



1.AMAÇ:

Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

2. KAPSAM:

Hastanemizdeki tüm birimleri kapsar.

3. SORUMLULAR:

Başhekim, Hasta Güvenliği Komitesi, Başhemşire, Kalite yönetim direktörü

4. UYGULAMA:

4.1 Hasta Güvenliği Komitesi

Kalite Yönetim Komisyonu yılda en az dört toplanır. Bu komisyon komite üyelerini belirler, üyelere imzaları karşılığında bildirim yapılır, yapılacak işlemler hakkında eğitim verilir. Komite başkanını komite üyeleri belirler.

- . Tıbbi, idari, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci
- . Kalite yönetim direktörü
- . Cerrahi branş uzmanı
- . Dahili branş uzmanı
- . Laboratuvar branş uzmanı
- . Anestezi uzmanı
- . Hastane bilgi işlem sorumlusu
- . Eczacı

4.2. Hasta Güvenliği Komitesinin Toplanması ile İlgili;

- a) Hasta güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlanmalıdır.
- b) Ekip, düzenli aralıklarla iki ayda bir kez olmak üzere toplanmalı, çalışmalarını ve yapılan toplantıları kayıt altına almalıdır.
- c) Bu ekip hastanede hasta güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, hasta için olası riskleri belirlemeli, düzeltici önleyici faaliyet planları yapmalı ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirmelidir.
- d) Personele konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenlemeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

4.3.Hasta Güvenliği Komitesinin Görev Tanımı;

- . Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- . Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- . Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması
- . Transfüzyon güvenliğinin sağlanması
- . Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- . Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltması
- . Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- . Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- .Hasta mahremiyetinin sağlanması
- . Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
- . Atık Yönetimi
- . Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod)
- . Hastaların güvenli transferi
- . Hasta bilgileri ve kayıtların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- . Hastaların bilgilendirilmesi ve onay alınması
- . Bilgi güvenliği
- . Laboratuvarda hasta güvenliği
- . Temel yaşam desteği güvenliği konularını kapsar.



ÖZEL VERSA HASTANESİ

HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI



DOK.KODU:KY.TL.05

YAYIN TR:01.10.2011

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:00

SAYFA NO:2/7

4.3.1. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi

Hastanemizde tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir. Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotlu kol bandında;

- 1) Protokol numarası,
- 2) Hasta adı- soyadı,
- 3) Doğum tarihi (gün-ay-yıl) bulunur.

Hasta yatışlarında beş ayrı renkte kimlik tanımlama bilekliği kullanılır renkli bileklik uygulamasında; **Hasta Kimliğinin Doğrulanmasına İlişkin Prosedür** doğrultusunda uygulama yapılır.

4.3.2. Etkin İletişimin Sağlanması

a) Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında;

- 1) Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.
- 2) Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.
- 3) Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

b) Çalışanlar Arasında Etkili İletişim

Eğitimler, Güvenli Raporlama Bildirim Eğitimi, Çalışan Memnuniyet Anketi



c) Sözlü/telefon talimatlarının kaydında;

- 1) Talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat Sözel İstem Formuna kaydedilir.
- 2) Talimatların altına "sözlü talimat" veya "telefon talimatı" olduğu yazılır.
- 3) **Sözel İstem Formu**, sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- 4) Talimatı veren tabibe 24 saat içinde ulaşılamadığı takdirde Sözel İstem Formu, hastayı devralan servis tabibi tarafından onaylanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- 5) Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.
- 6) **Yüksek Riskli İlaçlar Listesi** Formundaki ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul edilmez.

4.3.3. İlaç Güvenliğinin Sağlanması

Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu ile kayıt altına alınarak, miad kontrolleri yapılır, hemşire tarafından imza karşılığı teslim alınır, ilgili hekime bildirilir. İlgili hekim hastanın tedavisindeki ilaçlarla, sürekli kullandığı ilaçları kontrol ederek hasta tabelasına yazar. Hastanın kullandığı ilaçların tümü, ilgili hemşire tarafından verilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi hekimi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır.

Hastanın yatış öncesi aldığı, bakım sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu' na kaydedilir, aslı hastaya verilir, bir örneği hasta dosyasında bırakılır. Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydeder.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI			
DOK.KODU:KY.TL.05	YAYIN TR:01.10.2011	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:3/7

İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanır. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır. İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. **İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi** belirlenmiştir ve buna göre uygulama yapılır. Yazılışı, okunuşu, ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar **İlaç Yönetimi Prosedürü** gereğince yapılır. Hasta başı ilaç order'i adı ve kutuları birbirine benzeyen ilaç listelerinin personele duyurulması ve erişilebilir olmasıdır.

4.3.4. Güvenli Transfüzyon

- a) Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan verilme süresi doğrulanır. **Kan Transfüzyonu Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi** hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.
- b) Transfüzyon sürecinde; ilk 10 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenip **Kan Transfüzyonu Takip Formu** doldurulup imzalanır.

4.3.5. Düşmelere Bağlı Risklerin Azaltılması

Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, **Hemşirelik Süreci Hasta Tanımlama Formu** doldurulması esnasında belirlenir. 0-16 yaş grubundaki hastalar için **Harizmi Düşme Riski Değerlendirme Formu** ve yetişkin hastalar için **İtaki Düşme Riski Değerlendirme Formu** düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir. Hasta düşme riski değerlendirmesi sonucunda yetişkin hastalarda 5 ve 5 'in üstü ayrıca 0-16 yaş grubu için değerlendirme puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli yeşil yapraklı yonca figürüyle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısında bulunmalıdır. Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Güvenlik Raporlama Olay Bildirim Formu** doldurularak, en kısa zamanda Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır. Düşen hasta ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumunun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir.

4.3.6. Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması



a) Cerrahi işlem güvenliği için;

- 1) Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
- 2) Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.
- 3) Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
- 4) Cerrahi Güvenlik kontrol listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi** hasta dosyasında saklanır.

b) Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde

- 1) Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- 2) Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.
- 3) Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.

4) Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI			
DOK.KODU:KY.TL.05	YAYIN TR:01.10.2011	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:4/7

c) Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak kurallar şu şekildedir;

- 1) Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.
- 2) Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
- 3) İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- 4) Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- 5) Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- 6) Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.
- 7) Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

d) Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- 2) Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.
- 3) Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

e) Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
- 2) Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- 3) Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- 4) İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

4.3.7. Tıbbi Cihaz Güvenliği

Hastanemizde Tesis Güvenliği Komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip oluşturulmuştur. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etiketle;
. Kalibrasyonu yapan firmanın adı
. Kalibrasyon tarihi
. Geçerlilik süresi
. Sertifika numarası bulunur.

4.3.8. Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi

Hastalarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Birimi" tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Hastanemiz "Hastane Enfeksiyon Kontrolü Yıllık Uygulama Planı"nda ayrıntılarıyla belirtilmiştir.



ÖZEL VERSA HASTANESİ

HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI



DOK.KODU:KY.TL.05

YAYIN TR:01.10.2011

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:00

SAYFA NO:5/7

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, “Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı Talimatı” nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak UHESA ya kaydedilir, surveyans sonuçlarına göre bölüm bazında DÖF başlatılır. Üç ayda bir bölüm bazında hastane enfeksiyon hızları, etkenleri, direnç paternlerini içeren surveyans raporu hazırlanarak üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılır.

4.3.9. Atık Yönetimi

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar “Atık Yönetimi Talimatı” nda belirlenmiştir. Plan ;

- . Üretilen atık çeşitlerini,
- . Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,
- . Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
- . Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
- . Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı,
- . Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
- . Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
- . Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,
- . Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,
- . Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,
- . Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

4.3.10. Yenidoğan Ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (Pembe Kod)

a) Yenidoğan /bebek /çocuk kaçırılması ve ya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “PEMBE KOD” uygulaması gerçekleştirilir.

b) Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için;



- . İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci,
- . Pediatri servis hemşireleri,
- . İlgili birim sorumlu hemşiresi,
- . Nöbetçi hemşire,
- . Güvenlik amiri,
- . Güvenlik ekibi,
- . Teknik servis elemanından oluşan sorumlu ekip oluşturulur.

c) Ekip üyelerinin görev tanımları kurum yönetimince yapılır. Çalışanlara pembe kod uygulamasıyla ilgili yılda iki kez tatbikat ve eğitim verilir, kayıt altına alınır.

4.3.11. Hastaların Bilgilendirilmesi Ve Onayının Alınması

Hastanemizde hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rızanın

- alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağı ilgili yazılı düzenlemede belirtilmiştir. Bilgilendirme ve rıza alınmasıyla ilgili süreçte;
- . İşlemin kim tarafından yapılacağı,
 - . İşlemden beklenen faydalar,

	ÖZEL VERSA HASTANESİ				
	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI				
DOK.KODU:KY.TL.05	YAYIN TR:01.10.2011	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:6/7	

- . İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
- . Varsa işlemin alternatifleri,
- . İşlemin riskleri ve komplikasyonları,
- . İşlemin tahmini süresi,
- . Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- . İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- . Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.

4.3.12. Bilgi Güvenliği

Hastanemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir. Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz.

4.3.13. Laboratuvar Hasta Güvenliği

Laboratuvarlar hasta güvenliğini doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Laboratuvar sürecini preanalitik, analitik ve postanalitik olmak üzere üç evreye ayırırsak, yapılan çalışmalarda hasta güvenliğini etkileyen laboratuvar hatalarının en çok preanalitik dönemde (%70) yapıldığı görülmektedir. Bu bilgi ışığında hastanemiz laboratuvar süreçlerine göre aşağıdaki önlemleri alarak laboratuvar hatalarını en aza indirmeyi hedeflemektedir.

a) Preanalitik Evre: Laboratuvarlarımızda numunelerin doğru alınması, numunelerin uygun şekilde alınması dikkat edilecek hususlar belirlenmiştir. Numunelerin laboratuvara kabul veya red kriterleri de belirlenerek "Laboratuvarlarda Reddedilen Numunelerin Kayıt Formu Listesi" belirlenerek uygun olmayan numunelerin laboratuvara kabulü önlenmiştir.

b) Analitik Evre: Laboratuvarlarda kullanılan cihazların bakım, onarım, ölçme, kalibrasyonları belli bir plan dahilinde laboratuvar sorumlu hekimlerimizce yapılmakta veya yaptırılmaktadır. Yine laboratuvarlarımızda çalışılan testlerin internal ve external kalite kontrolleri laboratuvar hekimlerimizin sorumluluğunda yapılmakta ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

c) Postanalitik Evre: Kritik test değerleri ile ilgili işlemlerde; Panik Değer Bildirim Formu oluşturulmuştur. Acil olarak bildirilmesi gereken kritik test değerleri, ilgili laboratuvar bölümlerinin uzmanı veya sorumluları tarafından, hastanın adı ve soyadı, protokol numarası ve kritik değerdeki testin sonucu ile birlikte, çift nüsha halinde hazırlanan forma yazılır ve zaman geçirilmeden hastanın hekimine ve hemşiresine bildirilir. Telefon ile bildirilen testler geri okuma yöntemi kullanılarak kesinleştirilir. Laboratuvar çalışanlarına panik değer ve bildirim ile ilgili eğitim verilir.



Mikrobiyoloji laboratuvarında antibiyotik duyarlılık test sonuçları kısıtlı bildirimine yönelik uygulama Antibiyotik Kısıtlama Talimatı doğrultusunda yapılır.

4.3.14. Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (Mavi Kod)

a) Temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalenin yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir.

b) Mavi kod yönetimine yönelik düzenlemede;

- . Uyarı sistemi oluşturulur,
- . Sorumlular belirlenir,

	ÖZEL VERSA HASTANESİ			
	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA TALİMATI			
DOK.KODU:KY.TL.05	YAYIN TR:01.10.2011	REVİZYON NO:00	REVİZYON TARİHİ:00	SAYFA NO:7/7

. Her vardiya için ekipler belirlenir,

. Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunur,

. Acil müdahale setinin miad ve kritik stok seviyeleri takip edilir.

Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere; Her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunur, hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. **Mavi kod ekibi en geç 3 dakika içinde olay yerine ulaşmalıdır.**

Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulur:

. Müdahale edilen kişiye ait bilgiler,

. Yapılan uygulama,

. Müdahalenin yeri,

. Çağrının yapıldığı zaman,

. Ekibin olay yerine ulaşma zamanı,

. Müdahalenin sonucu,

. Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı, kayıtlar Kalite Yönetim Birimine gönderilir.

Mavi kod uygulamasına yönelik yılda iki kez tatbikat yapılır. Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulur. Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilir.

5. İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

5.1. HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASINA İLİŞKİN PROSEDÜR

5.2. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLAR LİSTESİ

5.3. İLAÇ UYGULAMALARINDA KULLANILMAMASI GEREKEN KISALTMALAR LİSTESİ

5.4. İLAÇ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

5.5. KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIM TALİMATI

5.6. ATIK YÖNETİM TALİMATI

5.7. ANTİBİYOTİK KISITLAMA TALİMATI

5.8. KAN VE KAN BİLEŞENLERİ TRANSFÜZYONU HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

6. İLGİLİ KAYITLAR:

6.1. SÖZEL İSTEM FORMU

6.2. KAN TRANSFÜZYONU TAKİP FORMU

6.3. İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU

6.4. HARİZMİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU

6.5. GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ BİLDİRİM FORMU

6.6. GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

6.7. HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	O N A Y
Kalite Temsilcisi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim