

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	Organizasyon yapısı, kurumsal ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde hastane politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		KKU05.01		Görev tanımları, ilgili birimdeki tüm süreçleri kapsayacak şekilde etik ilkeler ve ekip anlayışı içerisinde tanımlanmalıdır. Görev dağılımında çatışma yaşanması durumunda izlenecek yol tanımlanmalıdır. Birim ya da kişilere verilen yetki ve sorumluluklar dengeliği sağlanmalıdır. Görev tanımları asgari aşağıdaki hususları içermelidir: o Birim, Görev adı, Amir ve üst amirler, Görev devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişilerin belirlenmesi), Görev amacı, Temel iş ve sorumluluklar, Yetkiler, Sağlık meslekleri için etik ilkeler			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		YO.OY.02.00	Hastane, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		YO.PD.01.00	Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir. Miyon, vizyon ve değerler çalışanlar ile paylaşılmalı, konu ile ilgili çalışanlara yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenmelidir. Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Miyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hastanede kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hastane, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli olarak gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON			Hastanenin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	Hastanenin web sitesi olmalıdır. Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır: o Organizasyon yapısı, Hastane misyon, vizyon ve değerleri, Hastane kalite yönetim birimi ve çalışmaları, Toplu taşıma seçeneklerini de içerecek şekilde hastaneye ulaşım bilgileri * Şehir dışından (havaalanı, otogar, tren garından) gelen hastalar için hastaneye ulaşım bilgileri o Hastane iletişim bilgileri, Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları, Acil sağlık hizmetleri, Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım ya da tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler, Randevu alma bilgileri, Radyoloji ve laboratuvar tetkik sonuçlarına ulaşım alanı, Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar, Ziyaret saatleri, ziyaretçilerin ve refakatçilerin uyması gereken kurallar, Koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikler, Anlaşılmalı oldukları kurum bilgileri			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Klinik yönetim kapsamında hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır: o Klinik süreçlerin denetimi, Klinik risklerin yönetimi, Kalite güvencesi, Klinik etkinlik, Kurumsal ve bireysel gelişim			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hastane tarafından belirlenen hasta bakım prosedürleri ve ulusal ya da hastane tarafından kabul edilmiş klinik protokollerin uygulanma durumu denetlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Bakanlıkça belirlenen klinik kalite göstergelerine ilişkin sonuçlar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON			Kalite Yönetim Yapısı	Kurumsal ve bireysel düzeyde klinik uygulamaların iyileştirilmesine yönelik ihtiyaçlar tespit edilmeli, gerekli eğitim, araştırma ve tecrübe ortamının oluşturulması sağlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		KKU06	Klinik yönetim im ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Yönetmelik yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Komiteler, düzenli aralıklarla yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır. Komiteler, görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarını izlemelidir. Komiteler, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Her komitede yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		KKU06	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	Bölüm kalite sorumluları hizmet birimi kapsamında belirlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Sorumlular bölümlerinde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		KKU06	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	Öz değerlendirme, hastanenin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az iki kez olacak şekilde, hastane tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır. Ekipler belirlenmelidir. Özdeğerlendirme takvimi hazırlanmalıdır. Takvim hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir. Öz değerlendirme tüm SKS, SAS bölümlerini kapsamalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.00	Hastane yönetimi hizmet sunumuna yönelik tüm bölümlerin kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.	Düzenli aralılarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kalite Yönetim Yapısı			Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kalite Yönetim Yapısı			Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kalite Yönetim Yapısı		Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir.□ Bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları içermelidir.□ Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını□ Toplantı gündemini ve süresini□ Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kalite Yönetim Yapısı			Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kalite Yönetim Yapısı		Hastane kalite politikası oluşturulmalıdır.	Üst yönetim, aşağıdaki hususlara yönelik taahhütlerini içeren bir kalite politikası oluşturmalıdır: o Hastanenin amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu o Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi, Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması, Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kalite Yönetim Yapısı	Hastane kalite politikası üst yönetim tarafından onaylanmalı, yönetimin değişmesi durumunda yeniden gözden geçirilerek taahhüt yenilenmelidir.					
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Doküman Yönetimi	YO.DY.01.00	Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.	Hastanede tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümanite edilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Dokümanların formatı belirlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Dokümanların hazırlanması, kontrolü, üst yönetim tarafından onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				o Dış kaynak kullanımı yoluyla sunulan hizmetlere ilişkin dokümanlar da hastane tarafından belirlenen biçim ve düzene uygun olmalı ve hastane adına yayınlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Dokümanların biçimi ve düzeni doküman türü bazında belirlenmeli, hastane hizmet kapsamı içinde oluşturulan tüm dokümanlarda bu biçim ve düzene uygun hareket edilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON			Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme olmalıdır.	Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır ve asılacağı alanlar belirlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Panolar ve panolarda asılı dokümanlar estetik ve düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Belirlenen panolar/alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalara yönelik kurallar belirlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON			Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm orijinal dokümanlar muhafaza edilmelidir.	Fiziksel yada elektronik imza marifeti ile onaylanmış dokümanların muhafaza şekilleri tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON			İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	YO.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır. İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitimler tüm hastane çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır.	
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.						
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.						
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.						
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir. Bölümlerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Risk yönetimi çalışmaları, kalite direktörlüğü ve ilgili komitelerle koordineli şekilde yürütülmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.					
YÖNETİM VE ORGANİZASYON		KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Hastane risk yönetim kurulu oluşturulmalıdır. Kurul, başhekimin yönetiminde; o Kalite direktörü, İş sağlığı güvenliği uzmanı, SKS kapsamında tanımlanan komitelerin başkanları, Sağlık bakım hizmetleri, İdari ve mali hizmetler ve Destek hizmetlerinden sorumlu yöneticilerin katılımı ile yılda en az iki kez toplantı yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Hastane risk yönetim kurulunun sorumlulukları asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Risk yönetimine yönelik politika, strateji ve ana hedeflerin belirlenmesi o Risk yönetim süreçlerinin gözden geçirilmesi o Yönetimsel düzeyde etkin ve koordineli bir çalışma ve karar alma ortamı oluşturulması o İyileştirme sağlanamayan alan ve süreçlerin gözden geçirilmesi						

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Belirlenen risklere yönelik risk analizleri en az iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Risk yönetim planı ve risk analizleri mesai dışı süreçleri de kapsamalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmeli, eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilecek yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir: o Ön test-son test, Öz değerlendirmeler, Gözlemler, Kişilerle yapılan görüşmeler, Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler, Anketler, Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Eğitim Yönetimi	KEY06	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. o Eğitimlerin, hangi konularda, hangi hasta grubuna, hangi sıklıkla, kimler tarafından verileceği ve nasıl kayıt altına alınacağı tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hasta ve hasta yakınlarına, tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik asgari aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir: Hastalara verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır. o Kullanılacak ilaçlar ve kullanım kuralları, Hastalığın seyri, Hasta düşmelerinin önlenmesi, Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar, Hasta tarafından kullanılacak bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı, El hijyeni, beslenme ve diyet, mobilizasyon ve egzersiz, Kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi, Taburculuk sonrası bakım			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Sosyal Sorumluluklar	YO.SS.01.00	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Sosyal Sorumluluklar	KSS04		Uzun süreli yatışı söz konusu olan çocuk hastaların ilköğretim seviyesindeki eğitimlerinin kurum içinde sürdürülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Kurumsal İletişim	YO.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	Kurumsal iletişim kapsamında; hastane yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hedef kitle hastane faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON				Çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun sözleşmede belirtilen faaliyet adresi değişmişse, adres değişikliğinin yapılacağı günün en az 1 (bir) gün öncesinden Kuruma bildirimde bulunmadığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun, sahibinin veya anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortaklarının, diğer şirket türlerinde ortaklarının tümünün veya bir kısmının değişmesi halinde, bu değişikliği Ticaret Sicili Gazetesinde yayımlanmasından 30 (otuz) gün içinde bildirerek gerekli belgeleri Kuruma ilemediği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun bünyesinde görev yapacak hekimin kadrolu ve/veya kısmi zamanlı çalışma durumunu gösterir hizmet akdi belgesi (iş sözleşmesi) ile birlikte adına düzenlenmiş olan personel çalışma belgesini Kuruma göndermediği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Acil servis hizmetleri için, bağlı bulunduğu mevzuata uygun olarak yeterli sayıda uzman/pratisyen hekim bulundurmadığı tespit edildi mi? (Bu soru bağlı bulunduğu mevzuata göre acil servis bulundurma gereken 2. ci basamak özel sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusu tarafından hastanın ilk muayenesi sonrasında gerekli görülen tetkik ve/veya tedavi için sözleşmede belirtilen sürelerde randevu verilmediği tespit edildi mi? (Bu soru sadece 2. basamak özel sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır.)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Kurumca belirlenen orandan daha fazla oranda ilave ücret alındığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık uygulama Tebliğinin ilgili maddesine göre katılım payı alınması gereken kişilerden katılım payı alınmadığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık Uygulama Tebliğinin ilgili maddesine göre ilave ücret alınmayacak kişilerden ilave ücret alındığı tespit edildi mi?			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık Uygulama Tebliğinin ilgili maddesine göre ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinden ilave ücret alındığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusuna girildiğinde görülebilecek yerde ilave ücret alınabileceğini ve ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerini gösterir 50x50 cm ebatlarından küçük olmayan çerçeve/tabelaların olmadığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun, hastaların muayene, tetkik/tahlil ve tedavilerine ait bilgileri usulüne uygun şekilde kendi otomasyon sistemlerine kaydettiği bilgilerle dayanağı belgeleri denetim süresi içerisinde ibraz etti mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun , yatırarak uygulanmış olan tetkik ve tedavi işlemlerini ve ücretlerini, ayrıca bu işlemler üzerinden alınan ilave ücreti gösterir belgeyi; hastanın taburcu edildiği tarihte sağlık hizmeti verdiği hastaya yada birinci derece yakınına vermediği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sözleşme dosyasında bildirimi bulunmayan ve/veya MEDULA sisteminde kayıtlı olmayan hekim tarafından yapılan işlemlerin, MEDULA sisteminde kayıtlı olan hekim üzerinden Kuruma fatura edildiği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunda görevli MEDULA sisteminde tanımlı tam zamanlı ve/veya yarı zamanlı hekimlerin ayrılışının 5 (beş) gün içinde faks veya yazılı olarak veya Kurum bilgi işlem sistemleri aracılığıyla Kurum teşkilatına bildirildiği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Kurumda çalışan personelin sağlık hizmeti sunucusunda çalıştığı, mesul müdür,sahip,anonim şirketlerde yönetin kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde ise ortak olduğu tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Kurumun sözleşme yaptığı sağlık hizmeti sunucusunda çalışan mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde de ortak olan hekimlerin, herhangi bir resmi sağlık hizmeti sunucusunda görev yapan başhekim veya başhekim yardımcısı olarak çalıştığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusu sözleşme eki (EK-2) listesinde yer alan branşlardan herhangi birini ruhsatına/faaliyet izin belgesine eklemesi halinde bu durum ve bu branşta göreve başlayacak olan hekimin 10 (on) iş günü içinde Kuruma bildiriminin yapılmadığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun, ruhsatında/faaliyet izin belgesinde yer alan branşların tamamı veya bir kısmı iptal edildiğine yada İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sürekli olarak faaliyetin durdurulduğu durumlarda, bu durumu kendilerine tebliğ edildiği tarihten itibaren 15 (on beş) gün içinde Kuruma bildirimde bulunmadığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun , sözleşme kapsamında vermeyi taahhüt ettiği tedavi hizmetlerinin tamamını veya bir kısmını bir başka sağlık hizmeti sunucusundan karşılayarak Kuruma fatura ettiği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusu SUT' ta yer alan tetkik ve tahlillerden bir veya daha fazlasını hizmet alımı yöntemiyle yapıyor ise hizmet alım sözleşmesinin bildirimini Kuruma yapmadığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	SağlıkHizmeti Sunucusunun, Kurumla sözleşmesi feshedilmiş olan sağlık hizmet sunucusundan fesih süreleri içerisinde hizmet alımı yaptığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık Hizmeti Sunucusunun , kendilerine hasta gönderilmesine yönelik olarak her ne şekilde olursa olsun kurumlar, hekimler, diğer sağlık kurum ve kuruluşları ve üçüncü şahıslarla açık veya gizli iş birliği, ilgili mevzuata aykırı yersiz talep oluşturacak reklam ve tanıtım yapma, simsar ve benzeri yönlendirici personel bulundurma, kamu kurum/kuruluşları da dahil olmak üzere kampanya şeklinde uygulamalara katıldığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık Hizmet Sunucusunun muayene kotası dolduğu halde hasta muayene etmeye devam ettiği tespit edildi mi? (Bu soru sadece 2. basamak özel sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır.)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	SUT' un ilgili maddesine göre merkezde tam zamanlı görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim sayısı ve çalışma saatleri, merkezin çalışma saatleri, İş kanununa göre çalıştıracağı hekim dışı sağlık personeli sayısı, kabin sayısı ve seans süresi dikkate alındığında günlük yapabileceği seans sayısı üzerinde fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi yapıldığı tespit edildi mi? (Bu soru sadece fizik tedavi merkezleri ile fizik tedavi ünitesi bulunan 2. basamak özel sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Dış Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun hemodiyaliz cihazı ve ruhsata işlenmesi gereken diğer cihazlara ilişkin değişiklikleri (artırma, eksiltme, yenileme) İl Sağlık Müdürlüğünden alacakları izin belgesi tarihinden itibaren 3 gün içinde Kuruma bildirimde bulunmadığı tespit edildi mi? (Bu soru sadece diyaliz merkezleri ile diyaliz ünitesi bulunan sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır.)			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Diyaliz tedavisi süresince Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik hükümleri doğrultusunda belirlenen periyotlarda sağlık hizmeti sunucusu tarafından hastalara rutin laboratuvar tetkikleri hemo diyaliz uygulaması sırasında ortaya çıkan acil durumda gereken diğer tetkikler, gerektiğinde ve özellikle gösteren hastalarda daha sık yapılan tetkiklerin tümü fiyata dahil olup ayrıca faturalandırıldığı tespit edildi mi? (Bu soru sadece diyaliz merkezleri ile diyaliz ünitesi bulunan sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır.)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Diyaliz merkezinde diyaliz tedavisi gören her hasta için ayrı bir hasta takip dosyası tutulmadığı tespit edildi mi? (Bu soru sadece diyaliz merkezleri ile diyaliz ünitesi bulunan sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır.)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık Hizmeti Sunucusunun, sağlık kurulu veya tek hekim raporu ile yapılan tedavi istemlerinde belirtilecek hemodiyaliz tedavi şekli ve haftalık seans sayısına göre periyodik aralıklarla hemodiyaliz tedavisini, tıbbi zorunluluklar hariç olmak üzere seansları 4 saatten az uyguladığı tespit edildi mi? (Bu soru sadece diyaliz merkezleri ile diyaliz ünitesi bulunan sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır.)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunda invaziv kardiyolojik girişim yapan kadrolu çalışan kardiyoloji uzmanı hekimin, günlük yapabileceği sayı olan 15' in üzerine kardiyolojik girişim yaptığı tespit edildi mi? (Bu soru sadece invaziv kardiyolojik girişi yapan 2. basamak özel sağlık hizmet sunucularına sorulacaktır.)			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunda Sağlık Bakanlığınca yasaklanmış veya miadı geçmiş ilaçların, tıbbi malzemelerinin hastalara verildiği ve/veya kullanıldığı tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusu tarafından sunulmayan sağlık hizmetlerinin Kuruma fatura edildiği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Kurum tarafından sağlık yardımları karşılanmayan kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin, Kurum tarafından sağlık yardımları karşılanan kişiler üzerinden Kuruma fatura edildiği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Faturaya dayanarak oluşturan belgeler içerisinde gerçeğe aykırı düzenlenmiş belgeye rastlanıldı mı?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunlu olan ilaç, tıbbi malzeme ve kan bileşenlerinin hastalara temin ettirildiği tespit edildi mi?			
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Anlaşmalı Kurumlar ve Fatura Kontrol	Diş Kurum Denetimleri	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Sağlık hizmet sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	Sağlık hizmeti sunucusunun, SUT' ta yer almayan ve/veya Kurum ile yaptığı sözleşme ile kabul ve taahhüt etmediği sağlık hizmetini, SUT 'ta yer alan ve/veya kabul ve taahhüt ettiği sağlık hizmeti gibi göstererek Kuruma fatura ettiği tespit edildi mi?			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi	GGI01	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.	Hastanede izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi			Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim birimi tarafından koordine edilmelidir.			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi			Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi			Bölüm kalite sorumlularının kendi bölümleri ile ilgili göstergelere ilişkin sorumlulukları tanımlanmalıdır.			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi			o Bölüm kalite sorumluları, göstergelerin izlenmesi, verilerin toplanması, sonuçların analizi ve analiz sonrası iyileştirme çalışmalarını aktif olarak yürütmelidir.			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi		İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi			Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	Göstergelerin İzlenmesi			Planlanan ve uygulanan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları ilgili çalışanlarla paylaşılmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi		İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma vasamının	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.IK.01.00	geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.IK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performans artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			Hastane tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi			o İşe yeni başlayan çalışanların çalışma alanlarına yönelik diploma ve yetki belgeleri (sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) doğrulanmalıdır. o Daha önce diploması doğrulanmış ve halihazırda görevli olan çalışanların çalışma alanına yönelik yetki belgeleri, belgenin geçerlilik süresine göre düzenli aralıklarla doğrulanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	İnsan Kaynakları Yönetimi		Hastanede engelli ve kronik hastalığı olan personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.				
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SÇ.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği			Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği			Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanının çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği			Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği		Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği			Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği			Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.			
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği			Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. Sonuçlara ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hasta ve yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin asgari aşağıdaki hususlar açısından bilgilendirilmelidir. o Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı, Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri, Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar, Hasta hakları ve sorumlulukları, Ziyaret saatleri ve kuralları, Hekim vizitleri, Hemşire çağrı sistemi kullanımı, Bölüm çalışanlarına erişim, Tuvalet-banyo kullanımı, Acil çıkışlar ve acil durumda yapılacaklar			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetlerinin seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan ürünü kullanımı, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümanite edilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Yatarak tedavi edilmek üzere kuruma kabul edilen veya ayaktan ilk kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecine gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği tıbbi uygulamalara ve mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri değerlendirilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları		Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir. Çocuk hastaların kardeş ve arkadaşları tarafından ziyaret edilebilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde hasta ziyaretlerine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Refakatçi politikası belirlenmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları			Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde refakatçi uygulamasına ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Temel Hasta Hakları	HH05	Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır.	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hasta Güvenliği			Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hasta Güvenliği			Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hasta Geri Bildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	Sistemde, şikayetler ve tüm geri bildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ				Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ				Şikayet ve geri bildirimler değerlendirilmeli, gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumu	HH013	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Sosyal hizmet sunumuna yönelik sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ				Gerçekleştirilecek sosyal hizmet uygulamaları planlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ				Yatan hastalardan gerekli görülenler, sosyal destek ihtiyacı açısından sosyal hizmet uzmanlarıncı değerlendirilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ				Hastanın talebine bağlı verilecek sosyal hizmetler tanımlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ				Gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları kayıt altına alınmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşım ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ				Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşım ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim			Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim	HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	Randevu ve sonuç verme süreleri hastane tarafından belirlenmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim			Acil tetkik istemlerine yönelik maksimum randevu ve sonuç verme süreleri tanımlanmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim			Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmeli, Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim		Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.	Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim			Birimde çalışanların kıyafetleri, hastanedeki diğer çalışanlardan ayırt edici şekilde farklı olmalıdır. (örneğin, aynı kıyafetin üzerinde ayırt edici farklı bir fular, şapka, baskı bulunması gibi)			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim			Birimde ilgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Hizmete Erişim			Birimde çalışanlara hizmet sunum süreçlerine ilişkin yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.Asgari verilmesi gereken eğitimler;□ Hasta memnuniyeti;Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar;□ İletişim becerileri			
HASTA DENEYİMİ	Yaşam Sonu Hizmetler	HD.YS.01.00	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmelidir.			
HASTA DENEYİMİ	Yaşam Sonu Hizmetler			Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçler ile fiziksel koşullar, hasta ve hasta yakınların kültürel ve manevi değerleri ile saygı beklentileri dikkate alınarak oluşturulmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Yaşam Sonu Hizmetler			Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalı, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları oluşturulmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Yaşam Sonu Hizmetler			Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Yaşam Sonu Hizmetler			Morg çıkışı, hastanenin ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.			
HASTA DENEYİMİ	Yaşam Sonu Hizmetler			Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalı ve uygun şekilde teslim edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Enfeksiyonların Önlenmesi	SEN12		Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program, hastanenin sunduğu hizmetleri ve hastane bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Enfeksiyonların Önlenmesi			Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Enfeksiyonların Önlenmesi			Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Enfeksiyonların Önlenmesi			Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Enfeksiyonların Önlenmesi			Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			Etilen oksit sterilizasyon odasında saatte en az 20 kez taze hava değişimi olmalı, basınç çevre alanlardan daha düşük tutulmalıdır. Basınç farkı sesli ve görüntülü uyarı sistemleri ile sürekli izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			Etilen oksit sterilizatörü ile steril edilen malzemeler uygun süre ile havalandırılmalıdır. o Malzemeler; * Cihazın kendi kazanı içerisinde en az 8-10 saat * Cihaz dışında ise malzemenin yapısı, kullanım amacı, lümen inceliği, lümen uzunluğu, vücutta bırakılacak olması gibi kriterler göz önünde bulundurularak ilaveten 12 saatten iki haftaya kadar havalandırılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi	SDS15	Hastanede kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Endoskopik cihazların ön işlem, temizleme, durulama, yüksek düzey dezenfeksiyon, son durulama, kurulum ve saklama aşamalarına yönelik kurallar ulusal ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			Endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyonunun etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			o Endoskopi ünitelerinde dezenfeksiyon işlemi için ayrılmış bir oda bulunmalıdır. o Odanın havası saatte 7-15 kez değiştirilmelidir. o Biri yıkama amaçlı kullanılmak üzere en az iki adet eviye bulunmalıdır. Ayrıca, elle dezenfeksiyonda sadece durulama için kullanılan ayrı bir eviye de olmalıdır. o Eviyenin yapıldığı malzeme kimyasallara dayanıklı olmalı ve kolay temizlenebilmelidir. o Eviye, bir endoskopi kordonlarıyla birlikte, zarar görmeden tam olarak alabilecek kadar büyük olmalıdır (en az 42 cm). o Eviyeye sıcak ve soğuk su akışı olmalıdır. o El yıkama için ayrı bir lavabo bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			Kullanılan yüksek düzey dezenfektanın Minimum Etkin Konsantrasyonu (MEK) kontrol edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			Dezenfektörler ile yapılacak olan endoskop dezenfeksiyonunda, dezenfeksiyon işlemine kadar olan temizleme basamaklarının tamamı uygulandıktan sonra endoskop dezenfektöre yerleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			o Dezenfektör döngüsü tamamlanmadan endoskop çıkarılmamalı, elle yapılan dezenfeksiyonda olduğu gibi kurulum ve saklama basamaklarının uygun şekilde tamamlanması sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			Endoskoplar kurulumları için düşey pozisyonda asılmalı, kurutulduktan sonra temiz olarak muhafaza edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sterilizasyon Yönetimi			Endoskopik cihazların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerini gerçekleştiren personel konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yoğun Bakım Ünitesi	SYB02	Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	İlaç ve infüzyon hazırlama alanı bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kirli malzeme ve cihazlar ile atıkların geçici muhafazası, hasta bakım, ilaç hazırlama ve malzeme alanlarından uzakta konumlandırılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SYB03	Her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	Hasta başı panelinde, yoğun bakımın seviyesine uygun şekilde basınçlı hava çıkışı, oksijen çıkışı, vakum sistemi ve elektrik paneli bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Her ventilatörlü yatak başında bir adet balon-valf-maske sistemi bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SYB05	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kaydedilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır. o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır. o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller, düzenli olarak yapılmalıdır. o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır. o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde en az %90 filtrasyon sağlayan hepa filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Yoğun bakım odasının sıcaklığı 18-26 °C arasında, bağıl nem oranı %30-60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SYB06	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	Yoğun bakım ünitesinde uygun sayı ve nitelikte lavabo, sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Her hasta bakım alanında kolay ulaşılabilecek mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SYB07	Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.	Ünitenin gürültü düzeyi aralıklı olarak ölçülmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gürültü ölçümü en az yılda bir kez yapılmalı, ayrıca ünite dışı çevresel unsurlar veya üniteye personel, cihaz, kuvöz kapasitesi gibi hususlarda değişiklik olması durumunda tekrarlanmalıdır. o Ölçüm, gürültü düzeyinin yüksek olabileceği gün ve saatleri de içerecek şekilde, farklı zamanlarda, kalibre edilmiş cihazlarla yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SYB08	Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. Rehberlik; İkinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde değerlendirilir.	Hastalar, uluslararası kabul görmüş skorlama sistemleri ile prognostik (hastalık şiddeti) açıdan değerlendirilmelidir. Rehberlik; Hastalık şiddeti skorlaması için yetişkinlerde APACHE II, SAPS II; çocuk yoğun bakımlarında PRISM; KVC hastalarına EuroSCORE; yanık hastalarına ABSI (Yanık Şiddeti Skoru) skorlaması gibi sistemler kullanılabilir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastalık şiddeti skorlama sonuçlarına göre yoğun bakım hastalarının tahmini mortalite oranı belirlenmelidir. Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SYB09	Hastalar, sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesi amacıyla kullanılacak skorlama sistemleri (SOFA, MODS, LODS vb.) tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalı ve değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yoğun Bakım Ünites	SYB10	Hastaların transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	Yoğun bakım hastalarının transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir. Rehberlik; Hastanın kliniği ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir. Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir: o Transport ventilatörü, Transport monitörü, Transport sedyesi, Oksijen tüpü, Entübasyon seti, Balon-valf-maske sistemi, Acil ilaç çantası			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yoğun Bakım Ünites	SYB11	Yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde genel işleyiş ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yoğun Bakım Ünites	SYB12	Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD01	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde genel işleyiş ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Yoğun bakıma giriş-çıkış kuralları, Hasta kabulü, Hasta tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, Bakımın planlanması ve izlenmesi, Hastanın transferi, Taburculuk, Kurum dışı sevk prosedürü, Annenin üniteye kabulü, Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, Ünite ve bebeklerin emniyetinin sağlanması			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Klinik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Monitörizasyon o Ventilatördeki hastanın izlemi o Hastayı ventilatörden ayırma o Risk değerlendirme ölçekleri (basınç ülseri, düşme, beslenme, ağrı, bilinç gibi) ile hastaların değerlendirmesi o Basınç ülseri takibi o Nutrisyon takibi o Skorlama sistemlerinin kullanımı: * Prognostik (hastalık şiddeti) değerlendirme skorları * Organ yetmezliği tanımlama skorları * Travma değerlendirme skorları gibi o Sepsis ve organ yetmezliği tanı kriterleri o Sepsis ve organ yetmezliğinin değerlendirilmesi ve izlenmesi o İnvaziv işlemler o Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü gibi o Palyatif bakım hastası olarak kabul edilmiş bebeklere yönelik bakım süreçleri			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD02	Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri ile ilgili süreçler, ulusal veya uluslararası güncel rehberler doğrultusunda belirlenmelidir. Bu süreçler asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri ile ilgili süreçler, ulusal veya uluslararası güncel rehberler doğrultusunda belirlenmelidir. Bu süreçler asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Yenidoğanın; * Yaşamsal bulgularının değerlendirilmesi ve stabilizasyonu * Doğumdan sonraki ilk otuz dakika içinde anne sütünü almaya başlamasının sağlanması o Yenidoğanda; * Hipoterminin önlenmesi * K vitamini uygulanması * Göz, göbek, cilt ve ağız bakımının yapılması o Anne eğitimi, Emzirme desteği ve eğitimi, Taburculuk eğitimi ve sık karşılaşılan sorunlarla ilgili aile bilgilendirmesinin yapılması, Topuk kanı örneği gönderilmesi, Tarama testleri ile ilgili gerekli işlem ve yönlendirmelerin yapılması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD03	Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	Zemin, tavan ve duvarlar pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Yoğun bakım ünitesi, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bakanlıkça belirlenen nitelik ve nicelik esaslarına uygun olacak şekilde izolasyon odaları bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta yakınları için bilgilendirme, bekleme ve görüşme amacıyla kullanılan bir alan bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Malzeme ve ilaçların uygun koşullarda muhafaza edileceği bir depo alanı bulunmalıdır. (Bkz: İlaç Yönetimi Bölümü, SİY04)			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlaç ve infüzyon hazırlama alanı bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kirli malzeme ve cihazlar ile atıkların geçici muhafazası, hasta bakım, ilaç hazırlama ve malzeme alanlarından uzakta konumlandırılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD04	Her kuvvöz için tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	Hasta başı panelinde, yoğun bakımın seviyesine uygun şekilde basınçlı hava çıkışı, oksijen çıkışı, vakum sistemi ve elektrik sistemi bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Her ventilatörlü kuvvöze ait balon-valf-maske sistemi ve T-parça canlandırıcı bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Tüm prizler, kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kaydedilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Tüm yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD05	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır. o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır. o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller, düzenli olarak yapılmalıdır. o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır. o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde en az %90 filtrasyon sağlayan hepa filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Yoğun bakım odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Yoğun bakım odasının sıcaklığı 18-26°C arasında, bağıl nem oranı %30-60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD06	Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır.	Yoğun bakım ünitesinde uygun sayı ve nitelikte lavabo, sıvı sabun ve kağıt havlu bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Her hasta bakım alanında, kolay ulaşılabilir mesafede el antiseptiği bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD07	Yenidoğan yoğun bakımda aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır.	Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Aile merkezli bakımın ilkeleri, Aile merkezli bakım kapsamına dahil edilecek bebek ve ailesine ilişkin kriterler, Sağlık çalışanlarının modele uyumunun nasıl sağlanacağı, Ailelerin modele uyumunun nasıl sağlanacağı, Ailelerin konaklama ihtiyacının nasıl karşılanacağı, Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin sorunların nasıl takip edileceği, Ailenin sorumlulukları ve dikkat edeceği hususlar <u>Rehberlik:</u> Aile merkezli bakım, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır. Çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül bakım yaklaşımıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Anne-bebek uyum odasına kabul kriterleri tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Anne ve bebeğin uyum odasına alınma kararı hekim tarafından verilmeli, hasta dosyasına kaydedilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD08	Anne-bebek uyum odası bulunmalıdır.	Oda tefrişatı annenin sürekli kalabilmesine uygun olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bebek yatağı ve tıbbi teçhizat için yeterli alan ayrılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Yeterli sayıda elektrik prizi, basınçlı hava, oksijen ve vakum çıkışı bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Odada lavabo ve tuvalet bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Ünitenin gürültü düzeyi aralıklı olarak ölçülmeli ve gürültünün azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gürültü ölçümü en az yılda bir kez yapılmalı, ayrıca ünite dışı çevresel unsurlar veya üniteye personel, cihaz, kuvöz kapasitesi gibi hususlarda değişiklik olması durumunda tekrarlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD09	Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.	o Ölçüm, gürültü düzeyinin yüksek olabileceği gün ve saatleri de içerecek şekilde, farklı zamanlarda, kalibre edilmiş cihazlarla yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bebekler, uluslararası kabul görmüş skorlama sistemleri ile prognostik (hastalık şiddeti) açıdan değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastalık şiddeti skorlama sonuçlarına göre hastaların tahmini mortalite oranı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD10	Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.	Tahmini mortalite oranı ile gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak bakım kalitesi izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesi amacıyla kullanılacak skorlama sistemleri (SOFA, MODS, LODS vb.) tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD11	Bebekler sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir.	Sepsis ve organ yetmezliğinin izlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalı ve değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Fototerapi alan bebeklerde ısı monitörizasyonu yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD12	Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.	Farklı boyutlarda fototerapi göz bandı bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Röntgen çekiminde gonad koruyucu kullanılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Oksijen tedavisinde kuvöz içi oksijen konsantrasyonu kontrol edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kuvözlerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bebeklerin beslenme durumu düzenli aralıklarla izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD13	Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Bebeklerin anne sütü ile beslenmesine yönelik annelere eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Anne sütü ile beslenme sırasında, annenin konforu ve mahremiyeti ile hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Besin hazırlamak için ayrı bir alan bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bebeklerin beslenmesinde kullanılan araç ve kaplar, beslenme amacıyla kullanım için uygun niteliklere sahip olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Beslenme amacıyla tekrar kullanılan araç ve kaplar uygun şekilde dezenfekte edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Besinlerin uygun sıcaklıkta muhafaza edilmesi sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ							

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD14	Bebeklerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.	Bebeklerin transfer sürecinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için gerekli ekipman ve personel ile transfere yönelik kurallar belirlenmelidir. Rehberlik: Bebegin kliniği ve transfer edilen bölüme göre gerekli ekipman ve personel niteliği değişebilir. Aşağıda transfer sırasında gerekli olan ekipman ve cihazlar için örnekler verilmiştir: o Ventilatörlü transport kuvvüzü, Transport monitörü, Oksijen tüpü ve hava tüpü, Oksijen ile hava karıştırıcı, İnfüzyon pompası, Taşınabilir aspirasyon aleti, Entübasyon seti, Balon-valf-maske sistemi (tercihen T-parça canlandırıcı)			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD15	Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir.				
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yeni Doğan Yoğun Bakım	SYD16	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Doğum Hizmetleri	DH01	Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır.	Doğum öncesi izlem ve doğum eylemi tek kişilik odalarda yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Doğum öncesi izlem odaları oda içinde doğum yaptırılacak tasarımda olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Doğum öncesi izlem, doğum sonrası ve doğum sonrası bakım odalarında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Doğum eyleminin gerçekleştirildiği alanlarda, duvar, tavan ve zeminler, temizlik ve dezenfeksiyona uygun özellikte olmalı, uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Doğum eyleminin gerçekleştirildiği odadaki aydınlatma sistemi, yeterli aydınlatmayı sağlayacak ve gerektiğinde loş ortam oluşturabilecek şekilde düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gürültü düzeyinin azaltılması için gerekli tedbirler (monitör ve çağrı sistemlerinin sesinin kısılması, yüksek sesle konuşulmaması gibi) alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Vajinal doğumda sedasyon veya anestezi altında müdahale gerekmesi durumunda, müdahalelerin ameliyathane dışında hangi alanda yapılacağı tanımlanmalı ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilmiş olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Doğum Hizmetleri	DH02	Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.	Doğum süreci için gerekli ekipman ve sayısı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Doğumun gerçekleştiği serviste asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: * Acil müdahale seti, Defibrilatör, Forseps, Vakum, Dirsek üzerine kadar çıkan ve kavite kontrolü için kullanılan kalın steril eldivenler, Bumm küret, Kanama durdurucu balon, Farklı ebatlarda elastik kompresyon çorapları o Her vajinal doğum ve sezaryen odasında asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: * Bebek ısıtıcısı, Bebek aspiratörü ve puar, Laringoskop seti, Farklı ebatlarda entübasyon tüpü, Uygun boyutta balon-valf maske sistemi ve T-Parça canlandırıcı sistem, Oksijen ile hava karıştırıcı, Nabız oksimetre cihazı ve probu			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Vajinal doğumun gerçekleştirildiği odalarda, gebenin her türlü doğum pozisyonunu (dik pozisyonlar, çömelme, litotomi gibi) alabileceği doğum yatağı ve doğum aparatları (asilma aparatları, egzersiz topu gibi) bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İhtiyaç durumunda kolay ulaşılabilecek şekilde transport kuvvüzü bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Transport kuvvüzü dahili olarak şarj edilebilen bataryaya sahip olmalı ve harici batarya ile çalışabilmelidir. o Transport kuvvüzünün oksijen ile hava karıştırıcısına uygun şekilde bağlanmış oksijen ve hava tüpü bulunmalıdır. o Ulaşılabilir alanda, her bir tüp için yedek tüpler bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Ekipmanların teknik kontrolleri yapılmalı ve çalışır durumda olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Doğum Hizmetleri	DH03	Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Doğum eyleminde Bakanlıkça yayımlanan “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi”ne göre izlem yapılmalıdır. o Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, partograf kayıtları hasta dosyalarında bulunmalıdır. o Doğum sonrası süreçte annenin takibi Bakanlıkça yayımlanan “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre yapılmalı, izlem kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Komplikasyon vakalarında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerin izlemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Sunni olarak servikal açıklık sağlanması gereken durumlar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Servikal açıklık sağlamak için kullanılacak mekanik (servikal olgunlaştırıcı kateter, foley kateter gibi) ve farmakolojik yöntemler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gebeler venöz tromboemboli riski açısından değerlendirilmeli, risk varlığında gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal desteğin bire bir olarak sağlanması ve gebelerin bu desteğe kolaylıkla ulaşabilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte personel bulundurulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Çalışanlara, doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal destek sağlanmasına yönelik eğitim verilmelidir. o Her primipar gebe için en az bir ebe tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Doğum servisinde görev alan tüm sağlık çalışanları, postpartum kanama ve doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimine yönelik eğitim almalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Doğum süreci başlayan gebeye uygulanacak ilaçsız ağrıyla mücadele yöntemleri tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Doğum Hizmetleri	DH04	Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi	o Ağrıyla mücadele yöntemleri konusunda doğumda görev alan tüm sağlık çalışanları eğitim almış olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi, kontrol listesi sorumlusu tarafından başvuru anında, doğumdan önce, doğumdan hemen sonra (ilk bir saat içinde) ve taburculuk öncesinde uygulanmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Yenidoğan		Edilgen Kontrol Listesi kullanılmamalıdır.	Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi hasta dosyasında bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Doğum Hizmetleri	DH05	Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Yenidoğanın takibi ve kontrolleri belirlenmiş kurallara doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Yenidoğan bebek, Bakanlıkça yayımlanan " Bebek ve Çocuk, Ergen İzlem Protokolü " doğrultusunda izlenmeli, izlem kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o İzlem aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır: • Doğum anı ve doğumun hemen sonrası • Bebek stabilize olduktan sonra • Bebek ve anne hastaneden ayrılmadan önce			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Anneye emzirme ve bebek bakımı konularında eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Taburcu sonrası bebeğin takibi (yenidoğan tarama testleri, periyodik muayeneler ve bağışıklama programı gibi) hakkında aile bilgilendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Doğum Hizmetleri	DH06	yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	Bilgilendirme mahremiyeti sağlayacak şekilde yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gebe yakınları görsel araçlardan nasıl yararlanılacağı hakkında bilgilendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Doğum Hizmetleri	DH07	Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir.	Gebe ve yakınlarına verilecek olan eğitime ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaneye başvuran gebeler ile hastane dışından katılım sağlayacak olan gebelerin nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gebelere verilecek eğitimin içeriği, süresi, sıklığı ve eğitim vermeye yetkili kişilerin nitelikleri gebe gruplarına göre tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Eğitim alan gebelerin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığı (vajinal doğum, sezaryen, ölü doğum vs.) izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gebe ve ailesinin eğitim öncesi ve sonrası doğuma yönelik tercihleri karşılaştırılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	İlaç Yönetimi		Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok ve miat yönetimi sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır, ilacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır, Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır, Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Elektrik kesilmesi, cihaz arızası gibi durumlarda soğuk zincirin konrunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir: • Acil Pediatrik İlaçlar, Görünüşü Benzer İlaçlar, Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar, Psikotrop İlaçlar, Narkotik İlaçlar, Işıktan Korunması Gereken İlaçlar, Yüksek Riskli İlaçlar, Hazırlanması Özel Teknik/Teçhizat/Uzmanlık Gerektiren İlaçlar, Konsantre Elektrolitler, Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar, Sitotoksik İlaçlar			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilerek teslim alınmalı ve dosyasına kaydedilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların yanında getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ilaçların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar hastane tarafından belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi	SH.TY.01.00	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Süreçlere yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi	SH.TY.02.00	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Güvenli kan ve kan ürünleri teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Bağışçı ve alıcıya ait şahit numuneler en az iki ayrı kapta, -30°C'nin altında ve en az 18 ay süre ile saklanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Bağış süreci ile ilgili kurallar ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Kan bağışısı ve aferez işlemi bir hekim gözetimi ve denetiminde yapılmalı ve bağışçı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Bağışçıya ilişkin kalıcı ve geçici ret kriterleri belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi						

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			İmhası gereken kan ve kan ürünlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi			Tüm kan ve kan ürünü istemleri elektronik olarak yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Transfüzyon Yönetimi	SH.TY.03.00	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir. Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalı ve planın aynı alanda izlenebilmesi sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımı sağlamaya yönelik kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SH.HB.02.00	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SH.HB.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Yatan hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SHB18	Hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	o Hastanın ilk düşme riski değerlendirmesinde risk değerlendirme aralıkları belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Hastanın risk düzeyindeki değişikliklere göre risk değerlendirme aralığı gözden geçirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Risk değerlendirmesi, hastanın bölümler arası transferi, postoperatif dönem, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması ve bir düşme olayı gerçekleşmesi halinde tekrarlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SH.HB.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Tanı amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Hasta Bakımı	SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	Hastane içi ve hastane dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Fiziksel kısıtlama aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Hasta Bakımı	SH.HB.06.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu	o Fiziksel kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, planda;			
SAĞLIK HİZMETLERİ				• Uygulamanın başladığı tarih ve saat,			
SAĞLIK HİZMETLERİ				• Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği,			
SAĞLIK HİZMETLERİ				• Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Hasta Bakımı	SHB07	Hastaların tıbbi beslenme sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. İlaçla kısıtlama ile ilgili asgari kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların beslenme riskleri değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Beslenme risk değerlendirmesi yatan hastaların tamamında, ayaktan hastalarda ise hastanenin belirleyeceği branşlar ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Hasta Bakımı	SHB09	Basınç yarasının kontrolü ve önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Hastanın taburculuk sonrası süreçte tıbbi beslenme tedavisinin sürdürülmesini sağlamaya yönelik düzenleme (eğitim, izlem sürecinin tanımlanması, beslenme ekipmanlarının kullanımı hakkında bilgilendirme vb.) yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Basınç yarası açısından risk değerlendirmesi yapılması gereken hasta grupları belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastalar, basınç yarası riski açısından kanıta dayalı ölçekler (Braden, Norton, Waterlow vb.) ile değerlendirilmelidir			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Risk düzeyine göre basınç yarasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalı ve bakım planına kaydedilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ							

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Radyasyon Güvenliği	SHB10	Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Konsültasyon süreci, hastanın sorumlu hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SHB11	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	o Acil müdahale setinde asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: • Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için), Balon-valf-maske sistemi, Değişik boylarda maske, Oksijen hortumu ve maskeleri, Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyaları), Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp), Kişisel koruyucu ekipman o Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. o Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, hastane tarafından belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlaç ve malzemelerin miat takibi ve fiziki kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SHB06	Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Ayaktan ve yatan hastalarda ağrı varlığı sorgulanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastalarda ağrı takibi yapılmalı ve ağrı kontrolüne yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kullanılan ağrı değerlendirme ölçüm aracının önerdiği yeniden değerlendirme sıklığına göre takip yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SHB23	Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Palyatif bakım gerektiren hasta grupları tanımlanmalı ve palyatif bakım hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Palyatif bakım gerektiren hastaların, palyatif bakım hizmeti almasına yönelik gerekli planlama, koordinasyon ve yönlendirme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gözetimli alanlarda ortam radyasyon seviyelerini takip etmek amacıyla düzenli aralıklarla radyasyon ölçümleri yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Denetimli alanlarda çalışan kişiler ile yıllık tüm vücut dozu 6 mSv'in üzerinde olma olasılığı olan kişiler (skopi cihazı çalışırken ameliyathanede bulunan kişiler gibi) için elektronik dozimetre kullanılmalı, giriş çıkış zamanları ve bu süre içerisinde kullandıkları dozimetre sonuçları kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Radyasyon yayan portable cihazların kullanımında radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Skopi cihazı bulunan ameliyathanelerde, cihazın aktif kullanıldığı süreçte çalışanları uyarmaya yönelik, kurum tarafından belirlenen bir işaret veya tanımlama kullanılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gebe ve gebelik potansiyeli olan hastalara yönelik dikkat edilmesi gereken kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			Girişimsel veya riskli görüntüleme işlemi sonrası hastanın istirahat edebilmesi, gerekirse izlenilmesine yönelik alanlar düzenli olarak izlenmelidir.	Girişimsel veya riskli görüntüleme işlemi sonrası hastanın istirahat edebilmesi, gerekirse izlenilmesine yönelik alanlar düzenli olarak izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Girişimsel veya riskli görüntüleme işlemi uygulayan sağlık personeli KPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi almış olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Girişimsel veya riskli görüntüleme işlemi uygulanan alanlarda, kolay ulaşılabilir şekilde acil müdahale seti bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			Yüksek manyetik alanlara (MRG üniteleri gib) yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Yüksek manyetik alanlara giriş kuralları tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Yüksek manyetik alanlara giriş kuralları konusunda hastane personeline eğitim verilmelidir. o Temizlik ve hasta taşıma işlerinde çalışan personel de eğitime dahil edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmeli ve ilgili çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.	Çekim protokollerinde, işlemin türüne göre, hasta kilosu, yaşı vb. değişkenler dikkate alınarak radyasyon dozu, çekim süresi, görüntü açısı gibi parametreler belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Çalışanlara çekim protokolleri ile ilgili eğitim verilmelidir. o Çekim protokolünü otomatik belirleyen cihazların varlığı durumunda da kullanıcılara, çekim protokollerinin amacı, önemi, temel prensipleri, kullanılan cihazın teknik özellikleri ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			Radyasyon yayan cihazlar ile yapılan girişimsel işlemlerde hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre izlenmelidir.	Hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre kaydedilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İşlem bazında maruziyet sürelerine yönelik hedef değerler belirlenmeli ve dönemsel olarak izlenmelidir. Ortalama süre hedef değerinin üzerinde ise gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.				
SAĞLIK HİZMETLERİ			Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Radyoaktif madde alan hastalarla ilgili aşağıda yer alan kayıtlar tutulmalıdır:□ o Hastalara verilen aktivite miktarı□ o Taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı□ o Hastadan bir metre mesafedeki doz hızı			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Radyoaktif ilaç kullanan hasta ve yakınlarına yönelik, çevrede ve ailelerinde bulunan kişilerin radyasyondan korunması için dikkat etmeleri gereken hususlar hakkında bilgilendirici doküman hazırlanmalıdır. o Hastadan, çevresinde bulunan kişilerin güvenliğini sağlayacağına dair yazılı taahhüt alınmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL01-SML01	Biyokimya ve mikrobiyoloji hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	Biyokimya laboratuvarında çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır. İlgili sağlık çalışanları, rehber ne nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL02-SML02	Biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. Rehberlik; Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar. Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, Biyokimya laboratuvarı kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. o Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi SBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Laboratuvara kabul edilen numunelerin analiz öncesi saklanacağı yer ve koşullar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL03-SML03	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Kayıtlarda asgari; * Tarih ve saat, Numuneleri gönderen bölüm, Kim tarafından kabul veya reddedildiği, Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır. Bu bilgiler SBYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler SBYS'de yer almalıdır. o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. o Gerekliğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL04-SML04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	Testlerin çalışma sürecine yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içeren doküman bulunmalıdır. o Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması o Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü o Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları o Testlerin çalışma sürecine yönelik detaylı algoritmalar o Akılcı laboratuvar uygulamaları o Sonuçların onaylanması			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Laboratuvarda bulunan her test cihazı için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır: o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları (kalibrasyon planları, kabul kriterleri, kalibrasyon aralığı ve sonuç belgeleri gibi) o Varsa kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi) o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL05-SML05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Cihaz ve malzemelerin kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Güvenli kullanım kuralları o Cihazların bakım ve temizliği o Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği			
SAĞLIK HİZMETLERİ							

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL06-SML06	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. Rehberlik; İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Laboratuvarlarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre tüm testler için uygulanacak iç kalite kontrol yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, kullanım aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı süreçte tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma aralıkları, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL07-SML07	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	Laboratuvar testlerinin dış kalite değerlendirme süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Laboratuvarlarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre gerekli testler için uygulanacak dış kalite değerlendirme yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, program kapsamında değerlendirme aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı süreçte tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL08-SML08	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır.	Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılacak testler ve uygulamaya ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik: Metot validasyonu ve verifikasyonu; Laboratuvarlarda uygulanan test metotlarının rutin kullanımı sırasında istenen performansı sağlamanın koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür. Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir. Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanılmadığı durumlarda validasyon uygulanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL10-SML10	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hastane/laboratuvar adı, Testin yapıldığı laboratuvarın adı, Hastanın adı, soyadı, İstemi yapan hekimin adı, soyadı, İstemin yapıldığı tarih ve saat, Numunenin ve testin adı, Numunenin alındığı tarih ve saat, Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat, Sonuç değerinin birimi, Referans aralığı/değeri ya da karar sınırları, Sonucun onaylandığı tarih ve saat			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik: Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SML11	Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının kısıtlı bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Antibiyotik duyarlılık testlerinin bildirimine yönelik kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Çalışılan tüm antibiyotik duyarlılık test sonuçları SBYS üzerinde kayıt edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta sonuç raporu kısıtlı bildirim uygulamasına göre hazırlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bildirimi kısıtlanan antibiyotik duyarlılık test sonuçlarına kimler tarafından ulaşılacağı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL11-SML12	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözönüne alınarak belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik: Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı hastane tarafından belirlenmelidir. Ayaktan hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ							

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL12-SML13	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır. Rehberlik; Panik/kritik değer, bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri tanısal, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.	o Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ilişkin; * Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı * İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği * Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı * Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği * Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Panik değerler SBYS üzerinde tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik: Otomatize sistemler ile manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerin de bu kapsamda ele alınarak SBYS üzerinde tanımlanması gereklidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Panik değer tespiti durumunda SBYS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir. o Klinisyenin gördüğü ekranda da, panik değere yönelik bir uyarıcı (farklı bir renk veya şekil gibi) düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Panik değer bildirim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Hastanın; * Adı soyadı, Protokol numarası, Servisi, Testin adı o Panik değer sonucu o Test sonucunun çıktığı tarih ve saat o Bildirimi yapan kişi o Bildirim yapılan kişi o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat o Bildirimin hangi yolla yapıldığı Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL13-SML14	Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.				
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	SBL14-SML15	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır: o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşı o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü o Numune türü o Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi o Numunenin; * Alındığı tarih ve saat * Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem o Varsa test tekrarı ve sonuçları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat o Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu	Laboratuvar Yönetmeliği Ruhsata Esas Denetim Kriterleri (Fiziki mekan, tıbbi laboratuvarlarda bulunması gerekenler, teknik gereklilik, faaliyete esas kriterleri)	Tıbbi laboratuvarın fiziki şartlarının ruhsat için belirtilen asgari şartları karşılaması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarında (besiyerini kendisi yapması durumunda) besiyeri hazırlama odasının bulunması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarında; idrar ve gaita testleri için (aynı teknik alan içerisinde) havalandırması olan en az 7.5 metrekare ayrı bir oda/alanda veya çeker ocak ortamında çalışılması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Boyama/özel işlem odası/alani bulunması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Doktor mikroskopi inceleme odası/alani bulunması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Arşivleme odası bulunması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Kimyasal buhar veya gazlar için özel olarak havalandırma sistemi bulunan makroskopi odası bulunması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarın numune kabul birimi olması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Malzeme depolanması için uygun alan bulunması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Uzman odası bulunması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Personelin tıbbi laboratuvar teknik alanları dışında ayrı bir dinlenme veya ofis odası bulunması			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu	faaliyete esas kriterleri)	Tıbbi laboratuvar adresinin ruhsattaki kayıtlı adres ile aynı olması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Ruhsat başvurusunda tıbbi laboratuvarda bulundurulması gereken kimyasal maddeler, araç, gereç ve donanımın uygun olması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Kurumda/tıbbi laboratuvarda, engelli kullanımına uygun lavabo ve tuvalet bulundurulması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu	Laboratuvar Yönetmeliği Ruhsata Esas Denetim Kriterleri (Fiziki mekan, tıbbi laboratuvarda bulunması gerekenler, teknik gereklilik, faaliyete esas kriterleri)	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarının kapıları, acil durumda çıkışa engel olmayacak şekilde otomatik kayar kapı veya dışarı doğru açılabilen kapılar olması, tıbbi laboratuvara yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvar teknik alanında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecekt ünite/materyal bulundurulması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarda raporlar ve kayıtların Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarın güncel tıbbi cihaz envanteri vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarda bulunan her cihaz için cihaz yönetim dosyası vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Derin dondurucu, buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılır ve kayıtları tutulur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvardaki tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik bir planı vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvardaki cihaz ve donanımların ait oldukları standartlara uygun olarak düzenli bakım ve kontrolleri yapılır ve kayıtları bulunur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Kalibrasyonu yapılan cihazların güncel kalibrasyon etiketleri vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu	Laboratuvar Yönetmeliği Ruhsata Esas Denetim Kriterleri (Fiziki mekan, tıbbi laboratuvarda bulunması gerekenler, teknik gereklilik, faaliyete esas kriterleri)	Testlerin çalışıldığı cihazlarda (Otoanalizörler vb.) en az üreticisi tarafından belirlenmiş periyotlarda olmak üzere, test kalibrasyonları yapılır. Uzman tarafından değerlendirilir ve kayıt altına alınır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Miadı dolmuş kit, sarf malzeme ve kimyasal maddeler bulundurulmaz.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarın stok yönetim sistemi vardır ve sorumlusu belirlidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarda çalışılan tüm testleri içeren güncel test rehberi vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Panik değerleri/tanımlar HBS/LBS üzerinde tanımlanmıştır ve panik değer/tanı tespiti durumunda HBS/LBS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem vardır. Günlük/haftalık sorumlusu belirlidir. (Patoloji laboratuvarları için bildirim HBS/LBS üzerinden yapılması zorunlu değildir)			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu	Laboratuvar Yönetmeliği Ruhsata Esas Denetim Kriterleri (Fiziki mekan, tıbbi laboratuvarda bulunması gerekenler, teknik gereklilik, faaliyete esas kriterleri)	Test sonuç verme süreleri, ilgili analitler için belirlenir, izlenir ve düzeltici ve önleyici faaliyetler kayıt altında tutulur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Hasta sonuç raporlarında; numunelerin alım saati, laboratuvara kabul saati ve uzmanın onay saati bulunur ve uygundur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Dış laboratuvar test hizmet alımı yapılması halinde, testi gerçekleştiren kurum veya kuruluş ismi ve adresi test sonuç raporunda yer alır .(Dış laboratuvar test hizmet alımı yapılmıyor ise tam puan alınır)			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Numunelerin güvenli transferiyle ilgili dokümantasyon vardır ve uygulama dokümantasyona uygundur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi patoloji laboratuvarında havadaki formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmektedir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu	Laboratuvar Yönetmeliği Ruhsata Esas Denetim Kriterleri (Fiziki mekan, tıbbi laboratuvarda bulunması gerekenler, teknik gereklilik, faaliyete esas kriterleri)	Tıbbi laboratuvar teknik personelinin yıllık eğitim programı vardır ve yapılan eğitimler kayıt altında tutulur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvara özgü güvenlik rehberi vardır, gerekli güncellemeler yapılır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvar ortamının sıcaklık takibi yapılır, yapıldığına dair kayıtlar vardır ve düzenli tutulur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarda el hijyeni sağlanır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı, çalışma alanı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılır ve izlenir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarda ilkyardımcı seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarın ilgili Yönetmeliğe uygun bir atık yönetimi planı vardır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarda giriş, çıkış noktaları ile varsa yangın (acil) çıkışları uygun şekilde işaretlenir. Tıbbi laboratuvar güvenliği ile ilgili tüm işaretlemeler ulusal veya uluslararası kabul gören simgeler kullanılarak yapılır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirmeleri (DKD yapılabilen testler için) uygun periyotlarda yapılır ve sonuçlarının uygunsuzluğu durumunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenir, kayıtlar Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılır ve kayıtlar tutulur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılır ve düzenli kayıt tutulur.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Laboratuvar Hizmetleri	Laboratuvar Denetimi EK-10 Formu		Tıbbi laboratuvarıda risklere uygun dekontaminasyon ve/veya nötralizasyon (kimyasal ve benzeri yaralanmalara karşı) materyalleri vardır ve etkin kullanımı için önlemler alınır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SH.GC.01	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	Cerrahi uygulama öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH07		Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlarda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanılmalıdır. o GCKL'nin kullanılması zorunlu olduğu durumlarda, listenin klinikten ayrılmadan önceki aşaması uygulanmamış ise hasta ameliyathaneye kabul edilmemelidir. o GCKL ameliyathanede liste sorumlusu tarafından "anestezi verilmeden önce", "ameliyat kesisinden önce" ve hasta "ameliyattan çıkmadan önce" uygulanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SHB12		Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Anestezi öncesi gereken açık süresine uyumun sağlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalı, hastaların planlanandan uzun süre aç kalmasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			o Cerrahi bölge işaretlemesi, cerrahi işlemi yapacak ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden önce yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi, hastane tarafından belirlenen usulde ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Cerrahi uygulama sırasında ve sonrasında hastanın hipotermiden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan ürünlerine yönelik planlama yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Hasta postoperatif dönemde muhtemel riskler ve komplikasyonlar açısından yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SH.GC.02		Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir. Ameliyathane alanları en az üç farklı (steril, temiz, serbest alan gibi) kategoride ele alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			o Ameliyathane yapılması ve işleyişinde kirlilik ve temiz malzeme trafiğinin ayrı olmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, alan bazında uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Ameliyat odaları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			o Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan serbest alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı). o Laminer hava akımı şartlarında gerçekleştirilmesi gereken operasyonlar belirlenmelidir. o Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan operasyonlar laminer hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır: o HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi) o Hava debisi ve hava hızı ölçümü o Alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti o Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme) o Partikül ölçümü			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH06	Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki gösterge panelinden tıbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Anestezi cihazına entegre olan yedek medikal gaz tüplerinin kontrolü yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH08	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	Hasta preoperatif süreçte anestezi yöntemi ve premedikasyon ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik anestezi güvenlik kontrol listesi kullanılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar (ameliyat notu, operasyona ilişkin kritik hususlar, anestezi formu, hastaya ait bilgiler gibi) bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığını sağlayacak şekilde tutulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Ameliyat notu hasta ameliyathaneden ayrılmadan önce yazılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Gerçekleştirilen işlemler, öngörülmeyen durumlar, operasyon ekibinde yer alan üyeler, operasyon başlangıç ve bitiş saatleri ile operasyon sonrası öneriler kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Doku örneği alınması durumunda nereden ve ne kadar alındığı kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SHR14	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına	Ameliyathane dışında sedasyon uygulanan alanlar belirlenmelidir.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH10	yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Ameliyathane dışında yapılacak olan sedasyon uygulamaları ve bunlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi		Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH10	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan dokular uygun örnek kabına alınmalı, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmeli ve uygun şekilde transfer edilmelidir. Etiketle asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Hasta adı-soyadı, TC kimlik/protokol numarası, Doğum tarihi, Cinsiyet, Örnek alınan organ/bölge, Örneğin alınış şekli			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi			Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Güvenli Cerrahi	SAH11	Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	Bilgilendirme hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde yapılmalıdır. Hasta yakınları görsel araçlardan nasıl yararlanılacağı hakkında bilgilendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Acil Sağlık Hizmetleri	SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	Acil sağlık hizmeti süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servis ünitesinin fiziki alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil serviste emniyeti sağlamaya yönelik tedbirler planlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ							
SAĞLIK HİZMETLERİ		SAS07	Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Acil serviste, hastaların aciliyet durumlarına ve öncelikli tedavi ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapılmalıdır. o Müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik planlama yapılmalıdır. o Öncelik sıralaması renklerle tanımlanmalı, tanımlamada en az üç renk kullanılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Triyaj uygulaması bir sağlık çalışanı tarafından yapılmalıdır. Triyaj uygulaması için mahremiyete uygun yeterli alan ayrılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		SH.AS.02.00	Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulü sağlanmalı, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin bir şekilde verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servis içi transferlerde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servise başvuru yapan hastaların müdahale ve tedavilerine yönelik öncelikler belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastanın sevkı, yatışı veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servis süreçlerinde doğru bilgi akışı sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Zehirlenme vakaları ve adli vakalara yönelik prosedürler belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.	Bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlaç, malzeme ve cihazların sürekliliği sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta profili ve kurum öncelikleri dikkate alınarak acil serviste hizmet verilen kritik hasta grupları belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Belirlenen hasta grupları için acil serviste uygulanması gereken, tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ		Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.		Kritik vakalarda müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik olarak planlama yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servise ambulans aracılığıyla gelen hastalara müdahaleye ilişkin planlama bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ							
SAĞLIK HİZMETLERİ				Tehişis ve tedavi sürecinde, hasta ve hastaya ait materyal/numunenin transferi, hastane personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				İlgili personele KPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastane tarafından, acil serviste görev yapan ve KPR eğitimi alması gereken sağlık çalışanları belirlenmeli ve bu çalışanlara yılda en az bir kez KPR eğitimi verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil servis çalışanlarına iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kriz yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ							
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların, hastane dışına ambulans ya da hasta nakil aracı ile nakledilme ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta nakli amacıyla kullanılan ambulans ya da nakil araçlarının uygunluğu sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Ambulans ya da hasta nakil aracında bulunması gereken ilaç, tıbbi cihaz ve malzemeler tanımlanmalıdır. o Ambulans ya da hasta nakil aracında; * İlaç, malzeme ve cihazların listesi hazırlanmalıdır. * İlaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve stok durumu günlük olarak takip edilmelidir. * İlaç ve malzemelerin miat takipleri yapılmalıdır. * Tıbbi ekipman çalışır durumda olmalı ve düzenli aralıklarla kalibrasyonları yapılmalıdır. * Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır. * Tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır. * Sedye kızakları ve emniyet kemerinin günlük kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. * Kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastane dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON01	Nakil öncesi başış işlemleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Bağış işlemleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Hastanenin bağış süreci ile ilgili görev ve sorumlulukları - o Bağış sürecinin koordinasyon ve takibi - o Ulusal ve bölge koordinasyon merkezleri ile iletişim süreci - o Potansiyel vericilerin belirlenmesi - o Organ ve doku bağışı teşviki - o Beyin ölümü yönetimi - o Vericinin değerlendirilmesi - o Organa özel seçim kriterleri - o Verici veya yakınının bilgilendirilmesi ve rızasının alınması - o Kadavra vericinin bakımı			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON02	Nakil hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Nakil işlemleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Hastanenin nakil süreci ile ilgili görev ve sorumlulukları - o Ulusal ve bölge koordinasyon merkezleri ile iletişim süreci - o Organ ve doku alım süreci - o Organ veya dokuların paketlenmesi ve taşınması - o Alıcıların tespiti ve değerlendirilmesi - o Organ ve doku nakil süreci - o Nakil sonrası hastanın tıbbi takibi - o Olumsuz reaksiyon ve rejeksiyonların ulusal sisteme bildirilmesi - o Alıcı ve vericiye ait bilgilerin gizliliği - o İmhyaya yönelik süreçler			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON03	Beyin ölümü yönetim sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Beyin ölümü yönetimine yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Potansiyel vericilerin belirlenmesi için yoğun bakım üniteleri ve acil servis ile koordinasyon - o Belirlenen potansiyel vericilerin izlenmesi - o Beyin ölümü tespit kriterleri - o Beyin ölümü tespit kurulunun ivedilikle toplanmasının sağlanması - o Tespit edilen beyin ölümlerinin bölge koordinasyon merkezine bildirilmesi			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Beyin ölümüne karar vermek üzere ilgili branş uzmanlarından oluşan bir kurul tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik: Kurul il düzeyinde tanımlanabilir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kurul asgari aşağıdaki beyin ölümü tespit kriterlerine yönelik muayene gerçekleştirmelidir:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Beyin ölümü tanısında gerekli ön koşulların tanımlanması - o Spontan solunum varlığı - o Görsel, işitsel ve ağrılı uyaranlara yanıt - o Beyin sapı refleksleri - o Apne testi			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON04	Organ ve doku bağışı için verici veya verici yakınlarının rızasının alınması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır	Organ ve doku bağışını teşvik etmek amacıyla potansiyel veya kadavra verici yakınları ile görüşme gerçekleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Aile görüşmesi için tanımlanmış bir oda bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Beyin ölümü sonrası organ ve doku bağışına ilişkin karar, yasal olarak hasta ile ilgili karar verme yetkisine sahip kişi veya kişiler tarafından verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Beyin ölümü tespiti yapılmadan ve rıza alınmadan hastanın vücudundan doku ya da organ alınmamalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Canlı organ vericisinin rızası, süreç ve klinik sonuçlar ile ilgili ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilme yapıldıktan sonra alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Canlı verici, mahremiyeti sağlanmış bir alanda bilgilendirilmeli ve dış baskılardan uzak bir ortamda rızasının alınması sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON05	Canlı ve kadavra vericinin değerlendirilmesi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Organ veya doku alınabilmesine ilişkin rıza belgeleri bölge ve ulusal koordinasyon merkezlerine bildirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Ulusal ve uluslararası kanıta dayalı rehberler doğrultusunda verici uygunluk ve ret kriterleri belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Belirlenen kriterler doğrultusunda kadavra ve canlı vericilerin uygunluğu değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kadavra vericilere yönelik değerlendirme asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde ve iki aşamada tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				1-Karar ve hazırlık sürecinde; o Kadavra verici için yasal olarak yetkili kişilerle görüşme o Vericinin tıbbi öyküsü ve alışkanlıkları o Vericinin kapsamlı seyahat öyküsü o Tanısal araştırmalara yönelik görüntüleme işlemleri ve laboratuvar testleri o Fiziksel muayene o Vericinin ağırlığı ve boyu o Kan grubu o Doku tipi uygunluğu 2-Organ veya doku alım işleminden hemen önce; o Verici kimliğinin kesinleştirilmesi o Rıza belgesinin kontrol edilmesi o Beyin ölümü tespit kaydının kontrol edilmesi o Organ ve dokunun kalitesi o Organ alımını gerçekleştirecek ekiplerin ulaşma süresinin uygunluğunun değerlendirilmesi			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Canlı vericilere yönelik değerlendirme asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Vericinin tıbbi öyküsü ve alışkanlıkları - o Vericinin kapsamlı seyahat öyküsü - o Tanısal araştırmalara yönelik görüntüleme işlemleri ve laboratuvar testleri - o Fiziksel muayene - o Vericinin ağırlığı ve boyu - o Kan grubu - o Doku tipi uygunluğu - o Psikososyal değerlendirme - o Etik komisyon değerlendirmesi - o Vericiye yönelik perioperatif ve uzun dönemli riskler			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON06	Alıcının değerlendirilmesi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Alıcı, organ ve doku nakli endikasyonunun varlığı açısından değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Alıcı, fiziksel ve psikososyal yönden organ ve doku nakli uygunluğu açısından değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Nakil için uygun bulunan alıcılar ulusal nakil sistemi üzerinde tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON07	Alıcı ve yakınları nakil süreci ile ilgili bilgilendirilmelidir.	Alıcı ve yakınları asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Tedavi süreci - o Zamanında organ bulunamaması durumu - o Nakil işleminin tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları - o Riskler ve gelişebilecek komplikasyonlar * Akut ve kronik organ reddi * Bulaşıcı hastalıkların ve tümörlerin bulaşma riski * Immunosüpresif tedaviye bağlı komplikasyonlar * Rekürrens riski - o Nakil sırasında ve sonrasında alması gereken ilaçlar - o Nakil sonrası kontrol periyotları - o Nakil sonrası dikkat edilecek hususlar			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON08	Nakil için planlanan organın işlevsel durumunun korunması amacıyla kadavra vericinin klinik bakımına yönelik kurallar	Bakım sürecinde vericide oluşan klinik değişiklikleri izlemeye yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Verici organ ve dokularının işlevsel durumunun korunması için muhtemel kritik komplikasyonlar ve tedavi stratejileri belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON09	Organ ve doku alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Organ ve dokuların alım süreci, sıcak iskemisi süresini en az indirecek şekilde düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Alım sürecine yönelik personel ve ekipman tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Organ ve dokunun alınması, saklanması, paketlenmesi ve taşınması sürecinde kullanılması planlanan tüm ekipman hazır bulundurulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organ alım sürecinde, intratorasik ve intraabdominal organlar, olası gizli tümörler ya da patolojik lenfadenopatiler açısından muayene edilmeli, şüpheli lezyonlar dondurulmuş kesit (frozen section) ile en kısa sürede araştırılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Çıkarılan organların koruyucu solüsyonla damardan yıkanması ile ilgili kurallar belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Detaylı organ raporu hazırlanmalı, rapor asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Vericinin kan grubu - o Bağış yeri, zamanı ve tarihi - o Perfüzyon ya da organ saklama süresi - o Vericiye ilişkin tıbbi bilgiler - o Organ veya doku anatomisine ilişkin detaylı açıklamalar - o Oluşan herhangi bir hasarın raporu - o Koruma sıvısının türü ve hacmi - o İskemi zamanının başlangıcı - o Alım ekibinin üyeleri - o Genel bulgular - o Varsa biyopsi sonucu - o Cross klemp, perfüzyona başlama zamanı, her organ için kullanılan perfüzyon solüsyon miktarı ve her organın çıkarma zamanı - o Organ veya doku alım sürecinin başlama ve bitiş zamanı - o Organ uygunluğunda cerrahi notlar, bulgular ve organ kabul edilmeme nedenleri			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organ alımı gerçekleştirildikten sonra organ, nakledileceği kuruluşa gönderilmeli ve aynı zamanda bölgesel ve ulusal koordinasyon merkezlerine süreç ile ilgili bildirim yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organ ve doku alım sürecinde organ nakli ekibinin temel ihtiyaçlarının (yeme, içme, dinlenme vb.) karşılanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON10	Organ ve dokuların paketlenmesi ve taşınmasına yönelik süreçler belirlenmelidir.	Paketleme sistemi, ulusal ve uluslararası kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda ve asgari aşağıdaki kuralları içerecek şekilde oluşturulmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Paketleme materyali, ulusal ve uluslararası düzenlemelere uygun şekilde, inert, sızdırmaz, ısı yalıtımlı ve olası durumlara karşı dayanıklı olmalıdır. - o Organlar perfüzyon için kullanılan solüsyonda saklanmalıdır. - o En içte bulunan kap steril olmalı ve organın soğutma elemanları ya da kırılmış buzlarla doğrudan temasını önlemeye yetecek kadar yeterli sıvı içermelidir. - o Soğuk saklama durumunda organın özelliğine göre 0-6 °C sıcaklık aralığında olması sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organ taşıma kapları etiketlenmeli, etiket asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Vericiyi tanımlayan kod ya da parola - o Organ veya doku türü - o İlgili durumlarda sağ ya da sol organ olduğu bilgileri dahil olmak üzere paketin içeriği - o Ulaştığında bilgilendirilecek kişiye ilişkin detaylar dahil olmak üzere varış yerinin adresi - o Organı taşıyan kurumun adresi - o Beklenmedik durumlarda bilgilendirilecek kişiye ilişkin detaylı bilgi			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organ ve dokuların transferine yönelik uygunsuz durumlar (sürede ve sıcaklıkta normalden sapmalar, kazalar gibi) için düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON11	Bağış ve nakil ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	Ulaşım basamakları arasında geçen süreler izlenmeli, sürenin iyileştirilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organların vericiden alıcıya nakline kadar geçen süre içinde asgari aşağıdaki basamaklar kayıt altına alınmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Sıcak iskeminin başladığı tarih ve saat - o Soğuk iskeminin başladığı tarih ve saat - o Paketleme tarih ve saati - o Paketlenen organın hastaneden çıkış tarih ve saati - o Nakil gerçekleştirilecek hastaneye ulaşma tarih ve saati - o Kimler tarafından teslim edildiği - o Kimler tarafından teslim alındığı - o Nakil ameliyatına başlama tarih ve saati - o Nakil anı (soğuk iskeminin bittiği tarih ve saat) - o Nakil ameliyatının sonlanma tarih ve saati - o Sorumlu nakil ekibi			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Saklama ve transfer sıcaklığı izlenmeli ve kayıt altına alınmalı, sıcaklık belirlenen değerlerden sapma gösterdiğinde ilgili kişilere haber verilmesine yönelik alarm sistemi kurulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rejeksiyonlar ulusal sisteme bildirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON12	Organ ve doku nakli ile ilgili süreçlerin yönetimine ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	Organ ya da dokunun imhası durumunda imha nedeni ve zamanı kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gerçekleştirilen organ ve doku nakli çeşitliliği ile ventilatörlü yoğun bakım yatak sayısı dikkate alınarak uygun sayıda organ ve doku nakil koordinatörü görevlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Organ ve doku nakil koordinatörü gerekli eğitimleri almış olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organ ve doku nakli koordinatörleri için uygun nitelik ve donanımına sahip çalışma ofisleri bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bağış ve nakil alanında sorumluluğu bulunan hastanelerde organ ve doku nakil komitesi kurulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Komite asgari aşağıdaki personelden oluşmalıdır: - o Üst yönetimden en az başhekim yardımcısı düzeyinde bir kişi - o Organ ve doku nakli koordinatörleri - o Bağış ve nakil sürecinde görev alan klinik branş temsilcileri - o Yoğun bakım sorumlu hekim ve hemşireleri			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: - o Bağış ve nakil süreci ile ilgili mevcut durum analizi - o Bağış ve nakil süreci ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri hakkında rapor oluşturulması - o Rapor doğrultusunda gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının izlenmesi - o Organ ve doku nakli ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Yoğun bakım sorumlu hekim ve hemşirelerinin potansiyel vericilere yönelik görev ve sorumlulukları belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Organ ve doku nakli türüne göre nakil sonrası hasta bakım protokolleri hazırlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	SON13	Alıcının nakil sonrası tedavi ve bakım süreçleri tanımlanmalıdır.	Alıcı takibi belirlenen protokol çerçevesinde gerçekleştirilmeli ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR01	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) kapsamında sunulan hizmetler tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR02	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunumu için gerekli fiziksel koşullar ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.	Sunulan hizmetlerin özelliğine göre gerekli fiziki ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyon süreçleri kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalı ve izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Fiziksel koşullar hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hizmet sunum alanında hastanın personele erişimini sağlamaya yönelik çağrı sistemi bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların özel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Acil durumlar için hasta nakline uygun fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların özelliklerine göre biçimlendirilmiş iş ve uğraşı alanları, spor alanları ve sosyal alanlar bulunmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR03	Hasta bakım süreçleri disiplinler arası koordineli bir yaklaşımla yürütülmelidir	Hasta bakım sürecinde yer alan tüm meslek gruplarının koordineli olarak hizmet vermesi sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunum süreçlerinde hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik asgari aşağıdaki personel tanımlanmış olmalıdır: - o FTR uzman hekimi - o Uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon programlarına yönelik eğitim almış veya deneyimli terapist (fizyoterapist, fizik tedavi teknikeri, iş uğraşı terapisti, dil ve konuşma terapisti, ortez protez teknikeri/uzmanı gibi) - o Hemşire - o Sosyal hizmet uzmanı - o Psikolog - o Diyetisyen			
SAĞLIK HİZMETLERİ							
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR04	Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	Hastanın bakım ihtiyaçları ilgili disiplinler tarafından değerlendirilmeli ve hastaya özgü bakım planı hazırlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bakım planı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: - o Hastanın spesifik bakım ihtiyacı alanı/konusu - o Bakıma katılan sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi) isim ve imzaları - o Hasta için kısa ve uzun vadeli hedefler (beklenen iyileşme derecesi ve iyileşme süresini içerecek şekilde) - o Hastanın kısa ve uzun vadeli hedeflere ulaşmasına yardımcı olacak stratejiler ve faaliyetler - o FTR uygulamasına yönelik detaylar (haftada kaç gün, günde kaç saat, öngörülen toplam yatış gün sayısı gibi)			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR05	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.	Hasta, bakım planı kapsamında uygulanan tedavilere (egzersizler, fizik tedavi modaliteleri, özel programlar, girişimsel işlemler gibi) yönelik bilgilendirilmeli ve hastanın rızası alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Planlanan bakım uygulamaları, hastanın fonksiyonel durumuna göre belirlenmiş süre içinde gerçekleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastanın kabulünden hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süre içerisindeki hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kurumun hizmet kapsamına giren alanlar dikkate alınarak özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR05	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.	Kurumun hizmet kapsamına göre oluşturulacak bakım algoritmaları asgari aşağıdaki hasta gruplarını içermelidir: o Ekstremitte kaybına uğramış hasta o Bası yaralı hasta o Nörolojik hastalıklar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta (Örn: İnme, travmatik beyin hasarı, omurilik hasarı, multiple skleroz, parkinson, v.b) o Pediatrik rehabilitasyon (serebral palsi, gelişim bozuklukları brakial pleksus hasarı, beyin ve omurilik hasarı, meningomyelose, kas hastalıkları gibi) o Kardiyak ve pulmoner hastalıklar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta (koroner arter hastalığı, opere by pass greftleme, kardiyak transplantasyon öncesi ve sonrası, kronik obstrüktif akciğer hastalığı rehabilitasyonu, periferik damar hastalıkları rehabilitasyonu gibi) o Muskuloskeletal ve romatolojik hastalıklar (osteoartrit, romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi) ve sportif sorunlar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta o Görme ve işitme rehabilitasyonu gereken hasta o Subakut rehabilitasyon - Mekanik ventilasyon gerekliliği ile akut rehabilitasyon sürecinde olan ve FTR kliniğine kabul edilen hasta (trakeostomisi bulunan tetrapleji veya hemipleji hastası, trakeostomisi bulunan Guillain-Barre Sendromlu hasta gibi) o Diğer kliniklerce (yoğun bakım, ortopedi ve travmatoloji gibi) danışılan ve FTR tedavi süreci başlayan hasta			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Taburculuk sonrasında yönelik hastanın fonksiyonel durumuna göre bakım hedefleri ve kontrol aralıkları belirlenmelidir. Bu hedefler ve kontrol aralıkları hasta ve aile ile paylaşılmalı, kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastanın kalacağı ev veya diğer bakım ortamlarına güvenli ve uygun bir şekilde yerleşebilmesi için yaşam alanlarında gerekli düzenlemeler hakkında bilgi ve eğitim verilmeli, özellikli alanlarda yapılması gereken asgari düzenlemelerle ilgili bilgilendirme ve yönlendirme desteği yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Ev programı olarak tanımlanan, hasta ve bakım verenlerin uygulayabileceği programlar hakkında (yardımcı cihazların kullanması, günlük egzersizlerin uygulanması gibi) hastaya ve aileye gerekli bilgilendirmeler (broşür, bilgi notu vb.) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR06	Hizmetin sonlandırılması ya da geçici süreyle ara verilmesi durumunda, bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Taburculuk sonrası takip gerektiren hastalara yönelik bilgi akışını sağlamak üzere; hasta, hastaya bakım verenler ve hizmet sunan sağlık kuruluşları ile iletişim ve işbirliği süreci tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Hasta, hastaya bakım verenler ve hizmet sunan sağlık kuruluşundan bakım hedefleri dikkate alınarak geri bildirim (telefon, elektronik posta, telefonla, yüzyüze görüşme gibi) alınması sağlanmalıdır. o Taburculuk sonrası bakım hedeflerine yönelik görüşmelerin kim tarafından yapılacağı tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Yaşam boyu takip gerektiren hastalar ve bu hastalar için uygulanacak program tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Kurumun hizmet çeşitliliği ve personel nitelikleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları uygulanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Rehabilitasyon Hizmetleri	SFR07	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları oluşturulmalıdır.	Rehberlik: Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında hastanede sunulabilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerine örnekler aşağıda verilmiştir: o Desteleyici Teknoloji ve Yardımcı Araç Gereçlerin Kullanımı Eğitimi (Koltuk Değneği, Tekerlekli Sandalye, Protez, Ortez vb.) o Yaşlı ve Engelli Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Danışmanlık o Okul Çağı Çocuk /Gençlerin Postür Düzgünlüğü ve Yaşam Kalitesine Yönelik Danışmanlık o Dolaşım Problemlerinde Koruyucu Yaklaşımlar Eğitimi o Aktif Solunum Döngüsü Eğitimi			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Program sonuçları hastane tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşılma derecesi belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Palyatif bakım hizmetlerinin politikası asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde belirlenmelidir:			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB01	Palyatif bakım hizmetlerine yönelik politika belirlenmelidir.	o Palyatif bakım hizmetinin amacına uygun şekilde tanımlanmış genel hasta kabul ilkeleri o Hasta ve yakınlarının bakım sürecine katılımını destekleyici ilkeler o Hastalık seyri boyunca palyatif bakım hizmetinin sürekliliğini destekleyici ilkeler			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Uygulamalar belirlenen politikalar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili asgari aşağıdaki süreçler ve bu süreçlere ilişkin kuralları tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ							

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB02	Palyatif bakım kliniğinde sunulan hizmetler ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	- o Hasta kabulü * Hizmet verilecek hasta grubu, Evden hasta kabulü, Sağlık kuruluşlarından hasta kabulü, Bakımevi vb. kuruluşlardan hasta kabulü, Klinikten hasta kabulü - o Hasta bakım süreçleri * Hasta bakım ihtiyaçlarının tespiti, Semptomatik tedavi protokolleri, Ağrı takibi, Mobilizasyon, Beslenme ve sıvı alımı, Enteral beslenme protokolü, Opioid uygulama protokolü, Rehabilitasyon süreci, Özellikle bakım uygulamaları (Bası yarası, PEG bakımı, trakeostomi bakımı vb), Terminal dönem bakım kararları, Kayıp ve yas süreci - o Multidisipliner ekip yaklaşımı ve rolleri - o Sevk kriterleri ve süreçleri - o Taburculuk kriterleri ve süreçleri - o Hasta transferi - o Bakımın sürekliliği (taburculuk sonrası bakım) - o Bakımın sonlandırılması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB03	Palyatif bakım kliniklerine yönelik fiziksel alanlar hizmet sunumu ile ilgili gereklilikler çerçevesinde tanımlanmalıdır. Rehberlik; Palyatif bakım kliniklerinde fiziki şartlar oluşturulurken hasta ve yakınının konforu optimal seviyede planlanmalıdır.	Palyatif bakım klinikleri diğer kliniklerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta odaları, hasta ve yakınının konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Hasta odaları en fazla iki kişilik olmalıdır. - o Odalar gün ışığı ve taze hava alacak şekilde olmalı, iklimlendirme sağlanmalıdır. - o Odada banyo, tuvalet, televizyon ve refakatçiler için açılır kapanır koltuk bulunmalıdır. - o Hastaya özel ayarlanabilen gece lambası, dolap, etajer ve buzdolabı bulunmalıdır. - o Hasta odası gürtülden uzak, ve gün ışığından yararlanabilecek şekilde düzenlenmelidir. - o Hasta başı panelleri gizli olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Palyatif bakım kliniğinin içinde ya da yakınında asgari aşağıdaki alanlar bulunmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Hasta ve yakınının kullanabileceği mutfak alanı - o İbadet odası - o Meşguliyet odası veya alanı - o Hastanın kaybı sonrası ailenin kayıp ve keder sürecini yaşamasına olanak sağlayan geniş, ergonomik bir alan - o Hastaların açık havadan faydalanabilecekleri alan - o Hasta ve yakınının kullanabileceği çamaşır yıkama ve kurutma alanı			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB04	Hastanın ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	Bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinde ulusal veya uluslararası geçerliliği olan ölçüler (Edmonton semptom değerlendirme ölçeği vb) kullanılmalı ve bu ölçüler sonucu yapılan çalışmalar hasta bakımına yansıtılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			Rehberlik; Hastaya özgü bakım ihtiyaçları tanımlanırken uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve bakım kılavuzları kullanılmalıdır.	Değerlendirme multidisipliner bir yaklaşımla ilgili sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen vb) tarafından gerçekleştirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	Kanıtı dayalı klinik değerlendirme araçları (karnofsky performans skoru, palyatif prognostik indeks vb.) kullanılarak, palyatif bakım hastalarının yaşam sonuna yaklaşma durumu belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Terminal dönem hastalarının bakım ve ölüm yeri tercihleri değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB05	Belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planları oluşturulmalıdır.	Bakım planları klinik tarafından kabul edilmiş kılavuz ve protokollere uygun olarak hazırlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ			(Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	Palyatif bakım hizmeti hasta merkezli olmalı, hastanın inançları, değerleri ve kültürü bakım sürecine yansıtılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Bakımın hastanın tercihlerine uygun olarak sağlanamadığı durumlarda, hasta, ailesi ve bakım verenlerle birlikte alternatif bakım planı oluşturulmalı ve kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB06	Ağrının etkin şekilde takibi ve kontrol altına alınması sağlanmalıdır. Rehberlik; Ağrının etkin yönetimi kaliteli palyatif bakımın en önemli parçasıdır. Hastanın ağrısının şiddeti, süresi ve sıklığı değerlendirilerek ve hastanın tercihleri, müdahalenin yararları ve zararları göz önünde bulundurularak optimal ağrı yönetimi sağlanmalıdır. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	Belirlenen ölçüler ile hastanın ağrısı değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Sorumlu hekim, aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde ağrı yönetimi eğitimi almalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				- o Uygun ve güvenilir dozda opioid kullanımı - o Opioid kullanımı riskinin değerlendirilmesi - o Opioid bağımlılığı ve diversiyonu işaretlerinin izlenmesi - o İlaç bağımlılığı riski olan hastaların ağrılarının yönetimi - o Nonfarmakolojik ağrı tedavi yöntemleri			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Ağrı ve diğer semptomların yönetimine yönelik klinik kılavuz ve protokoller belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Ağrı tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanısıra nonfarmakolojik yöntemler eğitim almış kişiler tarafından uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik; Nonfarmakolojik ağrı tedavi yöntemleri: - o Periferik teknikler * Masaj, Sıcak-soğuk uygulama, Deriye mentol uygulama, Vibrasyon, Tens, Terapötik dokunma - o Kognitif davranışsal yöntemler * Gevşeme, Dikkati başka yöne çekme, Müzikterapi, Hayal kurma, Yavaş ve ritmik solunum, Bilişsel stratejiler, Aromaterapi - o Diğer yöntemler * Akupunktur, Plasebo			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB07	Hasta ve refakatçilerinin yaşam kalitesini artırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Rehberlik; Aşağıda, hasta ve refakatçilere yönelik gerçekleştirilebilecek etkinliklere örnekler verilmiştir: - o Resim, el işi, seramik - o Yap-boz - o Kitap okuma faaliyetleri - o Müzik dinletisi - o Görsel sanatlar				
SAĞLIK HİZMETLERİ				Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin bakım verme istekleri sorgulanmalı, kişiler bakım sürecinin potansiyel riskleri ve faydaları hakkında bilgilendirilmelidir.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB08	Aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler, psikososyal destek ve bilgi ihtiyacı açısından değerlendirilmeli, gerekli destek ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.	Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin bakım verme ile ilgili kabiliyetleri ve katılım düzeyleri değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin hasta bakımına yönelik eğitim ihtiyaçları değerlendirilerek kayıt altına alınmalı, gerekli eğitim ve bilgi desteği sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin, sosyokültürel durumları ve yaşları dikkate alınarak, yaşam sonu belirti ve semptomlar uygun bir dille anlatılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Gerekli görülmesi durumunda, aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler psikolojik destek almak üzere ilgili sağlık profesyonellerine yönlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB09	Klinikte görev yapan sağlık çalışanları palyatif bakım konusunda mesleki alanına özgü eğitim almış olmalıdır.				
SAĞLIK HİZMETLERİ	Palyatif Bakım	SPB10	Hastanın farklı sağlık hizmet alanları arasındaki geçişleri etkin şekilde yönetilmeli, hizmete erişimde süreklilik sağlanmalıdır.	Hasta, aile ve bakım verenlerin bakım yeri tercihleri de dikkate alınarak multidisipliner ekibin uygun gördüğü yerde bakımın devamlılığı sağlanmalıdır (farklı bir klinik, bakımevi, ev vb.).			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Taburcuğu planlanan hastaya, ev veya diğer bakım ortamlarının hazırlanması için yeterli süre verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Klinik sonrası bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla aile veya bakım verenlerin sağlık personellerine nasıl ulaşacağı tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bakımın sürekliliğine yönelik oluşabilecek sorunları en aza indirmek için evde sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyon (aile hekimi ile görüşmek, hastanın palyatif bakım gereksinimleri konusunda hekime iletilmek üzere bilgi formu doldurmak vb.) sağlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES01	Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Birime yönlendirilen veya doğrudan gelen hasta başvuruları ile başvuru ve onay sürecine yönelik kurallar o Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve kontrol muayeneleri ile takip ziyaretlerinin planlanmasına yönelik süreçler o Hastaların kabul kriterleri o Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği o Değerlendirme sonrasında tıbbi bakımın nasıl planlanacağı o Planlanan tıbbi bakımın hastaya nasıl uygulanacağı o Tıbbi bakımın sonuçlarının nasıl izleneceği ve değerlendirileceği o Tıbbi bakım planında gerekli değişikliklerin nasıl yapılacağı o Hastaların hastaneye transferi ile ilgili süreçler o Hasta yakını eğitimleri o Evde sağlık hizmetinin sonlandırılması			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES02	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.	Kayıtlı hastaların ziyaretleri planlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta, ziyaret aralıkları ve sonraki ziyaret tarihi hakkında bilgilendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Planlanan ziyaret süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES03	Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan bakım kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların klinik durumları ve tıbbi bakım ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hasta ve yakınının öz bakım kapasitesi, bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerisi değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için hastalar ziyaret programı dahilinde izlenmeli ve değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES04	Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir.				
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES05	Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastaların, nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Malnütrisyonu olan veya malnütrisyon riski saptanan hastalar için nütrisyon desteğinin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Nütrisyonel destek verilen hasta ve hasta yakınına konuyla ilgili eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES06	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastalarda ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik: Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) hakkında hasta ve yakınına eğitim verilmeli, bakım planına kaydedilmeli ve ziyaret programı dahilinde izlenmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES07	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerek şekilde tanımlanmalıdır:			
SAĞLIK HİZMETLERİ				o Hastalara yönelik kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hasta ve hasta yakınının kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Rehberlik: Evde sağlık hizmetlerinde, ilk muayenede, hastanın resmi kimliği üzerinden kimlik doğrulanması yapılması esastır. Sonraki ziyaretlerde, sağlık personelinin değişmesi söz konusu olduğunda ya da personel gerekli gördüğü takdirde kimlik doğrulanması yapılabilir. Ayrıca numune alımı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler sırasında da doğru işlemin doğru hastaya uygulandığından emin olunması büyük önem arz etmektedir.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
SAĞLIK HİZMETLERİ				Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES08	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	Hastanın hizmet alma nedeni ile hastaya tanı, tedavi, takip sürecinde gerçekleştirilen tüm hizmetler ve bu hizmetlerin kim tarafından, ne zaman verildiğine ilişkin bilgi hasta dosyasında izlenebilir olmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ				Hastanın evde sağlık hizmetleri kapsamından çıkarılması durumunda, çıkarılma nedeni, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES09		Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir. Rehberlik; Eğitimlerde, çağrının kabulü, hastayı ziyaret, hasta yakınlarıyla iletişim, güvenlik tedbirleri, numune alınması, saklanması ve taşınması, bilgi mahremiyeti gibi konular yer alabilir.			
SAĞLIK HİZMETLERİ	Evde Sağlık Hizmeti	SES10		Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde hastaneye transferi sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ		DH.OH.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için hastanenin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.	Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından hastanenin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve hastane temizlik planı oluşturulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ			Hastanenin temizliği sağlanmalıdır.	Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ		DOH09	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	Mutfak bölümleri (depolama, gıda hazırlama, bulaşık yıkama yerleri gibi) çapraz kontaminasyonu engelleyecek şekilde birbirinden ayrı alanlarda ve iş akışına uygun şekilde düzenlenmelidir. Hastanede mutfak hizmeti verilen tüm alanların tavan, taban ve duvarları yıkama ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır. o Zemin kayma ve düşmeyi önleyici malzemeden yapılmış olmalıdır. Soğuk hava depoları içeriden açılabilir özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır. o Depo koşullarının uygunluğu izlenebilir olmalıdır. Mutfakta iklimlendirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. o Mutfak kokularının hastane hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır. Mutfak alanlarının hayvan ve haşerelerden korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Mutfak atıkları hijyenik ve çevreye zarar vermeyecek şekilde ortamdaki uzaklaştırılmalıdır. o Yemek atıklarının geçici olarak muhafaza edilmesine yönelik uygun alan oluşturulmalıdır. Bebek ve çocuk hastalar için ilgili kliniklerde mama hazırlama alanı tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Gıda zinciri süreçlerinde diyetisyen kontrolü sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Gıdaların güvenli tedarikine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde belirlenmelidir: o Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler o Kalite kontrol kriterleri o Tedarikçi kabul ve değerlendirme kriterleri o Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler			
DESTEK HİZMETLERİ		DOH10	Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır. o Gıda depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir. o Üretilmiş ve satın alınmış gıdaların stoklanmasında tavsiye edilen tüketim tarihlerinin etkin şekilde takibi yapılmalıdır. o Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin üretim ve son tüketim tarihleri kayıt edilmelidir. o Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin depolanması ayrı alanlarda yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ		DOH11	Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Gıdalar hastaların bakım gereksinimleri ve beslenme tedavileri doğrultusunda hazırlanmalıdır. Tedavi amaçlı özel diyet gereksinimi olan çalışanlar belirlenmeli, diyetine uygun yemek hizmeti alması sağlanmalıdır. Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır. o Gıdaların hazırlanmasında kullanılan sarf malzeme, araç gereç ve ekipman uygun şekilde temizlenmeli ya da dezenfekte edilmelidir. o Gıda ile temas eden malzemeler sağlığa uygun özellikte olmalıdır. o Tüm çalışanlar; yapılan işin özelliğine göre maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır. Mutfak ve servis personeline asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır: o Gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi o Diyet yemeklerinin içeriği o Yemeklerin porsiyonlanması Hizmet kapsamındaki kişilere servis edilen her son üründen şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır. Hazırlanan menüler, standart yemek tarifeleri ve gramaj listelerinin Bakanlıkça yayınlanan rehberlere uygunluğu kontrol edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ		DOH12	Hastane dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Gıdalar, servis edilecekleri sıcaklıklara uygun bir taşıma aracında birbirlerine karışmayacak ve araç içine bulaşmayacak şekilde uygun kaplarda taşınmalıdır. Taşıma araçları ve içindeki kaplar başka herhangi bir maddenin taşınmasında kullanılmamalıdır. Taşıma aracı ve kapların, temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik işlemler kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Gıdalar servis sıcaklıklarına uygun olarak sunulmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Otelcilik Hizmetleri	DOH13	Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	Taşıma sırasında yemeklerin üzeri kapalı olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek taşıma araçları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Yemek dağıtımı yapan personel; uygun iş kıyafeti ile bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ		DOH14	Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Türlerine göre gıda atıklarının nasıl kullanılacağı (kompoze gübre, hayvan barınakları vb.) tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Evsel atık olarak atılan gıdaların miktarları izlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				o Atılan gıda miktarının azaltılmasına yönelik iyileştirme çalışması yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ		DOH16	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.			
		DOH15	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır. o Konteynırlar ile taşıma yapan hastanelerde; □ • Konteynırların temizliği günlük olarak yapılmalıdır. □ • Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır. □ o Otomatik sistem ile taşıma yapan hastanelerde, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ		DH.OH.04.00	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. o Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılarak kaydedilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Hastanede hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ		DH.OH.05.00	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	Hastanenin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi) bulunmalıdır			
DESTEK HİZMETLERİ				o Hastanede 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir. o Hastane genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. o Kamera kayıtları, sadece üst yönetim tarafından tanımlanan kişilerin erişimine açık olmalıdır. o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ		TY-FR-11	Güvenlik Hizmeti	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Kilit altında tutulması gereken bölgelerin kilitli olması, Kapalı alanlarda kilitli kalınmaması(Örneğin; WC kapıları, vb.)			
DESTEK HİZMETLERİ				Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ			Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				o Kişisel temizlik alanlarında, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.□ o Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun şekilde muhafazası ve kullanımı sağlanmalıdır. □			
DESTEK HİZMETLERİ			Hastane bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Muayene odaları temiz olmalı, uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ			Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	Muayene odası girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Muayene odasında, hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.□ o Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır.□ o Muayene masa örtüsü tek kullanımlık olmalıdır.□ o Gerekli kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Muayene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ			Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile muayene odasına çağrılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Bebek bakım ve emzirme odasında fiziki ortamın uygun koşulları içermesi sağlanmalıdır.□ Bebek bakım ve emzirme odasında;□ o Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır.□ o Oyuncak bulundurulmamalıdır.□ o Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır.□ o Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalıdır.□ o İklimlendirme sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Bebek bakım ve emzirme odalarında, emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ			Ayaktan tedavi alıp süreklilik arz eden hasta/hasta yakınları (kemoterapi, radyoterapi gibi) için gerektiğinde konaklama hizmeti sunulmalıdır.				
DESTEK HİZMETLERİ							
DESTEK HİZMETLERİ							
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi		Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY16	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Basınçlı kapların ilk defa kullanılmadan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılmalı, doğru kurulduğu ve güvenli şekilde çalıştığını gösteren belge bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY01	Bina turları yapılmalıdır. (Bkz: Tesis Güvenliği Rehberi)	Bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			o İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır. o Eylem planı kapsamında alınan kararlar hastane yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Tespit edilen risklere yönelik asgari aşağıdaki tedbirler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			o Tutunma barlarının bulunması o Merdivenlerde korkuluk bulunması o Alçak tavan uyarılarının kullanılması o Kaygan ve ıslak zemin uyarı levhalarının kullanılması o Zeminde bulunan engellere karşı önlem alınması o Ortamın yeteri kadar aydınlatılması o Yatak korkuluklarının kaldırılması ve yatak emniyet kilidinin kapalı olması			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY03	Hastane yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	Hastane yerleşim alanına, giriş kapılarına yakın bir şekilde konumlandırılmış yerleşim planı bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında, bulunulan yeri, acil çıkış kapılarını ve yangın tüp/istasyonlarını da gösteren kat krokileri bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Yaşlı ve engelli hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Hastane bünyesindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin hastaneden tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY09	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	o Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından yapılmalıdır. * Periyodik kontrol sonuçları kusursuz (yeşil renk), hafif kusurlu (mavi), kusurlu (sarı renk) ve güvensiz (kırmızı renk) olmak üzere dört grupta değerlendirilmeli olmalıdır. * Renkli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır. * Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörün kullanımına izin verilmemelidir. * Kontrol raporundaki asansör kimlik numarası, etiket rengi skalası ve muayene tarihi ile etiket üzerindeki bilgiler birbiri ile uyumlu olmalıdır. o Asansörlerin ara bakımları yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Asansörlerde çalışır durumda yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY10	Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır: o HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi) o Hava debisi ve hava hızı ölçümü o Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti o Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme) o Partikül ölçümü			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Hastane trafoalarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Jeneratörlerin geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) kontrol ve bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı ve kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Elektrik prizleri sabitlenmiş olmalı, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak hareketli uzatma kablosu vb. kullanılmamalıdır			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Ortak kullanım alanlarında alçakta yer alan prizler ile çocuk hastalara hizmet verilen birimlerde çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Depo, suyun özelliklerini değiştirmeyecek paslanmaz çelik, krom nikel, beton ve benzeri maddeler ile yapılmış olmalı, beton yapıdaki su depolarının iç yüzeyi uygun bir malzeme ile kaplanmalıdır. o Depo kapağı sadece depo görevlileri ve yetkili personel tarafından açılıp kapanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Depolar, ısı kaynaklarından uzak olmalı, direkt olarak gün ışığına maruz bırakılmamalıdır. o Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir. o Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi						
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY13	Sihhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Şebeke suyunda herhangi bir nedenden dolayı oluşabilecek bir kesinti durumunda, mevcut yedek su kaynakları devreye alınarak su ihtiyacı sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından hastane tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmeli, tespit edilen sorunlara yönelik iyileştirme faaliyetleri düzenlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik düzenli aralıklarla kontrol gerçekleştirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Yağmur sularının kontrolü ve uygun drenajı sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY14	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Medikal gaz sistemindeki basınç değişiklikleri işitsel ve görsel uyarı sistemi ile takip edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			o Basınç düşüklüğü durumunda kullanılmak üzere yedek sistemler bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Gazlar cinsine göre depolanmalı ve gazların birbiri ile depolanabilir olup olmadığı kontrol edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Medikal gaz sisteminin bulunduğu alanların kapalı havalandırma kanalları, başka bölüm veya binaların havalandırma kanallarına bağlanmamalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi	DTY15	Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Taşınabilir gaz silindirleri dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz silindirleri tek tek veya konteyner içinde sabitlenmiş olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Üretici firma tarafından hastaneye teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlerinin sertifikası bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Sıkıştırılmış gaz silindirlerinin doluluk ve sızdırmazlık kontrolleri yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tesis Yönetimi			Gaz silindirleri gaz tiplerine göre depolanmalı, yanıcı gazlar ve oksitleyici maddelerden ayrılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi	DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Atık Yönetim Planı oluşturulmalıdır. Atık yönetimine yönelik asgari aşağıdaki konuları kapsayan doküman oluşturulmalı ve düzenli aralıklarla güncellenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			o Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri o Atıkların kaynağında ayrıştırılması o Üretilen atık miktarının azaltılması o Oluşan atık miktarı ile ilgili bilgilerin düzenli olarak kayıt altına alınması o Hastane içinde atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması o Toplama sıklığı ve kuralları o Atıkların taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar o Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu o Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kurallar o Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları o Atıkların teslim alınması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye veya yüklenici ile protokol yapılması o Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler o Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular o Atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi	DAY02	Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır.	Atıklar, ilgili sağlık personeli tarafından kaynağında ayrıştırılarak biriktirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atıklar asgari aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılmalıdır: o Evsel atıklar • Genel atıklar, Ambalaj atıkları o Tıbbi atıklar • Enfeksiyöz/tıbbi atık, Patolojik atık, Kesici-delici atık o Tehlikeli atıklar • Kimyasal atıklar, Bitkisel yağ atıkları, Pili/akümülatör, Floresan lamba atıkları, Radyoaktif atıklar açıklamadaki gibi düzenlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Bölüm bazında oluşan atık türlerine göre uygun atık kutuları bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atık toplama kutuları konumlandırılırken atık kaynaklarına uzaklığı ve kullanım kolaylığı göz önünde bulundurulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atık kutularının üzerinde uluslararası uyarı işaretleri ve atığı tanımlayan ifade bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek bir şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi	DAY03	Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	Atıkların toplanması ve taşınması sırasında görevli personelin giysileri uygun nitelikte olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atık poşetlerinin hangi birimden toplandığına dair tanımlayıcı bilgi bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Görevli personele atıkların toplanması ve taşınması hakkında eğitim verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atıkların toplanması ve taşınması ile ilgili risk değerlendirmesi yapılmalı, oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Uygun niteliklere sahip atık toplama ekipmanı kullanılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atık torbaları, hastane içinde uygun niteliklere sahip, temizlenmesi kolay, kapaklı ekipman ile taşınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Torbalar en fazla ¾ oranında doldurulmalı, içeriği hiçbir şekilde sıkıştırılmamalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmamalı ve tekrar kullanılmamalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi	DAY04	Atıklar ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	Hastanenin büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulundurulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Hastanede bulunan geçici tıbbi atık deposu asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır; o Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalı ve depolarda yeterli aydınlatma bulunmalıdır. o Depolama süresi dikkate alınarak uygun havalandırma ve iklimlendirme sağlanmalıdır. o Depo kapısı üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır. o Depo kapısı kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmemelidir. o Depo, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınına tesis edilmemelidir. o Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalıdır. o Depoda izgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır. o Depo, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Rehberlik: o Tıbbi atıklar, 48 saatten fazla olmamak üzere tıbbi atık geçici deposu veya konteynerinde bekletilebilir. o Tıbbi atık geçici deposu içindeki sıcaklığın +4 °C olması ve kapasitenin uygun olması koşuluyla bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir. Geçici atık deposu veya konteynerin temizliği hakkında görevli personele eğitim verilmelidir. Depolanmış atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			Atığın ürettiği birimlerdeki sağlık çalışanlarına asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde eğitim verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Atık Yönetimi			o Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması o Atık toplama ekipmanının kullanımı o Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması hakkında genel bilgi o Atıkların yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar o Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DH.BY.01.00	Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY01	Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin hastane politikası oluşturulmalıdır.	o BYS'nin amaç ve kapsamı o Bilgi güvenliği o BYS'ni oluşturan alt sistemler (SBYS, LBYS, PACS, Web, E-posta, Dosya Sunucu, varsa diğer bilgi yönetim alt sistemleri gibi) o SBYS işletimi ve değişiklik yönetim süreçleri o Bilgi sistem donanım ve altyapı, yönetim ve talep süreçleri o Varlık yönetimi o İş sürekliliği yönetimi o Yedekleme o Bilgi teknolojileri imha yönetimi (Bilgisayar, disk, sunucu vb)			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	BYS ile ilgili politikaların oluşturulması, BYS'ye ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması, bilgi güvenliği ile ilgili hususlarda gerekli çalışmaların yapılması amacıyla sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetim sistemine ilişkin rol grupları (hekimler, hemşireler, sekreterler gibi) ve yetkileri belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır. o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır. o İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme süreçleri tanımlanmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Rol grupları ve kullanıcılar için tanımlanan yetkiler periyodik olarak gerektiğinde (görev değişikliği, işten ayrılma vb) gözden geçirilmeli, gerekli güncellemeler yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY03	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	Bilgi yönetim sistemine yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Risk analizleri en geç altı ayda bir olacak şekilde düzenli aralıklarla ve gerektiğinde güncellenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY04	Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Bilgi yönetim sistemine ilişkin yazılımsal ve donanımsal hataların nasıl bildirileceği ve hatalara nasıl müdahale edileceği tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bildirilen hatalar ile ilgili asgari aşağıdaki bilgiler kayıt altına alınmalıdır: o Hatanın oluştuğu tarih ve saat o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat o Hatanın içeriği o Hatanın giderildiği tarih ve saat			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Karşılaşılan hatalar, çözüm süreçleri, ne kadar sürede hatanın çözüldüğü gibi bilgiler kayıt altına alınmalı, benzer hatalar gerçekleşmesi durumunda bu kayıtlar izlenebilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması ile ilgili asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Erişim ve yetki kontrolü o Fiziksel ve çevresel güvenlik yönetimi o İletişim güvenliği o Bilgi güvenliği ihlal olayı yönetimi o Kişisel verilerin korunması			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY05	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetim sisteminde kullanılan parolalar, Bakanlık parola politikaları ile uyumlu olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetim sistemi sorumluları ve kullanıcılara yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			SBYS nin muayene ekranlarından ulusal sağlık veri tabanına (e-nabız) entegrasyon sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY06	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim verilmelidir.	Hastaların aynı hastanedeki geçmiş tıbbi kayıtlarına HBYS üzerinden erişim sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Eğitimler, çalışanların ihtiyacına göre planlanmalı ve uygulanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncelleme geçmişleri kullanıcılar tarafından izlenebilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY07	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	HBYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik asgari aşağıda belirtilen modüller oluşturulmalıdır: o Hasta kayıt, Hasta yatışı, Poliklinik, Klinik, Merkezi sterilizasyon ünitesi, TRSM, Eczane, Depo, Satın alma, Ayniyat, Laboratuvar, Vezne, Faturalandırma, Radyoloji, Personel modülü			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler HBYS üzerinden gerçekleştirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			HBYS üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Personel modülünde, çalışanlara ilişkin asgari aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler bulunmalıdır: o Çalışana ait fotoğraf, Aktif olarak çalıştığı bölüm, Kadrosunun kayıtlı olduğu bölüm veya kurum, Kan grubu, İletişim bilgileri, İzin ve rapor bilgileri, Eğitim durumu, Sertifikaları, Hizmet içi eğitimleri, Yabancı dil bilgisi			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			İz kayıtlarının geçmişe yönelik izlenebilirliği sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY08	Sağlık bilgi yönetim sistemi (SBYS)'nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY09	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır. o Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır. o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır. o Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY10	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	Yedekleme ile ilgili süreçler, verinin depolanması ve korunmasına yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar ve veri kurtarma testi planlarını kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Yedekleme, biri tam ve ikisi fark olmak üzere günde en az 3 defa yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Yedekleme dosyaları SBYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak SBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Veriler, yedekleme politikasında belirtilen sorumlu kurum (hastane yönetimi, il sağlık müdürlüğü, özel hastane grubu vb.) tarafından offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Veri kurtarma testleri altı aylık dönemlerde yapılmalı ve hastane yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir. o Test kayıt altına alınmalıdır. o Gerekliğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY11	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlar yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalı, envanterde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Bulunduğu bölüm, Marka, Model, Seri no, Demirbaş numarası, Donanım ve yazılım adı, İşletim sistemi, Ek aksesuarlar, Alınma tarihi, Varsa garanti süresi			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Kullanıcı bilgisayarlarındaki virüs yazılımları ve virüs tarama dosyaları ile işletim sistemi ve güvenlik yamalarının güncellenmeleri merkezi bir sunucu vasıtası ile otomatik olarak yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Misafir kullanıcıların bağlandığı kablolu ağ bağlantıları için farklı VLAN oluşturulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY12	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.	o Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Bilgi yönetim sistemdeki arızalar ve devre dışı kaldığı durumlar nedenleri ile birlikte kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY13	Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	Sistemde tespit edilen kesinti ve arızalara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Sunucu ve ağ cihazlarına tahsis edilmiş bağımsız bir sistem odası bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Sistem odasına girişler kontrol altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Kamera sistemi bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Sistem odasının kapısı geçiş kontrollü olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Odaya giriş çıkış yapan personelin kayıtları tutulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Su kaynaklı tehlikelere karşı gerekli önlemler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Sistem odası suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Odada su basmasına neden olabilecek musluk, kalorifer peteği, atık su gibi tesisat bulunmamalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY14	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.	Yangın tehlikesine karşı gerekli önlemler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Gaz temelli yangın söndürme sistemi (halon, FM 200, CO ₂ gibi) bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Elektrik sisteminin güvenliği sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Yangın dağılımını kolaylaştıracak tefrişat ve malzeme bulunmamalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Gaz temelli yangın söndürme tüplerinin aktif olması durumunda ortamda kişisel koruyucu ekipman hazır bulundurulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Yangın söndürme sürecinde çalışanların güvenliği hakkında gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik eğitim verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY15	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Sistem odasına özel, hastanedeki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Fiziksel sunucuların güvenli bir şekilde kapatılabilmesi için gerekli süre en az 30 dk olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o İdeal sıcaklık; 18-22 °C,			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Nem oranı; %45 - %70 aralığında olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Yedekli olarak çalışan ve nem tutma özelliği olan klimalar bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY16	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Alev, duman, ortam sıcaklığı ve su basması ile ilgili oluşan dışı durumlarda sistem yöneticilerini uyarmak üzere uyarı sistemi bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Hastanede bulunan bütün sunucuların kayıtları asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tutulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Sunucunun adı, Yeri, IP adresi, Türü (Fiziki/Sanal), Ana işlevi (Web, Veri Tabanı, E-posta vb.), Üzerinde çalışan uygulama ve servisler, İşletim sistemi ve sürümü, Sorumlu kişi ve iletişim bilgileri, Donanım bilgileri (markası, modeli), Garanti durumu (Var/Yok), (var ise) ilgili firma ve kişi bilgileri			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY17	Dış ortamdaki güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Mevcut Sağlık Bilişim Ağı (SBA) mimarisi uyarınca güvenlik duvarı olmayan hastanelerde, sunucular son kullanıcı ve tıbbi cihazlardan farklı bir VLAN'a konumlandırılmış olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Veritabanı sistem iz kayıtları tutulmalı ve gerektiğinde hastane yönetimi tarafından izlenebilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalara ilişkin iz kayıtları yazılım tarafından kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY18	Dış ortamdaki güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları parolalar şifreli bir şekilde saklanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Veritabanı üzerinde iz kaydı alınması gereken işlemler belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Dış ortamdaki güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Hizmet alımı kapsamında hastane verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm kişilere kişisel gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	DBY19	Dış ortamdaki güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Hastane verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm firmalar ile kurumsal gizlilik sözleşmesi yapılmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi			Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-20	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Ağ güvenliği ve uygulama güvenliği sağlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-21	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Ağ yoluyla kişisel veri aktarımlarında kapalı sistem ağ kullanılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-22	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Anahtar yönetimi uygulanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-23	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Bilgi teknolojileri sistemleri tedarik, geliştirme ve bakımı kapsamındaki güvenlik önlemleri alınmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-24	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Bulutta depolanan kişisel verilerin güvenliği sağlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-25	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Çalışanlar için veri güvenliği hükümleri içeren disiplin düzenlemeleri mevcuttur.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-26	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Çalışanlar için veri güvenliği konusunda belli aralıklarla eğitim ve farkındalık çalışmaları yapılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-27	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Çalışanlar için yetki matrisi oluşturulmuştur.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-28	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Erişim logları düzenli olarak tutulmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-29	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Erişim, bilgi güvenliği, kullanım, saklama ve imha konularında kurumsal politikalar hazırlanmış ve uygulamaya başlanmıştır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-30	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Gerektiğinde veri maskeleyme önemi uygulanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-31	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Gizlilik taahhütnameleri yapılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-32	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Görev değişikliği olan ya da işten ayrılan çalışanların bu alandaki yetkileri kaldırılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-33	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Güncel anti-virüs sistemleri kullanılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-34	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Güvenlik duvarları kullanılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-35	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	İmzalanan sözleşmeler veri güvenliği hükümleri içermektedir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-36	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kağıt yoluyla aktarılan kişisel veriler için ekstra güvenlik tedbirleri alınmakta ve ilgili evrak gizlilik dereceli belge formatında gönderilmektedir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-37	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veri güvenliği politika ve prosedürleri belirlenmiştir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-38	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veri güvenliği sorunları hızlı bir şekilde raporlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-39	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veri güvenliğinin takibi yapılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-40	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veri içeren fiziksel ortamlara giriş çıkışlarla ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-41	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veri içeren fiziksel ortamların dış risklere (yangın, sel vb.) karşı güvenliği sağlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-42	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veri içeren ortamların güvenliği sağlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-43	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veriler mümkün olduğunca azaltılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-44	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kişisel veriler yedeklenmekte ve yedeklenen kişisel verilerin güvenliği de sağlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-45	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kullanıcı hesap yönetimi ve yetki kontrol sistemi uygulanmakta olup bunların takibi de yapılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-46	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Kurum içi periyodik ve/veya rastgele denetimler yapılmakta ve yaptırılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-47	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Log kayıtları kullanıcı müdahalesi olmayacak şekilde tutulmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-48	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Mevcut risk ve tehditler belirlenmiştir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-49	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Özel nitelikli kişisel veri güvenliğine yönelik protokol ve prosedürler belirlenmiş ve uygulanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-50	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Özel nitelikli kişisel veriler elektronik posta yoluyla gönderilecekse mutlakla şifreli olarak ve KEP veya kurumsal posta hesabı kullanılarak gönderilmektedir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-51	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Özel nitelikli kişisel veriler için güvenli şifreleme / kriptografik anahtarlar kullanılmakta ve farklı birimlerce yönetilmektedir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-52	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Saldırı tespit ve önleme sistemleri kullanılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-53	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Siber güvenlik önlemleri alınmış olup uygulanması sürekli takip edilmektedir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-54	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Şifreleme yapılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-55	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Sızma testi uygulanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-56	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Taşınabilir bellek, CD, DVD ortamında aktarılan özel nitelikli kişiler veriler şifrelenerek aktarılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-57	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Veri işleyen hizmet sağlayıcılarının veri güvenliği konusunda belli aralıklarla denetimi sağlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-58	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Veri işleyen hizmet sağlayıcılarının, veri güvenliği konusunda farkındalığı sağlanmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Bilgi Yönetimi	BY-FR-59	KVKK İşleyişi Kontrol Formu	Veri kaybı önleme yazılımları kullanılmaktadır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv	DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			o Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği o Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları o Hastane standart dosya planı ve içeriği o Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması o Arşiv hizmetlerinin işleyişi			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv	DTA03	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			o Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye hangi koşullarda erişebileceği) o Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü o Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv	DTA04	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ve standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	Ayaktan ve yatan hastaların tıbbi kayıtlarına, her başvuruda aynı sabit dosya numarası ile erişilebilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			o Ayaktan hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtlarına (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			o Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			o Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			o Hasta dosyasında hastanın; * Adı soyadı, Doğum tarihi, Cinsiyeti, İkametgah bilgileri, Medeni durumu, Eğitim durumu, Hastanın kendisi ile ilgili tıbbi kayıtlara erişim konusunda başka birine yetki verip vermediği, verdi ise kişiye ait bilgiler, Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv	DTA05	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Taburculuk özetinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			o Hastanın başvuru nedeni o Önemli bulguları o Konulan teşhis o Uygulanan tedaviler o Hasta taburcu olurken genel durumu o Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar o Kontrol zamanı o Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları o Hastanın dikkat edeceği hususlar			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv	DTA06	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanması için uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.	o Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır. o İklimlendirme yapılmalıdır. o Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv	DYTA07	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	o Arşiv planı o Arşive erişim ile ilgili yetkilendirme o Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü o Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi o Dosyaların arşivden çıkışı o Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar o Adli vaka dosyalarının yönetimi			
DESTEK HİZMETLERİ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv			Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC02	Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Malzeme ihtiyaç tespiti ve temini ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			o Malzemelere ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci o Malzeme talep yetkisi bulunan kişiler o Talep yöntemi o Taleplerin yönetim tarafından değerlendirilmesi o Teknik şartname hazırlanması o Satın alma yönteminin belirlenmesi o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Malzemelerin kontrolü ve kabulü			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Hastanede bulundurulması gereken malzemeler birim bazında belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			o İhtiyaç duyulan malzeme miktarı hastanenin önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Uyumsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Malzemelerin cinslerine göre depolanması ve muhafaza süreçlerine yönelik doküman hazırlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC03	Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Malzemeler, depolama alanlarında özelliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Depoların temizliği, düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Malzemeler, cinslerine göre uygun sıcaklık ve nem koşullarında depolanmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ				Steril sarf malzemeler, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabilir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi ve bildirimi yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC04	Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	Stok kontrol sürecinde uygulanacak olan stok takip yöntemi (FIFO, LIFO vb) belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC05	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Malzemelerin güvenli taşınması için gerekli donanım bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Malzemelerin depolardan birimlere transferi sırasında gerçekleştirilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Taşıması açısından özel nitelikli ve tehlikeli malzemeler tanımlanmalı ve malzemelerin transferini gerçekleştirecek çalışanlara güvenli transfer ile ilgili eğitim verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Malzemelerin birimlere teslimi kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaşılabilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi		Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.				
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi		Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Dokümanda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: □ o Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması □ o Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenleri			
DESTEK HİZMETLERİ				Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. □ Envanter asgari aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır: □ Tehlikeli maddenin; □ o İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs.), kullanım şekli ve miadı □ Saklama koşullarını; Etileşime girdiği maddeleri; Temas halinde yapılacakları, Kullanıldığı ve depolandığı yerleri; Taşıma şeklini; İmha yöntemlerini; Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler			
DESTEK HİZMETLERİ				Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Radioaktif maddelerin radyoaktivite değeri ve ölçüm tarihi kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC09	Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Cihazlara yönelik ihtiyaç tespiti, cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır: o Cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci o Cihaz talep yetkisi bulunan çalışanlar o Talep yöntemi o Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği o Teknik şartname hazırlanması o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Cihazların temini o Temin edilen cihazların kontrolü o Cihazların tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması			
DESTEK HİZMETLERİ				Cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC10	Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	o Envanterde aşağıdaki asgari bilgiler bulunmalıdır: * Cihazın adı, Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası), Seri numarası, Markası, Bulunduğu bölüm o Tıbbi cihazların envanteri Bakanlıkça tanımlanan sistem üzerinden izlenebilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde cihaz kartı veya etiketi bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				o Cihaz kartı/etiketi üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: * Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası), Bulunduğu bölüm			
DESTEK HİZMETLERİ				Tıbbi cihazların envanteri Bakanlıkça tanımlanan sistem üzerinden izlenebilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Cihazların güvenli ve verimli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC11	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	o Cihazların verimli kullanımı için kesintisiz teknik destek sağlanmalıdır. o Personele cihazın kullanımı için gerekli eğitimler verilmelidir. o Cihazın güvenli ve verimli kullanımı açısından fiziki ve teknik altyapı uygun şekilde oluşturulmalıdır. o Cihazların verimli ve güvenli çalışması için uygun malzeme ve ekipman kullanılmalıdır. o Cihazların bakım ve kalibrasyonlar düzenli olarak yapılmalıdır. o Tıbbi cihazlarda maliyetler ile üretilen hizmet çıktıları izlenmeli ve cihazların verimliliği değerlendirilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC13	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve bir plan dahilinde izlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi		Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	o Tıbbi cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla, firma önerileri, hastane ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, onarım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi		Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	Kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporu bulunmalı, raporda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi		Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	o Kuruluşun adı ve iletişim bilgileri o Varsa yetki belgesine ait bilgi o Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın bulunduğu hastaneye ait tanımlayıcı bilgileri o Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın yeri, adı, markası, modeli, kimlik ve seri numarası o Tıbbi cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri, sonuçları ve ölçüm belirsizliği ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığı o Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan cihaz, donanım, yazılım ve aksesuarların adı markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yer o Test, kontrol ve kalibrasyonu yapan ve onaylayan kişilerin adı, soyadı ve imzası o Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresi o Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgiler o Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası o Kalibrasyonu yapan personelin eğitim sertifikasyon bilgileri o Hizmet alımı yoluyla hastanede yapılan test, kontrol ve kalibrasyon çalışmalarını sırasında tüm süreci gözetim altında tutan hastane personelinin imzası			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC14	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	Kalibrasyon testine tabi tutulan tıbbi cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalı, etiket üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			o Kalibrasyonu yapan firmaya ait tanımlayıcı bilgi o Cihaz kimlik numarası o Kalibrasyon tarihi o Kalibrasyon geçerlilik süresi o Kalibrasyon sertifika numarası			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			o Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC15	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	o Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda uygun olmadığı tespit edilen fonksiyonları kullanılmamalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			o Kullanılmaması gereken fonksiyonlar çalışanlar tarafından cihaz üzerinde izlenebilir olmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Arıza ve onarım süreçleri ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC16	Tıbbi cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Cihazlarda meydana gelen arızaların bildirimi en kısa sürede sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Cihaz arızaları ile arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Arıza durumunda cihaz kullanım dışı bırakılması ve cihaz üzerinde arıza uyarısı bulunmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Tıbbi cihazlar ile ilgili istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC17	Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Bildirimler, Bakanlıkça tanımlanan sisteme yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Cihazların kullanım dışı bırakılmasına (geçici veya sürekli kullanım dışı bırakma, hurdaya ayırma vb.) yönelik kurallar tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması durumunda Bakanlıkça tanımlanan takip sistemine bildirim yapılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi			Hastanede kullanılan HBTC'ler izlenebilir şekilde tanımlanmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
DESTEK HİZMETLERİ	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC18	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenlenme yapılmalıdır. Rehberlik; HBTC, hasta başında değerlendirme/test amaçlı olarak laboratuvar dışında erken tanı için kullanılan tıbbi tanı cihazlarıdır. Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokok antijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.	o İzlenebilirliği sağlayabilmek amacıyla cihazların kullanıldığı birim, birim cihaz sorumlusu, cihaz numarası, cihaz türü, marka ve model bilgilerini içeren envanter oluşturulmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				HBTC'nin bakımı ve temizliği ile ilgili sorumlu laboratuvar birimi, sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				HBTC için kalite kontrol çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				o Kalite kontrol testleri kayıt altına alınmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ				HBTC'yi kullanacak çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ				o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi o Cihazın temizliği ve bakımı			
DESTEK HİZMETLERİ				HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Dış Kaynak Kullanımı	DDK01	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Dış Kaynak Kullanımı			Dış kaynak kullanımı yolu ile hizmetlerin kapsamı belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Dış Kaynak Kullanımı			Dış hizmet sağlayıcısının kuruma sağlayacağı hizmetler ile ilgili kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Dış Kaynak Kullanımı			Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.			
DESTEK HİZMETLERİ	Dış Kaynak Kullanımı	DDK02	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin yüklenici tarafından Sağlıkta Kalite Standartları ile kurumun belirlediği kurallar ve hedeflere uygun şekilde sunulması sağlanmalıdır.			
DESTEK HİZMETLERİ	Dış Kaynak Kullanımı			o Dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetler düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	Afet ve acil durumlara ilişkin tespit edilen risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Tespit edilen riskler, Koruyucu önlemler, Kontrol, Erken teşhis ve tespit, Triyaj, Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, ambulans hizmetleri, arşiv gibi), Tesisin tahliyesi, Kullanılacak alternatif alanlar, Kullanılacak malzemelerin temini, Afet ve acil durum malzeme envanteri, İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Afet ve acil durum planı her yıl güncellenmeli ve il düzeyinde gerekli onaylar alınmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	DTY03	Hastane acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	Hastane acil durum plan krokileri; ☐ o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat acil durum plan krokileri olarak hazırlanmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Acil durum plan krokilerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: ☐ o Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler o Acil müdahale setinin bulunduğu yerler o Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler o İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında hastane haricindeki kuruluşların irtibat numaraları			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	KAD05	Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalı, tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermelidir: o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan) o Hastaların güvenli yerlere transferi o Geçici yerleştirme alanları o Personel takviyesi o Trafik akışı ve güvenlik o Hasta izleme sistemleri o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma o Alternatif elektrik, su, ısıtma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır. o Tesis tahliye tatbikatı hastanenin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır. o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır. Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.02.00	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır	Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.			

DEĞERLENDİRİLECEK BOYUTLAR	STANDART BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	STANDART DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	KARŞILANIYOR	KARŞILANMIYOR	AÇIKLAMA
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ				Pembe kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.04.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Hastanenin yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilmelidir. Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yangın algılama ve söndürme sistemi bulunmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Hastane kapasitesi ve kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturulmalı, alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlanmalıdır. Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi		Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Hastane krokilerinde yangın söndürücülerini gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			o Yangın hortumu hasarsız olmalıdır. □ o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir. □ o Vanalar kolayca açılmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi		Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanmalıdır. Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Elektirik aksamının yalıtımları olmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi	KAD07	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	Depreme yönelik gerçekleştirilen risk değerlendirmesi doğrultusunda yapısal olmayan risklerin azaltılmasına yönelik gerekli çalışmalar yapılmalıdır.			
ACİL DURUM YÖNETİMİ	Acil Durum Yönetimi			Yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar aşağıdaki hususları kapsamalıdır: o Risk içeren tıbbi cihazların sabitlenmesi o Yüksek mobilyaların sabitlenmesi o Oksijen tüplerinin, hastane arabası, sedye, tekerlekli sandalye gibi ekipmanın hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi o Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve /veya duvara sabitlenmesi o Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi o Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması o Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi o Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi o Radyoaktif maddelerin zırhlanmış koruyucu kaplarının içinde saklanması o Çalışanlara depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi			