımlarının zamanında yapılmasından Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi ve teknik servis sorumludur. Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi 3 aylık toplantılar yaparak kayıt altına alınmaktadır.

### 6.9 Asansörler


- Asansörlerin rutin bakım ve onarımlarından Tesis Güvenliği Komitesi ve teknik servis sorumludur. Bakımları Asansör bakım planına göre yapılmaktadır.
- Asansörlerimizin bakımı dışarıdan hizmet alımı yoluyla yaptırılmakta ve kayıtları kalite birimi ve teknik serviste muhafaza edilmektedir.

### 6.10 Tehlikeli Maddeler

Tehlikeli maddelerle ilgili alınacak önlemler **Tehlikeli Kimyasal Maddelerin Yönetimi Prosedüründe tanımlanmıştır.**

**6.10.1 Narkotik ve Anestezik İlaçların (Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar) Dağıtım ve Kontrolü Talimatı** uygun olarak muhafaza edilmelidir.

- Çift kilit altında muhafaza edilmelidir.

	<b>TESİS GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
TY.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 4 / 5

- Verilirken mutlaka verildiği yer ve kişilere ilişkin kayıtlar tutulmaktadır.
- Birimlerde narkotik ilaç dolaplarında kilit altında muhafaza edilmektedir.
- Vardiya değişimlerinde devir teslim kayıtları tutulmaktadır.
- Miadı dolan ilaçlar eczacı ile görüşülerek kullanımdan kaldırılması için gerekli işlemler yerine getirilerek imhası sağlanmalıdır.

### **6.10.2 Kimyasal Maddelerin (Alkol, Formol, Xylen, Aseton, Laboratuvar kimyasalları, Röntgen Suları)**

**Taşınması Talimatı ve Kimyasal Madde Stoklama Talimatına** uygun olarak muhafaza edilmelidir.

- Kullanılırken eldiven ve gerektiğinde maske kullanılarak çalışılmalıdır.
- Ateşten uzak tutulmalıdır.
- Buldukları birimlerde yeterli havalandırma sağlanmalıdır.
- Yangın tehlikesine karşı tedbirler alınmış olmalıdır.
- Tesis Güvenliği Komitesi tarafından takibi yapılmaktadır.

### **6.10.3 Anestezik Ajanlar**

- Anestezik ilaçlar mutlaka anestezi uzmanının gözetiminde olmalıdır.
- İlaçlar kullanıma hazırlanırken gerekli kişisel ekipman kullanılmalıdır.
- Anestezik ilaçların kullanım bilgileri anestezi ve eczane bilgi sisteminde kayıtlı olmalıdır.
- Anestezik ilaçların miad kontrolleri yapılmalıdır.
- Miadı dolan anestezik ilaçların kullanımdan kaldırılması için eczacı ile irtibata geçilmelidir.

## **7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR**

- 7.1** Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi
- 7.2** Bina Turları Formu
- 7.3** Atıkların Yönetimi Talimatı
- 7.4** Tıbbi Atık Temizlik Kontrol Formu
- 7.5** Arıza Bildirim Formu
- 7.6** Yıllık Bakım Planı Formu
- 7.7** Yıllık Kalibrasyon Planı
- 7.8** Tehlikeli Maddelerin Kullanımı ve Kontrolü Talimatı

 <b>ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ</b>	<b>TESİS GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
TY.PR.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 5 / 5

--

<b>HAZIRLAYAN BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU</b>	<b>KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN BAŞHEKİM</b>
--	--	-------------------------------