

OPTİMED INTERNATIONAL ÇORLU HASTANESİ AFET ACİL DURUM PLANI 2023 YILI



İçindekiler

İçindekiler.....	1
DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ)	7
DAĞITIM ÇİZELGESİ (DIŞ)	7
.....	8
KAVRAMSAL KISALTMA VE KARŞILIKLAR	9
TANIMLAR	9
BİRİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACIL DURUM PLANI (HAP)	12
1. GİRİŞ	12
2. HAP ÇERÇEVESİ.....	12
3. AMAÇ.....	12
4. HAP Hukuki Dayanak	12
5. KAPSAM.....	12
6. HAP İŞLEYİŞİ.....	13
6.1. HAP'ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri	13
6.2. HAP Hazırlama Komisyonu	13
6.3. HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi	23
6.4. HAP' IN DİĞER PAYDAŞLARLA İLE İLİŞKİSİ VE PAYLAŞIMI	23
7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI	25
7.1. HAP Eğitimleri	25
7.1.1. HAP Eğitici Eğitimi	25
7.1.2. HAP Uygulayıcı Eğitimleri	25
7.1.3. HAP Yönetici Eğitimi	25
7.2. HAP Tatbikatları	26
8. HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI	26
İKİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ (Acil Müdahale Planı)	29
1. ACİL MÜDAHALE PLANI.....	29
2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ	30
2.1. Organizasyon Şeması	30
2.2. Görev Tanımları.....	31
3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ.....	40
3.1. Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi	40
3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin (OYS) Temel İşlevleri.....	40
3.1.2. Hastane Olay Yönetim Ekibinin (OYE) Oluşumu ve Görevleri	43
3.2. HASTANE OLAY YÖNETİMİ ARAÇLARI	43
3.2.1. Standart Operasyon Prosedürü (SOP)	43
3.2.2. İş Akış Talimatları	44

3.2.3.	Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü	45
3.2.4.	Formlar	45
3.2.4.	Olay Eylem Planı (OEP)	46
3.3.	Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı	46
3.3.1.	Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin Çalışma Şekli	47
3.3.2.	Haberleşmenin Düzenlenmesi	47
3.3.3.	Görev Yelekleri	47
4.	KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI	48
4.1.	Müdahale Aşaması I : Basit Malzeme ve Ekipman Talebi(Lojistik Destek)	48
4.2.	Müdahale Aşaması II : Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet triyaj ekibi ve/veyatravma ekibi)	48
4.3.	Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması	49
5.	OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI (AMP) AKTİVASYONU	49
5.1.	Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı	49
5.2.	Olay Bildirim Akış Şeması	49
5.3.	Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri	50
5.4.	Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri ile İlgili Temel Eylemler	52
5.5.	AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi	54
5.6.	Acil Renk Kodu Sistemi	54
5.7.	Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar	55
6.	HASTANENİN KAPASİTESİ	56
6.1.	Tedavi Kapasitesinin Artırılması	57
6.1.1.	Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği	57
6.1.2.	Ekipman ve Malzemelerin Artırılması	57
6.1.3.	Personelin Geri Çağırılması	57
6.1.4.	Gönüllü Yönetimi	57
6.1.5.	Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği	58
6.2.	Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları	58
7.	HASTANE AFET TRİYAJ ALANI	58
7.1.	Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu	58
7.2.	Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler	59
7.3.	Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması	60
7.4.	Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi	61
8.	ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI	61
8.1.	Hastanenin Acil Servis Birimi	61
8.1.1.	Kontamine Hastalar	61
8.1.2.	Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (Özellikle İnsandan İnsana Bulaşma Yoluyla Epidemiye Dönüşme İhtimali Olan)	62
8.1.3.	Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi	62

8.1.4. Acil Serviste Temel İşlevler	62
8.2. Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları	63
8.3. Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)	64
8.4. Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi	64
8.5. Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları	64
9. ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ	64
9.1. Genel İlke ve Esaslar	64
9.1.1. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları	65
9.1.2. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi	65
9.2. Hasta Kaydı ve Takibi	65
Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme	66
9.3. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme	66
9.4. Medyayı ve Toplumunu Bilgilendirme	66
9.5. Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi	66
9.6 Durum Raporları	66
9.7 Personel Brifingi	67
10. GÜVENLİK VE EMNİYET	68
10.1. Hastaneye Ulaşım	68
10.2. Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü	69
10.3. Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı	69
11. LOJİSTİK VE MALZEMELER	70
11.1. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)	70
11.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu	70
12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ	70
12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları	70
12.1.1. Psikolojik Triyaj	71
12.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek	72
12.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek	72
12.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları	72
13. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER	73
13.1. Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası	73
13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı	73
13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı	73
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON	74
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ	78
OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 1 HASTANE İÇİ YANGIN	78
OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 2 KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ	87
OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 3 HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR	90
OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 4 HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ	95

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 5 HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ	100
5.1. Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri	100
5.2. Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler	101
5.3. Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları	102
5.4. Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı	102
5.5. Hastane Pandemi Planı Çerçevesi	102
5.6. Hastane Pandemi Planı Uygulama Örnekleri	145
5.6.1. Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu	146
5.6.2. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler	146
OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR	153
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU EKLERİ	161
EK 1-A İş Akış Talimatları	162
EK 1-B Standart Operasyon Prosedürleri	163
EK 1-C Formlar	164
SOP 7 Departman/Birimservis Prosedürünün Aktivasyonu	256
SOP 22 GRİ KOD	303
SOP 23 TURKUAZ KOD:	305
SOP 24 MOR KOD:	306
SOP 25 TURUNCU KOD:	307
SOP 26 SARI KOD:	308
SOP 28 BEYAZ KOD	312
SOP 29 MAVİ KOD	314
EK 1-D ÖZEL OPTİMED HASTANESİ ACİL SERVİS DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ	387
EK 2-B GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ (Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık Ön Değerlendirme Bilgisi)	426
Günlük Vaka Kabul Sayısı	432
EK 2-C KAİSER RİSK ANALİZİ	469
EK 2-D COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ	474
EK – 4 / A KROKİLER/PLANLAR	487
EK – 5 / A PROTOKOLLER	522

ONAY SAYFASI

Birlikte aç ▼			
ONAY SAYFASI			
	ADI SOYADI UNVANI/GÖREVİ	TARİH	İMZA
HAZIRLAYAN	Op. Dr. Nevzat KOÇ Başhekim/Mesul Müdür	14.01.2023	
İNCELEYEN			
DENETLEYEN			
ONAYLAYAN			

HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ

2023 YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ					
NO	ADI SOYADI	UNVANI/GÖREVİ	ÇALIŞTIĞI BİRİM	TARİH	İMZA
1	Nevzat KOÇ	Mesul Müdür		14.01.2023	
2	Cavit CEYLAN	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı		14.01.2023	
3	Filiz ALBAYRAK	Kalite Yönetim Direktörü		14.01.2023	
4	Hicran ASLAN	Başhemşire		14.01.2023	
5	Elçin SÜLEYMANOĞLU	Hastane Müdürü		14.01.2023	
6	Burak ÖZTÜRK	Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	14.01.2023	
7	Saliha KUVVET	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Acil Servis	14.01.2023	
8	Hatice ŞAHİN	Destek Hizmetler Yöneticisi/ Güvenlikten Sorumlu Müdür HAP Birim Personeli	Destek Hizmetler	14.01.2023	
9	Ebru ŞAHİN	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane Sorumlu	14.01.2023	
10	Zülfikar ŞİMŞEK	Ameliyathane Sorumlu Hekimi		14.01.2023	
11	Zülfikar ŞİMŞEK	Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi		14.01.2023	
12	Mustafa Hadi KONBAL	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Yoğun Bakım	14.01.2023	
13	Gökçe Senem YILMAZ	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sorumlusu		14.01.2023	
14	Demet KOKUM	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni	Laboratuvar	14.01.2023	
15	Emel ZEYBECİK	HAP Ofisi/Birimi/Temsilcisi Personeli	Hastane Hizmetleri	14.01.2023	

DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ)

DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ)				
Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1	Özel Optimed Hastanesi (online tüm çalışanlara duyurulmuştur.)	1		
2				
3				
4				
5				

DAĞITIM ÇİZELGESİ (DIŞ)

DAĞITIM ÇİZELGESİ (DIŞ)				
Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1	Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü/Tekirdağ Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi			1
2				
3				
4				
5				

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ					
Sıra No	Konusu	Değişikliğin İşlendiği Tarih	Değişikliği İşleyen		
			Görevi/ Unvanı	Adı Soyadı	İmza
1	Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu sürüm 2'ye göre revizyon yapıldı. Organizasyon şeması gözden geçirildi.	07.01.2022	Kalite Yönetim Direktörü	Filiz ALBAYRAK	
2	Hastane Afet ve Acil Durum Planı Standart İnceleme Formu'na göre gözden geçirilerek güncellendi.	14.01.2023	HAP Ofis Temsilcisi	Emel ZEYBEÇİK	
3.					
4.					

KAVRAMSAL KISALTMA VE KARŞILIKLAR

- 112 AÇM:112 Acil Çağrı Merkezi
- AMP: Acil Müdahale Planı
- AS: Acil Servis
- ATB: Ayaktan Tedavi Bölümü
- HAP: Hastane Afet ve Acil Durum Planı
- İL SAKOM: İl Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi
- İşAT: İş Akış Talimatı
- KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer
- KKM: İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezi
- OEP: Olay Eylem Planı
- OÖP: Olaya Özel Plan
- OYE: Olay Yönetim Ekibi
- OYM: Olay Yönetim Merkezi
- OYS: Olay Yönetim Sistemi
- SOP: Standart Operasyon Prosedürü
- TAMP: Türkiye Afet Müdahale Planı

TANIMLAR

ACİL DURUM: Büyük, fakat genellikle yerel imkanlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hallerdir. 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da (2009), "Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hali" olarak tanımlanmıştır. (AFAD, 2014). Acil Durum ifadesi, örneğin, biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler veya sağlıkla ilgili olaylar kapsamında afet terimi yerine kullanılabildiği gibi, toplumun işleyişini ciddi biçimde kesintiye uğratmayan tehlikeli olaylarla ilişkili de kullanılabilmektedir. Bu şekilde, acil durumların yerelde sınırlı ya da geniş alanlarda yıkıcı sonuçlara yol açabilen farklı boyutlarda etkileri olabilmektedir (UNISDR, 2017).

ACİL DURUM YÖNETİMİ: Acil durumun meydana gelmesinden hemen sonra başlayarak, etkilenen toplulukların tüm ihtiyaçlarını zamanında, hızlı ve etkili olarak karşılamayı amaçlayan yönetim sürecidir. Sürekli olmayıp, acil durum olarak değerlendirilen bir olayın meydana gelmesi ile başlayarak, acil durumu gerektiren nedenler ortadan kalktığında sona eren bir yönetim şeklidir. Afet yönetiminin olaya müdahale ve kısa süreli iyileştirme faaliyetlerini kapsar (AFAD, 2014). Acil Durum Yönetimi ifadesi özellikle biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler ve sağlık alanında, Afet Yönetimi ifadesi yerine de

kullanılabilmektedir (UNISDR, 2017). Acil Durum Yönetiminde, genel olarak, olası istikrarsızlaştırıcı ve/veya yıkıcı olayların öncesi, sırası ve sonrasında, önleme, hazırlık, müdahale ve iyileştirme süreçlerine risk yönetimi yaklaşımı söz konusudur (WHO, 2019).

AFET: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur. “Afet, tehlikeli olayların maruz kalma, zarar görülebilirlik ve kapasite koşullarıyla etkileşiminin insani, maddi, ekonomik ve çevresel kayıp ve etkilerden biri ya da daha fazlasına yol açması sonucunda, bir topluluğun ya da toplumun işleyişinin herhangi bir ölçekte ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır” (UNISDR, 2017).

AFET RİSKİ: Bir sistem, toplum ya da topluluğun belirli bir zamanda karşılaşabileceği, meydana gelme olasılığı, tehlike, tehlikeye maruzluk, zarar görülebilirlik ve kapasite ile bağlantılı olan, olası can kaybı, yaralanma veya varlıkların yok olmasına ya da zarar görmesine bağlı kayıplar (UNISDR, 2017).

AFET RİSK AZALTMA: Mevcut afet risklerinin azaltılması, yeni risklerin önlenmesi, afet kayıplarının azaltılması ve afete dayanıklılığın güçlendirilmesi hedefiyle sistematik olarak geliştirilen ve gerçekleştirilen politika, strateji ve uygulamalar. Afet risk azaltma ile varılmak istenen sonuç “afet riskini ve bireylerin, işletmelerin, toplulukların ve ülkelerin afet nedeniyle can kayıplarını, geçim kaynağı kayıplarını, sağlıkla ilgili ve ekonomik, fiziksel, sosyal, kültürel ve çevresel varlık kayıplarını önemli ölçüde azaltmak”tır (SFDRR).

AFET RİSK YÖNETİMİ: Yeni afet riskini önlemeye, mevcut afet riskini azaltmaya, artık (kalıntı) riski yönetmeye, bu şekilde dayanıklılığı güçlendirmeye ve afet kayıplarını azaltmaya yönelik afet risk azaltma politikaları ve stratejilerinin uygulanmasıdır (UNISDR, 2017). Türkiye’deki afet yönetimi mevzuatı itibarıyla, risk yönetimi “ülke, bölge, kent ölçeğinde ve yerel ölçekte risk türleri ve düzeylerini tespit etme, önleme, azaltma ve paylaşma çalışmaları ile bu alandaki planlama esasları” olarak tanımlanmaktadır (5902 sayılı Kanun).

AFET STOKU: Hastanenin afet ve acil durumlarla, en az ilk 72 saat kendi imkanları ile baş edebilmesi amacıyla; hasta, hasta yakınları ve personel için hazır bulundurması gereken yiyecek, içecek, tıbbi malzeme, ekipman ve donanımdır.

AFET YÖNETİMİ: Afetlerin önlenmesi, risk ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekün bir mücadele sürecidir (AFAD, 2014). Afet yönetimi, afetlere hazırlık, müdahale ve iyileştirme önlemlerinin organizasyonu, planlanması ve uygulanmasıdır (UNISDR, 2017) ve afet risk yönetimi ile bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Afet yönetiminin sistemleştirilmesinde kapsamlı ve bütünlük yaklaşımla, tüm tehlikelerin, tüm aşamaların göz önüne alınması, tüm kurum ve kaynakların harekete geçirilmesi, toplumun katılımının sağlanması ve güçlendirilmesi esas alınmaktadır.

HAP (HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI):Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde, hastanelerde afet ve acil durum yönetimini

geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen, standart çerçeveye ve kılavuza sahip planlardır.

AMP (ACİL MÜDAHALE PLANI): Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) Müdahale bileşeni çerçevesinde, afet ve acil durumlara zamanında, hızlı, etkili ve sonuç alıcı müdahalenin organizasyonu, müdahale aşamaları, olay yönetim sistemi, yönetim ekibi, yönetim merkezi, yönetim araçları ile ilgili standart ve kuralları kapsayan kılavuz dokümandır.

MÜDAHALE: Afetin hemen ardından başlayarak, mümkün olan en kısa sürede hayat kurtarmak, yaralıların tedavisini sağlamak, afetten doğrudan etkilenen nüfusun sağlık ve güvenlik başta olmak üzere, beslenme, barınma, haberleşme, ulaşım, psikososyal destek ve diğer temel ihtiyaçlarını en uygun yöntemlerle karşılamak üzere gerçekleştirilen süreç ve faaliyetler.

OLAY EYLEM PLANI: Acil Müdahale Planı'nın (AMP) etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi için yapılan plandır.

OLAYA ÖZEL PLAN: Hastanenin Acil Müdahale Planı'nda yer alan genel işleyiş, standartlar ve kuralların yanı sıra olayın özelliğine, etkenlerine göre yapılması gereken spesifik hazırlıkları içeren plandır.

İŞ SÜREKLİLİĞİ: Hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/veya harici olaylara, işleyişi etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna (elektrik, su, doğal gaz, tıbbi gazlar vb.) karşı hazırlıklı olması; bu durumlarla önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde baş edebilmesinin sağlanmasıdır.

OLAY: Ortaya çıkan, oluşan durum; var olan durumda ortaya çıkan değişme, dikkati çeken veya çekebilecek nitelikte, oluşum, hadise, vaka.

TAMP (TÜRKİYE AFET MÜDAHALE PLANI): TAMP afete müdahale planlamasının temel yaklaşım ve kurallarını belirlemek, afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak ana hizmet ve koordinasyon birimlerine ait rolleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla hazırlanmış ve uygulamaya girmiştir (Resmi Gazete 03.01.2014/28871).

TAMP YEREL DÜZEY ÇALIŞMA GRUBU OPERASYON PLANI: TAMP kapsamında 10 Ana Çözüm Ortağı (8 Bakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı-AFAD, Kızılay) ve koordinasyonundan sorumlu oldukları ulusal düzeyde 28/yerel düzeyde 26 Çalışma Grubu (ÇG) bulunmaktadır. TAMP Çalışma Gruplarının yerel düzeyde görevlendirilmesi ve çalışması, İl Afet Müdahale Planı kapsamında, Valilik İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri koordinasyonunda gerçekleşmektedir; her ÇG için Yerel Düzey Operasyon Planı hazırlanmaktadır. Bu hazırlıkta ulusal düzeyde Ana Çözüm Ortağı ve Destek Çözüm Ortağı olan Bakanlık ve kurumların taşra teşkilatları görevlidir. Her ÇG yerel düzeydeki ana çözüm ortağı ve destek çözüm ortaklarını, ilin koşullarını ve ilin organizasyon yapısını dikkate alarak belirlemektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACIL DURUM PLANI (HAP)

1. GİRİŞ

Bölgede ve hastanede meydana gelebilecek deprem, sel, gibi doğal afetler, yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı vb. acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararı en az düzeye düşürölmesi için Hastane Afet Ve Acil Durum Planı oluşturulmuştur.

Toplumu etkileyen olaylara hızlı ve etkili müdahale edebilmek, kesintisiz hizmet sunabilmek için risklerin önceden belirleyerek alınacak önlemler planlanmakta, çalışanlara eğitimler verilmekte, tatbikatlar yapılarak kayıpları en aza indirmek için çalışmalar yapılarak kayıpları en aza indirmek amaçlanmıştır.

2. HAP ÇERÇEVESİ

- HAP Temsilciliği/Birimi/Ofisi hastanenin -1. Katında oluşturularak temsilcisi belirlenmiştir. HAP Hazırlama Komisyonu oluşturulmuştur. Komisyona eğitimler verilerek Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın amacı komisyonun görevleri hakkında bilgilendirmeler yapılmıştır. Komisyon üyeleri en az altı ayda bir periyodik olarak toplanarak süreçleri gözden geçirerek kayıt altına alınmaktadır. Gerekli durumlarda komisyon toplantılarına ilgili süreç sorumluları davet edilebilmektedir. Risk değerlendirmesi gözden geçirilerek planlanan ve yapılan iyileştirmeler paylaşılmaktadır. Hastanenin mevcut durumu değerlendirilmekte gerekirse ek önlemler belirlenmekte ve takibi yapılmaktadır.

3. AMAÇ

Planda deprem, sel, yangın, patlama, acil tıbbi müdahale, çalışana yönelik şiddet, bebek ya da çocuk kaçırılma riski/eylemi, hasta/hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçlerde hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler değerlendirilerek risklerin önlenmesi veya en aza indirilmesi için faaliyetler planlanır. Yıllık Tatbikat Planı ve Raporu'nda belirtilen tatbikatlar planlanarak takibi yapılır. Hastanenin afet tehlikeleri karşısında zarar görübilirliğini azaltarak, personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korumak, yatırım ve donanımın zarar görmemesini önlemektir. Afet ve acil durumlarda hastanenin en az ilk 72 saat süre ile kendi kendine yetebilmesi için planlamalar yapılmaktadır. Eğitim ve tatbikatlar ile çalışanlarda farkındalık yaratılmaktadır.

4. HAP Hukuki Dayanak

Özel Optimed Hastanesi olarak Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 31072 sayılı Hastane Afet Ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yayınladığı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na göre Hastane Afet ve Acil Durum Planı oluşturulmuştur.

5. KAPSAM

Hukuki Dayanak kısmında belirtilen kanun ve yönetmelikler çerçevesinde hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum Planı hazırlanmıştır.

6. HAP İŞLEYİŞİ

6.1. HAP'ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri

Hastanenin fiziksel olarak bulunduğu bölge Türkiye Deprem Tehlike Haritası'na göre 3. Derece deprem bölgesinde yer almaktadır. Diğer afet ve acil durumlar risk analizinde belirlenmiştir.

HAP içinde yer alan hastane Acil Müdahale Planı (AMP), TAMP'ta tanımlanan Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile uyumlu ve entegre şekilde hazırlanmıştır.

6.2. HAP Hazırlama Komisyonu

Özel Optimed Hastanesi özel hastane olarak hizmet vermektedir. HAP Hazırlama Komisyonu aşağıdaki üyelerden oluşmaktadır. Mesul müdür tarafından komisyon üyelerine görevleri resmi yazı ile tebliğ edilmiştir.

EK 3-B			
	HASTANESİ 20..... YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ	HAP.FR.	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı/Görevi	Çalıştığı Birim	İmzası
1	Op.Dr. Nevzat KOÇ	Mesul Müdür		
2	Cavit CEYLAN	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı		
3	Filiz ALBAYRAK	Kalite Yönetim Direktörü		
4	Hicran ASLAN	Başhemşire		
5	Elçin SÜLEYMANOĞLU	Hastane Müdürü		
6	Murat ÖZTÜRK/	Acil Servis Sorumlu Hekimi		
7	Saliha KUVVET/Hemşire	Acil Servis Sorumlu Hemşire		
8	Hatice ŞAHİN	Güvenlikten Sorumlu Yönetici (Destek Hizmetler Yöneticisi)/ HAP Birim Temsilcisi		
9	Zülfikar ŞİMŞEK	Ameliyathane Sorumlu Hekimi		
10	Ebru ŞAHİN	/Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi		
11	Zülfikar ŞİMŞEK	Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi		
12	Mustafa Hadi KONBAL	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi		

13	Gökçe Senem YILMAZ/	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sorumlusu		
14	Demet KOKUM/	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni		
15	Emel ZEYBECİK/	HAP Ofisi/Birimi/Temsilcisi Personeli		

Gönderen :Başhekim Op. Dr. Nevzat Koç

Konu :Görevlendirme

Tarih :15.04.2022

No :İç Yzs. 222

Sayın Zülfikar Şimşek

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.



Op. Dr. Nevzat Koç

Başhekim

Gönderen : Genel Müdür Op.Dr.Ayhan ARSLAN
Konu : Görevlendirme
Tarih : 04.01.2022
No : İç yzş.59

Sayın Nevzat KOÇ,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Başkanı olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.



Op.Dr.Ayhan ARSLAN
Genel Müdür

Gönderen: Başhekim
Konu : Görevlendirme Yazısı
Dağıtım : Nevzat KOÇ
Tarih : 29.08.2022
No : İç Yazışma

Sayın Cavit CEYLAN,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları uygulamalarına göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na kurul üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

TEBELLÜĞ EDEN



TEBLİĞ EDEN

Op.Dr. Nevzat KOÇ
Başhekim



Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ

Konu : Görevlendirme

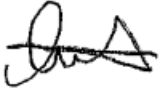
Tarih : 04.01.2022

No : İç yzş.69

Sayın Gökçe Senem YILMAZ,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.



Op.Dr.Nevzat KOÇ

Başhekim

Gönderen :Başhekim Op. Dr. Nevzat Koç
Konu :Görevlendirme
Tarih :04.01.2022
No :İç Yzş. 54

Sayın Ebru Şahin

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Ebru ŞAHİN


Op. Dr. Nevzat Koç
Başhekim


Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ
Konu : Görevlendirme
Tarih : 04.01.2022
No : İç yzş.61

Sayın Elçin SÜLEYMANOĞLU,
Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Nevzat KOÇ
Başhekim

Gönderen: Başhekim
Konu : Görevlendirme Yazısı
Dağıtım : Nevzat KOÇ
Tarih : 15.04.2022
No : İç Yazışma

Sayın Filiz ALBAYRAK,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları uygulamalarına göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na kurul üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

TEBELLÜĞ EDEN

Filiz ALBAYRAK

TEBLİĞ EDEN

Op.Dr. Nevzat KOÇ

Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ
Konu : Görevlendirme
Tarih : 04.01.2022
No : İç yzş.70

Sayın Demet KOKUM,
Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Demet KOKUM



Op.Dr.Nevzat KOÇ
Başhekim

Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ
Konu : Görevlendirme
Tarih : 04.01.2022
No : İç yzş.58

Sayın Hicran ASLAN,
Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Sekreteri olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.


OPTIMEDİ
Hicran ASLAN
Başhekim

Op.Dr.Nevzat KOÇ
Başhekim

Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ
Konu : Görevlendirme
Tarih : 14.03.2022
No : İç yzş.71

Sayın Emel ZEYBEKÇİ,
Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Emel Zeybeçki

Op.Dr.Nevzat KOÇ
Başhekim

Gönderen: Başhekim
Konu : Görevlendirme Yazısı
Dağıtım : Nevzat KOÇ
Tarih : 12.01.2023
No : İç Yazışma

Sayın Burak ÖZTÜRK,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları uygulamalarına göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na kurul üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

TEBELLÜĞ EDEN
Burak ÖZTÜRK

Burak Öztürk

TEBLİĞ EDEN
Op.Dr. Nevzat KOÇ
Başhekim

Nevzat Koç

Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ
Konu : Görevlendirme
Tarih : 04.01.2022
No : İç yzş.65

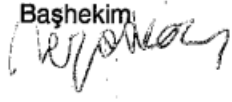
Sayın Saliha KUVVET,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Saliha KUVVET:


Op.Dr.Nevzat KOÇ

Başhekim


Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ
Konu : Görevlendirme
Tarih : 04.01.2022
No : İç yzş.68

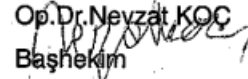
Sayın Mustafa Hadi KONBAL,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca tebliğ edilecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

MUSTAFA H. KONBAL


Op.Dr.Nevzat KOÇ

Başhekim


6.3. HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi

Hastanede en yetkili kişi başkanlığında HAP Hazırlama Komisyonu oluşturulur. Oluşturulan Komisyon her yılın başında hastanenin planını (HAP) ve yıllık HAP eylem planını hazırlar/günceller. HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanan planlar HAP Başkanı tarafından onaylanarak ilgili Yönetmelikte belirtilen, HAP'ın incelenmesinden sorumlu makama en geç 15 Ocak tarihine kadar gönderilir. İncelemeden sorumlu makam uygun gördüğü planları onaylanmak üzere 15 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetlerinden sorumlu Başkanlığa gönderir. HAP Uygulama Yönetmeliği'nin 14'üncü maddesinde belirtilen değişiklik ve güncelleme çalışmaları yürütülür.

6.4. HAP' IN DİĞER PAYDAŞLARLA İLE İLİŞKİSİ VE PAYLAŞIMI

• **Hastanelerle İşbirliği:** Sağlık hizmetleri tesislerinin diğer hastanelerle işbirliği yapması hastane kapasitesi için önemlidir. Faaliyete geçirilmesi gereken işbirliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verilerek planlamasının yapılması gerekmektedir. Hastane dışına yapılacak tahliyelerde İl Sağlık Müdürlüğü ile koordineli çalışılır. İl dışına tahliye söz konusu olduğunda yine İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilerek daha önce protokol imzalanan hastane ile irtibata geçilerek süreç devam ettirilir.

Form 47 Afet Ve Acil Durum Kurum Rehberi

	AFET VE ACİL DURUM KURUM REHBERİ		Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Sıra no	Kurum Adı	Telefon	Faks
01	EGS MEDİKAL TIBBİ CİHAZLAR	0212 853 52 09	
02	İLKE OTELCİLİK TURİZM İŞLETMELERİ	0282 717 86 86	0282 717 86 88
03	AVRASYAMED MEDİKAL	0212 590 42 40	0212 590 00 15
04	ASBAŞ HİPERMARKET	0282 726 58 73	0282 725 04 52
05	VARDARLAR YAPI İNŞAAT	0282 726 89 89	0282 726 82 88
06	ÖZEL BİR NEFES HASTANESİ	0288 415 74 74	0288 415 65 95
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.			

•**Sağlık Kurum Kuruluşları İle İşbirliği:** Hastaların kabulü sevki ve tahliyesinde ambulans hizmetlerinin koordinasyonu için sağlık komuta kontrol merkezleri ile halk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ilçe sağlık müdürlükleri / toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri ile işbirliği yapılır. Ayrıca hastanemiz il dışında Özel Bir Nefes Hastanesi ile sözleşme imzalamıştır.

• **Diğer Kurum Kuruluşlar İle İşbirliği:** Hastanenin afet ve acil durumlarda sağlık hizmeti sunumunu devam ettirebilmesi için plan dahilinde (hastaneler dışında) hangi kurumlar ile hangi konularda işbirliği yapılacağı belirlenmiştir.

Form 41 Firmalar Ve Kritik Tedarikçiler Bilgi Formu

		FİRMALAR VE KRİTİK TEDARİKÇİLER BİLGİ FORMU		Doküman No: AD-FR-69 Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :		
Sıra No	Firma veya Tedarikçi İsmi	Konu	Telefon No	İrtibat Kurulacak Yetkili		
				Adı Soyadı	GSM No	E-posta
01	EGS MEDİKAL TIBBİ CİHAZLAR	Tıbbi Cihaz	0212 853 52 09	Ömer Faruk KAÇAR	0533 763 75 93	egsmedikal@gmail.com
02	İLKE OTELCİLİK TURİZM İŞLETMELERİ	Konaklama	0282 717 86 86			
03	AVRASYAMED MEDİKAL	Medikal Malzeme	0212 590 42 40	Oğuzhan BALÇIK	0545 723 09 05	teknik@avrasyamedikal.com
04	ASBAŞ HİPERMARKET	Gıda	0282 726 58 73	Özkan ASBAŞ	0532 133 13 5	asbastoptan@gmail.com
05	VARDARLAR YAPI İNŞAAT	Su	0282 726 89 89	Ayhan VARDAR	0506 918 51 82	info@vardarlaryapi.com
06	ÖZEL BİR NEFES HASTANESİ	İl Dışı Hastane	0288 415 74 74	Hatice ARINER	0507 100 08 70	birnefes@birnefes.com.tr

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. Varsa protokollerle birlikte kullanılacaktır.
2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Planın paylaşımı iki kademedен oluşmaktadır.

• **İç Paylaşım:** Planın güncellenmiş hali her yıl Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenen tarihte resmi yazı ve CD ye kaydedilerek İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Onaylanan plan, HAP birimi, HAP temsilciliğinde dijital ortamda bulundurulur ve ilgili tüm birimler ile paylaşılır.

• **Dış Kurumlarla Paylaşım:** Afet ve acil durumlarda hastanenin hizmetini devam ettirebilmesi için ihtiyaç duyabileceği temel gereksinimlerin (gıda, su, tıbbi araç-gereç vs.) karşılanabilmesi için diğer kurumlarla protokol imzalanmaktadır. HAP'ta yer alan diğer hastaneler ve kurumlarla protokoller onaylandıktan sonrailgili bölümler paylaşılır. İmzalanın protokoller ektedir.

6.5. Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

Afet durumunda toplumun plana destek olması ve uygun davranması amacıyla gerekli bilgilendirme internet sitesinden ve sosyal medyadan paylaşılacaktır. Çalışanlara bilgilendirme eğitimler ile verilmektedir. Ayrıca tatbikat planı doğrultusunda tatbikatlar gerçekleştirilmektedir. Acil Durum ve Afet durumunda personel ile iletişim için santralde güncel telefon listeleri bulunmaktadır.

7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI

7.1. HAP Eğitimleri

7.1.1. HAP Eğitici Eğitimi

Hastane Afet ve Acil Durum Planlaması (HAP) ile ilgili sertifikalı eğitimler Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği (Resmi Gazete 04.02.2014) kapsamında yürütülür.

7.1.2. HAP Uygulayıcı Eğitimleri

Birim ve sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlık ile birlikte eğitim düzenlenir.

HAP Uygulayıcı Eğitimlerine HAP Hazırlama Komisyonu'nda bulunması zorunlu olan kişiler ve incelemenden sorumlu kişiler katılır. HAP Hazırlama Komisyonu'nda yer alan üyelerin eğitimi tamamlandıktan sonra bu kişilere ek olarak hastanelerin belirlediği kişiler de HAP Uygulayıcı Eğitimlerine katılabilir.

Eğitimler planlanırken, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel (part-time, nöbet usulü, uzaktan ve benzeri çalışanlar) de göz önüne alınmalıdır. Eğitim süresi en az üç gün ve bir oturumdaki katılımcı sayısı en az 10, en fazla 30 kişi olabilir. Eğitimde Bakanlık Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Genel Müdürlükçe oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır.

7.1.3. HAP Yönetici Eğitimi

Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi/bu görevi üstelenen birim tarafından Yönetici Eğitimi düzenlenir. Eğitime hastane başhekim, mesul müdür ve inceleme makamından sorumlu kişi katılır. Eğitim süresi bir gündür ve eğitimde Genel Müdürlük tarafından hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Genel Müdürlük tarafından oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır. Yönetici, talep ettiği takdirde üç günlük Uygulayıcı Eğitimine katılabilir.

Personel Eğitiminin Dokümantasyonu: HAP ve Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında afet ve acil durumlara yönelik yapılması planlanan tüm eğitimler Form 44'te belirtilmiştir. Deprem, yangın, hastane tahlitesi, mavi kod, beyaz kod ve pembe kod eğitimleri verilmektedir. Yıl içerisinde gerçekleştirilen eğitimlere ait bilgiler Form 45'e işlenmektedir.

7.2. HAP Tatbikatları

OPTIMED 2023 YILI YILLIK TATBİKAT PLANI VE RAPORU					
Konusu	Tatbikat Şekli	Planlanan Tarih	Gerçekleşen Tarih	Tatbikat Yeri	Tatbikata Katılan Kurumlar
Beyaz Kod	Uygulamalı	11.09.2023		Poliklinik	
Mavi Kod	Uygulamalı	25.09.2023		Klinik	
Kırmızı Kod	Uygulamalı	10.03.2023		Yoğunbakım	
Pembe Kod	Uygulamalı	23.10.2023		Poliklinik	
Turuncu Kod	Uygulamalı	27.11.2023		Acil Servis	
Sarı Kod	Uygulamalı	10.03.2023		Yoğunbakım	
Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Masa Başı	24.04.2023		Olay Yönetim Merkezi	İl Sağlık Müdürlüğü
Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Uygulamalı	08.11.2023			İl Sağlık Müdürlüğü

8. HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI

8.1. Mevcut Durum Analizi

Hastane Alipaşa, Kılıç Ali Paşa Cd. 36/1, 59850 Çorlu/Tekirdağ adresinde yer almaktadır. 75 yatak kapasitesine sahiptir. Acil servis 7/24 hizmet vermektedir. Hastane hizmet veren departman/servis /birimlerin bilgileri EK 2-B Güvenli Hastane Kontrol Listesi' Bölüm1'de belirtilmiştir.

8.1.1. Yapısal Risklerin Azaltılması

Hastanenin afet güvenliği bakımından fiziksel durumunu ve iyileştirilmesi gereken yönlerini belirlemek üzere, yapısal güvenlik ile ilgili konular esasen iki ana başlık altında incelenmektedir:

- 1) Hastanenin yapısal güvenliğini etkileyen geçmiş olaylar; bu konuda Optimed Hastanesi geçmiş dönemlerinde yapısal güvenliğini etkileyen herhangi bir önemli olay ile karşılaşmamıştır.
- 2) Binanın yapısal özellikleri, taşıyıcı sistemi ve kullanılan malzeme bakımından güvenlik; Optimed Hastanesi' nin gerek 1.Binası gerekse 2. Binası yetkili kuruluşlar tarafından gerekli incelemeler yapılmış bu inceleme raporları ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü' ne ruhsatlandırma aşamasında sunulmuştur. Bunun dışında hastanede yapılacak her türlü tadilatla Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli izinler ve onaylar alınmakta, ondan sonra hizmete sunulmaktadır.

Her yıl Güvenli Hastane Kontrol Listesi'nin ilgili bölümüyle kontrol işlemleri yapılmaktadır. Sonuçlara göre bir şey çıkması durumunda ise Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Formu ile kayıt altına alınmaktadır.

8.1.2. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

Hastane binalarının taşıyıcı sistemlerini oluşturan kolon, kiriş, döşeme, duvar vb. yapısal elemanlarının dışında kalan elemanları yapısal olmayan elemanlardır. Hastanelerde afet güvenliği bakımından yapısal olmayan unsurlarla ilgili incelemeler, uluslararası genel kabul gören yaklaşımla, şu ana başlıklar altında toplanmaktadır:

- 1) Mimari elemanların güvenliği,
- 2) Hastanedeki kritik servis ve alanların; ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergahlarının güvenliği,
- 3) Kritik sistemlerin durumu (bilişim sistemleri, elektrik, telekomünikasyon, su tedariki, yangın söndürme, kanalizasyon, yakıt depolama, medikal gazlar, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri vb.),
- 4) Ekipman ve malzeme güvenliği (ofis ve depo ekipman ve donanımı; teşhis ve tedavi için gerekli medikal ve laboratuvar ekipman ve malzemeleri vb.).

Çorlu 3. Deprem bölgesi içinde yer almakta ve YOTA zorunluluğu olmamakla beraber Optimed Hastanesi genelinde YOTA ile ilgili temel önlemler alınmaya başlanmıştır. Bu kapsamda;

1. Düşme ve sallanma riski olan aydınlatma ile ilgili tesisat ve diğer unsurların tutturulması
 2. Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi
 3. Oksijen tüplerinin, hastane arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi veya sabitlenmesi
 4. Ağır unsurların çalışma alanlarından uzak yerlere asılması
 5. Duvarlardaki tablo vb.nin kancalı vidalarla tutturulması
 6. Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması
 7. Pencere camlarının kırılıp insanların üzerine düşmesini engelleyecek koruyucu film kaplanması, kalın perdeler kullanılması veya kırılmaz cam takılması gibi önlemlerin alınması, bu uygulamanın öncelikle kaçış ve çıkış yollarının üzerindeki camlar için yapılması
 8. Hastanenin satın alma süreçlerinde depreme uygun standartlarda araç- gereç ve malzeme alımını sağlaması için, hazırlanan teknik şartnamelerde ilgili maddelere yer verilmesi vb.
- Önlemler alınmaya başlanmıştır. Ayrıca, yapılan kontrollerde herhangi bir uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu ile kayıt altına alınmakta ve faaliyet planlanmaktadır.

8.2. Hastane Afet Risk Değerlendirmesi

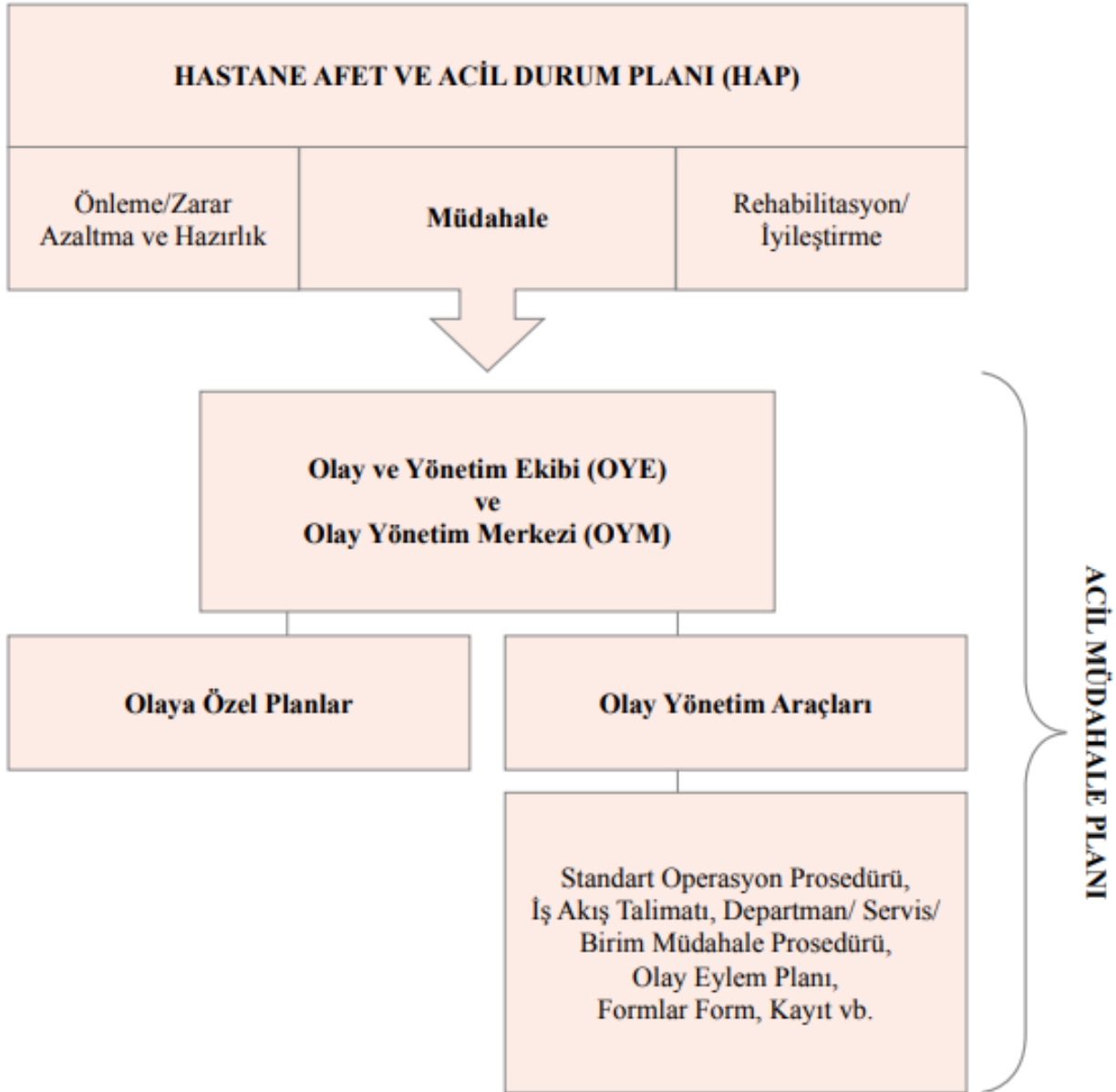
2013 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu' na göre sağlık kuruluşları her 2 yılda bir risk değerlendirmesini yapmak/yenilemek zorundadır. Bu kapsamda ayrıca Risk Yönetimi Prosedürü yayınlanmış olup yılda bir kez güncellenmektedir. Çalışma ortamında bulunan fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal, ergonomik ve benzeri tehlike kaynaklarından oluşan veya bunların etkileşimi sonucu ortaya çıkabilecek tehlikeler belirlenir ve Risk Analizi Planı ile kayıt altına alınır. Tüm bu süreçlerle ilgili Optimed Hastanesi tarafından gerekli iyileştirmeler yapılır ve önlemler alınır.

[illegible]

İKİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ (Acil Müdahale Planı)

1. ACİL MÜDAHALE PLANI

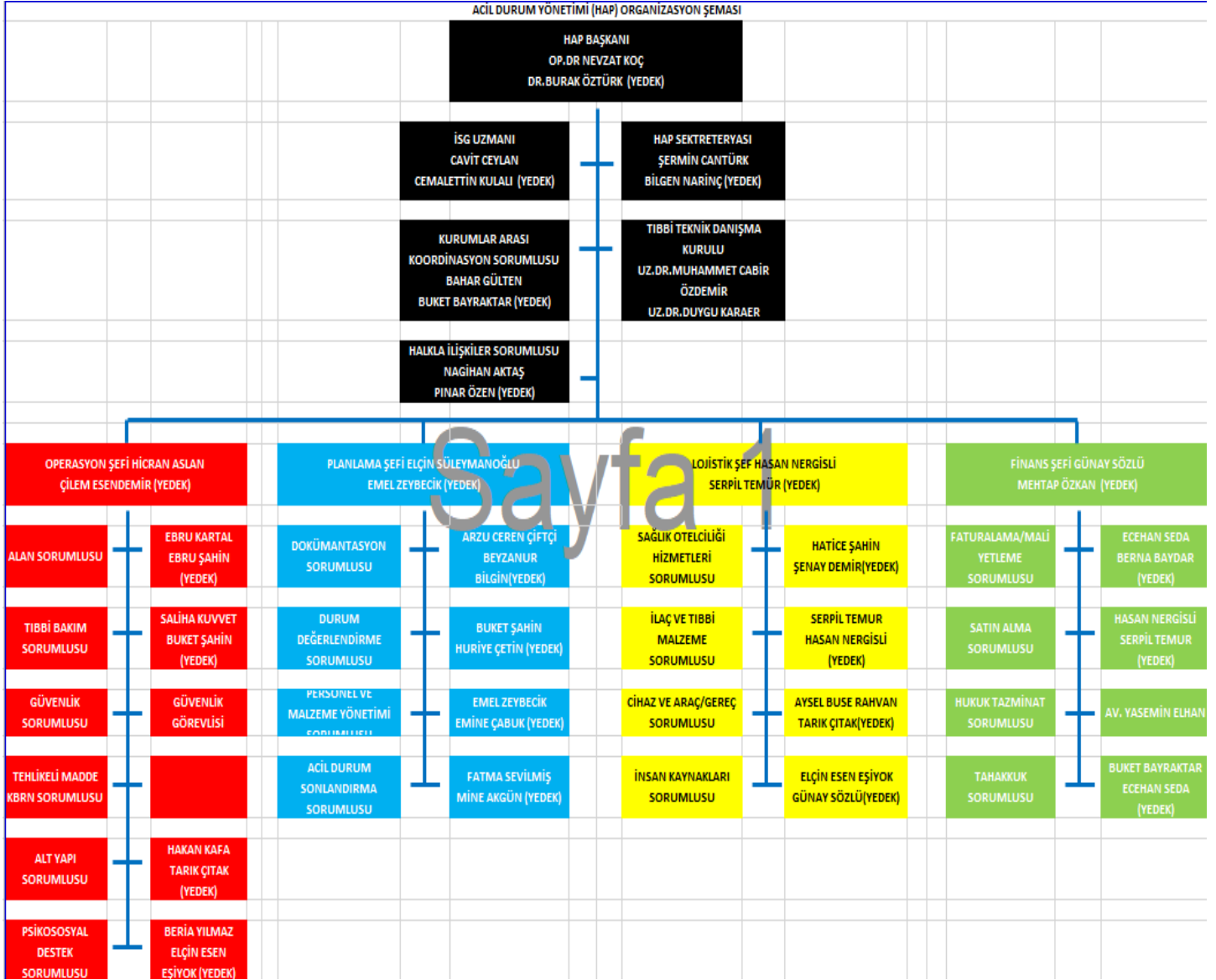
Acil Müdahale Planı (AMP), Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) önemli bir parçasıdır. Hastane AMP afet ve acil durumda müdahale organizasyonunu, yönetim sistemini ve araçlarını belirler. Hastanede Acil Müdahale Planı faaliyete geçirildiğinde, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer.



Şekil 1Hastane Afet ve Acil Müdahale Planı Şeması

2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ

2.1. Organizasyon Şeması



Şekil 2 Acil Durum Yönetimi (Hap) Organizasyon Şeması

2.2. Görev Tanımları

1. HAP BAŞKANI

Hastane Olay Yönetim Merkezi'ni (OYM) organize eder ve yönetir. Hastane afet yönetimi ve destek faaliyetleri ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri verir. Olay Eylem Planını her operasyonel dönem için onaylar.

2. HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU

Personel, hasta ve hasta yakınları ve basını da içerecek şekilde iç ve dış paydaşlara HAP Başkanı tarafından onaylanan bilgilerin iletilmesini sağlar.

3. KURUMLAR ARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU

Hastane Olay Yönetim Merkezi'nde diğer kuruluşların temsilcileri ile iletişime geçer, afet ve acil durum ile ilgili bilgi akışını sağlayan yetkili kişi olarak görev yapar.

4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SORUMLUSU

İş sağlığı ve güvenliği açısından çalışma ortamının değerlendirilmesi ve önlemlerin alınarak risklerin azaltılması, kişisel koruyucu ekipmanın temini ve kullanımının sağlanması için gereğini ilgili komisyona bildirilmesinden sorumludur. Hasta, personel ve ziyaretçilere yönelik mevcut ve olası tehlikeleri takip ve tespit eder, azaltmak için gerekli önlemlerin alınmasını önerir. Sağlığı ve hayatı tehdit eden acil durumlarda HAP Başkanının onayıyla her türlü operasyonu durdurmaya yetkilidir.

5. TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahaları doğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

Tıbbi Teknik Danışma Kurulu'nda Olması Önerilen Alanlar

5.1 Biyolojik/Enfeksiyöz Olaylar

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, biyolojik ya da bulaşıcı hastalıklara acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

5.2 Kimyasal Olaylar

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, spesifik kimyasal olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

5.3 Radyolojik/Nükleer Olaylar

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, radyolojik ve nükleer olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için danışmanlık hizmeti verir.

5.4 Klinik Yönetim

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, hastane klinik özelliklerinin ve hizmetlerinin korunmasını sağlama konularında danışmanlık hizmeti verir.

5.5 Hastane Yönetimi

Görevlendirildiğinde hastane hizmetlerinin kapasite ve yeteneği ile müdahale eylemlerinin gözetimini sağlar; HAP Başkanı veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir.

5.6 Hukuk Bürosu

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin afet ve acil durumlara yanıtı ile ilgili konularda hukuki danışmanlık hizmeti verir.

5.7 Risk Yönetimi

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin risk yönetimi ve zarar azaltma politikaları konusunda danışmanlık hizmeti verir.

5.8 Tıbbi Personel

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi personel ile ilgili konularda danışmanlık hizmeti verir.

5.9 Pediyatrik Bakım

HAP Başkanı ya da bölüm şefine, pediatrik bakım konusunda danışmanlık hizmeti verir.

5.10 Tıbbi Etik

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi etik konularında danışmanlık hizmeti verir.

6. HAP SEKRETERYASI

HAP temsilciliği/birimi/ofisinde görevli personel tarafından Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, Olay Yönetim Merkezinin (OYM) açılması, Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından istenilen bilgilerin toplanması, kayıt altına alınması vb. talimatları yerine getirir.

7. OPERASYON ŞEFİ

HAP Başkanı tarafından belirlenmiş hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla strateji ve taktikler geliştirir ve uygular. Müdahale alanlarını organize eder, kaynakları yönetir ve tıbbi bakım, altyapı, güvenlik, tehlikeli maddeler ve psikososyal destek birimi ile ilgili görevlendirmeleri yapar

7.1 ALAN (Hastane Dışı Olay Yeri) SORUMLUSU

Hastane dışında meydana gelen afet ve acil durumlarda, olay yerinde müdahale için gerekli personel, araç, gereç, malzeme ve ilaç gibi destek kaynaklarını organize eder ve yönetir. Lojistik Şefi ile koordinasyon içerisinde çalışır.

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.1.1 Personel Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.2 Araç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.3 Cihaz, Araç/Gereç ve Tıbbi Malzeme Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan cihaz, araç/gereç ve tıbbi malzemenin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.4 İlaç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU

Sorumluluğu altındaki klinik hizmetleri ve klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir.

Tıbbi Bakım Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.2.1 Yatan Hasta Birim Sorumlusu

Yatan hastaların tedavisinin sağlanmasını temin eder, yatan hasta alanlarını yönetir ve kontrollü bir şekilde hasta yatış ve taburcu işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlar.

7.2.2 Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

7.2.3 Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

7.2.4 Acil Servis Birim Sorumlusu

Acil Servise gelen hastaların acil tıbbi bakımlarının yapılmasını sağlar; hastaların yönlendirilmelerini koordine ve organize eder.

7.2.5 Hastane Afet Triyaj Alanı Birim Sorumlusu

Hastaneye başvuran çok sayıda yaralının tedavi önceliklerini belirleyebilmek için Triyaj Alanının (Lojistik Şefinin desteği ile) tanımlandığı şekilde kurulmasını sağlar. Gereksinim duyulan tıbbi cihaz, ilaç, sarf malzemesi ve personeli talep eder. Yaralıların öncelik sırasına göre değerlendirilmesini ve gerekli tedavi alanlarına yönlendirilmesini sağlar.

7.2.6 Yoğun Bakım Birim Sorumlusu

Yoğun bakım birimlerini yönetir ve hizmete devamlı hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden

	sorumludur. 7.2.7 Ameliyathane Birim Sorumlusu Ameliyathaneleri yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Önceden yapılan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur. 7.2.8 Anestezi Birim Sorumlusu İhtiyaca göre yedek personeli göreve çağırır; gerekiyorsa yedek cihazları devreye sokar. Vakaların niteliklerini ve ameliyat sürelerini göz önüne alarak ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli süreçlerin aksatılmadan yürütülmesini sağlar. 7.2.9 Klinik Destek Birim Sorumlusu Hastaların tıbbi bakımı ile ilgili yardımcı klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir (ilaç, tıbbi malzeme, laboratuvar hizmetleri, tıbbi görüntüleme hizmetleri, kan ve kan ürünleri, morg hizmetleri). 7.2.10 Laboratuvar Birim Sorumlusu Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Önceden yapılan planlamalar doğrultusunda kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur. 7.2.11 Görüntüleme Birim Sorumlusu Görüntüleme birimlerinin yönetimi, hizmete sürekli hazır bulundurulması, önceden yapılan planlamalar doğrultusunda kapasite artışının sağlanması, gerekli tıbbi cihaz ve malzemenin temini, seyyar cihazların talep edilen yerlerde çalıştırılmasından sorumludur. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur. 7.2.12 Hasta Kayıt Birim Sorumlusu Yatan ve ayaktan hasta kayıtlarını düzenler ve yönetir.
7.3 ALTYAPI SORUMLUSU Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atıksu, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.	Altyapı Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.3.1 Enerji ve Aydınlatma Birim Sorumlusu Hastane için hayati önemi olan ana ve yedek enerji kaynaklarının ve aydınlatma sistemlerinin sürekliliğini sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.2 Su ve Kanalizasyon Birim Sorumlusu Su ve kanalizasyon sistemlerinin sorunsuz çalışması için gerekli düzenlemeleri yapar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.3 Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme Birim Sorumlusu Hastanenin ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin sorunsuz çalışmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.4 Bina ve Alanlar Birim Sorumlusu

	Hastane binaları ve alanlarının fonksiyonel durumda tutulmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. Hastanedeki her türlü mekanik sistemin sürekli çalışır durumda tutulmasından sorumludur (asansör, otomatik kapı,giriş-çıkış kapısı vb) 7.3.5 Tıbbi Gaz Birim Sorumlusu Tıbbi gaz sistemlerinin düzenli çalışmasını sağlar. Medikal gazların klinik bakım alanlarına sevkini düzenler ve dağıtır. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.6 Bilişim Altyapısı Birim Sorumlusu Hastane bilişim alt yapısının sürekli çalışır durumda olmasını sağlar, gerektiğinde yedek sistemlerin devreye alınmasından sorumludur. Alternatif tıbbi bakım sahalarında gerekli olan bilişim altyapısını kablolu veya kablosuz olarak kurar ve çalışmasını sağlar. Gerektiğinde hastane bilgi yönetim sistemine uzaktan güvenli bir şekilde erişilmesini ve uygun çalışma olanaklarını sağlar. 7.3.7 Haberleşme Sistemleri Birim Sorumlusu Hastane santrali, telsiz, çağrı cihazı vb. sistemlerin çalışır durumda tutulmasından, iç ve dış iletişimin sürekli sağlanmasından sorumludur. Çağrı cihazı ve telsizlerin bakımlı ve şarjlı tutulmasını sağlar. Gerektiğinde yedek sistemleri devreye sokar. Operasyonun seyrine göre ihtiyaç duyulan noktalara iletişim sistemi kurulmasını sağlar.
7.4 GÜVENLİK SORUMLUSU Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle iş birliği vb.) yürütür ve koordine eder.	Güvenlik Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.4.1 Giriş Kontrol Birim Sorumlusu Hastaneye giren ve çıkan kişileri izleyerek ve kontrol ederek hastanenin, çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının emniyetini sağlar. 7.4.2 Kalabalık Kontrolü Birim Sorumlusu Olay yeri güvenliğini ve kalabalığın kontrolünü sağlar. 7.4.3 Trafik Kontrol Birim Sorumlusu Hastane içi araç trafiği emniyetini düzenler ve uygulatır. 7.4.4 Asayiş Kontrol Birim Sorumlusu Hastane emniyetini hastane dışından kolluk kuvvetleriyle koordine eder. 7.4.5 Emanet Birim Sorumlusu Hastaneye gelen/ getirilen hasta/yaralı ve ölülerin eşyalarının kayıt altına alınarak korunmasından ve sonrasında sahiplerine veya yetkili makamlara iletilmesinden sorumludur. Bu iş ile ilgili gerekli organizasyonu sağlar. 7.4.6 Şüpheli Durum ve Arama Birim Sorumlusu Güvenlik ihlalleri veya altyapı hasarları sırasında şüpheli paket, şüpheli kişi ile kayıp çalışan, hasta ya da ziyaretçilerin aranmasını koordine eder.

7.5 TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU KBRN olaylarına müdahale kapsamında tespit, izleme, dökülme/saçılma yönetimi, maruz kalanların, teknik ve acil dekontaminasyonunun yapılması ile hastane ve ekipman dekontaminasyonu çalışmalarının organize edilmesi ve yönetilmesinden sorumludur.	Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.5.1 Tespit ve İzleme Birim Sorumlusu KBRN olayında söz konusu madde ile ilgili yürütülen aktivitelere yönelik tespit ve izleme çalışmalarını koordine eder. 7.5.2 Kimyasal Dökülme/Saçılma Müdahale Birim Sorumlusu Hastane içi tehlikeli maddelerin dökülme/saçılma müdahale planlarının uygulanmasını koordine eder. 7.5.3 Yaralı/Kazazede Dekontaminasyonu Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hasta dekontaminasyonu ile ilgili eylemlerin koordinasyonunu sağlar. 7.5.4 Tesis ve Cihaz Dekontaminasyon Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hastane ve ekipmanların dekontaminasyonu ile ilgili eylemleri koordine eder.
7.6 PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU	Psikososyal Destek Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.6.1 Sosyal Hizmetler Birim Sorumlusu Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmet biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar. 7.6.2 Hasta Yakını Destek Birim Sorumlusu Afet ve acil durum süresince ortaya çıkabilecek, iletişim, konaklama, beslenme, sağlık, manevi ve duygusal vb. ihtiyaçları da içeren, hastave hasta ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken psikososyal desteği sağlar ve organize eder. 7.6.3 Aile Buluşturma Birim Sorumlusu Ailelerin tekrar biraraya getirilmesi için çalışmaları yapar. 7.6.4 Psikolojik Hizmetler Birim Sorumlusu Psikososyal destek faaliyetleri kapsamında bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için sevk edilmesi, gerektiğinde bireysel terapötik görüşmelerin yürütülmesi ve takip edilmesi vb. hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur. 7.6.5 Çalışan ve Çalışan Ailesi Destek Birim Sorumlusu Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin afet ve acil durum halinde temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak; personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojik takiplerinin yapılmasından sorumludur.
8. PLANLAMA ŞEFİ Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini; taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini, uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planının hazırlanmasını sağlar.	

8.1 PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU Afet ve acil durum süresince ihtiyaç duyulacak personelin, ekiplerin, binaların, malzemelerin ve ana teçhizatın durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi sağlamak; afet ve acil durum operasyonları için ayrılan tüm kaynakların listesini hazırlamakla sorumludur	Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusuna Bağlı Birimler: 8.1.1 Personel İzleme Birim Sorumlusu Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar. 8.1.2 Malzeme İzleme Birim Sorumlusu Afet ve acil durumlarda destek için hastane stokunda mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi sağlar.
8.2 DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileri toplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişmeler için öngörüler geliştirir. Olay Eylem Planında kullanılmak üzere bilgi istihbarat toplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritaları hazırlar	Durum Değerlendirme Sorumlusuna Bağlı Birimler: 8.2.1 Hasta İzleme Birim Sorumlusu Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yapar. 8.2.2 Yatak İzleme Birim Sorumlusu Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar. 8.2.3 Veri ve Bilgi Yönetimi Birim Sorumlusu Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulanarak raporlanması ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına iletilmesinden sorumludur.
8.3 DOKÜMANTASYON SORUMLUSU Afet ve acil durumlarla ilgili müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini de içine alacak şekilde tüm gelişme ve faaliyetlerin doğru ve eksiksiz olarak dokümanite edilmesini sağlar. İhtiyaç halinde belgelerin kopyalarını hazırlamak, afet ve acil durum dokümanlarını hukuki, bilimsel çalışma, finansal geri ödeme amaçları ve tarihsel veri niteliğinden yararlanmak için kayıt altına almak, korumak ve saklamakla sorumludur.	

8.4 ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU

HAP Başkanının afet ve acil durumu sonlandırma kararıyla; için, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel süreçler kapsamında gerekli faaliyetleri koordine etmekten sorumludur.

9. LOJİSTİK ŞEFİ

Hastanenin afet ve acil durum yanıtındaki faaliyetler için gerekli hizmet, insan gücü, araç-gereç, gıda, su, ilaç, tıbbi malzeme ve diğer malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

9.1 SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU

Hastanenin iletişim sistemi, gıda-su, temizlik, bilgi teknolojileri vb. hizmetlerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, ekipmanın sürekli hazır tutulması için gerekli organizasyonu yapmakla sorumludur.

Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9.1.1 Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu

Haberleşme ve bilgisayar donanımı ile personeli sağlar. İç ve dış haberleşme ile bilişim uygulamalarını organize eder.

9.1.2 Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu

Hastalar, hasta yakınları, personel ve aileleri, gönüllüler, ziyaretçiler için gıda-su temini, yemek hazırlama ve dağıtım hizmetlerinin organizasyonunu ve sürdürülmesini sağlar.

9.1.3 Sterilizasyon Birim Sorumlusu

Hasar ve arıza varsa ilgili birimlere bildirir; ihtiyaca göre yedeklerini

devreye sokar. Ameliyathane, hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemelerin sterilize edilerek kullanıma hazır vaziyette tutulmasını sağlar.

9.1.4 Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri Birim Sorumlusu

Çamaşır Hizmetleri: Çamaşırhane ile ilgili hasar tespitini yapar. Durumu değerlendirir. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer.

Hastanenin çamaşır toplama ve yıkama talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar; gerekiyorsa yedek personeli devreye sokar.

Temizlik Hizmetleri: Temizlik hizmetleriyle ilgili durum değerlendirmesi yapar. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet

alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Temizlik hizmetlerinin, hastanenin temizlik hizmetleri talimatına uygun olarak kesintisiz sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar. Alternatif bakım alanları açıldıysa o bölümlerin temizlik hizmetlerini planlar. Gerekirse mesai dışı personel ve yedek malzemeleri devreye sokar.

9.1.5 Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu

Yatan ve taburcu olan hastaların, uygun şekilde hastane içi transferinden, bu işle görevli personelin ve araçların yönetiminden sorumludur.

9.1.6 Atık Yönetimi Birim Sorumlusu

Hastane içi tıbbi, evsel ve tehlikeli atıkların ilgili planlar doğrultusunda bertaraf edilmesinden sorumludur.

9.1.7 Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu

Hastaneye ait veya kiralanmış araçların ve görevli personelin organizasyonunu yapar. OYE karar aldığı takdirde imkanlar

	dahilinde göreve çağırılan personelin ve ailelerinin hastaneye ulaşımını, kendi imkanları yeterli olmayan taburcu hastaların evlerine nakillerini organize eder. Hastaneye veya hastane dışına malzemelerin taşınmasını koordine eder. 9.1.8 Destek Birim Sorumlusu Alternatif bakım alanları, çalışma alanları, ulaşım hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi, mevcut kaynaklar ve işgücü havuzunun idamesi için gerekli çalışmaları organize eder, yönetir.
9.2 İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU Personelin geri çağırılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını, oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur.	İnsan Kaynakları Sorumlusuna Bağlı Birimler: 9.2.1 Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Personele lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar. 9.2.2 Çalışan Yakını Destek Birim Sorumlusu Personel aileleri için tıbbi, lojistik, davranış sağlığı ve günlük bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlar; gerekirse aile üyelerinin aşılama ve bağışıklama hizmetlerini koordine eder. 9.2.3 Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu Görevi başında ve izinde olan personeli takip eder. Birim taleplerine göre HAP Başkanı onayı ile görevlendirme yapar. Gerekli personeli göreve çağırır. Dışardan gelen destek personelinin ilgili birimlerde çalışmasını sağlar. Personelin mesaisi ile ilgili dokümantasyondan sorumludur. Mesai, fazla mesai ve gönüllü çalışma saatlerini izler ve rapor tutar. 9.2.4 Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusu Hastaneye yardım için başvuran gönüllülerin tedavi alanlarından uzak bir noktada karşılanmasını sağlar. Tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur. Gönüllüleri yetkinlik ve yeteneklerine göre sınıflandırır. Güvenli ve yetkin gördüklerinin kimlik bilgilerini kayıt altına alır, kimliklendirir ve gönüllü yeleklerini verir. Gönüllü talimatını okutur, durum ve hastane ile ilgili bilgi verir. HAP Başkanı talimatıyla ihtiyaç duyulan tedavi birimlerine bir görevli eşliğinde yönlendirir ve ilgili birim sorumlusunun emrine girmesini sağlar. Gerektiğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydını yaptıranları göreve davet eder.
9.3 CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	
9.4 İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	9.4.1 Sarf Depo Birim Sorumlusu İhtiyaç duyulan tıbbi malzemenin sağlanmasından ve stok takibinden sorumludur. 9.4.2 Eczane Birim Sorumlusu

	İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasından stok takibinden sorumludur
10. FİNANS ŞEFİ Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.	
10.1 SATIN ALMA SORUMLUSU Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu, HAP Başkanı tarafından onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyalin satın alımı ve/veya kiralanmasından sorumludur.	
10.2 FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU Olayın maliyet analizini yaparak raporlamaktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamaktan sorumludur.	
10.3 HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu olduğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanle edilmesinden sorumludur.	
10.4 TAHAKKUK SORUMLUSU Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.	

3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

3.1. Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

Acil müdahale gerektiren olay, toplum sağlığına yönelik ciddi bir tehdit teşkil eden, hizmetleri sekteye uğratan, hastanelerin ve ambulans hizmetlerinin özel düzenlemeler yapmalarını gerektirecek sayıda ya da türde yaralanmalara sebep olan (veya sebep olma ihtimali bulunan) her türlü olaydır. Bu gibi durumların yaşanması halinde Olay Yönetim Ekibi aktif hale helerek Olay Bildirimi Ve Acil Müdahale Planı (AMP) akitivasyonu'na göre hareket edilir.

3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin (OYS) Temel İşlevleri

Olay Yönetim Sistemi'nin beş temel işlevi (fonksiyonu) bulunmaktadır. Olayın şiddetine göre Yönetim, Planlama, Operasyon, Planlama ve Finans ihtiyaca göre aktif hale getirilir. İşlevler aşağıdaki gibidir. HAP Başkanı her zaman aktive olan tek pozisyonudur. Diğer pozisyonlar olayın türüne göre HAP Başkanının görevlendirmesi ile aktive olur.

Yönetim

Yönetim işlevi, tüm personelin yönetimini kapsar. Olay yönetiminin tüm sorumluluğunu üstlenir. Olay Eylem Planı kontrol edilir ve yönetimin onayına sunularak uygulanır.

Yönetimin sorumlulukları:

- Kontrol ve Yönetimin üstlenilmesi,
- Olay Yönetim Merkezi'nin kurulması,
- Harici olay durumunun değerlendirilmesi (mevcut bilgilerin işlenmesi),
- Olay Yönetim Merkezi'nde çalışacak personelin ve HAP organizasyon şemasındaki sorumluların görevlendirilmesi,
- Olay kapsamındaki operasyonlar veya diğer departman/servis/birimler tarafından oluşturulan olaya özel planın onaylanması,

- Dış paydaşlarla işbirliği yapılması,

Kritik personel için (özellikle OYE personeli için) bilgilendirme toplantılarının yapılması,

- OYE personeli ve diğer kritik personel arasında görev dağılımının yapılması,
- Güvenlik sorunlarının ele alınması,
- Durum tespit raporlarının değerlendirilmesi,
- Basın-Medya ilişkilerinin yönetilmesi,
- Risk azaltma önlemlerinin yönetilmesi (risk azaltma önlemlerini uygulamakla sorumlu olan kişilere açık talimatlar vererek),
- Planın gözden geçirilmesi, temel sorun ve aksaklıkların tespit edilmesi,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

Planlama

Planlama bölümünde olayla ilgili bütün bilgiler toplanır ve analiz edilir. Muhtemel gelişmeler öngörülerek alternatif müdahale stratejileri ile birlikte asıl müdahale planlanır. Ayrıca, kullanılan tüm kaynakların

kaydı tutulur.

Planlamanın sorumlulukları:

- Olay Eylem Planı oluşturmak için gereken, olaya ilişkin bilgilerin toplanması, düzenlenmesi ve analiz edilmesi,
- Gerekli olduğu takdirde alternatif kontrol hedeflerinin oluşturulması,
- Planlama toplantılarının yapılması,
- Bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- Personel ve malzeme durumu hakkında bilgi toplanması ve planlamanın yapılması,
- Tüm faaliyetlerin dokümente edilmesi,
- Durum değerlendirme raporlarının hazırlanması,
- Acil Müdahale Planı'nın sonlandırılmasının ardından, hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gereksinimlerin (kaynak ve destek) tahmin edilmesi.

Operasyon

Operasyon bölümü, olayla başa çıkmaya dönük faaliyetlerin doğrudan belirleyicisi ve uygulayıcısıdır. Olaya yönelik müdahale stratejilerinin etkisi değerlendirilir ve gerekirse olay eylem planı oluşturmak/ geliştirmek için geribildirim sağlanır.

Operasyonun sorumlulukları:

- HAP Başkanından brifing alınması,
- Operasyonlar için yetki alanının belirlenmesi,
- Olay Eylem Planı'nda yer alan operasyonlar kısmının oluşturulması,
- Operasyonel faaliyetlerin yönetimi ve denetimi,
- Müdahaleye dahil olan operasyon ekiplerinden ve/veya departman/servis/birimlerden durum raporlarının alınması (Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin geliştirilmesi),
- İlave kaynak ihtiyacının belirlenmesi ve talep edilmesi,
- Faaliyetler sırasında ortaya çıkan özellikli olayların/kazaların raporlanması,

Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması

Lojistik

Lojistik bölümünde, olayla başa çıkmak için gereken tüm maddi kaynaklar tedarik edilir. Operasyonlar için tüm tesisler ve hizmetler sağlanır.

Lojistiğin sorumlulukları:

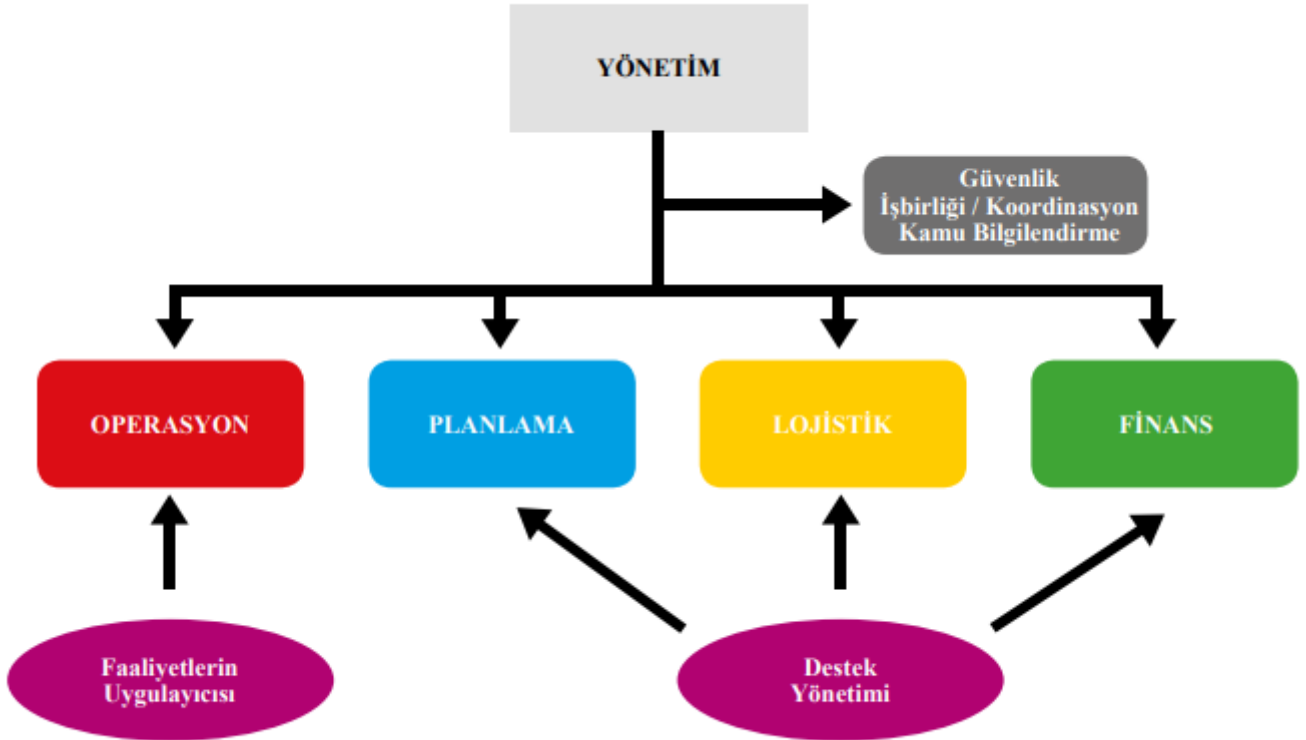
- HAP Başkanından brifing alınması,
- İlgili personele görev verilmesi,
- Gerektiğinde Olay Eylem Planı'nın lojistik kısmının hazırlanması,
- Malzeme, tesis ve hizmetlere ilişkin taleplerin karşılanması,
- Depolama alanlarının kurulması ve yönetilmesi,
- Süreç içerisinde ortaya çıkacak hastane faaliyetleri ve destek hizmetlerine yönelik gereksinimlerin ön görülmesi (proaktif yaklaşım),
- Bilgi yönetimi için ilgili formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

Finans

Finans bölümünde hizmet sunumu için finansal kaynakların sağlanması ve kullanımı düzenlenir. Finans bölümünün sorumlulukları:

- Olay Yönetim Ekibi tarafından belirlenen finansal sınırların düzenli maliyet analizi ile gözetilmesi ve maliyet kayıtlarının doğru biçimde tutulması,
- Ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi,
- Muhasebe işlemlerinin izlenmesi, analizi ve muhasebe raporlarının düzenlenmesi,
- Gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, OYE'nin düzenli bilgilendirilmesi,
- Kısa ve uzun vadede karşılaşılabilecek finansal sorunların belirlenmesi ve çözümü,
- Ek fon, bağış kabulünün prosedüre uygun gerçekleştirilmesi,
- Görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması ve ödenmesi,
- Anlaşmalı olan ve olmayan satıcılardan alımlarla ilgili hesapların yönetimi,
- Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamaların hesaplanması ve raporlanması,
- Tüm muhasebe formları, fatura, satın alma sözleşmesi ve diğer kayıtların muhafazası,
- Acil Müdahale Planı'nın sonlandırılmasının ardından ilgili tüm hesapların toparlanması ve denetlenmesi.

Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) temel işlevlerine işaret eden örnek diyagram aşağıda verilmiştir.



Şekil 3 Hastane Olay Yönetim Sistemi

3.1.2. Hastane Olay Yönetim Ekibinin (OYE) Oluşumu ve Görevleri

Hastanenin Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer:

• OYE’nin oluşumu:

- HAP Başkanı Nevzat KOÇ/Başhekim
- Halkla İlişkiler Sorumlusu Nagihan AKTAŞ/Kurumsal İletişim Uzmanı
- İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu Cavit CEYLAN/İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı
- Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu Bahar GÜLTEN/İdari Tıbbi Sekreter
 - Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu Dr. Muhammet Cabir ÖZDEMİR/İç Hastalıkları Uzmanı
- HAP Sekreteryası Şermin CANTÜRK/Yatan Hasta Danışmanı
 - Operasyon Şefi Hicran ASLAN/Başhemşire
- Planlama Şefi Elçin SÜLEYMANOĞLU/İşletme Direktörü
- Lojistik Şefi Hasan NERGİSLİ/Depo Sorumlusu
- Finans Şefi Günay SÖZLÜ/Hasta Kabul Ekip Lideri

• Olay Yönetim Ekibinde (OYE) yer alan HAP Başkanı her zaman aktive olan tek pozisyonudur. Diğer pozisyonlar olayın türüne göre HAP Başkanının görevlendirmesi ile aktive olur.

• Olay Yönetim Ekibi’nin görev ve sorumlulukları önceden belirlenir. OYE, HAP’ın afet ve acil durum müdahale yönetimiyle beş temel işlevi (fonksiyonu) yerine getirir: Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans.

• OYE’nin her üyesi için görevin kapsadığı temel faaliyetleri ve raporlama sistemini detaylı olarak açıklayan bir İş Akış Talimatı hazırlanır. Her OYE üyesinin harekete geçmeden önce görevine ait İş Akış Talimatını tekrar okuması son derece önemlidir.

• Olay Yönetim Ekibi ile Birim Sorumluları arasındaki koordinasyon mekanizmaları önceden belirlenir. Hastane etkili koordinasyonu sağlamak için kendisine uygun şekilde düzenleme yapabilir.

• Her departman/servis/birimin kendine ait tüm tıbbi ve teknik faaliyetleri önceden belirlenen esaslar çerçevesinde organize etme ve denetleme sorumluluğu vardır

3.2. HASTANE OLAY YÖNETİMİ ARAÇLARI

3.2.1. Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

Standart Operasyon Prosedürü (SOP) spesifik bir işin yapılmasını sağlamak için kurulan bir organizasyonun işlevini, bu işlevi etkili, uyumlu ve sonuç alıcı biçimde nasıl yürüteceğini, bu amaçla kimin, nerede, ne zaman, ne yapması gerektiğini önceden ve ayrıntılı biçimde belirten yazılı kurallardır. Ayrıca, bilginin nasıl paylaşılacağını, neyin nasıl kayıt altına alınacağını, kime ne zaman ve nasıl rapor edileceğini de içermektedir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı (AMP) ile ilgili SOP’lar başlıca şu başlıkları içerir:

- Prosedür adı/başlığı: SOP’un hangi konuda hazırlanacağına dair başlık.
- Temel faaliyet: Ana faaliyetin belirlenmesi.
- Hedefler: Temel faaliyeti gerçekleştirmek için yapılması gerekenlerin belirlenmesi.

- Sırasıyla gerçekleştirilecek eylemler: Belirlenen hedefleri gerçekleştirmek amacıyla uygulamaların zaman sırasına göre yazılması.
- İş sağlığı ve güvenliği kuralları: İş sağlığı ve güvenliği açısından gerekli tedbirlerin belirlenmesi ve uygulanması.
- Kullanılacak materyal: SOP, İşAT, formlar, görev yelekleri vb.
- Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri: Yapılması istenilen hizmetin nitelikli şekilde gerçekleşmesi için yerine getirilmesi gereken kritik eylemler
- Zaman dilimi: Aktivasyona başlangıç ve uygulama süreci.
- Diğer SOP'lar, ilgili İşAT'lar ve paydaşlar ile koordinasyon: Diğer SOP ve İşAT'larla olan bağlantı, uyum ve entegrasyonun belirtilmesi.
- Karşılaşılabilecek özel durumlar: Olası problem ve yetersizlikleri öngörerek alınacak önlemlerin belirlenmesi (örneğin; pandemi sırasında deprem meydana gelirse kurtarma çalışmalarında KKE'ler kullanılmaya devam edilecek, yangın esnasında yangın alarminin çalışmaması durumunda şeklinde duyuru yapılacak)
- Sürece dahil kişiler: Uygulamada görev alacak tüm personel.
- Ekler: Faaliyeti gerçekleştirirken kullanılacak tüm dokümanlar (formlar, kayıtlar, araçlar, malzemeler, ekipman, haritalar, şemalar, rehberler, envanterler, akış şemaları, şekiller, tablolar vb.)
- Eylemlerin kaydedilme şekli: İlgili formların kullanılarak eylemlerin kayıt altına alınması ve raporlanması.
- Raporlama mekanizması: SOP'ta gerçekleştirilen/gerçekleştirilecek eylemler ile ilgili bilgilendirme şekli
- İzleme: Belirlenen aralıklarla SOP'un işleyişinin izlenmesi ve kontrol edilmesi.
- Güvenlik konuları: Temel faaliyet gerçekleştirilirken karşılaşılabilecek güvenlik sorunlarına yönelik alınacak önlemler (kritik malzeme, ekipman, çalışanlar vb.).
- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

3.2.2. İş Akış Talimatları

İş Akış Talimatı, genel tanımla, spesifik bir görevi yerine getirmek üzere, yapılacak işlerin gerçekleştirilme adımlarını açıklayan, gidişatı tanımlayan, uygulamaya yönelik olarak, faaliyetlerin nasıl yapılacağını ayrıntılı açıklayan dokümanlardır. Olağan işlemlerde personel değişim hızının yüksek olması, afet ve acil durumlarda stres ve kaygı düzeyinin artması, tecrübeli personelin dahi çalışma performansını olumsuz etkileyebilir, görevler kolaylıkla unutulabilir. İş Akış Talimatları, mantıklı ve sıralı bir yaklaşım ile görevlerin, sorumlulukların ve eylemlerin önceden belirlenerek, personel tarafından gerçekleştirilmesi için kullanılacak basit bir araçtır. Her çalışan, kendisinden neyin beklendiğini bilmeli, faaliyetler doğru bir şekilde gerçekleştirilmelidir. İş Akış Talimatı'nda (Eylem Kartı) görevler açık ve net bir şekilde belirtilmelidir. Dayanıklı malzemeden yapılmalı ve her zaman erişilebilir, güncellenebilir ve kullanılacağı yerde muhafaza edilebilir olmalıdır. Buradaki amaç, belirli fonksiyonlardan sorumlu personelin görevlerini verimli bir şekilde ve kendilerinden beklendiği gibi yerine getirmesidir. İş Akış Talimatları, bireylere özel olarak değil, fonksiyonlar ve pozisyonlar için hazırlanır. Belirli bir fonksiyona yönelik gerçekleştirilmesi gereken faaliyetlerin nasıl ve ne zaman yapılacağı, kiminle koordine edilip raporlanacağına yönelik mantıklı ve sıralı bir açıklamadır. İş Akış Talimatı'nda belirtilen faaliyetler olayın türüne ya da gidişatına göre gözden

geçirilerek azaltılabilir ya da artırılabilir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı (AMP) ile ilgili İş Akış Talimatı başlıca şu başlıkları içerir:

- İş Akış Talimatı adı/başlığı,
- Görev,
- Gerçekleştirilecek eylemler,
 - İlk eylemler,
 - Devam eden eylemler,
 - Süresi uzayan eylemler.
- Acil Müdahale Planı aktivasyonunun sona ermesi,
- Eylemlerin kaydedilme şekli,
- Rapor verilecek kişi/makam,
- Kimlik belirleme,
- Diğer,
- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

3.2.3. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü

Departman/Servis/Birimler tarafından kendi faaliyetlerini organize etmek amacıyla geliştirilen Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, yerine getirilecek tıbbi işlem ve hizmetlerle ilgili olarak mevcut Plan, SOP ya da İş Akış Talimatlarından yararlanılarak hazırlanır. Departman/Servis/Birimler sundukları hizmetler, yönetim yapıları ve işleyişleri açısından farklı özellikler gösterirler. Bu nedenle, Departman/Servis/ Birimlerin özgün Müdahale Prosedürleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ile uyumlu bir şekilde hazırlanır ve Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) onayıyla uygulanır:

– 500 ve üzeri yatağı olan hastanelerde tüm Departman/Servis/Birimler için müdahale prosedürleri hazırlanmalıdır,

100-499 yatağı olan hastanelerde Departman/Servis/Birimler için müdahale prosedürlerinin hazırlanması önerilmektedir,

– ≤ 99 yatağı olan hastanelerde ise geliştirilecek Standart Operasyon Prosedürlerinin yeterli olabileceği öngörülmektedir.

• Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü başlıca şu başlıkları içerir (Ek 1-D):

- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Adı,
- Amaç,
- Kapsam,
- Afet ve acil durum risk değerlendirmesi (departmana özel değerlendirme),
- Mevcut durum,

3.2.4. Formlar

Formlar, afet ve acil durumlarda karar verme süreçlerinde yardımcı olmak ve hizmetlerin hızlı şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla, bilgilerin düzenli olarak kaydedilmesi, iletilmesi, verilerin standartlaştırılmasında kullanılan, geliştirmeye açık bir yönetim aracıdır. Kılavuzda yer verilen formların sınıflandırılması şöyledir:

- 1) Planlama aşamasında kullanılan formlar (mevcut durumu gösteren formlar),
- 2) Operasyon aşamasında kullanılan formlar (olaya müdahale sürecinde kullanılan formlar),
- 3) Raporlama amacıyla kullanılan formlar (olaya müdahale ve sonrasında kullanılan formlar),
- 4) Diğer formlar (olay sırası ve sonrasında kullanılan çeşitli formlar),
- 5) Özel amaçlı formlar (Olaya Özel Planlar bölümünde yer alan formlar).

Ek 1-C'de yer alan formlarda hangi sınıflandırmaya ait olduğu yazılmıştır. Formların oluşturulması veya mevcut olanların uyarlanması dahil, gerekli form ve kayıtların, kontrol listelerinin hazırlanması hastanede Departman/Servis/Birimler tarafından yapılmakta ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylanmaktadır. Personele gerekli eğitimler verilmekte ve tatbikatlarda kullanılarak test edilmektedir. Sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak formlar revize edilmekte ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylandıktan sonra kullanıma sunulmaktadır.

3.2.4. Olay Eylem Planı (OEP)

Afet ve acil durumlarda HAP Başkanının Acil Müdahale Planını Aktive etmesi ile birlikte olaya özel hazırlanmış planlar doğrultusunda harekete geçilir. Olaya özel planlarda belirlenen zaman diliminde yapılan uygulamalar kayıt altına alınır ve gidişata göre geliştirilebilir. Olay Eylem Planı (OEP) Acil Müdahale Planı'nın (AMP) etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi, kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır. Olay durumunda Acil Müdahale Planında Olay Bildiriminin Ele Alınması prosedürü uygulanmaktadır.

Olay Eylem Planında aşağıdaki uygulamalara dikkat edilir;

- Mevcut durum belirlenir (ihtiyaçlar ve mevcut kaynaklar),
- Müdahalenin erken döneminin yönetimi için hedefleri belirlenir,
- Tamamlanacak faaliyetler belirlenir (kim ne yapacak; nasıl ve ne zaman, nerede ve kiminle),
- Belirli bir zaman dilimini kapsamaları sağlanır. (OEP zaman sınırlı hazırlanır ve ihtiyaç halinde revize edilir, durum değişince güncellenir: düzenli olarak duruma uygun hale getirilir),
- Olay yönetiminin prensiplerine uygun olur,
- Müdahale sırasında açık ve net talimatlar verilir, sağlık sektörü ve sektörler arası koordinasyonun düzgün işlemesi sağlanır.

Olay Eylem Planı Standart Formu (Form 06) Ek 1-C'de yer almaktadır.

3.3. Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı

Kurumumuzda olay yönetim merkezi -1. katta bulunmaktadır. Olay yönetim merkezinin hasar görmesi durumunda hastane yanındaki depo alternatif olay yönetim merkezi olarak belirlenmiştir. Bulunan ekipmanlar aşağıdaki gibidir.

- Bilgisayar,
- Yazıcı,
- Telefon,
- İnternet
- Elektrik

3.3.1. Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin Çalışma Şekli

- İlk olarak Olay Yönetim Ekibi'nin tüm üyeleri başlangıç toplantısına katılırlar.
- Başlangıç toplantısının amaçları, OYE üyeleri için bilgi sağlamak ve çalışma şekline karar vermektir (yeni bir talimata kadar tam zamanlı görevde olma; OYM'de yarı zamanlı bulunma ve vardiyalı bulunma vb.).
- Toplantıda tüm üyeler, OYM'deki görevleriyle doğrudan bağlantılı olan Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatlarını okur. HAP Başkanı tarafından verilen talimatlar yerine getirilir. Üyeler, faaliyetleriyle ilgili geribildirimde bulunmak için önceden oluşturulmuş formları doldurur veya doldurulmasını sağlar.
- HAP Başkanı, OYE'nin ilerleyen saatlerde nasıl çalışacağına karar verir ve OYE üyelerine talimat verir.
- Olay boyunca belirlenen her bir zaman diliminde (örneğin, 1 saat, 2 saat, 6 saat, 48 saat vb.) gerçekleştirilen eylemlerin gidişatı ve olaya yapılan müdahaleler kayıt altına alınır. OYE müdahale hedef ve stratejileri ile Olay Eylem Planlarını çeşitli faaliyetlerle açıklar:
 - Personele ve kurumlara brifing verir.
 - Bir sonraki kontrol ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.
 - Paydaşları bilgilendirir.

3.3.2. Haberleşmenin Düzenlenmesi

Afet durumunda afetin ilk öğrenildiği andan ilk 12 saatin sonuna kadar her iki saatte bir, 12 saatten sonra ise 4 saatte bir bölümlerle ilgili durum raporları ile haberleşme raporları düzenlenir. Olayın önemine ve OYE'nin talebine göre zaman sıklıkları artırılabilir.

Olayın ilk yaşandığı andan itibaren altyapı sistemleri kontrol edilirken, haberleşme sistemlerine özellikle önem verilir. Telefon/ internet gibi iletişim kanallarının çalışmadığı kontrol edilir ve en kısa sürede çalışıyor hale getirilmesi amaçlanır. Herhangi bir sorun tespit edilmediği durumlarda hastane içi iletişim telefonlarla sağlanmaktadır. Ancak iç telefon ağlarında bir sorun varsa cep telefonu üzerinden ve/veya whatsapp grubu üzerinden de haberleme sağlanabilir. Ayrıca hastane içinde 2 adet telsiz bulunmakta olup, biri HAP başkanı diğeri ise planlama şefinde olacaktır. Telsiz sayısının artırılması planlanmaktadır. Tüm haberleşme imkanlarının sağlanamadığı durumlarda ise ulak(haberci) vasıtasıyla haberleşme yapılması planlanmaktadır.

3.3.3. Görev Yelekleri

HAP afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında görev alan personel görev ve rolünü tanımlayan bir yelek giymektedir.

Görev yelekleri aşağıda belirtilen asgari özellikleri taşımaktadır.

- Görev yeleğinin ön yüzünde ve arka yüzünde reflektör bant bulunmalıdır.
- Görev yeleklerinde reflektörlü bant üzerinde personelin HAP görev unvanı yazılı olmalıdır.
- Görev yeleklerinde telsiz ve diğer iletişim araçlarını taşımaya uygun cep bulunmalıdır.
- **Görev yeleklerinin renkleri:** Yönetim ekibi gri/siyah, operasyon ekibi kırmızı, finans ekibi yeşil, planlama ekibi mavi, lojistik ekibi ise sarı renktedir.

Bu yeleklerin ayrıca ceplerinde kimlik kartları ve ilgili İŞAT lar bulunur.



HAP Görev Yelekleri

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI

İl Sağlık Müdürü ilgili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterinden ve ilgili diğer kurumlardan, hastanelerin Acil Müdahale Planı'nın aktifleştirilip aktifleştirilmemesine bakmaksızın harici yardım sağlanmasını talep edebilir. Talepler müdahale aşamalarına göre farklılık gösterir.

4.1. Müdahale Aşaması I : Basit Malzeme ve Ekipman Talebi(Lojistik Destek)

İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim, hastanelerden istek yapar. Hastaneden talep edilen ekipman ve malzemeler ilgili forma (Form 21) kaydedilerek karşılanır. Malzeme ve ekipman, hastanenin temel bakım hizmetini sürdürme kapasitesinde herhangi bir olumsuz sonuca yol açmayacak şekilde temin edilir

4.2. Müdahale Aşaması II : Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet triyaj ekibi ve/veyatravma ekibi)

Olay Yönetim Ekibi'nin faaliyete geçmesiyle, İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim, doğrudan müdahil hastanelerin Olay Yönetim Ekibinden veya hastane yöneticisinden talep yapar. Talepler karşılanırken aşağıdaki adımlar izlenir:

- Ekipman türü ve özellikleri (örneğin; afet sağlık kitleri; triyaj kitleri; kişisel koruyucu ekipman, vb.) belirlenir. Ekipmanın hangi depolardan temin edileceği belirlenir ve görevlendirilen personele bildirilir. Söz konusu ekipman bilgileri hastane tarafından hazırlanan ekipman bilgi formu (Form 21) kullanılarak kayıt altına alınır.
- Ekibin kimlerden oluşturulacağı belirlenir (olay yerinin ihtiyacına ve ilgili uzman personelin bulunup bulunmadığına göre). Görevlendirilen personele ait bilgiler, personel bilgi formu (Form 20) ile kayıt altına alınır.
- Görevlendirilen ekibin olay yerinde kendi arasında ve gerektiğinde hastane ile haberleşmesinin ne şekilde sağlanacağı belirlenir (telsiz, cep telefonu, uydu telefonu vb.).

4.3. Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması

Aşama II'ye karar verildiğinde Aşama II ve Aşama III birleştirilebilir. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonuna yönelik olası birkaç etkinleştirme düzeyi bulunmaktadır (Kılavuz İkinci Bölüm md. 5). Aktivasyon düzeyi ne olursa olsun Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi halinde OYE tarafından 112 AÇM/KKM/İl SAKOM bilgilendirilir. Kamu, özel, üniversite vb. hastane yöneticileri 112 AÇM/KKM/İl SAKOM aracılığı ile İl Sağlık Müdürüne bilgi verir. İl Sağlık Müdürü bu aşamadan sonra ilgili makamları bilgilendirir.

5. OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI (AMP) AKTİVASYONU

5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

AMP'nin aktivasyonunu gerektiren olay, toplum sağlığına yönelik ciddi bir tehdit teşkil eden, hizmetleri sekteye uğratan, hastanelerin ve ambulans hizmetlerinin özel düzenlemeler yapmalarını gerektirecek sayıda ya da türde yaralanmalara sebep olan (veya sebep olma ihtimali bulunan) her türlü olaydır. Bazı durumlarda çok sayıda hastanın Acil Servis'e gelmesi ilk endikasyon olabilir. Bu durumda görevdeki personel, görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimine haber vermektedir.

Hastanede Acil Müdahale Planı'nın aktive edildiği Olay Seviyeleri, aşağıdaki gibidir:

Seviye 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

- Hastane, dış yardım almaksızın ve yedek kaynaklarını seferber etmeksizin hizmet yükünü yönetebilir,
- Hastane, 112 AÇM/KKM/İl SAKOM'u bilgilendirir.

Seviye 2 (orta çaplı etkiye sahip olay)

- Birçok sağlık tesisi ya da hastane olaya dahil olur,
- İlgili sağlık yöneticileri bilgilendirilir ve üst düzeyde izleme/değerlendirme gerçekleştirilir.

Seviye 3 (büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Bölgesel olarak aktive edilmiş tüm hastanelerin etkin iş birliği ve koordinasyonu,
- Yerel ve ulusal düzeyde tüm sağlık yöneticilerinin tamamen dahil olması.

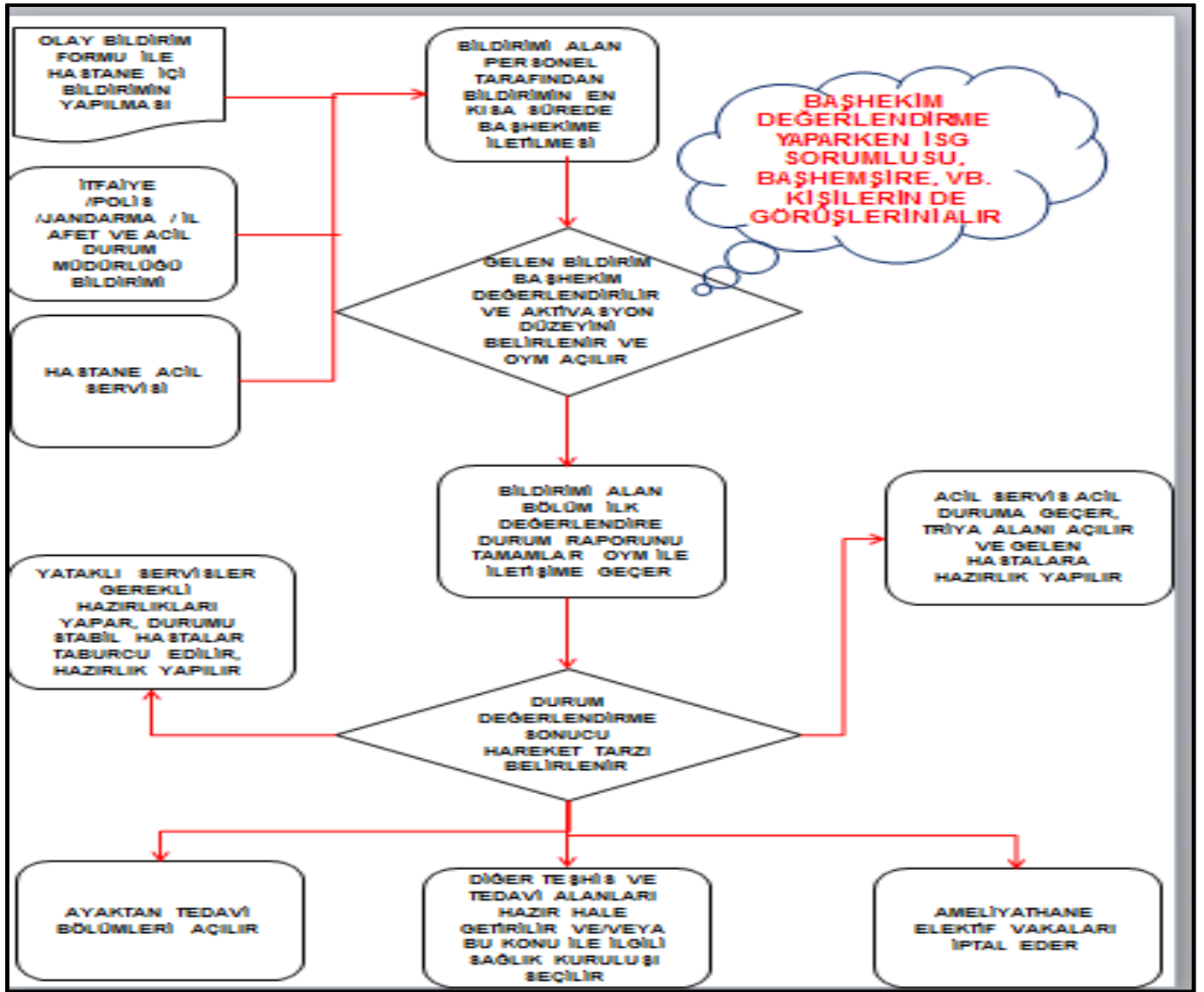
Seviye 4 (çok büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Uluslararası desteğe ihtiyacın olduğu olaylar.

Pandemi ya da büyük kitlesel yaralanmalı olaylar gibi büyük çaplı olaylarda, Sağlık Bakanlığı stratejik yönetimi ve kaynak yönetimini gerçekleştirir.

5.2. Olay Bildirim Akış Şeması

Bu bölüm, bildirimin alınması, kayıt edilmesi ve yöneticilere iletilmesi için önceden hazırlanmış prosedürleri (formlar ve kısa kontrol listeleri dahil) içermektedir. Tecrübeler, bildirim ve alarmin hastanede nasıl kabul edileceği ve işleme alınacağını kısaca özetlemenin faydalı olduğunu göstermiştir. Optimed Hastanesi' nin acil durumda hareket tarzı aşağıda verilmiştir;

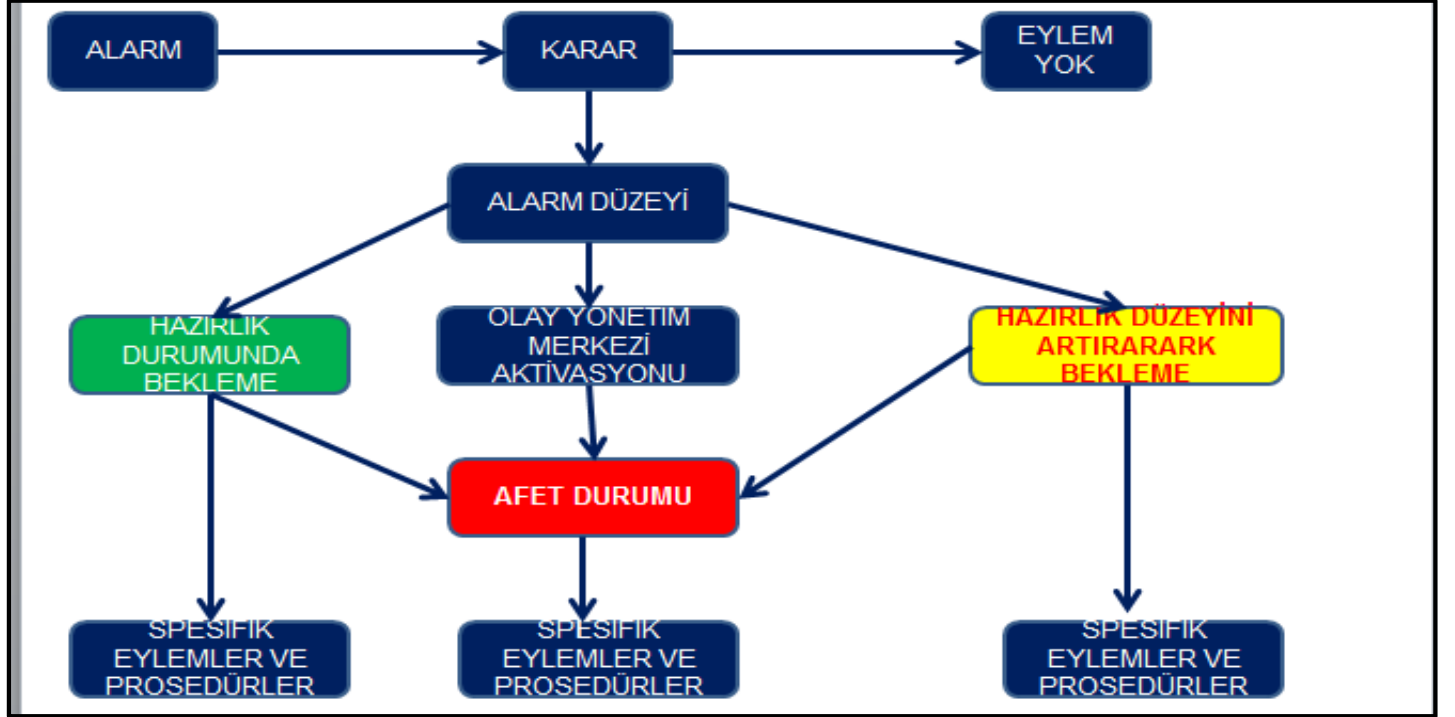


Şekil 4Olay Bildirim Akış Şeması

5.3. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri

Acil Müdahale Planı'nın tamamen aktive edilmesi çok maliyetli bir süreçtir. Bu süreçte hem hasta bakımı/tedavisi durabileceği gibi aynı zamanda gereksiz bir panik durumu da yaşanabilecektir. Bu sebepten dolayı, kısıtlı kaynakları etkili biçimde seferber ederek müdahaleye hazır olma düzeyini önemli ölçüde artırmak mümkündür. Bu nedenle, Acil Müdahale Planı'nda üç düzey tanımlanmıştır: Hazır olma/Alarm, Hazırlığı artırma, Afet durumu.

Herhangi bir zamanda doğrudan üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür. Bu durum ile ilgili işleyiş süreci aşağıda verilmiştir,



Seviye I: Hazır Olma ya da Alarm Durumu

- Acil tıbbi ihtiyaçların kapasiteyi aşabileceği durumda kullanılır.
- Olay Yönetim Merkezi aktive edilir.
- Ek personel ihtiyacına yönelik mevcut kaynaklar değerlendirilir.
- İkinci bir talimata kadar tüm personel çalışmaya devam eder.
- Durum raporları Olay Yönetim Merkezine iletilir (Form 5-13-14-16-19)11.
- Acil durum kesinleşene kadar tüm elektif vakalar askıya alınır.

Seviye I, görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi veya Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından aktive edilir. Bu her zaman Olay Yönetim Ekibi'nin seferber edilmesi anlamına gelir (Olay türüne göre kapsamlı müdahale için zaman varsa: Olay Yönetim Ekibi'nin tamamen etkinleştirilmesi yerine, sadece ilgili üyeler aktif hale getirilebilir).

Seviye II: Artırılmış Hazırlık Durumu

- Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır.
- Özel alanların açılması düşünülür:
 - Hastane afet triyaj alanı,
 - Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralılar için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
 - Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
 - Geçici morg alanı,
 - Medya ve VIP için alan,
 - Harici trafik akış sistemi¹⁴,
 - Personel bilgilendirme alanı,
 - Personel yakınlarına yönelik hazırlık,
 - Hasta eşyaları muhafaza vb. alanlar.

Bu alanlar için hastane tarafından hazırlanmış krokiler esas alınır.

Seviye III: Afet Durumu

- Acil ihtiyaçların çok kısa sürede mevcut kapasiteyi aşacağı belirgin olduğunda kullanılır.
- Tüm departman/servis/birimler, ilgili İş Akış Talimatları ve Standart Operasyon Prosedürlerini kullanır.
- Tüm Departman/Servis/Birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından taburcu edilme talimatı verildiğinde durumu uygun hastalar hızlıca taburcu edilir.
- Tüm departman/servis/birimlerde zorunlu olmayan faaliyetler durdurulur
- Tüm departman/servis/birimler yeterli miktarda personel, kritik ekipman ve sarf malzemesinin mevcut olmasını sağlar. Talepler Olay Yönetim Ekibi'ne bildirilir.
- Tüm departman/servis/birimler geri bildirimde bulunur. Seviye II ve III için sadece Olay Yönetim Ekibi tarafından karar verilebilir (kararın alınması gereken zamandaki üye sayısı ne olursa olsun)

5.4. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri ile İlgili Temel Eylemler

Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyon seviyeleri ile ilgili öncelikli eylemler aşağıda özetlenmiştir:

• Aktivasyon Seviyesi I (Hazır Olma ya da Alarm):

- Hastanenin kendi olay bildirim prosedürleri çerçevesinde ilgili sorumlularla (kolluk kuvveti, arama kurtarma ekibi, Sağlık Bakanlığı vb.) birlikte alarmin ve olay türünün değerlendirilmesi ve doğrulanması sağlanır,
 - HAP Başkanı görevi üstlenir,
- Olay Yönetim Ekibi (OYE) hazırlıklarını yaparak Olay Yönetim Merkezini (OYM) kullanıma uygun hale getirir,
 - Tüm Departman/Servis/Birimler kendi faaliyet alanlarındaki müdahaleyi organize etmek için hazırlık yapmaya başlar,
 - Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatı erişilebilir hale getirilir ve ilgili personel tarafından okunur,

- İkinci bir talimat gelene kadar ilgili tüm personel görevine devam eder,
- Herhangi bir özel ihtiyacın olup olmadığı belirlenir. Örneğin, hastaneye gelen ve henüz dekontamine olmamış hastalara dekontaminasyon işlemi uygulamak için kullanılan kimyasal koruyucu ekipman gerekiyorsa, temin edilir,
- Farklı alanlardaki mevcut kaynaklar, insan kaynakları ve lojistik malzemeler değerlendirilir,
- Personel “irtibat” listelerine erişim sağlanır,
- Acil sağlık hizmeti dışındaki uygulamalar değerlendirilir (elektif ameliyatlar, ayaktan hasta kabulü vb.),
- Açılacak özel alanları güvenli hale getirmek amacıyla hazırlık yapılır (erişim ve çıkış),
- Bölgede bulunan hastaneler ile protokol yapılmış kuruluşlar karşılıklı mutabık kalınan acil durum uygulamalarını aktive etmeleri konusunda uyarılır ve bilgilendirilir.

• **Aktivasyon Seviyesi II ve III (Aktive):**

- Olay Yönetim Ekibi (OYE) seferber edilir, tam olarak devreye girer, ilgili sağlık yetkilileri haberdar edilir,
- Durumun gerektirdiği hastane Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerini uygulamaya koymaları için tüm departman, servis ve birimler bilgilendirilir,
- Duruma uygun olan tüm İş Akış Talimatları kullanılır,
- Olay Yönetim Ekibi içinde raporları yazmak üzere kişi/kişiler görevlendirilir, tüm belgeler muhafaza edilir,
- Ameliyathaneler, Merkezi Sterilizasyon Hizmetleri ve Yoğun Bakım Ünitesi gibi kritik birimler alarma geçirilir,
- Radyoloji, patoloji ve laboratuvar gibi birimlerin acil harici çalışmaları sınırlandırılır.
- Erteleme ya da iptal edilme ihtimali olan elektif cerrahi ve ayaktan tedavi hizmetleri gözden geçirilir,
- Hasta kabul kriterleri belirlenir, hastaneye başvurması muhtemel vakaların (yanık, pediatri, KBRN, travma vb.) niteliklerine göre hazırlık yapılır,
- Hastaların ev ya da başka bir ortama taburcu edilme süreci başlatılır ve ambulans vb. ulaşım araçlarından faydalanılır,
- Tıbbi bakım standartlarını sürdürmek için niteliklerine göre personel ihtiyacı belirlenir,
- Hastanede en yoğun iş yüküne sahip birimler belirlenir, – Özel alanların açılması ile ilgili faaliyetlere başlanır:
- √ Hastane afet triyaj alanı, √ Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralılar için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
- √ Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
- √ Geçici morg alanı,
- √ Hasta eşyaları muhafaza alanı,
- √ Personel, hasta yakınları ve basın için brifing alanları gibi alanlar açılır. Ayrıca,
- √ Harici trafik akış sistemi düzenlenir,
- √ Personel yakınlarına yönelik hazırlıklar yapılır.

• **AMP Aktivasyonunun Sonlandırılması:**

- Olağan yönetim faaliyetlerine geçilir,

- Duruma uygun olarak personel normal çalışma düzenine geçer,
- Olayın hemen ardından tüm personelden bilgi alınır,
- İşleyişe dair değerlendirme toplantısı yapılır,
- Rapor Formu (Form 33) doldurulur.

5.5. AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi

Olay Yönetim Ekibi (OYE) personelin ne zaman bilgilendirileceğine karar verir. Bilgilendirme Olay Yönetim Ekibinin aktive edilmesi, olay yönetim merkezi ve afet ve acil durum müdahale planı' nın aktive edilmesi prosedürüne göre yapılır. Tüm çalışanların bilgilendirilmesi için anons yapılır.

5.6. Acil Renk Kodu Sistemi

Acil Renk Kodu Sistemi hastanenin acil olarak uzman müdahalesi gerektiren olaylarda doğru ve net bir mesajla, hızlı müdahalede bulunmasına imkan veren genel uyarı sistemidir. Amaç, renk kodu mesajıyla, olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak anlayışı sağlamaktır. Kurum içinde ve kurumlar arasında personelin acil durumlarda, hasta ve ziyaretçilerin güvenliklerinin yanı sıra kendi güvenliklerini de artırarak, uygun bir şekilde müdahale etmelerini sağlar.

Optimed Hastanesi' nde acik renk kodlar uygulanmakta olup;

- Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (KardiyopulmonerArrest)/Hayati Risk durumlarında mavi kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Mavi Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu olması halinde gri kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Gri Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Acil durum sonlandırma halinde yeşil kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Yeşil Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Tehlikeli madde sızıntısı/yayılması durumunda turuncu kod alarm verilir. Bu konu ile ilgili olarak Turuncu Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Bebek/çocuk kaçırma durumunda pembe kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Pembe Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Acil Müdahale Planının aktivasyonu durumunda Mor Kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Mor Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Yangın durumunda Kırmızı Kod Alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Kırmızı Kod / Yangına Karşı Müdahale Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Çalışana şiddet uygulanması durumunda beyaz kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Beyaz Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Hastanenin herhangi bir bölümünde tahliye/tamamen tahliye kararı verilmesi sarı kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Sarı Kod / Hastane Tahliyesi Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.

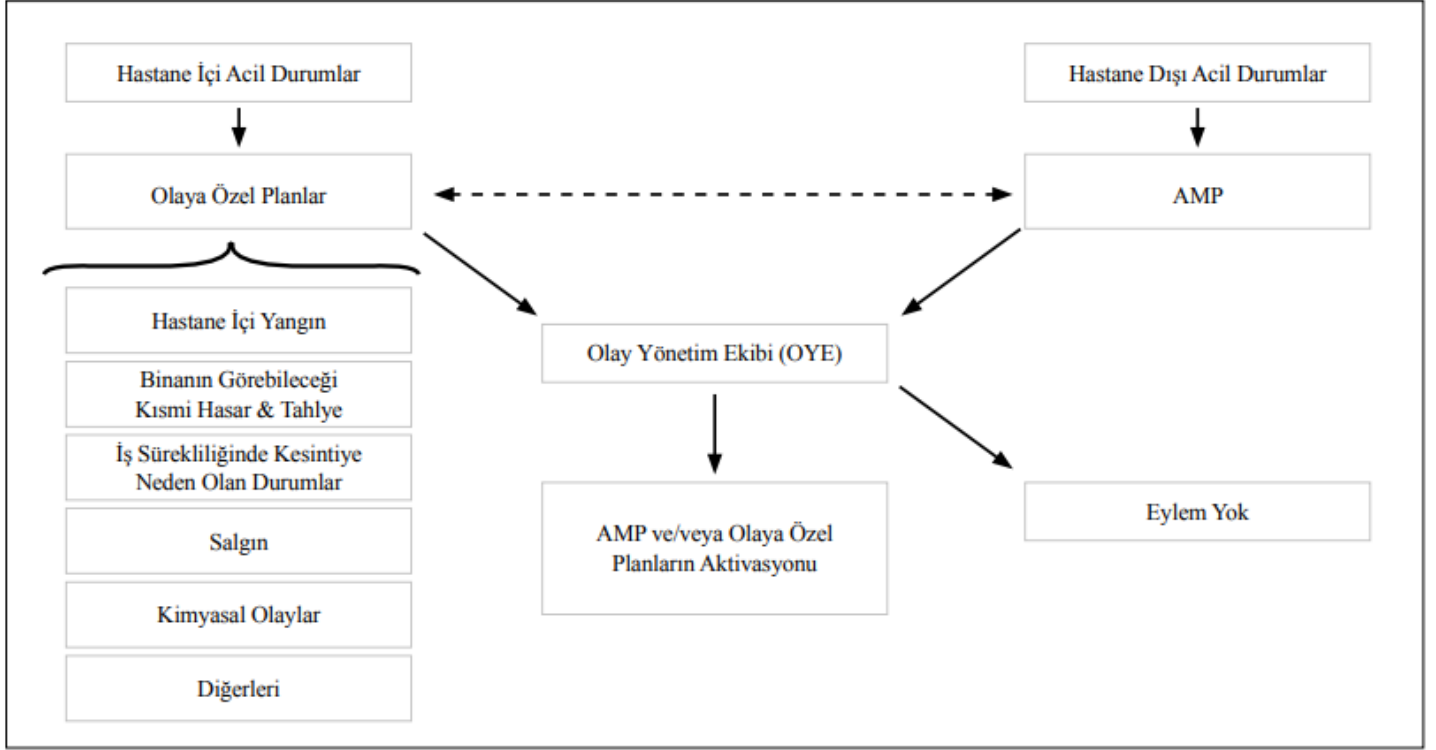
- Dış toplu yaralanmalar dolasıyla acil durum verilmesi durumunda turkuaz kod verilir. Bu konu ile ilgili olarak Turkuaz Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Hastanenin herhangi bir yerinde bomba tehdidi yaşanması durumunda siyah kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Siyah Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.

MAVİ	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/Hayati Risk
GRİ	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma
TURUNCU	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılması
PEMBE	Bebek/Çocuk Kaçırma
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
KIRMIZI	Yangın
BEYAZ	Çalışana Saldırı
SARI	Tahliye
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
SİYAH	Bomba tehdidi

5.7 Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar

Acil durum karmaşık özellik gösterebilir, birden fazla acil durumun ya da hastane içi ve dışı acil durumların bir arada ortaya çıkmasını içerebilir (örneğin, hastanede kritik sistemlerin bir kısmının etkisiz hale geldiği kitlesel yaralanma durumları vb.). Bu durumlar olaya özel, spesifik (özellikli) müdahaleler gerektirebilir.

Acil Müdahale Planı (AMP) ve Olaya Özel Planlar birbirleriyle bağlantılıdır: Afet ve acil durum yönetim yapısı aynı kalır. Olay Yönetim Ekibi (OYE) olayların tam olarak nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak bazı uzmanları sürece dahil edebilir (örneğin, kimyasal bir olayın yönetiminde konusunda uzman bir kişi görevlendirilebilir). Olay durumunda Acil Müdahale Planında Olay Bildiriminin Ele Alınması prosedürü kullanılır.



6. HASTANENİN KAPASİTESİ

Her aşamada müdahale yönetimi, hastanenin hizmet sağlama kapasitesine ve imkanlarına bağlıdır. Kapasite, nicel yönleri ifade eder (yatak sayısı, ekipmanın kullanılabilirliği vb.). İmkanlar (yetenek) ise nitel yönleri ifade eder (örneğin, bir beyin cerrahının olup olmaması, ya da karantinaya almanın gerektiği durumlarda bulaşıcı hastalığı yönetebilme imkanı vb.).

Olay Yönetim Ekibi'nin toplanmasının hemen sonrasında yapılacak ilk eylemlerden biri hastanenin tedavi kapasitesi ve imkanlarını değerlendirmek için gereken bilgileri talep etmek olacaktır:

- Çeşitli departman/servis/birimlerdeki dolu yatak sayısı,
- Kullanılabilecek boş fonksiyonel yatak sayısı,
- Mevcut personel sayısı ve bunların çeşitli Departman/Servis/Birimlerdeki özel uzmanlık alanları açısından yeterlilikleri (örneğin, yoğun bakım, ameliyathane, eczane, laboratuvar vb.),
- Destek alanlarının mevcut kapasitesi ve yeterliliği (kan bankası, eczane: ilaç ve ekipman, idari destek hizmetleri, temizlik hizmetleri, güvenlik personeli vb.),
- Devam eden süreçte hastanenin kapasite ve imkanlarının (tıbbi kapasite) ne kadar artırabileceğinin ve bunların nasıl geliştirebileceğinin tahmin edilmesi,
- Ayaktan Tedavi Bölümünün, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle verilecek yeni görevlerine uygun olarak değerlendirilmesi.

Tedavi Kapasitesinin ve Yeteneğinin İlk Değerlendirilmesi Standart Operasyon Prosedüründe hastanenin hangi bölümünün kapasitesinin ne kadar ve nasıl artırılacağı belirlenmiştir.

6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır:

6.1.1. Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği

- Kullanılabilir yatakların sayımı Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her Departman/Servis/Birim, ilgili formu (Form 14) kullanarak Olay Yönetim Ekibi'ne mümkün olan en kısa sürede geri bildirimde bulunur; Olay Yönetim Ekibi, saatte bir güncellenen kayda dayanarak bilgileri kaydeder.
- Olay Yönetim Ekibi, (hastaları taburcu veya transfer ederek) geçici olarak boşaltılması gereken yatakların sayısına karar verir.
- Olay Yönetim Ekibi, ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir. Yataklar, her zaman "fonksiyonel"17 olmalıdır.
- Kabul edilen hastalar söz konusu prosedürlere (SOP 6) uygun olarak, Departman/Servis/Birimlerin kapasite ve imkanlarına göre, başka bir sağlık tesisine transferine Olay Yönetim Ekibi karar verecektir; bu faaliyeti Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu (Lojistik Bölümü) yürütür.

6.1.2. Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

Temel hizmetlerin devamını sağlamak üzere Optimed Sağlık grubunun diğer şubelerinden destek alınır. Diğer şubelerden destek alınamaması durumunda ilaç, tıbbi sarf ve diğer malzemeler için tedarikçi firmalar ile protokoller imzalanmıştır. Protokoller ektedir.

6.1.3. Personelin Geri Çağırılması

- Olay Yönetim Ekibi, hangi personelin geri çağırılacağına karar verecektir (nitelik ve sayı bakımından). Planlama Bölümü, gerekli personelin çağırılmasından sorumludur. Bununla birlikte, Olay Yönetim Ekibi, bu görevi departmanlara veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini Planlama Şefi yönetir.
- Göreve gelen tüm personel bilgilendirilir, yaka kartları verilir ve Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatıyla yönlendirilir.

6.1.4. Gönüllü Yönetimi

Gönüllü yönetimi Olay Yönetim Ekibi'nce yapılır. Hastane bazı durumlarda, gönüllülerden yardım isteyebilir. Gönüllüler yalnızca Olay Yönetim Ekibi tarafından bu tür bir yardıma ihtiyaç duyulması halinde kabul edilecektir.

İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından hazırlanan "Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Afet ve Acil Durumlara İlişkin Hizmet Standartları ve Akreditasyon Esaslarının Belirlenmesi Hakkında Yönetmelik" 29 Temmuz 2020 tarih ve 31200 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Yönetmelik kapsamında akreditasyon çalışmaları yürütülecek olup Bakanlık tarafından yapılan açıklamalar doğrultusunda hareket edilmektedir.

6.1.5. Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği

Sağlık tesislerinin yerelde diğer sağlık tesisleriyle iş birliği yapması, hastane kapasitesi için önemli bir unsurdur. Olay Yönetim Ekibi, faaliyete geçirilmesi gereken iş birliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verir.

6.2. Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları

İhtiyaca göre, yeni ve özel alanların açılması, hastane kabul ve tedavi kapasitelerinin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Bu alanlar prosedürlere uygun olarak açılır. Bu alanlara, örnek olarak; hastane afet triyaj alanı, taburcu edilen hastalar için taburculuk alanı, ayaktan tedavi bölümü, aile ve medya bilgilendirme alanı, geçici morg vb. sayılabilir.

Mevcut olan kapasitemiz ile acil durum ve afetlerde arttırılabilecek kapasitemiz aşağıdaki gibidir.

7. HASTANE AFET TRİYAJ ALANI

Trijaj tıbbi müdahalenin ilk ve en önemli basamağı olup yaralının ulaştığı her tıbbi basamakta yeniden yapılan, sürekli ve dinamik bir uygulamadır. Triyajın kelime anlamı, sıraya sokmak, ayıklamaktır. Bir afet ve acil durumda ise “yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırılması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi” şeklinde tanımlamak mümkündür. Bu durumda amaç, var olan tüm olanakları ulaşılan her yaralıya, en ağır yaralıya ya da ilk ulaşılan yaralıya sunmak yerine, eldeki olanakların tümünü en çok yaşamı kurtarabilmek ve sekeli önleyebilmek için tıbbi gereklere göre yönlendirmek ve paylaşmaktır. Bu yaklaşım, mümkün olan en çok sayıda hastaya yardımcı olmak anlamına gelir. Triyaj, acil durum ya da afet halinde belli ilkeler içinde yapılmalı ve bu ilkeler önceden belirlenmiş olmalıdır. Triyaj uygulaması afet ve acil durumun etki derecesine, yaralı sayısına, mevcut tıbbi yapıya, kurtarma, transport ve cerrahi olanaklara göre farklılık gösterebilecektir.

7.1. Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu

Kitlesel yaralanma olayı sınırlıysa (toplam yaralı veya hasta sayısı'dan azsa) ve başka bir yaralanma ihtimali yoksa, Acil Servis olağan işleyişine devam eder. Olağan acil vakalar (hastaneye özel araçla veya ambulansla götürülen, afet mağduru olmayan hastalar), hastane afet triyaj alanı açılana kadar her zamanki gibi doğrudan Acil Servis'e gidecektir. Triyaj alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar bu triyaj alanına yönlendirilecektir.

- Hastane Afet Triyaj Alanına gelen tüm hastalar triyaj yapılarak HAP'ta belirlenen yeşil (Ayaktan Tedavi Bölümü-ATB), sarı (Acil Servis ayaktan hasta girişi ve/veya HAP'ta belirlenen alan), kırmızı (Acil Servis ambulans girişi ve/veya HAP'ta belirlenen alan), siyah (morg ve/veya HAP'ta belirlenen alan) alanlara yönlendirilir.

- Bulaşıcı hastalık şüphesi olan veya kontamine olan hastaların bulunduğu epidemik ve kimyasal olayların görüldüğü özel durumlar, genel çerçevedeki Acil Müdahale Planı'nın yanı sıra hazırlanacak Olaya Özel

Planlar'da açıklanacaktır. Bu durumların dışında, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, hastane afet triyaj alanının ve ilgili alanların açılacağı anlamına gelmektedir.

- Yaralı sayısı hastane kapasitesinin üzerinde ise kargaşayı önlemek adına, hastaneye yakın güvenli bölgede uygun alanda ilk değerlendirme ve ilk müdahalenin yapılabileceği hastane afet triyaj alanı oluşturulması istenebilir.
- Hastane afet triyaj alanı açılması ve uygulanması, hastaların taşındığı araçların (ambulans) varış konumları ve diğer hususlar ile ilgili prosedürler (SOP 5, SOP 15) belirtilmiştir.
- Alanın çevre güvenliği ile ilgili hususlar hastane tarafından belirlenerek yazılı talimat haline getirilecektir. Bu alanın güvenliğini sağlamak için alınan tedbirler, hastanenin genel güvenlik yönetimine entegre edilir.
- Minör yaralanma veya minör sağlık sorunları olan, yürüyebilen hastalara özel düzenlenecek Ayaktan Tedavi Bölümü (ATB) ile ilgili konum, alan belirleme ve işaretleme, donanım gibi temel hususlarda ilgili prosedürlere uygun davranılır.
- Bu alanda görev alacak kişiler için görev pozisyonuna uygun görev yeleği kullanmaktadır. Görev yelekleri kimin hangi işten sorumlu olduğunun ayırt edilmesi için gereklidir.

Hastane Afet Triyaj Alanı Konumu ,Organizasyonu ve Faaliyetler ile ilgili daha geniş bilgi Hastane Afet Triyaj Alanı SOP ve Tıbbi Triyaj Alanı SOP' da bulunmaktadır.

7.2. Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler

- **Gelen Hastalar:** Hastaneye gelen tüm hastalar için triyaj uygulanmalıdır. Hastaya iliştirilen ve hastane öncesi aşamada kullanılmış olan kayıtlar ve etiketler çıkartılmamalıdır. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karardır. Hastaya ilişkin son değerlendirmenin ve son kararın ardından hasta kategorisi değişmiş olabilir. Hastane afet triyaj alanında veya Acil Servis biriminde kullanılan tüm dokümanlar, önceden hastaya iliştirilmiş olan dokümanlara eklenmelidir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı için Form 8-9-10-12-21 kullanılır.
- **Alandaki Personel:** Hastane afet triyaj alanına triyaj eğitimi almış sağlık personeli görevlendirilir. Triyaj Ekibi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Triyaj Ölçeğine uygun olarak, Hastane Afet Triyaj Alanına veya Acil Servis birimine gelen her yaralının ilk değerlendirmesinden ve triyaj kodunun belirlenmesinden sorumludur. Tıbbi triyaj yönetimi ile ilgili prosedürler (SOP 5) belirlenmiştir. Yaralıların triyaj alanından Acil Servis birimine ve/veya diğer Departman/Servis/Birimlere naklinin yönetimine yardımcı olmak ve gerekli olduğu takdirde Acil Servis personelini desteklemek üzere personel görevlendirilir.
- **Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi:** Tıbbi bakım düzeyi yalnızca, derhal uygulanması gereken hayat kurtarıcı prosedürlerin yanı sıra, ileri düzey bakım alması gereken veya başka bir alana sevk edilmesi gereken hastaların önceliğine karar vermekle sınırlıdır. Diğer tüm prosedürler, Acil Servis biriminde veya hasta kabul eden servislerde veya sevk olunan Ayaktan Tedavi Bölümü'nde gerçekleştirilecektir.

- **Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel:** Triyaj alanında çalışan sağlık personeli Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından görevlendirilir. Bu kişiler, Hastane Afet Triyaj Alanının işleyişi için, ilgili iş akış talimatları doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler.
- **Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması:** Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, Acil Servis'te ve Hastane Afet Triyaj Alanında ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılmalıdır²³ (Örnek olarak Form 8-9-10, ilgili diğer formlar). Hastane Afet Triyaj Alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, kayıtları ve formları (özellikle özel hasta çizelgeleri) kullanılarak kayıt altına alınmalıdır. Bilgilerin Olay Yönetim Ekibi'ne raporlanması ve paylaşılması, Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından prosedüre (SOP 5) uygun olarak ve ilgili formlar (Form 2-10-11-12-29) kullanılarak yapılır.
- **Ekipman, Yelekler ve Lojistik:** Triyaj alanında çalışan personel ilgili İş Akış Talimatında belirtilen görev yeleklerini kullanır. Triyaj faaliyetlerini yürütmek için gerekli ekipman ve sarf malzemeleri, hastane tarafından oluşturulan listeye göre sağlanır (görev yeleği, triyaj kartı, branda, emniyet şeridi, işaretleme kazıkları vb.). Bu ekipman, gecikme yaşanmaksızın triyaj alanına getirilebilecek olan seyyar malzeme arabası, konteyner, depo vb. yerlerde muhafaza edilir.

7.3. Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

Hastane triyaj sistemi, ulusal algoritma kullanılarak aşağıda yer alan kriterleri temel alır:

- Acil bakım ihtiyacı (tıbbi veya cerrahi),
- Zamanında yeterli bakım sağlandığı takdirde hayatta kalma şansı,
- Zamanın ve kaynakların tüketimine karşı hayatta kalma şansı,
- Fonksiyonel prognoz,
- Özel bakımın elverişliliği,
- Acil tedavi uygulanması gereken hasta sayısı ve en iyi prognoza sahip hastaların seçimi. Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):
- Kategori I (Yeşil: Acil değil),
- Kategori II (Sarı: Geciktirilebilir) ilave acil tıbbi bakım,
- Kategori III (Kırmızı: Acil hastalar) cerrahi veya acil tıbbi bakım,
- Kategori IV (Siyah: Ölü).

ÖNCELİK	RENK	SİMGE	TANIM	DURUM
Birinci	Yeşil		Hafif yaralı	Tedavi saatlerce/günlerce bekletilebilir. Hasta ayakta veya sedye üzerinde yatarak izlenir.
İkinci	Sarı		Gecikebilir yaralı	Birkaç saat içinde verilen tedavilerle kurtarılabilir.
Üçüncü	Kırmızı		Kritik yaralı	Birkaç dakika içerisinde verilen basit müdahalelerle kurtarılabilir.
Dördüncü	Siyah		Ölü/ölmekte olan yaralı	Ölü/yaşama şansı çok düşük olan hastalar

7.4. Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi

- Hastalar hastane Afet Triyaj Alanından Acil Servis'e, servislere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitelerine ya da ayaktan tedavi gerekenler doğrudan Ayaktan Tedavi Bölümü'ne (ATB) gönderilir. Triyaj Alanından Acil Servis birimine ve diğer Departman/Servis/ Birimlere doğru trafik akışı, ilgili prosedür (SOP 4) ve İş Akış Talimatına uygun olarak yapılır. Hastaların nakli, ilgili form ve kayıtlar kullanılarak kayıt altına alınır.
- Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından triyaj alanında çalışan idari görevliye (hastane müdür yardımcısı, supervisor, nöbetçi memur vb.) talimat verilmediği sürece, hastalar hastane içerisindeki diğer bölümlere nakledilemez. Durum uygun olduğu takdirde, cerrahi müdahale gerektiren hastalar doğrudan ameliyathaneye nakledilebilir.
- İhtiyaç halinde idari görevli tarafından uygun personel sedye personeli olarak görevlendirilir. Hastalar, idari görevli tarafından (SOP 5) verilen talimatla sedye personeli tarafından taşınır. Daha sonraki işlemler ve Olay Yönetim Ekibi'ne yapılacak raporlama için, sedye personeli tarafından idari görevliye geri bildirim yapılır.

8. ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI

8.1. Hastanenin Acil Servis Birimi

8.1.1. Kontamine Hastalar

- Acil Servis birimine girmeden önce, kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalara dekontaminasyon işlemi uygulanması gerekir. Dekontaminasyon işlemi, olay yerinde, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanın Acil Servise kabulü yapılmadan önce Olaya Özel Plan dikkate alınarak, dekontaminasyon süreci kayıt altına alınır.

- Hastane öncesi süreçte gerçekleştirilen dekontaminasyon işlemine ilişkin güvenilir kayıt olmaması durumunda, hastaların hala kontamine olduğu varsayılmalıdır ve Acil Servis'e kabulden önce hastane tarafından olaya özel plan dikkate alınarak resmi bir dekontaminasyon prosedürü başlatılmalıdır.

8.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (Özellikle İnsandan İnsana Bulaşma Yoluyla Epidemiye Dönüşme İhtimali Olan)

Epidemiye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemi (veya pandemi) durumunda, hastaneler tarafından hazırlanması gereken Bulaşıcı Hastalıklara ilişkin Olaya Özel Plan'da açıklanan ilgili özel prosedürlere uyulmalıdır:

- İlgili SOP,
- Triyaj sistemi gerekleri,
- Personele yönelik koruyucu önlemler,
- Hastalara yönelik koruyucu önlemler,
- Ekipmana yönelik koruyucu önlemler,
- Uluslararası Sağlık Tüzüğü ilgili maddeleri Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan bulaşıcı hastalıklara yönelik dokümanlar (Ulusal Pandemi Planı, SARS, MERS-CoV, KKKA, H5N1, COVID-19 vb.) dikkate alınmakta, kullanılmaktadır.

8.1.3. Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi

Acil Servis birimine ek personel görevlendirme kararı Olay Yönetim Ekibi tarafından alınır. Konu Olay Yönetim Ekibi üyesiyle görüşülmeden önce aniden hasta akını olması durumunda, Acil Servis Birim Sorumlusu mevcut personelin görevlendirilmesine karar verir ve aynı zamanda ek personel ihtiyacını değerlendirip Olay Yönetim Ekibi'nden talepte bulunur. Acil Servis hizmetlerinin kesintisiz olarak sunulması ve devam etmesi zorunlu olduğundan, bu birimde görev alan personel afet ve acil durum süresince diğer birimlere görevlendirilmemelidir. Acil Servis Birim Sorumlusu ilgili İş Akış Talimatları uyarınca personelin nerelere görevlendirileceğine karar verir.

8.1.4. Acil Serviste Temel İşlevler

Hastanenin HAP Hazırlama Komisyonu, Acil Servis'te İş Akış Talimatları gerektiren kilit fonksiyonların neler olduğuna karar verecektir. Her bir işlev, ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde, mümkün olan en kısa sürede sağlanmalıdır:

• Acil Servis Birim Sorumlusu

- Acil Tıp Uzmanı var ise tercih edilmelidir,
- Acil Servis'e kabul edilen tüm yaralılar için klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır,
- Acil Servis Birim Sorumlusu bulunmaması durumunda, gelene kadar kıdemli Acil Servis hekimi bu görevi üstlenecektir,

– Hasta/yaralının durumu acil resüsitatif müdahale gerektirmediği sürece, Acil Servis Birim Sorumlusu herhangi bir hasta/yaralı yönetimini üstlenmeyecektir.

• **Cerrahi Uzmanı**

– Olay Yönetim Ekibi tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak Acil Servis Birim Sorumlusu koordinasyonunda çalışacaktır;

hasta değerlendirmesi yapmak ve cerrahi servislere (jinekoloji, beyin cerrahisi vb.) sevk için derhal karar vermek üzere mümkün olduğunca Acil Servis'te kalacaktır,

– Hasta/yaralı için acil resüsitatif prosedür veya operasyon gerekmediği ve ortamda başka bir cerrah bulunduğu sürece, Cerrahi Kıdemli hekimi herhangi bir yaralı yönetimini üstlenmeyecektir.

• **Anestezi Uzmanı**

Acil Servis Birim Sorumlusunun koordinasyonunda çalışacaktır; acil hava yolu müdahalesi, resüsitasyon, sevk işlemleri ve preoperatif değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Serviste kalacaktır.

• **Ortopedi Uzmanı**

Acil Servis Birim Sorumlusunun koordinasyonunda çalışacaktır ve acil sevk işlemleri ve değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Servis'te kalacaktır.

• **Acil Servis Hekimi/Acil Servis Asistanı**

Acil Servis Birim Sorumlusunun idaresi altında çalışır. İlgili mevzuata göre hasta/yaralıların değerlendirilmesi ve yönetiminde görev alır.

• **Acil Servis Sorumlu Hemşiresi**

– Acil Servis Birim Sorumlusuna bağlı olarak çalışacak ve idari işleri organize etmek, idari personelin, güvenlik personelinin ve teknik personelin çalışmalarını koordine etmek üzere Acil Servis biriminde kalacaktır,

– Hasta/yaralıların kimliklerini tespit etmeye yardımcı olacak, hasta/yaralı takibi yapacak ve sevk işlemleriyle ilgili kayıtların ve formların kullanılmasını sağlayacaktır.

8.2. Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

• Herhangi bir nakil aracıyla hastaneye getirilen hasta/yaralılar, ilk karşılama için aşağıdaki alanlardan birine yönlendirilir (Hastane Afet Triyaj Alanı, Acil Servis, diğer).

• Yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralılar Ayaktan Tedavi Bölümü'ne yönlendirilir.

• Ambulansların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana girmesi, yalnızca prosedürlere (SOP 4) uygun olarak ve ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde Güvenlik Sorumlusundan izin alınarak mümkündür.

• Hastaları diğer sağlık tesislerine sevk için gelen ambulanslar (ciddi vakaları kabul edebilmek için tıbbi kapasiteyi artırmak amacıyla hastaların tahliye, taburcu ya da sevki durumunda), taburcu edilen hastaların araçlara bindirildiği alana yönlendirilir. Böylelikle hastaneye gelen hasta/yaralıları taşıyan araçlarla, hastaneden çıkan hastaları taşıyan araçların trafik akışı rahatlar.

8.3. Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)

Hastanemizde acil durum ve afetlerde mevcut kapasitesine göre depomuzda ve eczanemizde en az 72 saat süre ile yetecek kadar ilaç ve tıbbi sarf bulunmaktadır. İlaç ve sarf malzemenin devamlılığını sağlamak üzere protokoller imzalanmıştır. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinde bulunan Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Prosedürü ile uygulanır.

8.4. Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

Hastaneye gelen hastalar arasında, giysileri çıkarılması gerekenler veya kendi başlarına kişisel eşyalarına göz kulak olamayacak durumda olanlarla şu şekilde ilgilenilmelidir:

Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketleneceği, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgilendirilir.

Kişisel eşyalar için önceden belirlenen Hasta Eşyası Teslim Formu kullanılır.

Bu amaçla ayrılan uygun bir alan hazırlanır ve bu alanda bir hırsızlık/suistimal olmaması için kapısı kitli tutulur ve bir personel görevlendirilir. Bilinci kapalı hastaların kişisel eşyaları düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve bu odada saklanır.

Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alıncaya kadar özel odada saklanır.

8.5. Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları

Hastane Afet Triyaj Alanında ve Acil Servis biriminde çalışan personel yaka kartlarını takacak, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında yer alan pozisyon sorumluları görev yeleklerini de giyecektir. 28 tane görev yeleği ve 28 adet kimlik kartı bulunmaktadır. Görev yelekleri ve kimlik kartları hastanemizin Olay yönetim merkezinde (-1. Kat Eğitim Salonu) bulunmaktadır.

9. ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ

9.1. Genel İlke ve Esaslar

Acil durum sırasında doğru ve zamanında bilgi yönetimi son derece önemlidir. Bilgi yönetimi farklı düzeylerde bilgilendirme, hasta takibi, kritik malzeme ihtiyacına yönelik tahmin, sunulan hizmetlere yönelik izleme ve değerlendirme gibi çok çeşitli konu ve faaliyetleri kapsar. Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde, tüm personel aşağıdaki ilkelere uymalıdır:

- Departman/Servis/Birim sorumluları, olağan zamanda birlikte çalıştıkları personelin güncel iletişim bilgilerinin (ad-soyadı, ev ve cep telefon numarası ve yaşadığı adres gibi bilgiler) yer aldığı listeler hazır bulundurulmalıdır (bu listeler çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personeli de kapsamalıdır). Bu listeler, talep edilmesi durumunda veya personeli geri çağırma prosedürleri için derhal Olay Yönetim Ekibi'ne (OYE) teslim edilmelidir.
- OYE ve birimler gelen-giden bilgileri kaydetmek için gerektiğinde arama kayıtları tutabilir (Form 29).

- Haberleşme araçları, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılamaz.
- Rutin bulaşıcı hastalık raporlama sisteminde Olay Yönetim Ekibi tarafından değişiklik yapılabilir. Ancak her durumda Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne tam uygunluk sağlanmalıdır.

9.1.1. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

- HAP Başkanı ve bütün yöneticiler, olay müdahalesi boyunca kayıt tutmalıdır. Bu kayıtlar OYE tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır.

Kayıtlar ve formlar temel olarak şu işlevi yerine getirir:

- Devam eden konuların/sorunların takibini yapmak,
- Tüm ana eylemlerin, taleplerin ve kararların kaydını tutmak,
- Devam eden ve karşılaşılmış olan iletişim sorunlarını özetlemek,
- Olay sonrası izleme değerlendirmede kullanılabilen (yasal inceleme/ölüm vakalarının soruşturulması vb.), olaya müdahaleye ilişkin yasal kayıt tutmak.
- Bir olaya yönelik müdahale sırasındaki tüm eylem, talep ve karar kayıtlarının sorumlu kişi ve ekipler tarafından tutulması ve korunması yasal bir yükümlülüktür. Bu kişiler:
 - Belirlenen idari görevliler,
 - İdari sorumlu,
 - Güvenlik sorumlusu,
 - Hastane müdürü,
 - Acil servis sorumlusu/Departman/Servis/Birim idari sorumluları,
 - Santral görevlisi vd. olabilir.

9.1.2. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Hastane içinde ya da dışında olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmemeli, erken izole edilmelidir. Olay yerindeki konumuyla kanıt arasındaki bağlantı korunmalıdır. Bu durum, şöyle özetlenebilir: “torbala, etiketle, mühürle ve güvenli hale getir”. Olayın yaşandığı alanda güvenlik görevlisi tarafından emniyete alınır. Kanıtların emniyeti için Güvenlik Yönetimi Prosedürü'ne göre hareket edilir.

9.2. Hasta Kaydı ve Takibi

Tıbbi bakım, müdahale ve tedavi sunulan her hasta/yaralı ile hastanede ölen ya da hastaneye ulaştırılan ölümlerin kayıtlarının yönetimi aşağıdaki prosedürlere göre ilgili formlara kaydedilmektedir.

Acil Servis Yönetimi Ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli Prosedürü

Departman/Birim Servis Prosedürünün Aktivasyonu

Yetişkin Yoğun Bakım İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü

Yataklı Servis İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü

Yenidoğan Yoğun Bakım İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü

Ameliyathane İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü.

Ölü Ve Kayıpların Yönetimi-Geçici Morg Prosedürü

Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

9.3. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

Birim sorumlusu tarafından yetki verilmediği sürece, personelin hasta yakınlarına bilgi vermesi yasaktır (hastanede yatan hastaları ziyarete gelen hasta yakınları için genel kural geçerlidir).

Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi Prosedürü kapsamında faaliyet gösterir

9.4. Medyayı ve Toplumu Bilgilendirme

- Personel, görevlendirilmediği sürece medyaya herhangi bir bilgi veremez (veya röportaj yapmayı kabul edemez).
- Olay Yönetim Ekibi gerekli izinleri aldıktan sonra medyaya bilgi verebilir.
- Olay Yönetim Ekibi basına bilgi verme konusunda resmi sözcüler görevlendirebilir.
- Medya çalışanları, yetkilendirilmedikleri sürece, hastaneye serbestçe giremez ve herhangi bir yeri ziyaret edemezler; hastane Halkla İlişkiler Sorumlusu, HAP Başkanı ziyaret izni verdiği takdirde medya çalışanlarına eşlik etmeli ve medya çalışanları görev yeleği giymelidir.
- Toplumu bilgilendirmek gereken durumlarda hastane web sayfası, hastane dışı / içi pano, afiş ve benzer yöntemler kullanılarak toplumla paylaşılacak istenilen bilgiler topluma sunulur. Söz konusu bilgilerin medya aracılığı ile iletilmesi durumunda yukardaki medya bilgilendirmesi ile ilgili maddeler uygulanmalıdır

9.5. Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

Olay Yönetim Ekibi, gerekli verileri toplaması ve işlemesi için bir ekip veya bir kişi görevlendirir.

İnsanlarda hastalık şüphesi olması durumunda kişi çalıştırılmaz derhal en yakın sağlık kuruluşuna gönderimi sağlanır.

Hastaların temas ettiği ve hastaya ait her çeşit eşyanın dışarı çıkartılmadan imhası/dezenfeksiyonu sağlanır.

Hasta kişi çalışan ise tedavisinin bitmesi beklenir. Tedavi sonrası işyeri hekiminin muayenesinin ardından çalışabilir raporu alınmadan işe başlatılmaz.

İşyerinde hasta ile temasta bulunan kişilerin sağlık kontrolleri sağlanır.

İşyerinde dezenfeksiyon işlemi tüm birimlerde uygulanır.

9.6 Durum Raporları

- Raporlama yükümlülüğü olan herkesin, durum raporlarını düzenli hazırlaması gerekir. Bu raporlar, yönetim zincirinde yer alan bir sonraki kontrol düzeyi, harici katılımcı kurumlar ve ilgili paydaşlar bakımından özellikle önemlidir. Sağlık Bakanlığı, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.
- Olay Yönetim Ekibi, çeşitli birimlerden gerekli bilgileri sağlayacak, raporlama sıklığı ve rapor verilecek kişileri, kullanılması gereken form ve kayıtları, toplanması gereken verileri ve bu verilerin kim tarafından toplanacağını, işleme mekanizmalarını belirleyecektir.

- Durum raporu başlıca şu başlıkları içermelidir:
 - Olayın tarifi (özet),
 - Kaynak talebi ve kaynakların kullanılabilirliği,
 - Hazırlık tarihi/zamanı,
 - Oluşan veya beklenen riskler,
 - Mevcut sorunlar ve olay eylem planları,
 - Yatakların kullanılabilirliği, personel tedarik durumu,
 - İletişim bilgileri,
 - Raporlama yapan kişinin imzası ve adı-soyadı.

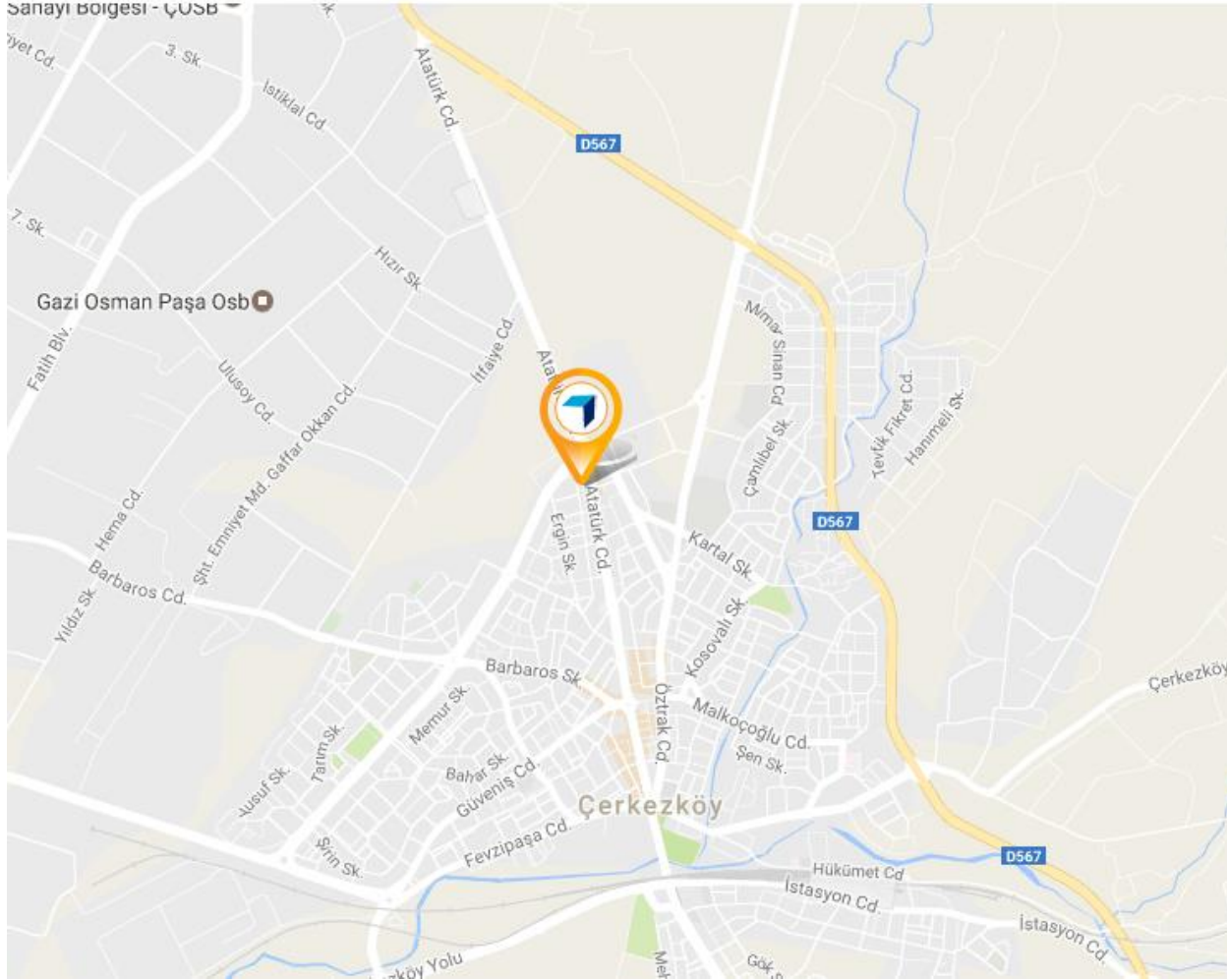
9.7 Personel Brifingi

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, HAP Başkanı hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı durumlar vb. ilgili yeterli bilgi verir. Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine görevlendirilmişler ise) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verir. Bu çerçevede Hap Psikososyal Destek Hizmetler Prosedürü kullanılır.

10. GÜVENLİK VE EMNİYET

10.1. Hastaneye Ulaşım

Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle beraber, hastane alanı güvenli hale getirilir ve erişim yalnızca yetkili personelle ve araçlarla sınırlandırılır.



Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle beraber, hastane alanı güvenli hale getirilir ve erişim yalnızca yetkili personel ve araçlarla sınırlandırılır. Gerekli prosedürlerin uygulanması için "güvenlik"ten sorumlu personele Olay Yönetim Ekibi tarafından talimat verilir.

- Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personel, hastane içinde servislerine erişmek için belirtilen yolları takip etmelidir. Bu personel görevli personel formuna (Form 17) kayıt edilir.
- Trafik akışını rahatlatmak üzere, hastanede çalışan personelin arabalarını çekmeleri talep edilebilir, personel, arabalarını yasak alana park etmemelidir.
- Personel, yaka kartlarını her zaman yanında taşımalıdır.
- Asansör erişimi, öncelikli olarak hastaların ulaşımı için kullanılmalıdır.

- Medya çalışanları, güvenlik görevlileri tarafından Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan basın-medya alanına yönlendirilir.
- Hasta yakınları ve aile fertleri, güvenlik görevlileri tarafından Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan hasta yakınları ve aile alanına yönlendirilir.
- Ayaktan tedavi faaliyetlerinin bir bölümü geçici bir süreliğine askıya alınabileceği için, Ayaktan Tedavi Bölümü'ne gelen hastaların tümü, bölümlerin kullanılabilirliği hakkında bilgi alabilecekleri karşılama/ yönlendirme personeli tarafından yönlendirilir. Yaralı sayısının çok olduğu durumlarda, Ayaktan Tedavi Bölümü hafif yaralı kişilere bakım sunmak için kullanılabileceğinden rutin hizmetleri sunamayabilir. Olay Yönetim Ekibi kararı ile Ayaktan Tedavi Bölümü personelinin işbölümü de yeniden yapılabilir.
- Afet bölgesinden kendi imkanlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan hastane afet triyaj alanına yönlendirilecektir.

10.2. Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

- Trafik akışı, prosedüre (SOP 15) uygun olarak güvenlik personeli tarafından organize edilir. Yalnızca hasta veya önemli malzeme taşıyan araçlar, hastanenin sınırlandırılmış alanına girmek üzere kabul edilecektir. Hasta getiren ambulanslar, güvenlik personeli tarafından uygun şekilde işaretlenmiş hasta kabul alanlarına yönlendirilecektir.
- Tahliye, taburcu veya sevk için hastaları almaya gelen aile fertleri ve/veya araçlar, Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan taburcu hastaları araçlara bindirmek için ayrılmış özel alana yönlendirilecektir.
- Hastaneye erişim yolunun daima açık olmasını sağlamak üzere, gerekli görüldüğü durumlarda Olay Yönetim Ekibi kolluk gücünden yardım talep edecektir.

10.3. Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı

Önemli ekipmanın bakımı, onarımı ile ilgili temel sorunların bu bölümde de ele alınması önerilir:

- Ekipman ve malzemelerin bakımından sorumlu personelle, önceden belirlenen acil haberleşme yoluyla irtibat kurulabilir. Söz konusu personel, hizmet sunumunda kesinti yaşanmaması için hangi prosedürlerin hangi sırayla uygulanacağına dair Olay Yönetim Ekibi'nden talimat alır. Ekipman ve malzemedan sorumlu personel, ilgili prosedür ve İş Akış Talimatı'na göre çalışır, ilgili form ve kayıtları kullanarak rapor verir.
- Yeniden tedarik veya onarım gibi konularda hastane dışı yardım gerekli olduğunda, etkinliğin ve güvenliğin her durumda sağlanması için güvenlik personeli, bakım personeliyle iş birliği yapar ve Olay Yönetim Ekibi'ni bilgilendirir.

11. LOJİSTİK VE MALZEMELER

11.1. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)

- Lojistik yönetimi, malzemeleri ve hizmetleri içerir. Olay Yönetim Ekibi, lojistik ile ilgili talep ve bilgileri bir merkezde toplar.
- Acil Müdahalede lojistik yönetimi için Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Prosedürü kullanılır.
- İlk değerlendirme mümkün olan en kısa süre içerisinde yapılır. Bu değerlendirme kilit öğelerin ve temel kaynakların mevcudiyetine ilişkin olmalıdır. Bu nedenle, her Departman/Servis/Birim sorumlusu, takviye veya yeniden tedarik için zamanında talepte bulunmalıdır.
- Tıbbi malzeme, ekipman, ilaç vb. talepler için, ilgili rutin talep formlarının kullanılmadığı durumlarda afet ve acil durumlar için geliştirilen formlar kullanılmalıdır.
- İlgili kayıtlar ve formlar sürekli güncel tutulmalıdır.
- Bilgi paylaşımı son derece önemlidir. Bu nedenle raporlamada ilgili SOP ve İş Akış Talimatlarına mutlaka uyulmalıdır.
- Azami sayıda hastanın tıbbi bakım hizmetini yeterli düzeyde almasını sağlamak için, tıbbi malzemelerin ve ekipmanın mümkün olduğunca makul ve ekonomik bir şekilde kullanılmasına dikkat edilmelidir.
- HAP Hazırlama Komisyonu, gıda ve mutfak yönetimi, temizlik hizmetleri yönetimi, laboratuvar, kan bankası ve eczane yönetimine ait Müdahale Prosedürü hazırlanamıyorsa, bu bölümde yer verebilir.

11.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

- Etkin lojistik yönetimi için türü ne olursa olsun dışarıdan kaynak talep etme yetkisi Olay Yönetim Ekibi'ndedir. Olay Yönetim Ekibi gerekli durumlarda bu yetkiyi kısmen farklı bölümlere verebilir.
- Olağan süreçte birimlerde kullanılanlardan ziyade, özel veya ekstra malzemelere (örneğin, ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) yönelik tüm talepler, malzemelerin sağlanması konusundaki önceliklerle ilgili karar vermek için, Olay Yönetim Ekibi'ne iletilmelidir.
- Olağan süreçlerde kullanılan ilaç, sarf malzemesi vb. malzemelerin dışında talep edilecek malzemelerin önceliklendirilmesi Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılmalıdır.

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Afet ve acil durumların ardından hastanemizde afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve afetlerden sonra "psikososyal müdahale ve destek" sağlamaktır.
- Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmalıdır:
 - Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek,
 - Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek,

– Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları.

- Psikososyal destek hizmetlerinin kapsamı psikolojik triyaj, psikososyal risk ve ihtiyaç analizi, psikolojik ilk yardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları, psikoeğitim çalışmaları, takip ve sevk ve ilgili diğer konulardır.

Destek ekibi hastanemizin psikoloğu ve hasta hakları sorumlusu ndan oluşmaktadır.

Psikolog Beria YILMAZ 0507 101 45 40

Hasta Hakları Sorumlusu Elçin Esen EŞİYOK 0538 568 64 64

- Afet ve acil durumlarda psikososyal destek çalışmaları kapsamında psikososyal destek ekibine afet öncesinde sunulacak eğitim programının içeriğinde asgari olarak aşağıdaki konular önerilmektedir:

Psikososyal Destek Kapsamında Önerilen Asgari Eğitim Başlıkları
Afet yönetimi, temel tanım ve ilkeler
Travmatik Olay, Psikolojik Travma, Toplumsal Travma, Toplumsal Travma ve Evreleri
Afetzede Psikolojisi Afetlerde Ekip Çalışması
Sağlıklı İletişim Çatışma Çözümü
Kendi Kendine Yardım Becerileri
Stres Yönetimi
Öfke Yönetimi
Akut Stres Belirtileri
Travma Sonrası Stres Belirtileri
Psikolojik İlk Yardım Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları
Psikolojik Triage

12.1.1. Psikolojik Triage

Afet ve acil durumlarda insanların toplu olarak bulundukları yerlerde ruh sağlığı ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi ve psikolojik triyajın yapılması psikolojik desteğe ihtiyacı olanların hızla yönlendirilmesine ve hayatın normalleşmesine katkı sağlamaktadır. Psikolojik triyaj özellikle afetlerde hastanelere başvuran hastaların psikolojik ihtiyaçlarının ve önceliklerinin hızlı şekilde değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Psikolojik triyaj yaklaşımında kişilerin riskli bir psikolojik durumda olup olmadıkları belirlenirken, öncelikle kişinin kendine veya bir başkasına zarar verme riski değerlendirilmektedir. Ajitasyona veya eksitasyona meyilli kişiler ile intihara meyilli veya kendine zarar verme eğiliminde olan kişiler öncelikle yönlendirilmesi gereken grupta yer almaktadır. Afettede ajitasyona ve eksitasyona meyilli ise mutlaka güvenlik desteği aranmalı ve istenmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken her ajite veya eksite davranışın psikolojik bir

rahatsızlıkla ilişkili olmayabileceğidir (bazı agresif davranışların hipoglisemi, deliryum, beyin hasarı veya madde etkisi vb. gibi organik rahatsızlıklarla da ortaya çıkabildiği unutulmamalıdır).

Psikolojik triyaj değerlendirmesi 4 ana başlıkla yapılmaktadır:

- 1. Dış görünümün Değerlendirilmesi:** Hastanın nasıl görüldüğü değerlendirilmektedir. Örneğin hastanın dağınık, bakımsız, iyi görünümlü, mevsime uygun giyinip giyinmediği değerlendirilmektedir.
- 2. Duygulanımın Değerlendirilmesi:** Duygulanımı düz, hüzünlü, ağlamaklı, stresli veya kaygılı olup olmadığı, duygu dışavurumlarının hızla değişip değişmediği, duygulanımının söylediği şeylerle örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmektedir.
- 3. Tutumların Değerlendirilmesi:** Hastanın aşırı huzursuz, ürkek, garip, tuhaf veya kestirilemez eylemleri değerlendirilmektedir. Aynı zamanda oryante ve koopere olup olmadığı, tepkileri, düşmanca tavırlar sergileyip sergilememesi de öncelikli değerlendirme kriterleri arasındadır.
- 4. Konuşmanın Değerlendirilmesi:** Hastanın nasıl konuştuğu, konuşmasının anlamlı, hızlı, tekrarlı, yavaş, kesintisiz, fısıldayarak, bağırarak veya sessiz olup olmadığı, müstehcen bir dil kullanıp kullanmadığı, cümlelerin ortasında durması gibi kriterler değerlendirilmektedir.

12.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

Çalışan sağlık personelinin mesai saatlerinin çok uzun olmamasına, mümkün olduğunca aralarda dinlenmesine özen gösterilerek gerekli durumlarda Hap Psikososyal Destek Hizmetler Prosedürü uygulanır.

12.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek

- Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yürütülecek psikososyal destek, afet ve acil durum sonrasında hastaneden sağlık hizmeti almak üzere başvuranlara yönelik olarak yürütülecektir.
- Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanı'na yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır. Psikososyal Destek Ünitesi'nin görünür ve ulaşılabilir olması için önlemlerin alınması önerilmektedir.
- Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için veya kayıp aramak için hastaneye başvuran ailelere psikososyal destek sunulmalıdır.
- Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için gereken ilaçların teminine yönelik önlemler alınmalı ve gerektiğinde hastaların sevk sağlanmalıdır.
- Hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için gelen ailelere uzun süreli psikososyal destek ihtiyacı doğduğunda paydaş kurumlarla iş birliği ve sevk çalışmalarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- Psikososyal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulmalıdır.

12.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

- • Hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına göre Psikososyal Destek Ünitesi kapsamında

uygulamalarını yürütecektir. Hastaneye başvuran hasta bilinci açık oryante koopere ise kimlik belgesine göre, kimlik belgesi ibraz edemiyor ise de hastanın T.C. numarası beyanına göre kayıt açılır. Bilinci kapalı, kendini ifade edemeyecek durumda, refakatçisiz getirilen, kimliği tanımlanamayan hastalar için “isimsiz hasta kadın / erkek / çocuk” olarak tanımlama yapılır. Hastaların kimliğinin bilinemediği durumlarda aynı anda birden çok hasta var ise; hastaların cinsiyeti ve sayısı kullanılarak kimlik bilekliği hazırlanır. (Örneğin “**isimsiz kadın 01**”, “**isimsiz çocuk 05**” gibi.) Bilinci kapalı refakatçi eşliğinde gelen hastaların refakatçinin beyanına istinaden kayıt açılır.

- HAP çerçevesinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz iş birliği ve koordinasyon çalışması yürütülerek, kurumlararası iş birliği sağlanır.

13. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER

13.1. Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

Hastaneler genel prensip olarak geçici morg işlevi görmemelidir. Bu nedenle öncelikle afet ve acil durumlar öncesinde ölümlerin hastaneye transfer edilmemesi için gerekli yerel koordinasyon ve işbirliği çalışmaları yürütülür.

- Hastanede ölenlerin sayısının, hastanenin olağan ölü muhafaza kapasitesinden fazla olduğu durumlarda; ölümlerin Belediye veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü’nün belirlediği geçici morga transfer edilemediği durumlarda hastane, geçici morg işlevi görecektir bir alan açılır.
- Hastane, ölümlerin kimliğinin tespit edilmesine ve kayıpların aranmasına aktif bir şekilde katkıda bulunmalıdır.
- Ölümlerin muhafazası için ceset torbası bulundurmak üzere hazırlık yapılır.
- Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili bilgilendirilir. Ölü Ve Kayıpların Yönetimi Geçici Morg Prosedürü uygulanır.

13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı

Gerekli olması halinde, hastanede 4 dolaplı morg ünitesi bulunmaktadır. Daha fazla ihtiyaç durumunda cenazeler hastanenin yanındaki depoda bekletilir ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü’nün belirlediği geçici morga transfer edilir.

13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı

- Kitlesel ölümlerin yaşandığı her türlü durumda kayıp insanlar olmaktadır. Hastane, tüm yatan hastalara yönelik uygun bilgi sağlayarak kayıp kişilerin yönetimine katkıda bulunmalıdır.
- Hastane ölümlerin kimliklendirilmesi ve transfer edilmesi sürecinde Kimlik Belirlenmesi ve Doğrulaması Talimatına göre hareket edilir, ilgili kurumlarla (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz iş birliği sağlanmalıdır.

- Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından belirlenir. Ölü ve kayıpların takibi için formlar (Form 11-12) kullanılır.
- Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölülerin tamamı triyaj kartı ile kimliklendirilir. Bunun için triyaj kodu verme, fotoğraflama, eşgal yazma, DNA, parmak izi vb. (kolluk kuvvetlerinin resmi isteği üzerine) işlemler yerine getirilir.
- Hasta yakınlarının ölülerin kimliğini tespit edebilmesi amacıyla uygun bir alan, tespit alanı olarak belirlenir. Bu alan hasta yakınlarının birçok cansız bedeni görmek zorunda kalmayacakları şekilde organize edilmektedir.
- Psikososyal destek ekibi görsel teşhis sürecinde hasta yakınlarına eşlik ederek gerektiğinde psikososyal destek sunar.
- İlde Cumhuriyet Başsavcılığı'nın onayı olmadan, ölülerin yakınlarına verilmesine izin verilmeyecektir.
- Kimliği belirlenemeyen kişiler için ilgili kurumlara bildirim yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON

Afet ve acil durum yönetiminde iyileştirme aşaması afete müdahaleden sonra gelen dönem ve süreçleri kapsar. İyileştirme çalışmaları, genel yaklaşımla, müdahaleyi izleyen ön iyileştirme ve daha sonraki süreçlerde gerçekleştirilen kalıcı iyileştirme uygulamaları olarak gruplanmaktadır.

Afet ve acil durum sonrası etkilenen nüfusun hayatta kalabilmesi ve varlığını sürdürebilmesi için gereken öncelikli adımların ve önlemlerin gerçekleştirildiği acil müdahale (acil yardım, insani yardım) aşamasından sonra, ön (erken) iyileştirme aşaması günlük hayatın afet/acil durum sonrası yeni koşullarda normalleşmesine, istikrar kazanmasına yardımcı bir dönemi ifade etmektedir. Hasara uğramış veya hizmet gerçekleştirme ortamını, fonksiyonunu kaybetmiş kurum ve yapıların kısa sürede tekrar çalışabilir hale getirilmesi faaliyetlerinin gerçekleştirildiği ön iyileştirme dönemi, afet/acil durumun türüne, büyüklüğüne, mevsime, etkilenen yerleşimin ve nüfusun özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir.

Bu aşamada söz konusu olan yalnızca temel yapı ve hizmetleri afet öncesindeki haline döndürmek değildir; aynı zamanda, öncekinden daha güvenli bir yapılanma için orta ve uzun dönemde hayata geçirilecek yasal, kurumsal, fiziksel, sosyal ve ekonomik faaliyetlerin tümünü kapsayan kalıcı iyileştirme için başlangıç adımları da gündemdedir. Diğer bir deyişle, ön iyileştirme çalışmaları aynı zamanda, kalıcı iyileştirme planlaması ve uygulamaları için elverişli zemin oluşturmak bakımından önemli ve özenle yürütülmesi gereken çalışmalardır.

HAP çerçevesinde, afet sonrası iyileştirme süreçleri esas olarak, kısa dönemde tamamlanabilecek ön iyileştirme koşullarını tanımlamaktadır. Hastane düzeyinde bu koşullar, mevcut hastane yapılarının ayakta kaldığı; hastanenin hizmet verdiği mevcut yapıların terk edilmesinin, sağlık hizmetlerinin zorunlu olarak başka yapılarda sürdürülmesinin gerekmediği durumlardır. Hastane, afet sonrası mevcut yapılarında faaliyet gösteremeyecek ve işleyişini sürdüremeyecek durumda ise mevcut HAP uygulanabilirliğini kaybeder;

hastanenin fiziksel, idari ve işlevsel bakımdan yeniden yapılanmasına ilişkin kalıcı iyileştirme kararları ve süreçleri HAP boyutu ötesinde şekillenir.

HAP kapsamında, afet ve acil durum sonrası sağlık hizmetini mevcut yapı ve fonksiyonlarıyla sürdürebilen hastanede iyileştirme süreçleri, olaya acil müdahalenin tamamlanması ve alarm durumunun sonlandırılması, müdahalenin raporlanması ile başlar. Olay/müdahale raporu da dikkate alınarak, zaman kaybetmeden afet ve acil durumun türü, büyüklüğü, etkisine göre iyileştirme gereken durumlar belirlenir. Bu çerçevede, hastanenin olağan (rutin) işleyişe geçiş sürecinde, öncelikle hastane ve personelin durumu fiziksel ve fonksiyonel bakımdan gözden geçirilmeli; fiziksel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, önlem alınmalıdır.

Afet ve acil durum sonrası hastanelerin rutin işleyişe dönmesinde öncelik taşıyan konulara şu örnekler verilebilir:

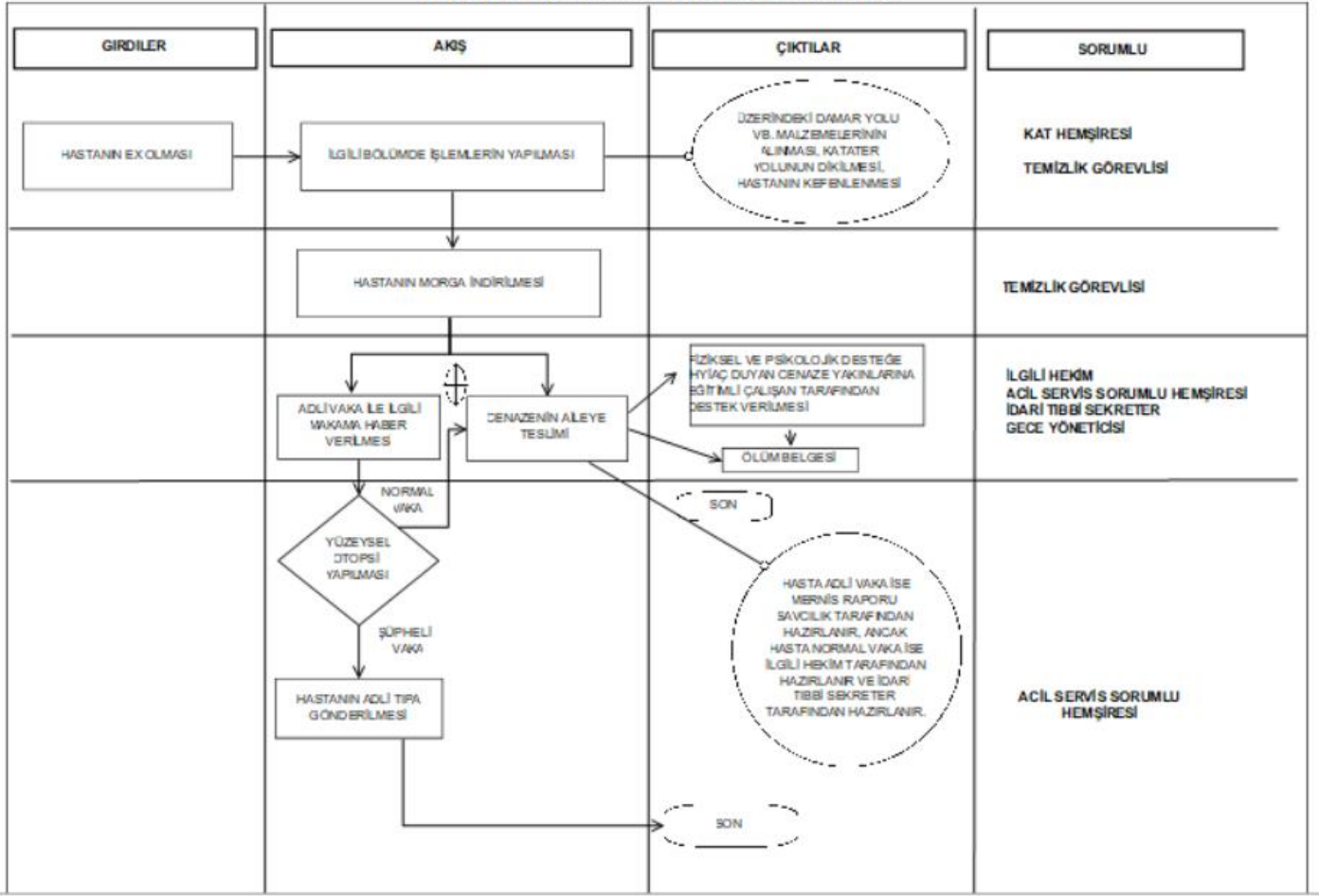
1.Tıbbi kapasite artışının sonlandırılması

- İyileştirme planlaması yapılırken, tıbbi kapasite artışının sonlandırılma kararı yoğun hasta bakım hizmeti azaldığı takdirde verilmelidir.
- Olay esnasında kullanılan ilave ekipman, malzeme ve ilaçlar olay öncesi normal seviyelerine mümkün olan en kısa sürede dönmelidir.
- Müdahale esnasında görevlendirilen ek personel sayısı, ihtiyaç duyulan hasta bakım hizmetlerinde ve destek hizmet alanlarında azaltılmaz.

2.Personelin korunması ve desteklenmesine yönelik önlemler

- Acil durum öncesi, sırası ve sonrasında iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin ve afet güvenliğinin gerektirdiği ek önlemlerin eksiksiz uygulanması çok önemlidir.
- Kişisel koruyucu kıyafet ve ekipman kullanan personele ekipmanların kullanımı ve dikkat edilmesi gereken hususlarla ilgili eğitim verilir. İş güvenliği uzmanı tarafından kullanım durumları gözlemlenir.
- Görev esnasında hastalanan veya yaralanan personelin maddi, psikolojik, tıbbi bakım ve barınma vb. konuları yönetim tarafından desteklenir. (Lojman desteği, ek ödeme ve psikolog/psikiyatri desteği, eğitim vb.)
- Görev esnasında hayatını kaybeden personel yaşam sonu hizmetler algoritmasına göre hareket edilir. Algoritma aşağıdaki gibidir. Sosyal güvenlik kurumuna bildirim yapılır.

YAŞAM SONU HİZMETLERİ ALGORİTMASI



- Hastalanan veya hayatını kaybeden personel olması halinde, iş arkadaşlarının da bu durumdan kısa ve uzun sürede olumsuz etkilenebileceği düşünülerek psikolojik açıdan gözlem yapılarak gerekli ise psikolog tarafından destek verilir.
- Acil durum sona erdiğinde personele ve gönüllülere yönetim tarafından geribildirim yapılır
- Afet ve acil durumlarda görev yapan personel gözlemlenir ihtiyaç halinde personele, personel ailesine ve gönüllülere psikososyal destek verilir.

3.Mevcut durum bilgisi ve hasar tespit çalışmaları

Hastanenin tedavi kapasitesinin afet ve acil durumdan olumsuz etkilenmesi söz konusuysa, eski haline ya da eskisinden daha iyi hale getirilebilmesi, afet ve acil durumla baş edebilme kapasitesinin iyileştirilmesi amacıyla yapılacak çalışmaların ilk adımı hasar ve zarar tespit çalışmalarıdır. Bu çalışmalar en kısa sürede, mümkün olduğunca tam ve doğru bilgi vermelidir. Hastanede bulunan her departman, servis ve birim, zarar ve hasar tespiti yapmak amacıyla daha önce doldurulmuş formlar ve bilgilendirmeler doğrultusunda asgari olarak aşağıdaki başlıkların yer aldığı raporu hazırlanır:

- Operasyonel durum (Departman/Servis/Birim aktif, yarı aktif, aktif değil)
- Personel durumu

- Fiziki alan ve ekipman hasarı
- Haberleşme ve bilgi teknolojileri sistemlerinde kesilme/aksama
- Acil ve uzun dönem ihtiyaçları (tıbbi ve diğer)
- Departman, servis ve birim fonksiyonlarının rutin işleyişe dönüşü için tahmini süre

4.Etkilenen ve etkilenmeyen alanların değerlendirilmesi

Hasar ve zarar tespiti Operasyon şefinin kontrolünde altyapı sorumlusu tarafından yapılır. Etkilenen alanların güvenlik önlemleri Güvenlik Sorumlusu tarafından alınır. Afet/acil durum sonrası hastanenin hasar tespit sonuçlarına göre, fiziksel alanlardaki yapısal hasarlar dışında, iyileştirme amaçlı iki yönlü çalışma gerekebilecektir:

• Etkilenmeyen alanlar

Etkilenmeyen ya da hemen faaliyete geçebilecek bölüm ve alanlarda çalışmanın başlaması kararı hastane yönetimi tarafından açıklanır, faaliyet sürekliliğinin, sağlık hizmet sunumunun sürmesi ya da yeniden sağlanması ile ilgili yazışma, açıklama, duyuru ve düzenlemeler yapılır.

• Etkilenen alanlar

– Etkilenen alanlara girişin güvenli olduğu ilgili resmi kurumlar tarafından teyit edildikten sonra hastane içinde gerekli faaliyet ve işlemlere başlanır. Süreç Operasyon Şefi tarafından Tıbbi Bakım ve Altyapı Sorumluları ile birlikte yürütülür.

– Afet ve acil durum nedeniyle hastanenin fiziksel yapısı farklı düzeylerde etkilenebilir, bu durumda, öncelikle tüm hasta bakım alanları ve ekipmanı baştan sona temizlenir ve kontrol edilir. Bu süreç etkilenen alana bağlı olarak zaman alıcı ve maliyetli olabilir. Afet/acil durumdan etkilenen alanlarda temizlik işlemleri mevcut temizlik personeli ile yapılabilir. İyileştirme süresini kısaltmak amacıyla ihtiyaç halinde dışarıdan hizmet alımı ile temizlik gerçekleştirilir.

– Tehlikeli maddelerle ilgili veya biyolojik olaylarda temizlik hizmetleri özel temizlik ajanları ve prosedürleri gerektirir. Yetkili firmalardan hizmet alımı yapılabilir. Dekontaminasyon sonrası toplanan atık su dahil tüm tehlikeli atıkların imhası lisanslı firmalar ile yapılması sağlanır. Tehlikeli Madde Sorumlusu ve Altyapı Sorumlusu süreci koordine eder.

– Temizliği ve işlemleri tamamlanmış malzeme, güvenlik önlemlerine dikkat edilerek, yeniden düzenlenmiş yerlerine yerleştirilir. Her birimde yapılacak kapsamlı değerlendirme ile faaliyetin yeniden başlayabilmesi ya da sürdürülebilmesi için gerekli hizmet ve ekipmanın durumu ve seçenekler (örneğin ek personel, yer vb.) ayrıntılı olarak belirlenir.

5.Uygulamaların kayıt altına alınması

- Afet sonrası iyileştirme uygulamaları ile ilgili olarak Kılavuz'un hastane afet ve acil durum yönetim sisteminin anlatıldığı İkinci Bölümde Görev Tanımları (md. 2.2) başlığı altında ve izleyen diğer madde başlıkları (örneğin, Psikososyal Destek Faaliyetleri/Bölüm 2, md. 12) altında müdahalenin yanı sıra afet/ acil durum sonrası

iyileştirme görevleri ve uygulamalarıyla ilgili bilgiler de yer almaktadır. Bu uygulamalar faaliyeti gerçekleştiren, ilgili bölüm tarafından kayıt altına alınmalıdır.

- Afet ve acil durumların iyileştirme evresinde görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması, gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, muhasebe raporlarının düzenlenmesi, ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi, hastane restorasyon giderleri, ekipman ve teçhizat tamiri/ alımı Finans bölümü tarafından yapılır.
- Afet ve acil durum sonrasında, yaşanan deneyimden edinilen dersler göz önünde tutularak müdahale ve müdahalenin dayandığı önceki hazırlık aşamaları Yönetim ve birimler tarafından gözden geçirilir, kapsamlı biçimde incelenir, eksikler giderilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ

Olay durumunda Acil Müdahale Planında Olay Bildiriminin Ele Alınması prosedürü kullanılır.

Acil müdahale planlamaları ve müdahaleye yönelik hazırlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde temel bileşenler arasında yer almaktadırlar. HAP kapsamında Acil Müdahale Planı (AMP) mevcut, yeni ve potansiyel tüm afet tehlikelerini dikkate alan risk değerlendirmesine dayanır; afet ve acil durumlara yönelik temel ve bütüncül bir yaklaşımdır. Hastane AMP ağırlıklı olarak kitlesel yaralanmalı, sağlık hizmeti imkan ve kapasitesini zorlayabilecek ya da sekteye uğratabilecek ölçek ve etkide, her türlü harici (dış) olaylara genel müdahaleye yöneliktir. Ancak afet ve acil durum müdahalesine yönelik hazırlıkların aynı zamanda hastane içinde meydana gelebilecek dahili (iç) acil durumlar ve özel durumları da kapsamı zorunludur. Olaya Özel Planlar bu çerçevede özellikle yüksek risk grubundaki olaylara karşı ve afet türüne göre spesifik müdahalenin geliştirilmesi ihtiyacına dayanmaktadır. Olaya Özel Plan konusu olan acil durumlar özel prosedür, sistem, özel eğitilmiş ekip, ekipman ve beceri gerektiren durumlardır.

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 1 HASTANE İÇİ YANGIN

Hastanelerde bina içinde yangınlar sık sık yaşanmaktadır. Yangın, hastanelerde tahliyenin en yaygın nedenidir

KIRMIZI KOD MÜDAHALE EKİBİ

EKİP LİDERİ				
HİCRAN ASLAN (Mesai İçi)			NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİLERİ (Mesai Dışı)	
SÖNDÜRME EKİBİ	KURTARMA EKİBİ	DESTEK EKİBİ	KORUMA EKİBİ	İLK YARDIM EKİBİ
GÜNAY SÖZLÜ (EKİP LİDERİ)	HATİCE ŞAHİN (EKİP LİDERİ)	AYSEL BUSE RAHVAN (EKİP LİDERİ)	GÜVENLİK GÖREVLİSİ	SALİHA KUUVET (EKİP LİDERİ)
HAKAN KAFA	SAMET ALACA	TARIK ÇIRAK	MESAI DIŞI	BEHİCE AYDIRI
ŞEVKET ÖZCAN	ELÇİN ESEN EŞİYOK	CİHAN ÇÖMLEK	(Görevli Güvenlik Görevlisi)	İREM AYAZ
ÇİLEM ESENDEMİR	EBRU KARTAL	ZÜLEYHA KOÇ CANLI		SELİN FİDAN
MUSTAFA HADİ KONBAL	MESAI DIŞI (Olayı ilk gören görevli çalışan ve temizlik görevlisi)	MESAI DIŞI (Görevli Teknik Servis Çalışanı)		SUDE ERCAN
EBRU ŞAHİN				MERAY AKAR
HASAN NERGİSLİ				MESAI DIŞI (Görevli acil servis çalışanı)
MESAI DIŞI (Olayı ilk gören görevli çalışan ve hemşireler)				
Not: Olayın olduğu andaki görevli personel olaya müdahale etmek ile sorumludur.				

HASTANE İÇİN YANGIN ÖZEL PLANI

Temel Faaliyet : Personel, hastalar ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak ve mümkün olduğunda yangına müdahale etmek

Hedefler

- Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
- İş Sağlığı ve Güvenliği uzmanının olay yerine en kısa zamanda ulaşarak ilk değerlendirmeyi yapması,
- Yangınla mücadele etmeye başlamak,
- Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
- Daha fazla zararı önlemek.

TANIMLAR

Yangın ve Yangın Türleri:

Teknik olarak yangın; sürekli oksitlenmek demektir. Yangın kendi arasında sınıflara ayrılır. Bunlar; A,B,C,D ve E tipi yangınlardır.

4.1.1. A Sınıfı Yangınlar:

Çöplüklere atılan maddeler, halı parçaları, odun, ağaç, kâğıt, halat veya yatak malzemelerinden meydana gelen yangınlar “A” sınıfı yangınlardır. Bu tip yangınlar su gibi soğutucu ve söndürücü etkisi olan maddelerin üzerine tatbik edilerek yangını meydana getiren faktörlerden ısıyı ortadan kaldırmak suretiyle yangını söndürmek mümkün olur.

4.1.2. B Sınıfı Yangınlar:

Yağlar, gresler, boyalar, gaz, benzin gibi sıvı maddelerden meydana gelen yangınlar “B” sınıfı yangınlardır. Bu yangınlar kimyasal ve mekanik usullerle elde edilen köpük maddesini, karbondioksit gazı, kuru kimyasal gaz veya bunlar haline gelebilen sıvı maddelerin yangın alevinin üzerine uygun teçhizat ile tatbik edilerek alevlerin yorgan gibi örtülüp boğulmak suretiyle ortadan kaldırmakla söndürülür.

4.1.3. C Sınıfı Yangınlar:

Bu tip yangınlar elektrik enerjisi uygulanmış olan teçhizat veya sistemlerde meydana gelen yangınlar olup, söndürülmesi için gerekli söndürücü maddenin yalıtkan ve dolayısıyla şok etkisi olmayan madde olması gerekir. C sınıfı yangınlar ilk önce elektrik enerjisinin kesilmesi ve kuru kimyasal maddelerin yangın alevinin üzerine uygun teçhizat ile tatbik edilmesi ile söndürülür.

4.1.4. D Sınıfı Yangınlar:

Hafif metallerin (Alüminyum, magnezyum, lityum, potasyum, sodyum gibi) yanması suretiyle ortaya çıkan yangınlar D sınıfı yangınlardır. Kuru kimyevi tozlardan oluşan ekipmanla söndürülür. Başka bir madde kullanılmaz.

4.1.5. E Sınıfı Yangınlar:

Elektrik ve hat yangınlarından çıkan yangınlar E sınıfı yangınlardır. Genellikle kısa devreden, elektronik cihazlardan meydana gelirler. Tedbir olarak ilk önce elektrik kesilir. Yangın yerindeki yanan maddeye göre gerekli araç ve aletler kullanılır. Elektronik cihazlara NAF ve CO2 gazı kullanılır. Bu gaz elektronik cihazlara zarar vermez.

Yangın Söndürücü Tipleri

Kuru Kimyevi Tozlu Yangın Tüpü(KKT)

A, B, ve C sınıfı yangınlarda etkilidir. Elektrik yangınlarını da söndürebilmekte olan ve fiyat / performans grafiği yüksek olduğu için en çok tercih edilen yangın söndürücülerdir. Ortamı yoğun bir toza büründükleri için hastaların bulunduğu ortamlarda kullanılmazlar. Ayrıca bilgisayar ve elektronik cihazlar üzerinde artık madde bırakarak aylarca üzerinde kalmasına neden olur. Bu yüzden yangın sonrası hemen devreye girmesi gereken bölümlerde ne olursa olsun kullanılmazlar. Hastane genelinde 6 kg KKT tüplerin yanı sıra kazan dairesi, depo gibi yerlerde 50 kg'lık büyük tip KKT tüpler bulunmaktadır.



6 kg KKT Yangın Tüpü



50 kg depolarda bulunan KKT Yangın Tüpü

CO2 Gazlı Yangın Tüpü

B, C ve E sınıfı yangınlarda etkilidir. Zehirli bir gaz olmayan, sadece ortam içinde çok yüksek oranda yoğunluğa ulaştığında boğucu olan CO2'li yangın söndürücüler, yalıtkan özelliklerinden dolayı elektrik yangınlarında en çok kullanılan yangın söndürücülerden biridir. Kullanım sonrası herhangi bir atık / tortu bırakmaması, bu yangın söndürücüleri mutfak, laboratuvar, vb. gibi yerlerde tercih edilmesine sebep olmaktadır. A sınıfı yangınlarda etkili olmadığı bilinmelidir.



CO2 gazlı Yangın Tüpü

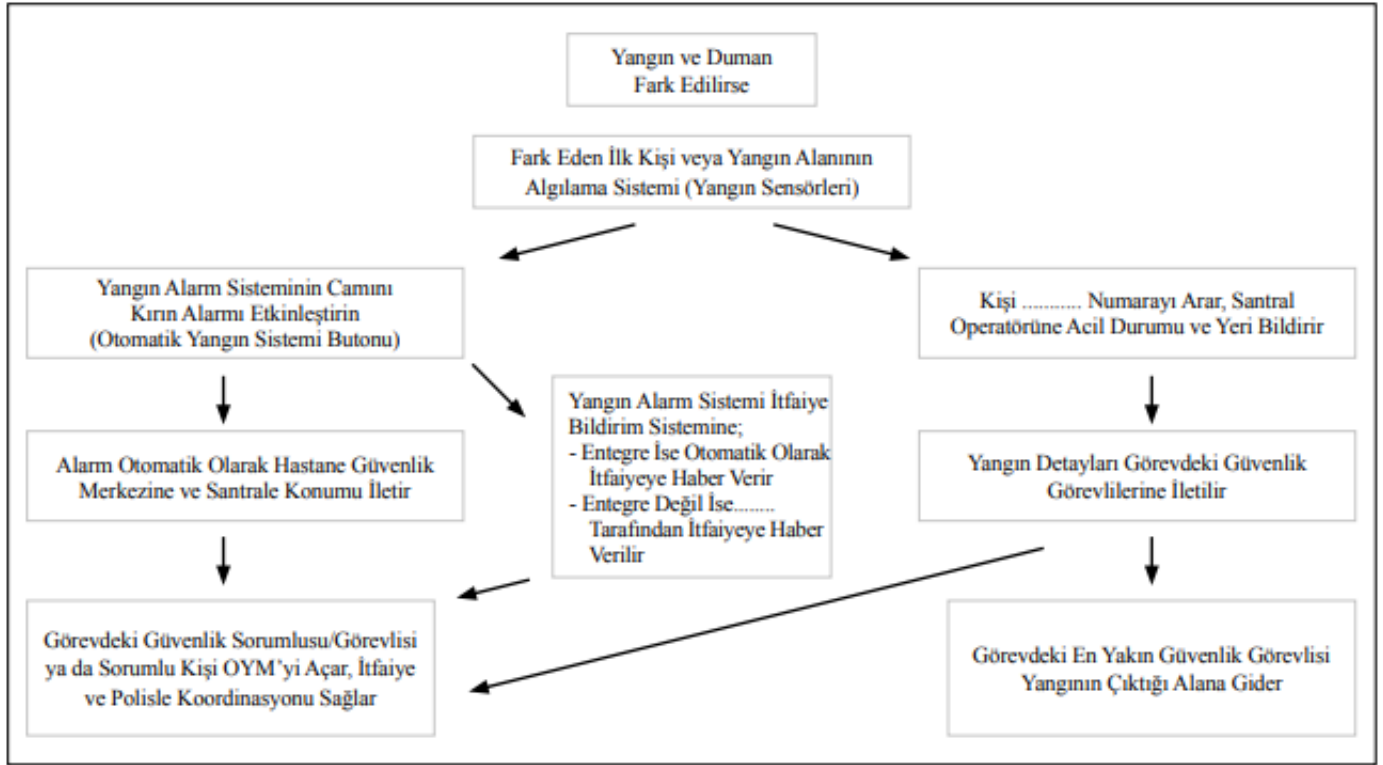
Köpüklü Yangın Söndürücü

B ve C sınıfı yangınlarda etkilidir. Kullanıldığında köpük, yanan maddenin üzerini kaplayarak oksijenin keser ve yangını söndürür. Bu özelliğinden dolayı özellikle benzin / mazot yangınlarında çok etkilidir. akaryakıt terminalleri ve dolum istasyonlarında veya tiner / boya depolarında tercih edilen yangın söndürücüdür. Su bazlı olduğu için elektrik yangınlarında kesinlikle kullanılmamalıdır!

Yangına Karşı Alınan Genel Önlemler

- Hastanenin her katında yangın dolapları bulunmaktadır. Bu yangın dolaplarında yangın tüpleri ve yangın hortumları bulunmaktadır. Yangın tüpleri ve yangın hortumları belirli periyotlarla kontrol edilmektedir.
- Hastanenin her yerinde duman detektörleri bulunmakta olup, bu detektörler belirli periyotlarla kontrol edilmektedir.
- 2 nolu yeni binada ayrıca sprinkler sistemi kurgulanmış olup, yangın durumunda sprinklerle devreye girecek ve yangın büyümeden söndürülebilecektir.
- Kombiler, kompresörler, basınçlı kapların vb altyapı sistemleri yıllık periyodik kontrolleri düzenli yapılmaktadır.
- Yemekhanede gaz algılayıcı sistem ve özel söndürme sistemi bulunmaktadır.
- Her yıl düzenli hizmet içi eğitimlerle yangın eğitimi ve uygulamalı söndürme eğitimi yapılmaktadır.
- Yangın ile ilgili olarak söndürme /kurtarma vb. ekipler oluşturulmuştur ve personele tebliğ edilerek görevlendirilmesi yapılmıştır.
- Katlarda olası bir yangın durumunda müdahale için koruyucu maske ve filtre bulunmaktadır.
- Doğalgaz kombilerinin olduğu alanda özel gaz detektörleri bulunmaktadır.
- Acil çıkışlarla ilgili işaretlemeler yapılmış, ayrıca katlarda açıl çıkış krokileri bulunmaktadır
- Yangın kaçış yollarında, kaçış sırasında insanları yavaşlatacak, düşmelerine ve panik olmalarını sağlayacak malzeme bırakılmaz
- İtfaiye hizmetlerinin tüm binalara rahat erişimini sağlamak amacıyla, hastanedeki her binanın etrafında kolay erişim için, araç yolu ve çıkış bulunmaktadır. Yollar her zaman açık tutulmalıdır. Personelin araçlarını izin verilen yerler dışına park etmesine müsaade edilmemektedir.
- Personel, yangın alarmı verildiğinde, kime ulaşılacağını, nereye gidileceğini ve neyin kontrol edileceğini bilmektedir.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilm e Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı



Şekil 5 Yangın/Duman Müdahalesinde Bilgi Yönetimine İlişkin İş Akış Şeması

1.Alarm Verilmesi

Ortamdaki herhangi bir nesne ateş almış veya duman çıkartmaya başlamışsa yangın durumu başlamış demektir. Fark edildiği anda en yakındaki “Yangın Uyarı Butonu” na basılır. Yüksek sesle bağırarak çalışanları uyarır

- Derhal 4444 nolu Acil Durum telefonu aranır ve yangının yeri belirtilir. Mevcut durum ile ilgili hastane içinde anons yapılır.
- Bölümde bulunan personel tarafından yangın söndürme tüpüyle ilk müdahalede bulunulur.
- 4444 Acil Durum Telefonundaki görevli personel HAP Başkanı ve Olay Yönetim Ekibini sırasıyla arar. İtfaiye aranır.
- Kat sorumlusu tarafından söndürme, kurtarma ekipleri oluşturulur.

Kurtar

- Eğer hasta katında bir yangın oluşur ve hasta, hasta yakınları ve personel kattan kaçamayacak durumda olurlarsa, yardım gelene kadar beklenmesi için her katta korunaklı odalar korunma ve sığınma odası olarak kullanılıp, bu odaların kapıları duman geçirmeyecek biçimde kapatılacaktır.

• Yardım gelene kadar bu odada beklenmesi kararı kattaki ilgili bölüm sorumlusu/kıdemlisi tarafından verilir ve bu görevli hemşire odasındaki acil durum malzemelerini bu odaya getirmekle, hasta, hasta yakını ve personeli bu odaya toplamakla görevlidir. • Yangın hastaların tahliye edilmesinde bir sorun yaratmıyorsa, hastalar en yakın güvenli alana taşınmalıdır. (aynı kat içinde uygun alana , mümkün değilse en az 2 kat aşağı) Bu durumda diğer katlardan personel talebinde bulunulabilir. • Ayaktan tedavi edilen hastalara korunmaları için kolay yanmayacak battaniye ve/veya çarşaf türü malzeme omuzlarına almalar verilir. • Durumu daha ağır olan hastalar ise yataklarla ve/veya battaniyelerle taşınabilir. • Boşaltılan her oda kontrol edilmeli ve içinde kimse kalmadığına dair uyarıcı işaretlerle işaretlenmelidir. <u>3. Kontrol Altına Al</u> • Bölüm personeli, yetersiz gelirse de yardıma gelen ve yangın tüpü kullanmasını bilen personel tarafından gerekli müdahalede bulunulur. • Müdahale alanına destek personelin gelmesiyle gerekirse yangın hortumları sayesinde müdahalede bulunulabilir. • Ortamı havasız bırakarak daha hızlı söndürme yapabilmek için, açık kapılar ve pencereler kapatılır. • Müdahalenin her anından çalışanlar kendi güvenliği riske atmayacak hareketlerde bulunurlar. • Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirli olduğu için müdahale ederken gaz maskesi takılmalıdır. • Alarmin verilmesiyle beraber teknik servis tarafında katın elektrik, tıbbi gaz sistemi kesilir. Asansörler kapatılır.		

YANLIŞ  Rüzgara karşı durmak.	DOĞRU  Rüzgan, istikametine göre arkana al.
 Yanan yere üstten ve arkadan müdahale etmek.	 Önden tarayarak, yangının çıkış noktası, yani dip kısmı müdahale et.
 Yukarıdan damlayan yanıcı ve parlayıcı maddelere, aşağıdan müdahale etmek.	 Damlama veya sızıntı noktasından, yani yukarıdan müdahale et.
 Yangın anında söndürme cihazlarını boşaltıp peşpeşe kullanmak.	 Mevcut yangın söndürme cihazlarını aynı anda değişik yönlerden kullan.
 Yangın mahallini terketmek.	 Yangının tamamen söndüğüne emin olmadan yangın mahallini terketme.
 Kullanılmış yangın söndürme cihazlarını, kullanılmamışlarla biraraya koyup karıştırmak veya kullanılmamış gibi yerine asmak.	 Kullanılmış yangın söndürme cihazlarını diğerlerine ayırarak bakım ve onarımını sağlamak.

4. Tahliye Et/Kaç

- Yangının büyümesi ve tahliye kararı verilmesi durumunda Tahliye Özel Planı ve Kat Tahliye Özel Planı uygulanır.
- Tahliye edilemeyen hastalar için güvenli ortam yaratılarak itfaiye gelinceye kadar zaman kazanılır.
- Güvenlik ekibinden destek alınarak riskli bölgelere yabancı kişilerin girmesi önlenir.
- Tamamen tahliye edilen serviste kimse kalıp kalmadığı kontrol edilir.

Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- Yangın alarmı verildiği an Olay Yönetim Ekibi hemen faaliyete geçirilir.

• HAP Başkanı tarafından yetkilendirilen kişi hemen Olay Yönetim Merkezine gider ve merkezi açar: - o İtfaiye ile teması sağlar, - o Polis ile teması sağlar, - o 112 KKM/İl SAKOM ile ilk teması sağlar, - o İlerleyen dakikalarda tahliyenin gerekli olup olmayacağına karar vermek için ilk değerlendirmeyi yapar. Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar, örneğin diğer servislerin kullanımı (Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan da dikkate alınmalıdır) • Olay Yönetim Ekibi toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir: - o Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, diğer hastaneler) sürdürür, - o Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği (önceden yapılmış olan protokoller'e göre) alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar. - o Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları ile birlikte yönetir. - o Tüm Formlar kayıt altına alınır ve arşivlenir.		
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan departman/servis/birimin yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir), • Servisin tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hastanın kalmadığından emin olmak için gidip odaları tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden birinin izniyle (örneğin, Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır, • Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirin ve hemen Güvenlik Sorumlusuna rapor verin (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır) açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi'ne rapor edin.		
<u>Kullanılacak Materyaller</u> Yağmurlama sistemi (sprinkler), Yangın söndürme tüpleri, Yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, Mümkünse tekerlekli sandalyelerin koridorları kapamadan kullanılmaları.		
<u>Kalite Kontrol</u> • Güvenlik personeli hazır bulunur, yangınla mücadele ve tahliyede görev alır, • Hastaların servisten tahliye edilmelerinin ardından, servisin boşaltıldığını belirtecek bir işaret koyun (örn: her odanın kapısının önünde bir yastık), • Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapın.		

<u>Zaman Dilimi</u> • Alarm ver : Hemen • Kurtar : Hemen		
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane Tahliyesi Özel Planı • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Kat Tahliyesi Özel Planı • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Departman sorumlusunun İş AT • Kat Özel Tahliye Planları		
<u>İzleme</u> • Temel faaliyet: Kaliteli tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak		

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 2 KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ

KİMYASAL OLAYLARDA HASTA YÖNETİM PLANI		
Temel Faaliyet: Tüm hastaların güvenli bir şekilde tedavi edildiğinden ve personel güvenliğinin daimi olarak sağlandığından emin olmak.		
Hedefler • Acil Müdahale Planı' nın aktive edilmesiyle beraber servisin en hızlı biçimde acil durum çalışma şekline geçmesi • Herhangi bir tahliye durumunda tahliye triyajının hızlı ve sorunsuz yapılması •Tahliye triyajını hızlı biçimde yapılarak katın tahliye edilmesi, • OYE ve Operasyon Şefiyle raporlama mekanizmasının kurulması ve devam etmesi, • Ameliyathanede ameliyatların kesintisiz devam etmesi		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemlerin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Acil müdahale planının aktive edilmesiyle beraber Ameliyathane Sorumlusu/ Servis Kıdemli Hemşiresi servis ile ilk değerlendirmeyi Durum Raporu ile yaparak operasyon Şefine gönderir/sunar. Personele yaşanan olay ve bölümün hareket tarzı ile ilgili genel bilgilendirme yapılır. Acil durum ile ilgili prosedür, iş akış talimatları vb. dokümanların eksik olup olmadığı kontrol edilir . Eksiklik olması durumunda HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusu ile iletişime geçilerek gerekli dokümanlar sağlanır. Eğer bir tahliye kararı alınmışsa Hastane Tahliye Özel Planı' na uygun olarak tahliye triyajı yapılır ve Bölüm Özel Tahliye Planında belirtilen yollardan hastaların ve personelin tahliyesi yaptırılır. Tahliye sonrası hastane içinde farklı bir bölümde ameliyathane hizmeti verilecekse, bu bölüm ile ilgili eksikliklerin ivedilikle giderilmesi sağlanır. Eğer bölümde bir yangın durumu yaşıyorsa Yangın Özel Planına göre gerekli bildirimler ve müdahale yapılır. Servisle ilgili bir yapısal vb. sorun olmayıp servis hizmete devam edecekse, daha önce randevusu verilen ve durumu acil olmayan hastaların randevusu iptal edilir. Ameliyathanede ivedi yapılacak ameliyatlar ve cinsleri belirlenir. Ameliyathane kapasitesini artıracak adımlar belirlenir ve Operasyon Şefiyle paylaşılır. Gerekli onayın gelmesiyle beraber gerekli adımlar atılır. Bölümdeki malzeme /ilaç vb. stok kontrol edilir, artacak hasta yoğunluğu da göz önüne alınarak ilave malzeme/ilaç vb. isteminde bulunulur. Bölüm ile ilgili personel değerlendirmesi yapılarak, ilave personel ihtiyacı olması halinde İnsan Kaynakları Sorumlusu ile iletişime geçilir. Ayrıca nöbet hizmetleri için de gerekli personel planlaması yapılır. İlk 12 saat için 2 saatte bir, 12 saatten sonra ise her 4 saatte bir olacak şekilde Bölüm Durum Raporu Operasyon Şefine gönderilir.		

Bölümde güvenlik riski olabilecek durumlar ile ilgili Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçer ve gerekli durumlarda Güvenlik personeli talebinde bulunulur. Ameliyat sonrası servise çıkacak ve/veya yetişkin yoğun bakım servisine yatırılacak hasta ile ilgili gerekli planlamayı yapılır ve gerekiyorsa ilave setek personel istenir. Acil durumun her anında malzeme, ilaç , tıbbi cihaz vb. malzemelerin ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesi için sürekli olarak Lojistik ekibi ile iletişimde bulunulur. Bölümde enfeksiyon vakalarının yaşanmaya başlanması durumunda Operasyon Şei vasıtasıyla/doğrudan Tıbbi Teknik Kurul ile görüşülerek alınması gereken önlemler belirlenerek gerekli önlemler alınır. Bölümün temizliğinin düzenli olarak yapılması, atıkların düzenli olarak toplanması sağlanır ve temizlik personeli ihtiyacında doğrudan Destek Hizmetleri Sorumlusu ile iletişime geçilir. Acil durumun her anında HAP ile ilgili dokümanlar aktif olarak kullanılır.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, • Serviste bir arıza yaşanması durumunda yetkilendirilmiş personelin müdahale etmesini sağlayın.		
KULLANILACAK MATERYAL		
• Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar, • Tıbbi Cihazlar • Formlar ve kontrol listeleri, • Görev yelekleri,		
KALİTE KONTROL		
• Ameliyathanenin ' nin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın, • İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.		
ZAMAN DİLİMİ		
• Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (Ameliyathane ' nin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra), yapın • Raporlama sürelerinde durum raporlarınızı gönderin.		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Yataklı Servis İşleyiş ve Müdahale SOP		
Güvenlik Hizmetleri SOP		

Destek Hizmetleri SOP		
Lojistik Hizmetleri SOP		
Tahliye Özel Planı		
Kat Tahliye Özel Planı		
Yangın Özel Planı		
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Servis Sorumlusu		
Servis Personeli		
Destek Personel		
OYE Üyeleri		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Ameliyathane Durum Raporu Hasta Tahliye Takip Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Hasta Eşyası Teslim Formu Personel Tahliye Takip Formu		
İZLEME		
• Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, • Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, • Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, • Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.		
GÜVENLİK		
Bölümün izlenerek güvenlik riski yaşanan durumlar yaşanması durumunda gerekli önlemlerin alınması için güvenlik ile iletişime geçin		

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 3 HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR

Hastanelerde elektrik/su kesintisi, gaz sızıntısı, patlama, oksijen kaynağı yetersizliği vb. durumların ya da deprem, sel, yangın, fırtına vb. doğa kaynaklı olayların sonucunda yapısal ve fonksiyonel sorunlar oluşabilir. Acil durumun özelliğine göre zorunlu tahliye ya da tedbir amaçlı tahliye söz konusu olabilir.

Tahliye kararının alınması ve uygulanması, insangücü ihtiyacı, hastanenin ya da bölümün kullanım dışı kalması, tedavilerin ertelenmesi, hastalar, ziyaretçiler ve personel için yaralanma riskinin olması, diğer hastanelere, bölümlere, transport sistemine ek yük getirmesi bakımından çok dikkatli değerlendirilmesi gereken süreçlerdir.

HASTANE TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

Temel Faaliyet :Afet durumunda hastane tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden nasıl tahliye edileceğini ve/veya diğer kat ve bölümlere nasıl transfer edileceğini belirlemektir.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak,
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak,
- Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak,
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)

TANIMLAR

Tahliye : İç veya dış etkiler nedeniyle hasta, personel ve hasta yakınları için güven vermeyen hastanelerin bir bölüm veya tamamının boşaltılarak insanların daha güvenli bölgelere nakledilmesidir.

Tahliye çeşitleri;

İnternal Tahliye; Hastaların hastane içinde güvenli bir yere transferidir. Horizontal ve vertikal tahliye olarak ikiye ayrılır.

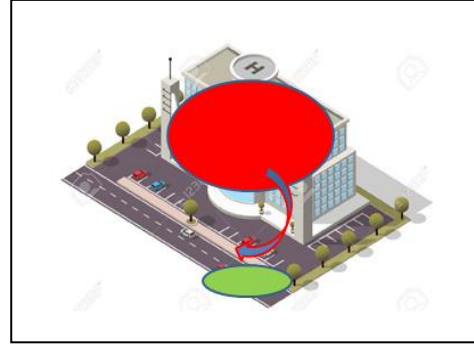


- **Horizontal tahliye**; hastaların aynı katta güvenli bir yere nakledilmesidir. Fonksiyonel nedenlerle yapılan tahliyelerde tercih edilen bir tahliye çeşididir. Kırmızı okla yapılan tahliye cinsi hastane içi aynı kata yapılan tahliye çeşidi olduğu için horizontal tahliye
- **Vertikal tahliye**; hastaların aynı binanın başka bir katına nakledilmesidir. Gerek fonksiyonel nedenlerle tahliyede gerekse afet durumlarında binanın zarar görmediği durumlarda tercih edilen bir tahliye çeşididir. En az 2 alt kata transfer yapılmalıdır. Sarı okla yapılan tahliye çeşidi farklı kata tahliye olduğu için(en az 2 alt kat) vertikal tahliye
- Eğer bu mümkün değilse HAP Başkanının alacağı karara göre eksternal-parsiyel tahliye yapılabilir.
- Kırmızı renkle yapılan tahliye çeşidi hastane içi aynı kata yapıldığı için **horizontal** tahliye
- Sarı renkle yapılan tahliye cinsi hastane içi farklı kata(en az 2 aşağı kat) yapıldığı için **vertikal** tahliye

Eksternal Tahliye; hastaların hastane dışında güvenli bir yere transfer edilmesidir, parsiyel ya da total olmak üzere iki çeşittir.

Parsiyel tahliye; hastanenin zarar gören bölümünün tahliye edilmesidir. Bu tür tahliyede diğer bölümlerdeki personelden de yardım alınabilir.

Total tahliye; hastanenin tamamen boşaltılmasıdır. Ancak bu tip tahliye zorunlu olmadıkça tercih edilmez.

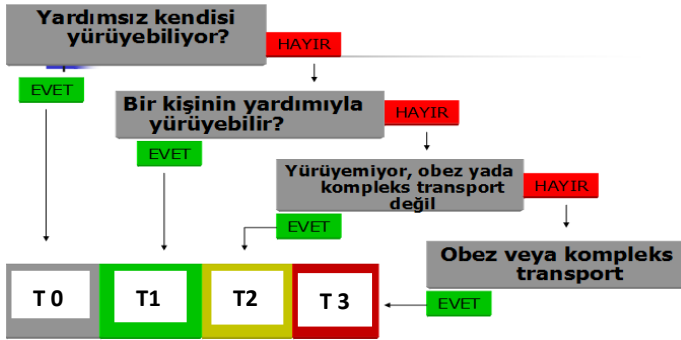


Parsiyel Tahliye sadece bir bölüm tamamen tahliye Total Tahliye hastanenin tamamen tahliyesi

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
- Tahliye gerektiren her durumda, Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilmelidir. Olay Yönetim Ekibi, tahliye faaliyetinin yönetimini üstlenir. - Tahliyenin gerekli olup olmadığına ve ilgili bölümün kilit personeliyle koordinasyon sağlanarak, ne tür tahliye yapılması gerektiğine karar verir. Tahliye kararı aşağıda verilen çizelgeye göre karar verilir. Tahliye Kararı <pre>graph TD A[Gerçek tehlike var yada kaçınılmaz?] -- EVET --> B[Acil Tahliye] A -- HAYIR --> C[Kontrol edilemez panik?] C -- EVET --> B C -- HAYIR --> D[Bekleme Stand-by] D --> E[Kontrollü tahliye kararı verildi?] E -- EVET --> F[Kontrollü tahliye] E -- HAYIR --> G[Normale dön] B --> G</pre>		

- SARI renk kodu anonsu ile personele duyuru yapılır. Bu aşamada acil tahliye yapılan bölümler dışındaki bölümler bekleme aşamasında olmalıdır. Bekleme aşamasında;
 - Bilgilendirilmeyi bekleyin
 - Görev yerinizi terk etmeyin ve hastaların odalarında beklemelerini sağlayın
 - Tuhaf yada tehlikeli bir durum fark ederseniz ilgili amirinizi bilgilendirin
 - Hastaları gelişmelerle ilgili bilgilendirin, çok fazla bilgi vermekten kaçının ancak inandırıcı olun
 - Personeli görevlendirerek ve tahliye triajı yaparak tahliyeye hazır olun
 - Kontrol edilemez panik gelişirse tahliye tercih edilmese de kaçınılmazdır
- İlgili tüm bölümlerin Tahliye ile ilgili Özel Tahliye Planları ve konu ile ilgili diğer Standart Operasyon Prosedürlerini devreye alınmalıdır.
- İlgili bölümün/bölümlerin tıbbi ve hasta bakım personeliyle koordinasyon halinde, hastaların nereye transfer edileceğine (tahliye önceliği dâhil olmak üzere) karar verir.
- Tahliye önceliği tahliye triajı yapılması önemli olup, tahliye triajı aşağıdaki döngüye göre yapılır;

Tahliye Triajı



- Yapılan tahliye triyajından sonra birim sorumluları hastaların tahliye tirajına göre personel planlamasını yapmalıdır. Bu planlama aşağıdaki gibi olmalıdır.

T 0**Tahliye için personel
gerekmez****T1****Tahliye için 1 personel
yeterli****T2****Tahliye için 2 personel
gerekli****T 3****Tahliye için 3 yada daha
fazla personel gerekli**

Buna göre;

- İlk olarak yardıma ihtiyacı olmayan, kendisi yürüyebilen E0 kategorisi olarak adlandırılan hastalar tahliye edilir. Bu tip hastalar genelde grup halinde servisten indirilir ve grup sonu ile grup başına bir öncü bir artçı personel verilir.
- Yürüyebilen hastalardan sonra E1 kategorisinde olan durumu çok ağır olmamakla beraber bir kişinin yardımıyla yürüyen hastalar tahliye edilir.
E1 kategorisinde olan hastalar bittikten sonra, durumu ağır olan yürüyemeyen ancak obez veya kompleks transport olmayan E2 kategorisindeki hastalar tahliye edilir. Bu hastaların tahliyesinde en 2 personel gerekli olmaktadır.
- Son olarak da obez veya kompleks transport olan hastalar tahliye edilir. Bunların tahliyesinde en az 3 personel gerekmektedir. Ayrıca bir cihaza bağlı iseler hasta yakın bir kuruluşa transfer oluncaya kadar gerekli olan malzeme ve donanım çıkarılmalıdır.
- Tahliye triyajı yapılan hastalara uygun triyaj kartları takılması ve yanında kendi hasta dosyası ile birlikte tahliye edilmesi gittiği bölümde tedavisinin daha hızlı yapılmasını sağlayacağı üzere bu konuya önem verilmelidir. Böylelikle hastane içi tahliye yapılması durumunda tedavi hizmetinin en az aksaması sağlanmalıdır.
- Hastaların hastane dışına tahliyesi gerekiyorsa, hangi ulaşım düzenlemelerinin gerçekleştirileceğine karar verir.
- Hastanenin tamamen tahliye edilmesi durumunda, KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl SAKOM ve 112 KKM ile birlikte gerekli düzenlemeleri yapar. Tahliye ile ilgili formlar kullanılır. İhtiyaç halinde formlarda bulunmayan tahliye ile ilgili bilgilerin kaydını tutar.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir.

• Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Tahliye kararı verilirken, hastaların nereye (hastane içi- hastane dışı, vb.) ile ilgili noktalar belirlenmelidir. Hava durumu uygun olması durumunda durumu stabil olan hastaların tedavileri dışarıda önceden hazırlanmış uygun alanlarda yapılabilir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu, cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.		
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.		
<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın		

<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.		
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Departman sorumlusunun İş AT • Kat Özel Tahliye Planları		

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 4 HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ

İş Sürekliliği, hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/veya harici olaylara, performansını etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna karşı hazırlıklı olması; önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde, baş edebilmesinin sağlanmasıdır.

4.1. Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar

• Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıplar

Kritik sistemler binanın hizmet verebilmesi için gerekli sistemler, bağlantıları ve uzantılarıdır (su, atık su, elektrik, haberleşme, ısıtma, havalandırma, gaz, tıbbi gaz, jeneratör, transformatör, dağıtım-kontrol panelleri, yangın algılama-söndürme, acil çıkış sistem ve tesisatları vb.). Hastanede kritik sistemlerdeki kayıpların insan ve ekipman bakımından ağır sonuçlara yol açar.

• Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlar

Bir dahili acil durum sebebiyle ya da fırtına, deprem ve erişim yollarına zarar veren ani seller gibi bir afet sonucunda hastanenin haberleşmesi, bulunduğu yerleşimle ulaşımı, dış dünya ile irtibatı kesilebilir. Böyle durumlarda İş Sürekliliğinde Kesinti ile ilgili Olaya Özel Plan, Tahliye konusundaki Olaya Özel Plan ile fonksiyonel bağlantısı sağlanarak geliştirilmelidir.

4.2. İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Kritik sistemlerin kaybı ya da temel hizmetlerin sunumunu doğrudan etkileyen her türlü durum halinde, Olay Yönetim Ekibi derhal etkinleştirilir ve ilgili departman, servis ve birimler ile koordineli olarak hastanedeki operasyonlara ilişkin tüm yönetimden sorumlu olur:

• Hastanenin çalışmaya nasıl devam edeceğini belirler ve önceden hazırlanan ilgili Standart Operasyon Prosedürü 'nü ve diğer İş Sürekliliği Prosedürlerini etkinleştirir.

- Mevcut kaynakların nasıl kullanılacağını belirler: Kaynakların ve sarf malzemelerinin yeniden tahsisini ve dağıtımını, gerekirse İş Sürekliliği Prosedürü' nü duruma uyarlar.
- Olayın seyrini dikkate alarak Olay Eylem Planı geliştirir, takip eder:
 - Hastalar/personel/ziyaretçilere verilecek gıdaların, ilaçların, IV sıvıların, kanların, tek kullanımlık malzemelerin; personele yönelik özel ekipmanların, tekstil ürünlerinin, reaktifler ve dezenfektanlar gibi temel ürünlerin nasıl dağıtılacağı konusundaki talimatları netleştirir; Hastanenin temel madde stoku ve elektrik üretmek için imkânı sınırlı olduğu için, malzeme dağıtımı ve pay etme konusundaki kararların belirlenmesi özellikle acildir.
 - Yerleşimde olağan kamu hizmetleri verilemiyorsa, şiddetli epidemi ve pandemi durumunda katı ve sıvıların, gıda ve biyomedikal atıkların geçici olarak güvenli bir şekilde depolanması da dâhil olmak üzere, atıkların imhası, olayın gidişatı değerlendirilerek yapılacak Olay Eylem Planında ele alınması gereken diğer bir sorundur. Olay Yönetim Ekibi' nin planlama fonksiyonu çerçevesinde, atıkların tesis alanında yakılma ihtimali de gündeme gelebilecektir.
 - Personelin birkaç saat, hatta birkaç gün boyunca eve dönemeyeceği ve hastanede kalmasının gerektiği durumlarda, Olay Yönetim Ekibi derhal vardiyaları düzenleyecek, personelin dinlenebileceği, gıda ve su ihtiyaçlarını karşılayabileceği alanları tespit edecektir.

4.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

a) Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde:

Kritik hizmetler ve birimler için yedek sistemler olsa da, enerji kesintisi hastane için her zaman bir sorundur. Bu nedenle Olay Yönetim Ekibi aşağıdakilerin gerçekleştirilmesi için derhal harekete geçmelidir:

- Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar.
- Sorun halinde Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planını geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir).
- Olay Yönetim Ekibi altyapı sorumlusu atar ve aşağıdakilerin yapılması için talimat verir:
 - Teknik bakım hizmetleri personeli ile birlikte mevcut yönetim araçları (Standart Operasyon Prosedürü, Olay Eylem Planı, Formlar, Kontrol Listeleri ve Kayıtlar) tespit edilir ve kullanılacak olanlar seçilir.
 - Belirlenen yönetim araçlarının mevcut duruma uyarlanması sağlanır. Bu tür yönetim araçları yoksa bu durumda, Olay Yönetim Ekibi söz konusu durumun yönetilmesi için 76 gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dâhil).
 - Departman/servis/birim sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersizlik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü' nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
 - Derhal kritik sistemlerin güvenliği ve gelecek birkaç saat ve gün için bunların sürdürülebilirliği değerlendirilir (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü' nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).

-Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur.

-Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır.

-Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür.

- Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planının ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi' ni düzenli olarak bilgilendirir.

- Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.

b)Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

- Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Prosedürü' nde açıklandığı şekilde ilgili kılavuzları, prosedürleri ve kontrol listelerini kullanarak, derhal zararın değerlendirilmesini istemek.
- Hastane dışından gerekecek teknik uzmanlık ihtiyacını tespit etmek ve teminini sağlamak
- Her departman/servis/birimin raporlama formunu kullanarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin çalışması ile bağlantılı her türlü sorunu rapor etmelerini istemek.
- Zarar görmüş binaların güvenliği ve/veya kaybı ile ilgili kararların alınmasına katkıda bulunabilecek başlıca taraflar ile acil toplantı yapmak.
- Gerektiğinde tahliye yönetimini gerçekleştirmek (Tahliye, her durumda son çare olmalıdır; ancak ciddi şüphelerin olduğu durumlarda tedbir amaçlı (ihtiyati) tahliye önerilmektedir. Bu durumda tahliye, Tahliyeye ilişkin Olaya Özel Plana göre gerçekleştirilmelidir).
- Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman işbirliği içinde olarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin onarımına yönelik Olay Eylem Planları oluşturmak.
- İzleme mekanizmaları oluşturmak, ilgili form ve bilgi yönetimi kayıt sistemini kullanarak operasyon veya eylemdeki ilerlemeyi düzenli kayıt altına almak ve izlemek.

Olay Yönetim Ekibi teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personeline destek amacıyla aşağıdakileri temin edecektir:

- Önceden belirlenmiş Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, kılavuz ve kontrol listelerinin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamak (müdahalenin boyutlarını, seyrini ve güvenilirliğini geliştirmek için güvenli yöntemdir).
- Teknik bakım hizmetlerine yardım etmeleri için mutfak ve çamaşırvane gibi yardımcı hizmetlerden personel görevlendirmek.
- Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatta olmak.
- Gerektiğinde hastane dışından uzman ve teknisyen temin etmek.

4.4. Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri

Olayla ilgili Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, ilgili hizmetlerin sorumluları, önemli dış paydaşlar ve Sağlık Yetkilileri ile koordineli olarak Olay Yönetim Ekibi tarafından etkinleştirilir. İş Sürekliliği Prosedürü aktive edilirken, kısa sürede önemli güvenlik ve sağlık sorunları oluşturacak kötüye gidiş potansiyeli de dahil olmak üzere, durumun ciddiyeti göz önünde bulundurulur. Olay Yönetim Ekibi' nin karar almasına yardımcı olarak, aşağıdaki ölçütler değerlendirilebilir

A Sınıfı kritik fonksiyonlar:

- Hastanenin temel hizmetleri sağlaması açısından hayati önemi olan, kesintiye uğradığında yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde büyük olumsuz sonuçlar bırakacak fonksiyonlardır.
- Bu fonksiyonlar hastaların ve personelin emniyetini temin etmek için her zaman sürdürülmesi gereken faaliyetleri içeren fonksiyonlardır. (örneğin bilgi işlem sistemi)
- Maksimum kesinti süresi ya sıfır ya da çok kısadır (birkaç dakikadan daha az)
- Olay Eylem Planı geliştirilirken, İş Sürekliliği Prosedürü hazırlanırken bu fonksiyonlar öncelikle dikkate alınmalıdır.
- Risk önleme ve risk azaltma çalışmalarında, bu fonksiyonlara her zaman öncelikle dikkat edilmelidir.

B Sınıfı kritik fonksiyonlar:

- Hastanenin temel hizmetleri sağlaması açısından kesintiye uğradığında sınırlı olumsuz sonuçlar bırakabilecek, yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde sınırlı olumsuz sonuçlar bırakacak kısa bir süre için, kısmen sekteye uğratılabilen fonksiyonlardır.
- Maksimum kesinti süresi kısadır (birkaç dakika ile birkaç saat arasında)

C Sınıfı fonksiyonlar:

- İlgili fonksiyonun makul bir zaman çerçevesi içinde kurtarılması şartıyla, hastaların ve hizmet alanların sağlığı, personel sağlığı ve sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde hemen olumsuz sonuçlar bırakmayacak, sınırlı bir süre için, kısmen ya da tamamen sekteye uğratılabilen fonksiyonlar.
- Maksimum kesinti süresi, kurtarma prosedürlerinin, temel hastane hizmetlerinin sağlanması üzerinde önemli olumsuz sonuçlar bırakmayacak şekilde uygulanmasına imkân verir.

4.5.İlgili Dokümanlar

Ölçüt		Sınıflandırma	Skor	Esneklik faktörleri
Olayın kapsamı, şiddeti ve süresi (hizmet sunumunun bozulması ve sekteye uğraması yada hizmet kaybı)	ŞİDDETLİ	• Çeşitli kritik iş (işletme) Fonksiyonlarını (A Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) birkaç İş Sürekliliği Prosedürü'nün ve dolayısıyla da İş Sürekliliği Prosedürü'nün tamamen etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay	SKOR 3	• Etkilenen Departman/ Servis/Birim, müdahaleyi yönetebilir. • Bölümler arası kilit işlemlere dahil diğer Departman/Servis/Birim'ler de etkilenir; ancak temel

	ORTA	• Kritik iş (işletme) Fonksiyonlarından (B Sınıfı) birini etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) ve bir Departman/Servis/Birim'in İş Sürekliliği Prosedürü'nün etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay • OYE' nin görev yaptığı, sadece ilgili bölümün İş Sürekliliği Prosedürünün aktive edildiği olay (tüm iş sürekliliği prosedürü aktive edilmez)	SKOR 2	hizmetleri sağlamaya devam edebilirler (kilit süreçler ciddi şekilde etkilenmezler)
	HAFİF	• Yalnızca yerel düzeyde (Departman/Servis/Birim; Kurtarma Ekibi) müdahale ile iş (işletme) Fonksiyonlarını (C Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) her türlü olay	SKOR 1	
Sağlık sonuçları (kapsam, süre)		• Birçok insan şiddetli bir şekilde etkilenmiştir	SKOR 3	• Başlangıç aşamasından sonra kötüye gitme eğilimi yoktur • Sağlık ve güvenlik üzerinde uzun vadeli kısıtlı etki
		• Birçok insan orta düzeyde etkilenmiştir	SKOR 2	
		• Birçok insan hafif bir şekilde etkilenmiştir	SKOR 1	
Hastalar ve halk sağlığı programları üzerindeki etkilerinin yönetilebilirliği		• Sağlık Sistemi ve hastane üzerinde ağır yük oluşturan ya da ele alınması çok zor sağlık sorunları	SKOR 3	• Yeterli miktardaki tıbbi kaynaklar ve ilaçlar • Mevcut tıbbi personel
		• Tıbbi kaynakları orta düzeyde tüketen sağlık sorunları	SKOR 2	
		• Etkilenen Departman/Servis/Birim dışından sınırlı ekstra kaynak ile yönetilebilir sağlık sorunları	SKOR 1	
Diğer paydaşlardan dış destek ihtiyaçları		• Olay, yalnızca hastane tarafından yönetilemez durumdadır ve birkaç dış paydaşın büyük oranda yardımını gerektirmektedir (yönetmesi çok zor olacaktır)	SKOR 3	• Sınırlı dış yardım, temel hizmet sunumunun kısa zamanda yeniden başlatılmasına katkıda bulunabilir (iyileşme).
		• Dış paydaşlardan gelen sınırlı yardım ile yönetilebilen olay	SKOR 2	
		• Dış paydaşlardan gelen az miktarda yardım ile kolaylıkla yönetilebilen olay	SKOR 1	
Sağlık personelinin emniyeti		• Tıbbi personele yönelik yüksek sağlık riski	SKOR 3	• Eğitimli sağlık personeli • Yeterli miktarda Kişisel Koruyucu Donanım
		• Tıbbi personele yönelik orta sağlık riski	SKOR 2	
		• Tıbbi personele yönelik düşük sağlık riski	SKOR 1	

İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirme düzeyini belirleme konusunda fikir vermek üzere, yukarıdaki listelemeyi esas alarak, geliştirilen derecelendirme örneği şöyledir:

Derece: 15–8	Tüm İyileştirme Ekipleri'nin devreye sokulmasını gerektiren şiddetli durum (İş Sürekliliği Prosedürü'nün topyekûn etkinleştirilmesi)	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 3
Derece: 7 –4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 2
Derece<4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 1

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 5 HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ

Pandemi, bölgesel olmaktan çıkıp küresel düzeyde etkili olan, birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkların genel adıdır. Doğa kaynaklı ya da diğer afetlerden sonra (özellikle yetersiz hijyen, su, beslenme, barınma koşulları, altyapının çökmesi vb. sonucunda) ortaya çıkabilen bulaşıcı hastalıklardan, yerel salgınlardan farklı olarak, pandemi doğrudan afet özelliği taşımaktadır. Bu bakımdan, Pandemi için Olaya Özel Plan (hastane pandemi planı) hazırlığı yapılırken, hastane içinde ya da dışında meydana gelebilecek, müdahaleye hazırlık ve uygulama süreçleri bakımından Olaya Özel Plana konu olan diğer acil durum/afetlerden çok farklı, ayırt edici özellikleri öncelikle dikkate alınmalıdır.

5.1. Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri

Pandemi, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi bakımından, küresel düzeyden başlayarak, ülke ve kurum düzeylerine uzanan ve birbiriyle karşılıklı etkileşimi mutlaka gözetilmesi gereken özellikli (spesifik) süreç ve uygulamaları zorunlu kılmaktadır:

a) Küresel düzeyde: Bir hastalığın pandemi ilan edilmesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmaktadır. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (International Health Regulations-IHR/2005) çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü için öngörülen en önemli yetkilerden biri, “Uluslararası Önemde Halk Sağlığı Acil Durumu” (Public Health Emergency of International Concern-PHEIC) varlığının tespiti (md.12). Bu tespitle birlikte, beklenmedik ve ortaya çıktığı coğrafya, ülke dışındaki yerleri de etkileyebilecek durumlar için ülkelere işbirliği içerisinde ve koordine olarak harekete geçme uyarısı yapılmaktadır. Bu uyarı, bir anlamda, ülkelerin sağlık sistemleri için her düzeyde Olay Bildirimi'dir.

b) Ülke düzeyinde: Sağlıkla ilgili afet/acil durumlara hazırlık ve müdahalede ülkelerin Sağlık Bakanlıkları temel yönlendirici konumdadır. Pandemi durumunda, ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe stratejik yönlendirmeyi ve kaynak yönetimini kapsamlı biçimde gerçekleştirirken, aynı zamanda, ülkemizin tüm kamu

kurum ve kuruluşlarının kendi sektörlerinde, görev ve hizmet alanlarında pandemi durumunda müdahale için ihtiyaç duydukları yönlendirmeyi ve bilgilendirmeyi sağlamaktadır.

c) Kurum düzeyinde: Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilanıyla birlikte, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yönlendiriciliğinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) hazırlama yükümlülüğü olan tüm sağlık (yataklı tedavi) kurumlarında, HAP kapsamında yer alan Acil Müdahale Planı (AMP) etkinleştirilir (aktivasyon); AMP'nin tamamlayıcısı olan hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) uygulanır. Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı'nın talimatları doğrultusunda, ölçekleri ve özelliklerine bakılmaksızın tüm sağlık kurumlarında bütün faaliyetlerin pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerine uygun olarak düzenlenmesine geçilir

5.2. Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler

Pandemi durumunda hastanede müdahale yönetimi planlaması yapılırken göz önünde bulundurulması gereken, pandemi özellikli (spesifik) konular şu şekilde özetlenebilir:

- Pandeminin sağlık bakımından etkilerinin önemli bir kısmı pandemiye özgü etkilerdir ve esas olarak ülkenin/toplumun daha önce bilgi ve tecrübe sahibi olmadığı koşulları gündeme getirmektedir. Bu çerçevede, diğer acil durum/afetlerden farklı olarak, başta pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri, vaka tanımları, vaka yönetim algoritmaları (triyaaj, tanı, kabul, izleme kriterleri vb.) ile pandemi döneminde gereken özellikli hizmetlerin, hizmeti verecek birimlerin belirlenmesi ve organizasyonu söz konusudur.
- Pandemiler yerleşim, ülke ve küresel tüm düzeylerde, toplum, ekonomi, çevre üzerinde eş zamanlı, yoğun ve yaygın kayıplar yaratabilen afetlerdir; yalnızca sağlık alanını değil, tüm yaşamı, tüm sektörleri ilgilendirmektedir. Pandemi koşullarında enfeksiyon bulaşma (transmisyon) ve yayılım riskinin önlenmesi/azaltılması, sağlık hizmetinin kalitesi ve devamlılığının hızla ve sürekli artabilecek hasta başvuru sayısına rağmen kesintiye uğramaması, mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlık sektörü öncülüğünde etkili müdahale gerçekleştirilebilmesi, pandeminin hayatın her alanında yol açabileceği kayıp, yıkım ve yüklerin azaltılmasında belirleyici öneme sahiptir.
- Pandemiler tehlikenin kaynağı (yeni veya yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları), etki alanı, kapsamı ve büyüklüğü (coğrafya, nüfus, süre, doğrudan ve ikincil etkiler, kayıplar) bakımından diğer afetlerden çok daha ağır, yaygın ve kalıcı olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Pandemi öncesinde ve sırasında, hastanenin görev alanındaki coğrafyada zarar görebilirliği artırabilecek sağlık risk faktörlerinin, demografik, fiziksel, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve idari etkenlerin, bireyler ve topluluklar arası temas özelliklerinin bilinmesi ve dikkate alınması, pandemiye müdahaleyi güçlendirecektir.
- Pandeminin önlenmesi, risk azaltma ve hazırlık süreçleri ve uygulamalarına ülkelerde tüm toplum kesimlerinin, küresel düzeyde tüm ülkelerin etkili ve sürekli katılımı, her düzeyde işbirliğine ve etkili koordinasyona dayalı, sonuç alıcı bir hazırlıkla mümkündür. Hastanede pandemi için Olaya Özel Plan hazırlıklarında, HAP prosedürlerine uygun olarak, pandemi özellikli olay yönetim araçlarının

geliştirilmesi/güncellenmesi, sağlık ve sağlık dışı sektörlerdeki paydaş kurumlarla iç ve dış paylaşımların yapılması, ortak bilgi ve iletişim sistemlerinin geliştirilmesi söz konusudur.

5.3. Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları

Hastane Pandemi Faaliyet Planı

Pandemi Sürecinin Yönetimi Prosedürü

Covid 19 Pandemisinin Hafifleme Sürecinde Cerrahi Operasyonların Normale Dönüş Planı

Acil Eylem Enfeksiyon Prosedürü

Enfeksiyon Kontrol Prosedürü

Enfeksiyon Kontrolünde Standart Önlemler Prosedürü

Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Planı

Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Talimatı

5.4. Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı

Hastanemizde Enfeksiyon Kontrol Kurulu ve Covid 19 Yönetim ve Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Enfeksiyon kontrol kurulu üç ayda bir covid-19 yönetim ve bilim kurulu ise ihtiyaç halinde toplanmaktadır. İlgili kurullarda hastalar ve çalışanlar için bilimsel esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti sunumunda gerçekleştirilecek enfeksiyonların önlenmesi, izlenmesi, kontrolü ve risklerin tespit edilmesi, mortaliteyi-morbiditeyi azaltmak, tedavi maliyetlerini azaltmak, hastane çalışanlarının sağlığının korunması, dezenfektan ve antibiyotik kullanımının yönetimi, teknolojinin değerlendirilmesi, yönetimi ve pandeminin etkin süreçleri değerlendirilmekte ve gerekli iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

Kişisel Koruyucu Donanım Kullanım ve Seçim Talimatı

Hastane Pandemi Faaliyet Planı

Pandemi Sürecinin Yönetimi Prosedürü

5.5. Hastane Pandemi Planı Çerçevesi

Hastane Pandemi müdahale yönetimi için organizasyon, hastane kapasitesinin değerlendirilmesi ve artırılması, vaka yönetimi Hastane Pandemi Faaliyet Planında belirtilmiştir.

OPTIMED	HASTANE PANDEMİ FAALİYET PLANI	Doküman No: EN-PL-02 Yayın Tarihi :29.07.2019 Revizyon No :01 Revizyon Tar.: 09.03.2020 Sayfa No :102/528

İNFLUENZA VE HASTALIK TANISI

Mevsimsel influenza; influenza virüslerinin etken olduğu, toplumda yaygın olarak görülen, akut üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularıyla seyreden, bazı kişilerde hastaneye yatışı gerektirecek komplikasyonlara ve ölüme neden olabilecek kadar ciddi bir kliniğe yol açabilen bir hastalıktır. Hastalığa grip adı da verilmekle birlikte diğer virüslerin yaptığı üst solunum yolu enfeksiyonlarına da toplumda grip

denilmektedir. Bu durum toplumda hastalığın diğer üst solunum yolu enfeksiyonları ile karıştırılmasına neden olmaktadır.

Grip (influenza) genellikle yıl içerisinde Ekim ayından başlayarak Mart sonu Nisan başına kadar olan dönemde sık görülen oldukça bulaşıcı bir solunum yolu hastalığıdır. Grip kuzey yarım kürede yer alan her ülkede ifade edilen aylar arasında toplumda önemli sayıda kişiyi etkileyen bir hastalıktır. Bu aylarda hasta kişi sayısının belirgin şekilde artması beklenen bir süreçtir ve salgın olarak değerlendirilmemeli, mevsimsel grip hastalığı aktif dönemi olarak ifade edilmelidir.

Mevsimsel grip hastalığının etkenleri olan influenza virüslerinin çok fazla sayıda alt tipleri bulunmaktadır. Yıllar içerisinde toplumda sık görülen influenza virüsleri sürekli değişmekte, bir önceki yıl görülen virüsten oldukça farklı virüsler sonraki yıllarda insanları hastalandırabilmektedir. Bu durum neden her yıl grip olabildiğimizi net bir şekilde açıklamaktadır. Hastalıktan korunmada en etkili yöntemin grip aşısı olduğu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından her yıl vurgulanmaktadır. Yukarıda açıklandığı üzere grip aşısı içerisinde bir önceki yıl toplumu en çok hastalandırılan virüsleri içeren 3 veya 4 alt tip influenza virüsü aşı içerisine dahil edilmekte ve her yıl aşı yeni hazırlanmakta, bir önceki yılın aşıları kullanılmamaktadır. İnsanlarda hastalık oluşturan influenza virüslerinin neredeyse tamamı influenza A ve influenza B alt tiplerine aittir ve aşılar içerisinde her iki alt tipe ait suşlar yer almaktadır. İnfluenza A ve influenza B ayrı alt tipler olarak adlandırılmakla birlikte neden olduğu hastalık tablosundaki şikâyetler ve bulgular tamamen aynıdır. Bu iki alt tipin tedavisinde kullanılan ilaçlar da farklı değildir ve hastalar aynı ilaçlar ile tedavi edilmektedir.

İnsanlarda olduğu gibi her canlının kendine ait grip virüsleri mevcuttur ve kuş gribi halk arasında bunun bilinen en güzel örneğidir. Diğer canlılara ait grip virüslerinin insanları hastalandırması beklenmez. Bununla birlikte 2009 yılında tüm dünyanın yaşadığı domuz gribi salgınında olduğu gibi, hayvanlardaki grip virüsleri insanlara geçiş özelliği kazanabilmekte ve tüm dünyayı etkileyen pandemiye neden olabilmektedir. Ancak domuzlardan insanlara geçen domuz gribi virüsleri gibi virüslerde tüm dünyayı etkileyecek bir salgına neden olma yetisini birkaç yıl içerisinde kaybetmekte, sonraki yıllarda mevsimsel influenza etkenleri arasında yerini almaktadır. Başka bir deyişle domuz gribi ifadesi sadece tüm dünyayı etkilediği pandemi döneminde kullanılmıştır ve artık salgın sonrasındaki yıllarda mevsimsel grip etkenleri arasında yer almaktadır, domuz gribi olarak tanımlanmamaktadır.

İnfluenza virüsleri hasta kişiden diğer kişilere kolaylıkla bulaşabilmekte, insanların kapalı alanlarda daha çok vakit geçirdikleri kış aylarında hastalık en yoğun dönemine ulaşmaktadır. Grip genellikle hasta olan kişilerin konuşma, öksürme ve hapşıрма gibi davranışları ile saçılan ve virüs içeren damlacıkların, hasta kişiye 1 metre ve daha yakın olan kişilerin ağız, burun ve göz mukozalarına geçmesi ile bulaşmaktadır. Daha nadir olarak virüs içeren damlacık ile kirlenmiş, kontamine olmuş yüzeylere, araç ve gereçlere kişilerin önce elleri ile dokunması ve sonrasında ellerini ağız, burun veya gözlerine götürmeleri ile de bulaşabilmektedir. Hastalıktan korunmak için grip sezonunda mümkün olduğunca kalabalık ve kapalı ortamlardan uzak durulmalı, hasta kişiler ile temas etmemeye, sarılmamaya ve tokalaşmamaya çalışılmalı, eller sık sık

yıkanmalı ve kişisel hijyen kurallarına dikkat edilmelidir.

Grip birçok kişide hafif seyretmekte ve bu kişiler birkaç gün içerisinde tamamen iyileşmektedir. Bununla birlikte yaşlılarda, genç çocuklarda, gebelerde ve kronik hastalığı olanlar gibi özellikleri bulunanlarda ağır seyretmekte, hastane yatışlarına ve hatta ölümlere neden olabilmektedir.

Hasta kişiler hekim önerisi olmadan ilaç kullanmamalıdır. Grip tedavisi olan bir hastalıktır, ancak yapılan çalışmalar ile tedavinin olabildiğince erken dönemde başlanmasının önemi vurgulanmaktadır. Hastalık belirtileri başladıktan sonraki ilk 48 saat içerisinde başlanan tedavinin daha etkili olduğu bilinmelidir. Ayrıca grip olan kişiler bol sıvı almalı, beslenmelerine dikkate etmeli, ellerini sık sık yıkamalı, öksürme ve aksırma sırasında ağızlarını kâğıt mendille, mendil yok ise kolun iç yüzü ile kapatmalı, mümkün ise birkaç gün evde istirahat etmelidir.

Dünyada bilimsel çalışmalar ile gripten korunmanın en etkin yolun aşı olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle grip sezonu öncesinde ve grip sezonu süresince özellikle hastalığın ağır seyrettiği ve hatta ölümlerin görülebildiği risk grubundaki kişilerin grip aşısı yaptırmaları önerilmektedir. Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından hekim reçetesi ile grip

HASTALIK TANISI

Klinik Belirti ve Bulgular: Titreme ile yükselen ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrısı ve halsizlik hastaların çoğunda görülen belirtilerdir. 38°C ateş genellikle üç gün sürer. Bulantı, kusma ve ishal çocuklarda erişkinlere göre daha siktir. Özellikle beş yaş altı çocuklarda influenza mevsiminde ateş ve yedi günden kısa süreli üst ve/veya alt solunum sistemi belirtileri ile başvurular da olabilmektedir. Nezle ile ayırıcı tanısı önemlidir.

BELİRTİLER	SOĞUK ALGINLIĞI	GRİP
Ateş	Nadir	38-39°
Baş ağrısı	Nadir	Sürekli
Genel ağrı ve sızı	Az	Genellikle
Yorgunluk	Hafif	2-3 hafta
Burun tıkanıklığı	Genellikle	Bazen
Hapşırma	Genellikle	Bazen
Boğaz Ağrısı	Genellikle	Bazen
Öksürük	Nadir	Genellikle
Komplikasyonlar	sinüzit ve kulak ağrısı	bronşit, zatürre
Engellemek	hiç bir şey yapılamaz	Aşılama ve antiviral ilaçlar
Tedavi	belirtiler geçici olarak ortadan kaldırılır.	Belirtiler görülmeye başlandıktan sonraki ilk 48 saatte antiviral tedavi başlanması ve belirtileri gidermeye yönelik tedavi

Hastanenin mevcut durumu aşağıda yer alan başlıklarda belirtilmektedir.

2. Pandemi Döneminde Hizmet Sunumuna Yönelik Birimlerin Oluşturulması

a. Yönetim Birimi:

Pandemi döneminde;

- Pandemi planlarının uygulanmaya konulmasını,
- Sağlık personelinin çalışma düzeninin pandemiye uygun olarak planlanmasını,
- Sağlık hizmeti sunumunun pandemiye uygun olarak düzenlenmesini,
- Hastane için triyaj planlamasının uygulamaya konulmasını,
- Hastane enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerinin değerlendirilmesi ve uygulanmasını,
- Vaka yönetim algoritmasına uygun vaka takiplerinin uygulanmasını sağlamalıdır.

Pandemi yönetim birimi üyeleri:

Başhekim	Çetin ÜÇEÇAM
Başhemşire	Sevda SÜMBÜL
Enfeksiyon Kontrol Kurulu Başkanı	Gökçe Sanem YILMAZ
Dahiliye Uzmanı	Emre YILMAZ/Muhammed Cabir ÖZDEMİR
Göğüs Hastalıkları Uzmanı	Hüseyin ÇEBİ
Genel Müdür	Ayhan ARSLAN
Kadın Doğum Uzmanı	Nida CANNAZİK/Duygu KARAER ÖZTÜRK
Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Medeni ASMA/Niyazi ÇETİN
Kalite Yöneticisi	Filiz ALBAYRAK
İşletme Direktör Yardımcısı	Elçin SÜLEYMANOĞLU
Hasta Hizmetleri Müdürü	Ezgi GÖNÜL
Acil Servis Hekimi	Bülent Ali KAPTANOĞLU/ Mehmet TOKATLI
Yoğun Bakım Hekimi	Zeynep ARAS/ Elif CAYMAZ ALTIKARIŞ
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Ece Nur TOPCU

b. Eğitim Birimi:

Pandemi döneminde sağlık personeline yönelik aşağıda belirtilen eğitimlerin planlaması ve yürütülmesi sağlanmalıdır. Eğitim kaynağı Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün yayınladığı eğitim dokümanlarıdır.

Enfeksiyon Kontrol Kurulu Başkanı	Gökçe Sanem Yılmaz
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Ece Nur Topcu
Acil servis hekimi	Bülent Ali Kaptanoğlu/ Mehmet Tokatlı

c. İletişim Birimi:

Hazırlanan iletişim planlarına göre hastane içi ve diğer kurum ve kuruluşlarla iletişim sağlanmalıdır.

İletişimden sorumlu birim ve çalışanlar;

Başhemşire	sevdasumbul@optimedhastaesi.com
Enfeksiyon kontrol Hemşiresi	ecenurtopcu@optimedhastanesi.com

d. Sürveyans Birimi:

Sağlık müdürlüğü tarafından istenen verilerin (poliklinik başvuru sayısı, yatan hasta sayısı, yoğun bakımda yatan hasta sayısı, ölen hasta sayısı vb.) toplanması ve bildirimlerin yapılması sağlanmalıdır.

Sürveyans sorumlusu, enfeksiyon hemşiresi tarafında belirli aralıklarla hastaneye başvuran hastaların sayılarını, genel durumlarını, yatış ya da sevk edilme durumlarının kontrolünü yapar, yönetim birimine verileri iletir.

3. İletişim Planının Yapılması:

Hastane içi ve hastane dışı iletişim planları oluşturulmalıdır. Bu kapsamda hastane çalışanlarının iletişim bilgileri Santral tarafından kayıt altına alınıyor ve belirli aralıklarda güncellemeleri yapılıyor.

· İl/ilçede sağlık müdürlükleri başta olmak üzere pandemi döneminde iletişim kurulacak kurumlar belirlenmeli, iletişim bilgileri alınmalı ve düzenli aralıklarla güncellenmelidir. İletişim biriminde belirtilen kişiler aşağıda belirtilen kurumları arayarak güncel durum bilgisini paylaşırlar.İlgili kurumun talebi üzerine bilgi akışı devam eder.

Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü	0282 258 2258
Çorlu İlçe Sağlık Müdürlüğü	(0282) 650 06 16
Çorlu Halk sağlığı	(0282) 258 24 20
Tekirdağ Çevre İl Müdürlüğü	0282 261 4117

Hastane içi iletişim bilgileri:

ÇORLU INTERNATIONAL DAHİLİ NUMARALAR

NUMARA	BÖLÜM	KAT
8006	DR. BERAT BALCI	ZEMİN KAT
8100	EMEL ZEYBECİK	1.KAT
8140	HASTA KABUL / ÇOCUK	1.KAT
8104	HASTA KABUL / KADIN DOĞUM	1.KAT
8113	DR.BABÜR SÜER	1.KAT
8091	KAN ALMA	1.KAT
8240	HASTA KABUL	2.KAT
8241	HASTA KABUL	2.KAT
8202	DR.DOĞAN DURMAZER	2.KAT
8022	2.KAT TELSİZ	2.KAT TELSİZ
8303	YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM BANKO	3.KAT
8301	YETİŞKİN YOĞUN BAKIM BANKO	3.KAT
8420	HEMŞİRE BANKOSU	4.KAT
8010	BUKET ŞAHİN	4.KAT SORUMLU HEMŞİRESİ
8520	HEMŞİRE BANKOSU	5.KAT
8521	KALİTE / ENFEKSİYON HEMŞİRESİ OD.	5.KAT
8034	ÇİLEM ESENDEMİR	5.KAT SORUMLU HEMŞİRESİ
8620	HEMŞİRE BANKOSU	6.KAT
8621	EDA ARABACI	6.KAT SORUMLU HEMŞİRESİ
8720	HEMŞİRE BANKOSU	7.KAT

8800	YEMEKHANE	8.KAT
8067	ACİL DR ODASI	ACİL SERVİS
8066	ACİL HASTA KABUL	ACİL SERVİS
8065	ACİL MÜŞAHEDE	ACİL SERVİS
8033	SALİHA KUVVET	ACİL SERVİS
8063	AMELİYATHANE BANKO	AMELİYATHANE
8032	EBRU ŞAHİN	AMELİYATHANE
8039	ZÜLEYHNA KOÇ CANLI	ANESTEZİ SORUMLUSU
8000	DR. NEVZAT KOÇ	BAŞHEKİM
8009	HİCRAN ASLAN	BAŞHEMŞİRE
8801	BİLGİ İŞLEM ODASI	BİLGİ İŞLEM
8019	CİHAN ÇÖMLEK	BİLGİ İŞLEM
8050	HÜSEYİN AYDIN	BİLGİ İŞLEM
8007	DR. GÖNÜL UYSAL	BİYOKİMYA UZMANI
8035	BUSE RAHVAN	BİYOMEDİKAL
8108	DR. SEFA KAZANCI	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALARI
8102		ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALARI
8024	DEPO	DEPO
8023	HASAN NERGİSLİ	DEPO
8060	HATİCE ŞAHİN	DESTEK HİZMETLERİ SORUMLUSU
8101	DYT.TUĞÇE EMİROĞLU	DİYETETİK POLİKLİNİĞİ
8080	ECZANE	ECZANE
8212	ENDOSKOPİ	ENDOSKOPİ
8206	DR. RIFAT SAYGIN ALTINAĞ	BEYİN VE SİNİR CERRAHİ
8204	DR. HAKAN SUNAL	GENEL CERRAHİ
8211	DR. KEMAL GÜNDOĞDU	GENEL CERRAHİ

8201	MUZAFFER KURT	PLASTİK CERRAHİ
8213	DR.AYHAN AKBIYIK	GÖZ HASTALIKLARI
8207	DR.SERHAT ÇİÇEK	GÖZ HASTALIKLARI
8014	GÜVENLİK	GÜVENLİK
8025	ELÇİN ESEN EŞİYOK	HASTA HAKLARI
8100	EMEL ZEYBECİK	HASTA HİZMETLERİ
8013	GÜNAY SÖZLÜ	HASTA KABUL EKİP LİDERİ
8209	DR. MUHAMMED CABİR ÖZDEMİR	İÇ HASTALIKLARI
8089	BAHAR GÜLTEN	İDARİ TIBBİ SEKRETERLİK/ARŞİV
8020	ELÇİN SÜLEYMANOĞLU	İŞLETME DİREKTÖRÜ
8106	DOÇ. DR. CİHAN İNAN	KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİ
8043	DR. DUYGU KARAER ÖZTÜRK	KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİ
8042	DR.TEVFİK KAÇAR	KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİ
8888	KAFETERYA	KAFETERYA
8110–8111	UZM.DR.SEZGİN ÖZTÜRK	KARDİYOLOJİ
8112	EFOR – HOLTER	EFOR – HOLTER
8057	DR.YÜCEL TALİP BAŞARAN	KBB
8103	BERİA YILMAZ	KLİNİK PSİKOLOG
8012	NAGİHAN AKTAŞ	KURUMSAL İLETİŞİM
8058	KURUMSAL İLETİŞİM	KURUMSAL İLETİŞİM
8090	DEMET KOKUM	LABORATUVAR SORUM.
8093	LABORATUVAR	LABORATUVAR
8130	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ
8064	ODYOMETRİ	ODYOMETRİ
8208	DR. ALİ BİLGE	ORTOPEDİ
8205	DR.UFUK ÇALIŞKAN	PSİKİYATRİ

8030	FATMA ESMER	RADYOLOJİ
8092	HASTA KABUL	RADYOLOJİ
8029	MR KONSOL ODASI	RADYOLOJİ
8027	ULTRASON ODASI	RADYOLOJİ
8028	DR. FATİH SİVRİ	RADYOLOJİ UZMANI
8036	HAKAN KAFA	TEKNİK SERVİS
8037	TARIK ÇIRAK	TEKNİK SERVİS
8031	EBRU KARTAL	YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM
8008	DR ANESTEZİ, YOĞUN BAKIM	YETİŞKİN YOĞUN BAKIM
8038	MUSTAFA KONBAL	YETİŞKİN YOĞUN BAKIM
8061	DANIŞMA	ZEMİN KAT
8055	HASTA KABUL	ZEMİN KAT
8056	HASTA KABUL	ZEMİN KAT
8062	HASTA YATIŞ	ZEMİN KAT
8054	HASTA YATIŞ	HASTA YATIŞ
8094	KANALMA	
8059	ÖZEL SİGORTALAR	ZEMİN KAT
8109	ÖZEL SİGORTALAR / ECEHAN SEDA	ZEMİN KAT

7. Hastane Kapasitesinin Artırılmasına Yönelik Planlama:

Hastane afet planı kapsamında protokol yapılan otellerden faydalanılacak. Hastane içinde yatak kapasitesi arttırmada refakatçi yatakları kullanılacaktır. Ayrıca ilaç ve sarf malzeme için anlaşmalı olan depolardan destek istenecektir.

İşlem	Eldiven	Göz koruma	Maske	Sıvı geçirimsiz önlük
Solunum yolu açılması/ entübasyon/ aspirasyon	Evet	Evet	Evet*	Hayır**
Damar yolu açma/kan örneği alma	Evet	Hayır***	Hayır	Hayır
Travma/yara kapatma	Evet	Evet	Evet	Evet
Hasta muayenesi, değerlendirme, taşıma	Evet	Hayır	Hayır	Hayır

Resüsitasyon	Evet	Evet	Evet*	Hayır**
Kontamine malzeme atımı, ambulans temizliği	Evet	Evet	Evet*	Evet

*cerrahi maske ya da endikasyona göre en az N95/ FFP2 tipi maske

** sıçrama ve bulaş riski olan durumlarda koruyucu önlük giyilmelidir.

***ajitasyonu veya kontrolsüz hareketleri olan hastalara müdahale sırasında göz ve yüz koruyucu kullanılmalıdır.

8. Pandemi Döneminde İhtiyaç Duyulacak Tıbbi ve Diğer Malzeme İhtiyacı ve İhtiyacın Teminine Yönelik Planlama:

Kullanılacak kişisel koruyucu ekipmanlar; acil serviste her an kullanıma hazır 5 adet kişisel koruyucu ekipman seti mevcuttur. Mesai saatleri içerisinde Acil Servis Sorumlu Hemşiresi, Başhemşire, Depo, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi; mesai saatleri dışında Nöbetçi İşletme Yöneticisi, Acil Servis Sorumlu Hekimi ekipman temininden sorumludur. Tüm acil servis çalışanları bu ekipmanların nerede olduğunu bilmelidir. Ayrıca depoda hastane çalışanlarına yetecek miktarda ekipman hazır bulunmalıdır/temin yolu bilinmelidir.

Ayrıca polikliniklerde yeterli miktarda cerrahi maske, el hijyeni ürünleri (antiseptikli sabun, alkollü el dezenfektanı), nonsteril eldiven; yatan hasta odalarında yeterli miktarda cerrahi maske, el hijyeni ürünleri (antiseptikli sabun, alkollü el dezenfektanı) bulunmaktadır. Eğer aerosolizasyon oluşturan bir işlem yapılacak ise en az FFP2/N95 tipi maske, koruyucu gözlük bulundurulmalıdır.

Hastalara uygulanacak ilaç temininde ilçe toplum sağlığı müdürlüğü yönlendirmesine göre hareket edilir. İlaç ve aşılar, ilçe toplum sağlığı müdürlüğünden aşılar (soğuk zincir ile alınır) hastanenin ulaşım görevlisi ve aşı takip hemşiresi tarafından alınır. Hastanede aşı saklamak için kullanılan buzdolabında muhafazası sağlanır. Kullanılan aşılar sağlık Bakanlığı aşı sistemine işlenir. Hastanede, acil servis ve yoğun bakım çalışanları öncelikli olmak üzere hastaya direk müdahale edecek çalışanlar kayıt altına alınarak aşılama sağlanır.

Hastane çalışanlarına, rutin olarak, çalışılan bölümün riskine ve kendi istekleri doğrultusunda her yıl Kasım ayında influenza aşısı yapılması planlanır.

Antiviral ilaçlar kontamine olmuş çalışan sayısına göre belirlenir.

ACİL MÜDAHALE İLAÇ VE MALZEME STOK LİSTESİ

SIRA NO	İLAÇ ADI	MİN.SAYI	MAX.SAYI	SIRA NO	İLAÇ ADI	MİN.SAYI	MAX.SAYI
1	CRASH CARD ÜST KISIM	MİKTAR			2. ÇEKMECE	MİN. SAYI	MAX. SAYI
2	Defibrilatör	1		1	Prednol amp. 250Mg	1	3
3	Ambu Yetişkin-Maske	1		2	Jetmonal(Aritmal)%10 amp.	1	3
4	Ambu Pediatrik-Maske	1		3	Enjektör İğne Ucu No:21-22	1	3
5	Laringoskop-Yedek pil	1		4	İntracate No:26-24-22-20-18-16	1	3
6	Jel	1		5	Damaryolu fasteri	3	5
7	Oksijen Tüpü	1		6	Turnike	1	2
8	Oksijen Maskesi Yetişkin	1		7	Tespit Tahtası	1	3
9	Oksijen Maskesi Pediatrik	1		8	Üç Yollu Musluk	1	3
10	Eldiven Muayene	1 KUTU			3. ÇEKMECE		
	1.ÇEKMECE	MİN. SAYI	MAX. SAYI	1	Airway No:0-1-2-3-4-5	1	2
1	Adrenalin amp.1mg	5	15	2	Enjektör 2ml-5ml-10ml-20ml	1	5
2	Cordarone amp.150mg	1	5	3	EntübasyonTüpü cafsız No:2-2,5-3-3,5-4	1	2
3	Potasyum Klorür %7,5amp.	1	4	4	EntübasyonTüpü caflı No:4,5-5-5,5-6-6,5	1	2
4	Dopamin(dopadren)amp.200mg	1	3	5	EntübasyonTüpü caflı No:7-7,5-8-8,5-9	1	2
5	Magnezyum Sülfat amp.	1	3	6	İpek Flasteri	1	
6	Jetmonal(Aritmal)%2 amp.	1	4		4.ÇEKMECE		
7	Dekort amp.	2	5	1	Entübasyon Stili S-M-L	1	
8	Atropin amp. 1Mg	5	15	2	Aspirasyon Sondası No:6-8-10	1	2
9	Sodyum Bikarbonat amp.	3	20	3	Aspirasyon Sondası No:12-14-16	1	2
10	Am inocardol (Tecar)amp.	1	3	4	Flaster	1	
11	Perlinganit amp.	1	3	5	Steril Spanç	2	5
12	Transamine %10 amp.	1	3	6	Makas	1	
13	Avil amp.	2	5		5. ÇEKMECE		
14	Calcium amp.	1	4	1	%5 Dextroz 100ml	1	3
15	Digoxin Sandoz amp.	1	3	2	Voluven 500ml	1	2
16	Beloc amp.5mg	1	3	3	İzotonik 100ml	1	3
17	Lasix amp.	2	5	4	Serum Seti	1	5
18	Dobutamine(Dopcard)amp.250mg	1	3				
19	Efedrin amp.	1	3				

9. Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemlerinin Belirlenmesi

Acil servise ve/veya polikliniğe başvuran hastalara standart önlemlerin dışında temas ve damlacık yolu önlemleri alınmalıdır. Hasta, hekim tarafından değerlendirildikten sonra uygun bölüme tedavi için yönlendirilmeli veya taburculuğu yapılmalıdır.

Acil serviste, giriş bölümde başvuran hastaların triyajı sağlandıktan sonra uygun muayene odasına alınmalı ve işlemleri yapılmalıdır. Radyoloji gibi kapalı bölüme gidiyorsa oradaki çalışanlar bilgilendirilmeli ve gerekli hazırlıkların yapılması gerekmektedir. Gerekirse laboratuvar işlemleri için de ayrı bir alan oluşturulabilir.

El hijyeninin sağlanması çok önemlidir. Her zaman 5 endikasyon kuralına uyulmalıdır. El dezenfektanı işlem yapılacak her alanda olmasına dikkat edilmelidir.

Hastalara bakım verirken sekresyon teması veya sıçrama ihtimali var ise, bir girişim yapıyorsa (özellikle aspirasyon, bronkoskopi gibi solunum sistemine girişlerde) eldiven ve maskeye ilave önlük, gözlük/yüz koruyucu da kullanılmalıdır.

Toplu bekleme alanlarında cerrahi maske kullanımı sağlanmalıdır.

Aynı etken ile bulaşı olan hastalar kliniklerde aynı odalarda kalabilirler. Kullanılan malzemeler hastaya özel olmalıdır. Ayrılamıyor ise dezenfeksiyonu sağlanıp sonra kullanıma geçilmelidir. Hastalar taburcu olduktan sonra kullanılan malzemeler dezenfekte edilmeli sonra başka hastaya kullanılmalıdır. Hasta odalarının da aynı şekilde dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

İZOLASYON PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ VE KAPSAM

Bulaşma riski yüksek, epidemiyolojik açıdan önemli patojenlerle kanıtlanmış veya şüpheli enfeksiyonu ya da kolonizasyonu olan hastalardan diğer hastalara ve çalışanlara enfeksiyon geçişini önlemek için gerekli olan kuralları belirlemektir. Bu prosedür hastanede uygulanacak izolasyon kurallarını kapsar.

2.TANIMLAR VE KISALTMALAR

CDC : Center for Disease Control and prevention (Uluslararası Hastalık Kontrol Merkezi)

HICPAC : Hospital Infections Control Practices Advisory Comitte (Hastane enfeksiyon Pratikleri Tavsiye Komitesi)

EKH : Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

VRE : Vankomisine Dirençli Enterokok

VRSA : Vancomycin Resistant Staphylococcus Aureus

EKK :Enfeksiyon Kontrol Komitesi

İzolasyon Kartları: İzolasyon prosedürleri ile ilgili hazırlanan kartlar izolasyon uygulanan hasta odasının kapısına asılır. İzolasyon kartları aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:



Temas
İzolasyonu



Damlacık
İzolasyonu



Solunum
İzolasyonu



İmmüsuprese
Hastalar

3.REFERANS DOKÜMANLAR

Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği İzolasyon Önlemleri Kılavuzu

CDC- Isolation Precaution Guideline

İzolasyon Uygulanması Gereken Hastalıklar listesi

İzolasyon İzlem Çizelgesi

Enfeksiyon Kontrol Prosedürü

El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatı

İzolasyon Kartı

4.UYGULAMA

4.1.Genel Kurallar

CDC, HICPAC tarafından önerilen bulaşma yoluna bağlı izolasyon önlemleri uygulanır. Bu uygulamalar şunlardır;

- ❖ Temas Önlemleri
- ❖ Damlacık Önlemleri
- ❖ Solunum Önlemleri
- İzolasyon uygulamalarının başlatılmasından ve sonlandırılmasından hastanın primer hekimi ve/veya Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü Kurulu, EKH sorumludur.
- Enfeksiyonu olan bir hasta servise yatırıldığı zaman hastanın doktoru ya da servis sorumlu hemşiresi/hastanın hemşiresi EKH' ni durumdan haberdar eder. İzolasyon gerektiren bir hasta ise gerekli izolasyon sağlanır.
- İzolasyon uygulanan hastanın odasının kapısına ilgili “**İzolasyon Kartı**” asılır. Dosyasına izolasyon işareti yapıştırılır. Tek kişilik oda yok ise izolasyon işareti hasta başı panellere uygun şekilde yerleştirilir.
- Hastanın enfeksiyonu ile ilgili gerekli tıbbi bilgi hastanın doktoru tarafından verilir ve ardından işbirliğini sağlamak için izolasyon kuralları hakkında açıklamalar servis sorumlu hemşiresi ve/veya EKH tarafından yapılır.
- İzolasyon hastalarının mutfak gereçlerinin disposable olarak gelir.
- İzolasyon hastalarının tekstil malzemeleri kırmızı çamaşır torbasına koyulur ve o şekilde çamaşırhaneye teslim edilir.
- İzolasyon hastaları tek kişilik hasta odalarına alınır. Özel oda sağlanamaz ise başka enfeksiyonu olamayan, ancak aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilir.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde hastaya tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Aynı mikroorganizma ile enfeksiyonu olan hastalara aynı hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Hastanın hastane içindeki başka üniteye transferleri sırasında izolasyon çeşidi hakkındaki tüm bilgiler teslim edildiği üniteye verilir.
- İzolasyona alınan hastaların ayıtları EKH tarafından İzolasyon İzlem Çizelgesine kaydedilir.
- Tüm kliniklerde İzolasyon Uygulanması Gereken Hastalıklar listesi ve alınması gerekene önlemleri belirten Solunum, Temas ve Damlacık İzolasyon Kart'ları bulunmaktadır.
- Hastanemizde tüm yoğun bakımlarda pozitif basınçlı izolasyon odaları bulunmaktadır.

- İzolasyon odalarının hepa filtre ölçüm sıklığı Enfeksiyon Kontrol Prosedürü'nde belirtildiği gibi yapılır.
- Tüm izolasyon uygulamalarında Standart Önlemlere uygun davranılır.

4.2.İzolasyon Uygulamaları

4.2.1.Temas İzolasyonu

Temas ile geçiş nozokomiyal enfeksiyonların geçişinde en önemli ve en sık rastlanan durumdur. İki alt gruba ayrılır;

- **Doğrudan Temas İle Geçiş:** Vücut yüzeyinin başka bir yüzeye doğrudan temas etmesi enfekte konak ile duyarlı konak arasında mikroorganizmaların fiziksel olarak aktarılmasına neden olmaktadır.
- **Dolaylı Temas İle Geçiş:** Hastadan hastaya geçerken ellerin yıkanmaması ya da hastalar arasında aynı bakım araçlarının kullanılması sonucunda ortaya çıkan pasif geçiş şeklidir.

Temas önlemleri standart önlemlere ek olarak hastayla direkt temas ya da çevresindeki yüzeylerin ve hasta bakım malzemelerinin indirekt temasıyla geçebilen, epidemiyolojik olarak önemli mikroorganizmalarla enfekte/kolonize olduğu bilinen ya da şüphelenilen hastalara uygulanır.

4.2.1.1.Temas İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar

- VRE
- VRSA
- Çoğul antibiyotik dirençli mikroorganizmalar (MRSA, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Stenotrophomonas maltophilia, ESBL üreten Enterobacter, ESBL üreten E.coli, ESBL üreten Klebsiella pneumoniae)
- Yenidoğan ve çocuklarda RSV, parainfluenza, enterovirus
- İnkontine hastalar için enterohemorajik E. coli, shigella
- Clostridium difficile, rota virus
- Difteri
- Herpes simplex virüsü
- Ebola, lassa, margburg virusları
- Herpes zoster (Dissemine ya da immun yetmezlikli konak)
- Bebek ve küçük çocuklarda stafilokokkal fronküloz
- Majör abse, selülit, dekübitus ülseri
- İmpetigo, pediküloz, uyuz

4.2.1.2.Temas İzolasyonu Kuralları

- Hasta tek kişilik odaya yerleştirilir. Özel oda sağlanamazsa başka bir enfeksiyonu olmayan, ancak aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilir.
- Hasta odasına eldiven temin edilir. Odaya girerken hastaya temas etmeden önce eldiven (temiz olması yeterlidir, steril olması gerekmez) giyilir. Hasta ile her türlü temasta eldiven giyilir. Temas sonrası eldivenler

değiştirilir. Odadan çıkmadan eldivenler çıkartılır. Hasta odasına alkol bazlı el antiseptiği temin edilir. Hastayla temas öncesi ve sonrası eller mutlaka el antiseptiği ile temizlenir.

- Kritik olmayan hasta bakım araçları (tansiyon aleti, monitör, stetoskop) ayrılır. Kullanılan monitör başka hastaya kullanılmaz. Hasta taburcu olduktan sonra tüm yüzeyler ve cihazlar dezenfekte edilir. Stetoskop hastaya özel olur, taburculuk sonrası dezenfektan ile silinerek dezenfekte edilir. Bu medikal cihazlar dışında bir cihaz kullanılmışsa başka hastada kullanılmadan önce gerekli temizlik ve dezenfeksiyon sağlanır.
- Hastanın vücut salgılarına (gaita, yara drenajı vb.), kontamine yüzey ve aletlere giysilerle temas edileceği zaman mutlaka koruyucu önlük giyilir.
- Nakledildiği servise hastanın izolasyonda olduğu hemşiresi tarafından iletilir ve izolasyon önlemleri anlatılır; transferi sırasında izolasyon işaretleri de kullanılmalıdır.
- Hastanın nakli sonrasında da eller yıkanır.
- Hastanın çarşaf ve çamaşırları kan ve vücut sıvıları ile kirlenmediği sürece enfekte çamaşır kabul edilmez. Ancak kan ve vücut sıvıları ile kirlendiğinde enfekte kabul edilerek hemen enfekte çamaşır torbası içinde çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanır.
- Hasta odasının günlük temizliği yer-yüzey dezenfektanı ile yapılır.
- Sofra gereçleri mutfakta bulaşık makinesinde yıkanır.
- Özel havalandırma sistemi kullanılmasına gerek yoktur.
- Hastanın oda dışına çıkışının engellenmesine gerek yoktur.
- Oda kapısının sürekli kapalı tutulmasına gerek yoktur.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde hastaya tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- İzolasyon önlemleri, temas izolasyonu uygulanan tüm mikroorganizmalar için geçerlidir.
- Hasta taburcu olduktan sonra odanın tüm yüzeyleri yer-yüzey dezenfektanı ile silinir.

4.2.2.Damlacık İzolasyonu

Damlacık Yolu İle Geçiş: Damlacık geçişi, taşıyıcı ya da klinik olarak hasta kişilerden yayılan mikroorganizmaları içeren büyük partiküllü (5 µm'den büyük) damlacıkların, duyarlı kişilerin ağız, burun mukozası ya da konjunktivasına teması ile olur. Bu geçiş, öksürme, aksırma, konuşma, bronkoskopi sırasında oluşabilir. Büyük damlacıklar havada uzun süre kalamadıklarından dolayı geçiş için kaynak kişi ile maruz kalan kişinin yakın teması (yaklaşık 90 cm) gerekir.

Damlacık önlemleri standart önlemlere ek olarak, enfeksiyöz damlacıklarla bulaşabilen epidemiyolojik olarak önemli patojenlerle enfekte olan ya da kuşku edilen her hastaya uygulanır.

4.2.2.1.Damlacık İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar

- Hemophilus influenzae tip B
- N. meningitidis

- Farinks differisi
- Mycoplasma pneumoniae
- Boğmaca
- Veba (Akciğer)
- Yenidoğan ve çocuklarda A grubu streptokokkal farenjit, pnömoni, kızıl
- Adenovirus
- Kabakulak
- Parvovirus B 19
- Rubella

4.2.2.2.Damlacık İzolasyonu Kuralları

- Hastalar tek kişilik odaya yerleştirilir. Özel oda sağlanamazsa başka bir enfeksiyonu olmayan, ancak aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilir. Hastayla 1 metreden az mesafede temas durumunda cerrahi maske takılır. İzolasyon amaçlı kullanılan cerrahi maske kişiye özeldir ve her çalışma saatinde yeni maske kullanılır.
- Hastayla temas öncesi ve sonrası eller El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatına uygun olarak yıkanır.
- Hastanın vücut salgılarıyla temas sırasında eldiven giyilir ve odadan çıkmadan çıkarılır.
- Hastanın vücut salgılarına, kontamine yüzey ve aletlere giysilerle temas edileceği zaman mutlaka koruyucu önlük giyilir.
- Hasta odasının günlük temizliği yer-yüzey dezenfektanı ile yapılır.
- Zorunlu durumlar dışında hastanın odadan çıkması ve hareketi kısıtlanır. Zorunluluk halinde hastaya cerrahi maske takılarak nakli ve mobilizasyonu sağlanır.
- Hastanın nakledildiği servise hastanın izolasyonda olduğu hemşiresi tarafından iletilir ve izolasyon önlemleri anlatılır; transferi sırasında izolasyon işaretleri de kullanılmalıdır.
- Hasta nakli sonrası eller yıkanır ya da alkol bazlı el antiseptiği ile temizlenir.
- Hastanın çarşaf ve çamaşırları kırmızı çöp torbası içinde çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanır.
- Sofra gereçleri için tek kullanımlık malzemeler kullanılır.
- Özel havalandırma sistemi kullanılmasına gerek yoktur ve oda kapısının sürekli kapalı olmasına gerek yoktur.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde bu hastalara tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Hasta taburcu olduktan sonra odanın tüm yüzeyleri yer-yüzey dezenfektanı ile silinir.
- Damlacık önlemlerine ek olarak temas izolasyonu önlemleri de uygulanır.

4.2.3.Solunum İzolasyonu

Solunum Yolu İle Geçiş: 5 µm'den küçük partiküller havada uzun süre asılı kalabilir ve uzak mesafelere taşınabilir. Bu şekilde havada asılı mikroorganizmalar aynı odadaki ya da daha uzak mesafedeki hastaları

enfekte edebilir. Hava yolu ya da havalandırma aracılığı ile duyarlı konak enfekte olabilir. Bu nedenle solunum bulaşını önlemek için ortamın havalandırılmasına ve özel hava temizleme işlemlerine ihtiyaç duyulur.

Solunum önlemleri, standart önlemlere ek olarak enfeksiyöz damlacıklar ile geçebilen epidemiyolojik olarak önemli patojenler ile enfekte olan ya da kuşku edilen hastalara uygulanır.

4.2.3.1. Solunum İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar

- Kızamık
- Suçiçeği (Dissemine zosteri içermek üzere)
- Akciğer tüberkülozu
- SARS
- Avian influenza

4.2.3.2. Solunum İzolasyonu Kuralları

- Hasta, eğer mevcutsa, negatif basınçlı, saatte 6-12 kez hava değişimi olan, havanın uygun bir biçimde hastane dışına atıldığı ya da hastanenin diğer alanlarına dağılmadan önce yüksek etkili filtrasyonla filtre edildiği özel bir odaya yatırılır.
- Solunum izolasyonu alınması gereken durumlar dışında bu odaya hasta alınmaz.
- Duyarlı veya bağışık olmayan çalışanlar ve ziyaretçiler hasta odasına girecekse mutlaka N 95 solunum maskesi kullanılır. Bağışık kişilerin özel maske kullanmasına gerek yoktur.
- İzolasyon amaçlı kullanılan maskeler kişiye özel olup ve her çalışma saatinde yenisi kullanılır.
- Hastayla temas öncesi ve sonrası eller El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatına uygun olarak yıkanır.
- Hastanın vücut salgılarıyla temas sırasında eldiven giyilir ve odadan çıkmadan çıkarılır. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.
- Hastanın vücut salgılarına, kontamine yüzey ve aletlere giysilerle temas edileceği zaman mutlaka koruyucu önlük giyilir.
- Kritik olmayan hasta bakım araçlarının ayrılmasına gerek yoktur.
- Hasta odasının günlük temizliği yer-yüzey dezenfektanı ile yapılır.
- Zorunlu durumlar dışında hastanın odadan çıkması kısıtlanır. Zorunluluk halinde hastaya cerrahi maske takılarak nakli ve mobilizasyonu sağlanır.
- Hastanın nakledildiği birime hastanın izolasyonda olduğu hemşiresi tarafından iletilir ve izolasyon önlemleri anlatılır; transferi sırasında izolasyon işaretleri de kullanılmalıdır.
- Nakil sonrası eller yıkanır ya da alkol bazlı el antiseptiği ile temizlenir.
- Hastanın çarşaf ve çamaşırları kirlendiğinde enfekte kabul edilerek hemen kırmızı çöp torbası içinde çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanır.
- Sofra gereçleri için tek kullanımlık malzemeler kullanılır.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde bu hastalara tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.

- Hasta taburcu olduktan sonra odanın tüm yüzeyleri yer-yüzey dezenfektanı ile silinir.

4.3.Hastaların İzolasyonu (Nötropenik hasta, AIDS hastası, KİT hastası)

- Hasta ziyareti kısıtlanır.
- Odaya giren ve çıkan herkes koruyucu maske kullanır. Hasta oda dışına çıkacağı zaman cerrahi maske takması sağlanır.
- Hastaya her temastan önce ve sonra eller mutlaka yıkanır.
- Hasta odasında durgun su kaynağı bulundurulmaz.
- Üst solunum yolu enfeksiyonu olan personel bu hastalara bakım vermez.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde hastaya tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Dışarıdan yiyecek ve içecek getirilmesi önlenir.
- Onkoloji hastalarının yattığı birimlerin yakınında inşaat ve bakım çalışması olduğunda hastalar mutlaka solunum maskesi takılarak mobilize edilir.
- RSV(Respiratuar Sinsiyal virüs) enfeksiyonu sezonunda (1 Kasım-31 Mart) RSV hastalarına temas izolasyonu önlemlerine ek olarak damlacık izolasyonu önlemleri uygulanır.
- Önlemler konusunda hastaya ve ziyaretçilere açıklama yapılır. Hastanın, ziyaretçilerin, odaya giren ve çıkan tüm sağlık personelinin bu önlemlere uyup uymadığı servis sorumlu hemşiresi ve EKH tarafından kontrol edilir.

4.4.İzolasyon Süresi

İzolasyon süreleri tanılara, laboratuvar sonuçlarına göre ve hekim ile görüşülerek sonlandırma kararı verilir. Bazı hastalıklardaki ortalama süreler aşağıdaki gibidir.

- İnfluenza; semptomların başlangıcından 5 gün sonrasına kadar (immunsupreseler, yaşlı. Yenidoğan hariç)
- Rotavirüs hastalık süresince
- Suçiçeği; lezyonlar kabuklanıncaya kadar (Lezyonların başlangıcından en az 5 gün sonrasına kadar).
- Kızamık; döküntü başlangıcından 4 gün sonrasına kadar
- Kızamıkçık döküntü başladıktan itibaren 7 gün
- Meningokok; uygun tedaviden 24 saat sonrasına kadar
- Tüberküloz; uygun tedaviden 2 hafta sonrasına kadar ve farklı günlerde alınan 3 ardışık balgam örneği negatif bulununcaya kadar.
- Clostridium Difficile; diyare düzeldikten 7-10 gün sonrasına kadar
- Acinetobacter Spp.; 8-42 ay sonrasına kadara
- VRE; 1 hafta ara ile 3 kez dışkıda negatiflik
- MRSA; kolonizasyon aylar, yıllar sürebilir. Tedavi sonrası alınan kültürler negatifleşinceye kadar.
- ESBL; en az 1 yıl sonrasına kadar

5.SORUMLULAR

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü Kurulu, enfeksiyon kontrolünü sağlamaktan, tüm hastane çalışanları da bu dokümana uygun hareket etmekten sorumludur.

EL YIKAMA VE ELDİVEN Gİyme TALİMATI

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu talimatın amacı Optimed Hastanesi'nde; hastane enfeksiyonlarının önlenmesi amacıyla el hijyeninin sağlanması ve sürdürülmesi hakkında yöntem belirlemektir. Hastane enfeksiyonlarının sağlık personeli, hasta, hasta refakatçileri ve ziyaretçiler tarafından eller aracılığı ile çapraz bulaşını engellemek için el temizliği ve eldiven kullanım yöntemlerini belirlemektir..

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

OH : Optimed Hastanesi

Kalıcı Flora: Daimi flora olarak da tanımlanır. Bu mikroorganizmaların çoğu derinin üst tabakalarında yerleşirken %10-20'si daha derin tabakalara yerleşir. Su ve sabun ile yapılan mekanik el yıkama işlemlerinden sonra bu bakteri topluluğunda azalma olmaz. Bu mikroorganizmalar deri dışında hastalık oluşturmazlar ancak deri bütünlüğünün bozulması halinde, immün sistemi baskılanmış hastalarda veya invaziv enstrüman uygulanan hastalarda ciddi enfeksiyonlara neden olabilirler.

Geçici Flora: Kontaminat veya kalıcı olmayan flora olarak da tanımlanır. Hastaya ait fan, balgam, çeşitli vücut sıvı ve sekresyonları ile kontamine araç ve gereçlerden sağlık personelinin eline bulaşırlar. Uzun süre deride kalamazlar ancak başkalarını kontamine edecek kadar deri üzerinde canlılıklarını muhafaza ederler. Sabun ve su ile basit bir el yıkamada bu bakterilerin tamamına yakın kısmı mekanik olarak uzaklaştırılabilir. Ancak bu yıkamada kalıcı flora etkilenmez, bazı dirençli mikroorganizmaların kontaminasyonuna da engel olamayabilir.

Sosyal Tip El Yıkama: Ellerdeki kir ve geçici florayı uzaklaştırmak amacı ile su ve sabunla yapılan yıkamadır. Etkinlik mekaniktir. Kalıcı flora etkilenmez.

Hijyenik Tip El Yıkama: Ellerdeki geçici florayı tamamen tahrip ve inhibe etmek amacı ile yapılan el yıkamadır. Kalıcı flora bakterileri minimal düzeyde etkilenir. Burada antiseptik özelliklere sahip bir ajanın kullanılması gerekmektedir.

Cerrahi Tip El Yıkama: Bu tip yıkamada amaç, geçici floranın tamamen tahribi ve inhibisyonu ile kalıcı floranın mümkün olabildiğince azaltılmasıdır. Burada Chlorhexidine ve Iodorforlar gibi derinin stratum corneum tabakasına bağlanabilen daha uzun etkili antiseptikler kullanılır.

Steril Eldiven: Cerrahi asepsi durumunda kullanılan tek tek paketlenmiş olarak bulunan eldiven.

Nonsteril Eldiven: Hasta ile temas gerektiren tüm işlemler esnasında kullanılan, topluca paketlenmiş eldiven.

MSDS :Güvenlik Bilgi Formu,

3. REFERANS DOKÜMANLAR:

Enfeksiyon Kontrolü Rehberi 2015

Enfeksiyon Kontrol Prosedürü

Yıllık Eğitim Planı

El Hijyeni Programı

El Hijyeni Komitesi İş-Görev Tanımı

El Hijyeni Gözlem Formu

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü

5 Endikasyon Kuralı

Tehlikeli Maddeler Rehberi

Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği

Tehlikeli Maddeler Envanteri

4. SORUMLULAR

Bu talimatın uygulanmasından tüm OH sağlık çalışanları, temizlik ve yardımcı personel sorumludur.

5. UYGULAMA:

Genel Kurallar

Hastaların kan ve diğer bulaştırmacılık riski yüksek sıvıları (Genital sekresyonlar, BOS, plevra sıvısı, periton sıvısı, perikard sıvısı, sinovyal sıvı) enfekte kabul edilerek bu sıvılarla temas etme riski bulunan tüm girişimlerde eldiven giyilir ve el hijyeni sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin önerdiği durumlarda antibakteriyel içeren sıvı sabunlar kullanılabilir.

Tırnaklar uzatılmaz, takma tırnak, yüzük ve takı kullanılmaz.

Sıvı sabunluklarda bulunan sıvı sabun azaldıkça üzerine ekleme yapılmaz,

Alet ve yer-yüzey dezenfeksiyonu amacıyla kullanılan kimyasallar el hijyeni için kullanılmaz.

5.1. Sosyal El Yıkama

Ellerin su ve sabun ile yıkanarak kalıcı flora etkilenmeden, kirler ve geçici mikroorganizma florasının uzaklaştırılmasıdır.

1. Eller önce su ile ıslatılmalı, sıvı sabun avuca alınmalıdır.
2. En az 30 sn süre ile avuç içleri ve parmak araları başta olmak üzere eller tüm yüzey ve parmakları kapsayacak şekilde kuvvetlice ovulmalıdır.
3. Eller su ile durulanarak durulama parmak uçlarından dirseklere doğru yapılmalı, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak kontamine suyun dirsekten ele doğru akışı engellenmelidir.
4. Eller havlu ile kurulmalı, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılmalıdır.
5. Hasta temasları arasındaki tekrar yıkamalarda 15 sn süreyle yıkamak yeterlidir.

5.2.Hijyenik El Yıkama

OH'de aşağıdaki durumlarda enfeksiyon tehlikesi olmaması için hijyenik el yıkama işlemi yapılması gerekmektedir;

- Mesaiye başlamadan önce
- Tüm invaziv girişimlerden önce ve sonra
- Her türlü açık yara ile temastan önce ve sonra
- İmmün yetmezliği olan hastalara temastan önce ve sonra
- Yenidoğan ile temastan önce ve sonra
- Kan, vücut sıvıları ve çıkartılarına temastan sonra
- Eldiven giymeden önce ve sonra
- Hastalara verilen tüm bakımlardan önce ve sonra
- Hasta ilaçları hazırlarken
- Bir hastadan başka bir hastaya muayene ya da bakım vermeye geçerken
- Hasta yataklarının düzeltilmesi veya değiştirilmesinden sonra
- Kirlilik hissedildiği zaman
- Yoğun bakıma her giriş ve çıkışta
- Ameliyathaneye her giriş ve çıkışta
- Yenidoğan Ünitesi'ne her girişte ve çıkışta
- İzolasyondaki hastalara bakım vermeden önce ve sonra
- Pansuman değişimlerinden önce ve sonra
- Tuvaleti kullanmadan önce ve kullandıktan sonra
- İşten ayrılırken mesai bitiminde

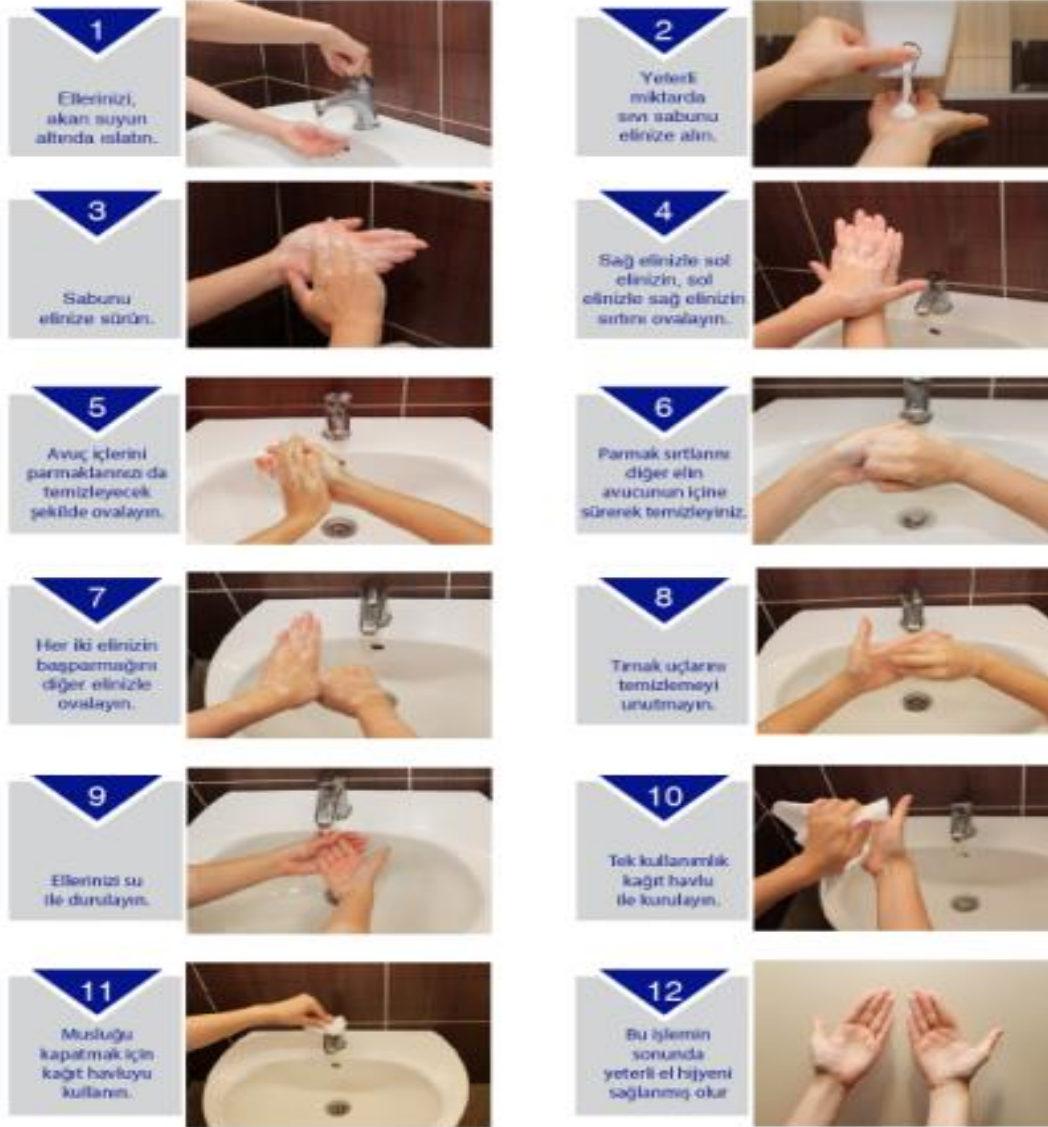
5.3 Alkol Bazlı El Antiseptiğinin Kullanımı

Elde gözle görülür kir ve organik kir olmadığı sürece doğrudan 1 pompa basımı el antiseptiği ele uygulanabilir. Elde gözle görülür kir ve organik kir varsa eller yıkanmadan alkol bazlı en antiseptiği uygulanmaz. Bu durumda mutlaka eller yıkanır.

Tüm kliniklerde, hasta kabul bankolarında ve hasta odalarında alkol bazlı el antiseptiği bulunmaktadır.

EL YIKAMA ŞEMASI

El Yıkama Nasıl Yapılır?



Form Kod No: OH - ENF - ŞM - 01
Rev. No: 00/Rev. Tar:...

2-3 dakika boyunca eller yıkanmaya devam edilir ve daha sonra durulanır ve iyice kurulanır.

5.4. Cerrahi El Yıkama ve Ovalama

1. Ellerin operasyon öncesinde cerrahi personel tarafından geçici florayı yok etmek ve kalıcı florayı azaltmak amacıyla yıkanmasıdır.
2. Önce; varsa saat, yüzük, bilezik vb takılar çıkarılmalıdır.
3. Antiseptik sabun alınıp (15-25ml) eller dirseklere kadar ovularak **3-5 dk** süre ile yıkanmalıdır.
4. Günün ilk ameliyatında ayrıca tırnak dipleri **30 sn** süreyle fırçalanmalıdır, Cilt bütünlüğü bozulabileceği

için tırnak dipleri haricindeki cilt fırçalanmamalıdır.

5. Ara yıkamalarda **2-3 dk** süre ile yıkamak yeterlidir.
6. Fırçalama işleminin cildi travmatize edici olmaması için uygun sertlikte fırça kullanılmalıdır.
7. Su ısısı yıkanmaya elverişli olmalıdır.
8. Ellerin yıkandığı lavabo başka bir amaçla kullanılmamalıdır.
9. Alkol bazlı el antiseptikleri kullanılacaksa eller önce su ve sabunla yıkanıp kurulanmalıdır.
10. Hızlı etkili alkol bazlı antiseptiklerle (**3-5 ml**) eller ve kollar kuru kalmayacak şekilde ıslatılıp ovulmalıdır. İşlem günün ilk ameliyatı için **2-3 dk**, sonraki uygulamalarda **1-2 dk** süre ile yapılmalıdır.
11. Eller parmak uçları yukarı gelecek şekilde tutularak, kendi halinde kuruması sağlanıp, steril eldiven giyilmesi için ise tamamen kuruması beklenmelidir.

OPTIMED CERRAHİ EL YIKAMA ŞEMASI



1 Tırnaklar ojesiz ve kısa kesilmiş olmalıdır. Cerrahi el fırçalamaya başlamadan önce; saat, yüzük, bilezik, bileklik çıkartılır. Ellerde, kollarında açık yara ve kesikler olmamalıdır.

Cerrahi el yıkamaya başlamadan önce; bone saçları tamamen kapatmış ve maske takılmış olmalıdır.



Tekrar ellere dönüş yapılır.



2 Otomatik sensörlü musluk açılır. Yıkama işlemi sırasında ve sonrasında eller dirseklerden yukarıda tutulur. Bu şekilde kontamine suyun geri akması engellenmiş olur. Eller asla dirsek hizasında ve aşağısında tutulmaz. Günün ilk yıkaması mutlaka 4-5 dk. diğerleri minimum 2-3 dakika olmalıdır.



3 Avuç içine alınan antiseptik sabun (15-25 ml kadar) köpürtülür. Parmakların her yeri, avuç içleri, parmak araları, üstleri dairesel hareketler kullanılarak ve hafif sürtme yapılarak yıkanır.





Eller ve kollar
uzatılarak
yıkamaya
başlanır...



Eller ve kollar durdurulur,
mutlaka dirseklerden yukarıda
tutulur



İlk yıkamada,
mutlaka finga,
kullanılmalıdır...



Eller ve dirsekler yukarıdan hiçbir seye
dokunulmadan idomatik düğme ile
durulur



Ellerden dirseğe
doğru dairesel
hareketlerle
yıkama
yapılmalıdır.



Kullanma şekli: baskıya ile
nelerden dirseğe yapılmalıdır.

Form Kod: 330000-330002
330000-330002-330002

5.5. Steril Eldiven Giymeyi Gerektiren Durumlar

- Tüm cerrahi girişimler
- Steril alet ve gereçlerin kullanımı esnasında
- Yara pansumanı esnasında
- İnvaziv kateter takılması sırasında
- Üriner kateter takılması esnasında
- Aspirasyon işlemlerinde
- Lomber ponksiyon yapılırken
- Kan kültürü alınması esnasında

5.6. Steril Eldiven Giyme/Çıkarma

- Takılar çıkartılarak eller yıkanır.
- Ellere uygun numarada eldiven seçimine dikkat edilir.
- Steril Eldiven son kullanma tarihi kontrol edilir. Miadı dolmuş eldiven kullanılmaz.
- Dış paketi açılır, iç paketi çıkartılır. İç paket bel düzeyinin üstünde kuru ve temiz bir masa üzerine koyulur.
- Sağ elin başparmağı ve ilk iki parmağıyla sol eldivenin bükülmüş koncundan tutup kaldırılır.
- Sol el eldiven içine düz bir hat boyunca sokulur. Eldiveni iyice çekerek giydikten sonra tutulan kısım bırakılır.
- Eldivenli elin başparmağı, diğer parmaklardan uzaklaştırılır. Diğer dört parmak yan yana getirilerek masadaki eldivenin bükülmüş koncu içine sokulur ve eldiven yukarı kaldırılır. Eldiven diğer ele giydirilir.
- Her iki elin parmakları birbiri arasına sokularak eldivenler ellere iyice yerleştirilir.
- Eldivenlerin delik olup olmadığı kontrol edilir.
- Eller bel düzeyinin üstünde ve görüş alanının içinde tutulur, hiçbir yere değdirilmez.
- İşlem bittikten sonra eldiven koncuna yakın bir noktadan fakat bileğe değmeden ters yüz edilerek, çıkarılan

eldiven eldivenli elin avucunda tutularak

- Çıkarılan eldiven eldivenli elin avucunda tutulur.
- Eldivensiz elin başparmağı ve diğer dört parmak yan yana getirilir. Birleştirilen parmaklar diğer elin dış yüzeyine değmeden eldivenin koncu içine soktuktan sonra eldiven tersyüz edilerek çıkarılır ve tıbbi atık kovalasına atılır.
- Eller yıkanır.

5.7. Nonsteril Eldiven Giymeyi Gerektiren ve Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

- Eldiven giyilmesi, izolasyon önlemlerinden birisidir. Eldiven kullanımı, personelden hastaya, hastadan personele veya bir hastadan diğer bir hastaya enfeksiyon bulaş riskini azaltan önemli bir bariyer önlemi olmakla birlikte, ellerin yıkanmasının yerini tutmaz.
- Hastayı sağlık personelinin geçici ya da normal florasından korumak için
- Hastaların muayene, bakım ve tedavisinde kan/vücut sıvıları ile temas olasılığı mevcut olduğunda
- Kan/vücut sıvısı dökülen yerleri temizlerken
- Kan setini torbasına takarken
- İdrar torbası, dren ve sürgü/ördeği boşaltırken
- Kolostomi torbası değiştirilirken
- Nazogastrik sonda uygularken
- Kanla kontaminasyon riskinin fazla olduğu durumlarda, kan alma işleminde de mutlaka eldiven giyilmelidir.
- İzolasyon uygulanmış olan hastaların odalarına girmeden önce eldiven giyilmelidir.
- Sağlık personelinin elinde kesik, çizik, yara olduğunda
- Her işlem öncesi giyilen eldiven o işlem sonrası hemen çıkarılır. Aynı eldivenle asla iki farklı girişimde bulunulmamalıdır.
- Eldivenler çıkartıldıktan sonra, hastadan hastaya geçerken eller yıkanmalıdır. Aynı hastada farklı vücut bölgelerinde çalışırken eller yıkanmalıdır.
- Eldivenler yıkanmamalı ve yeniden kullanılmamalıdır. Deterjanlar ve antiseptikler bazı eldivenlerin bütünlüğünü bozabilir veya yıkama işlemi yırtılmalarına neden olabilir. Bunun için eldivenlerin yıkanması ve yeniden kullanımı önerilmemelidir.
- Bilinen bir enfeksiyon varsa, enfeksiyonun bulaşma riskinin fazla olduğu durumlarda çift kat eldiven (iki eldiven üst üste) giyilmelidir.

5.8. Nonsteril Eldiven Giyme/Çıkarma

- Nonsteril eldiven giymeden önce eller yıkanır.
- Nonsteril eldivenler bilek uç kısmından tutularak giyilir.
- Nonsteril eldiven çıkarılırken steril eldiven giyme ve çıkarma kurallarına uyulur ve çıkarıldıktan sonra tıbbi atık kovalasına atılır.

- Eller yıkanır

Tablo:1 El Yıkama, El Antisepsisi, Cerrahi El Antisepsisi ve Eldiven Kullanımı

Uygulamaların yapılması gereken zamanlar	El Yıkama	El Antisepsisi	Cerrahi El Antisepsisi	Eldiven Kullanımı
Klinik çalışmalara başlarken ve bitiminde	*	*		
Eller gözle görülür şekilde kirlendiğinde	*			
Bir hastadan diğerine geçerken	*	*		
Eller kan dışkı ve diğer sıvılarla kontamine olduktan sonra	*	*		
Eller kan dışkı ve diğer sıvılarla kontaminasyon olasılığı öncesinde				**
İmmün sistem yetmezliği olan hastalarla temastan önce		*		*
Eller temiz görülsün bile hastalarla temas sonrasında	*	*		
Küçük girişimler, pansuman, kan, BOS kültür örneği alma, invaziv girişimler vs den önce sonra	*	*		**
Acil aseptik girişimlerden önce		*		**
Acil aseptik girişimlerden sonra		*		
Cerrahi operasyon öncesi			*	**
Yemekten ve yemek servisinden önce ve sonra	*			
Tuvalete girmeden önce ve sonra	*			

***Her seçenek birbirini alternatifidir, birisinin uygulanması yeterlidir**

****Her hastanın klinik örneği bulaşıcı kabul edilmeli ve mutlaka eldiven giyilmelidir.**

5.9. El Hijyeni Eğitimi

Hastane genelinde Yıllık Eğitim Planına uygun olarak El Hijyeni Eğitimi verilir. Bu eğitim hastanedeki bölümlere göre değişiklik göstermektedir. El Hijyeni Eğitimi şu konuları içerir;

- El Hijyeninin Önemi
- El Hijyeni Endikasyonları
- El Hijyeni Sağlama Yöntemleri
- Cerrahi El Yıkama Kural ve yöntemlerini
- Eldiven Kullanımı İle İlgili Kuralları
- El Antiseptikleri İle İlgili Genel Bilgileri
- Alkol Bazlı El Antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri konularını kapsamalıdır.

5.10. El Hijyeni Gözlemleri-Analizleri

OH' de el hijyeni gözlemlerinin daha iyi yapılması için El Hijyeni Programı oluşturulmuştur. El Hijyeni gözlemleri 3 aylık periyotlar halinde hastaneyi dolaşarak ve aylık olarak kameralardan gözlem yaparak, El Hijyeni Gözlem Formu ile personelin el hijyenine uyumlarını gözlerler ve değerlendirir. Bu gözlemler Yenidoğan ve Yekişkin Yoğun Bakım ünitesinde bulunan tüm personeli kapsarken, diğer servislerde bu oran çalışan personelin en az % 10' unudur. Gözlem sonuçları El Hijyeni Gözlem Formu ile analiz edilerek değerlendirilir. El Hijyeni uyum oranları düşük olan bölümlerde sorunlar tespit edilir, gerekli durumlarda

personelerle tekrar eğitim verilir.

Ameliyathane ve steril işlem gerektiren diğer alanlarda el hijyeni gözlemi Cerrahi El Hijyeni Gözlem Formu ile yapılır.

Bölmelerden yapılan el antiseptik solüsyonları istemleri depo tarafından 3 ' er aylık periyotlar halinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından raporlanır. Enfeksiyon Kontrol Kurulu tarafından bu istemler değerlendirilir, yetersiz kullanımın olduğu bölümler ile ilgili olarak Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürüne uygun olarak düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılır. El dezenfektanı kullanımını değerlendirmeyi şu kriterlere yapmaktadır (Yatan Hasta Gün Sayısı X Bir Sıkımda Kullanılan Dezenfektan Oranı X Vital Bulguların Alımı= Toplamda Kullanılan Dezenfektan Oranı ml.)

Personelin el hijyenine uyum oranının artırılması için, el hijyeni ile ilgili gözlem sıklığı artırılır, belli aralıklarla hatırlatma mesajları gönderilir. Ayrıca HBYS üzerinden de el hijyeni ile ilgili uyarıcı mesajlar gönderilir.

5.11. Çalışan Güvenliği-El Dezenfektanı ile İlgili Alınan Önlemler

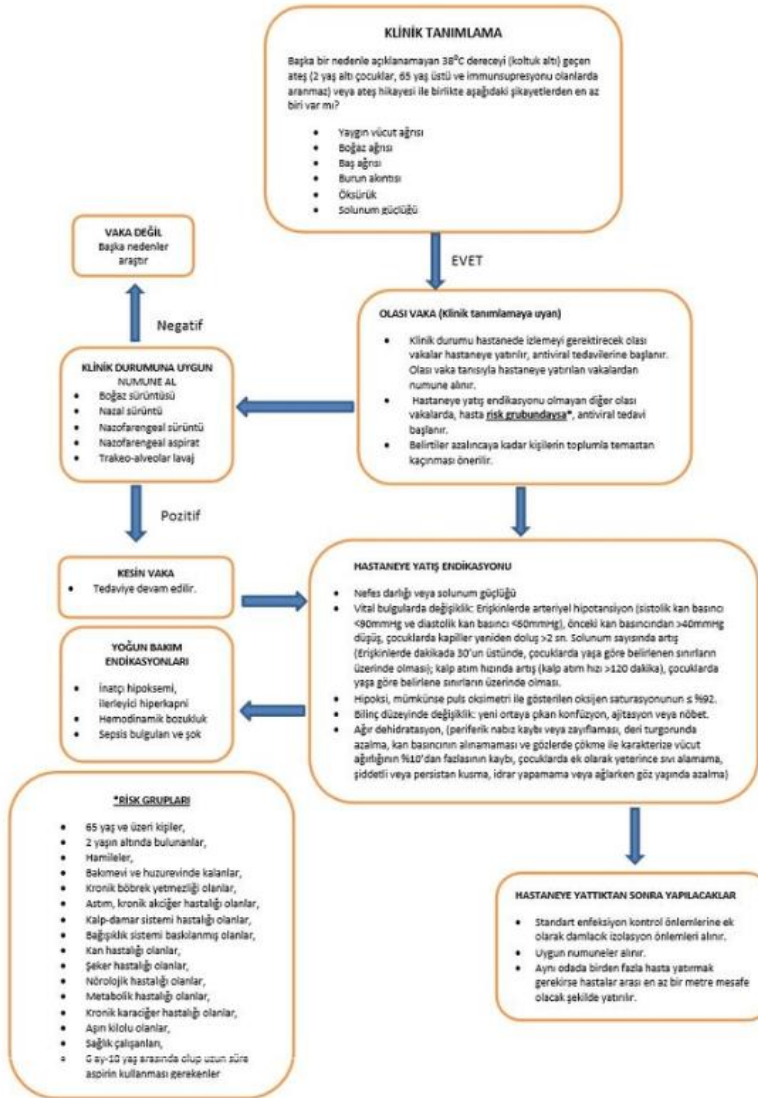
El dezenfektanları;Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliğine göre Tehlikeli Madde sınıfına girilmektedir. Bu yüzden Tehlikeli Maddeler Envanterinde bulunmaktadır. El dezenfektanı ile ilgili MSDS(Ürün Güvenlik Bilgi Formu) firmalardan istenmekte olup, bölümlerde bulunan Tehlikeli Maddeler Rehberi içinde bu maddelerin MSDS leri bulunmaktadır. Tehlikeli Maddeler Rehberinde el dezenfektanı ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular, riskler, alınacak önlemler, depolama ve kullanma yöntemleri gibi konular bulunmaktadır.

Personelerle Yıllık Eğitim Planına uygun olarak yılda bir defa Tehlikeli Maddeler, MSDS ve dikkat edilmesi gereken kuralları içeren eğitim verilmektedir.

SIRA NO	BÖLÜM	KULLANILACAK KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM
1	Poliklinikler	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
2	Acil Servis	Eldiven, Maske, Gözlük, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
3	Laboratuvar	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Koruyucu Gözlük, Kolluk
4	Radyoloji	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Kurşun Önlük (çocuk ve teişkin için), Koruyucu Paravan, Radyasyona Karşı Koruyucu Eldiven, Gonad Koruyucu, Dozimetre, Kulak Tıkacı (ESWL), Gözlük
5	Endoskopi	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
6	Klinikler	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Koruyucu Gözlük
7	Doğumhane	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Koruyucu Gözlük
8	Ameliyathane	Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Koruyucu Gözlük, Bone, Kurşun Önlük, Kurşun Boyunluk
9	Yetişkin Yoğun Bakım	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
10	Yenidoğan Yoğun Bakım	Lateks Eldiven, Nitril Eldiven, Cerrahi Maske, FFP3 Koruyucu Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
11	Depo-Eczane	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Gözlük
12	Sterilizasyon	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Koruyucu Gözlük
13	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
14	Teknik Servis	Eldiven, Kesilmez Eldiven, Maske, Aktif Karbonlu FFP3 Koruyucu Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Zehirli Gaz Maskesi, Kulak Tıkacı, İş Ayakkabısı, Kaynak Gözlüğü (Siperi), Kaynakçı Eldiveni, Kaynakçı Önlüğü, Paraşüt Tipi Emniyet Kemer, Çizme, İzole Eldiven, Yanmaz Eldiven, Uzun Yağmurluk, Baret
15	Hizmetli Personel	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
16	Morg	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Eldiven, Çizme, Maske
17	Diğer İdari Birimler	Sabun, Havlu, Lateks Eldiven
18	Tehlikeli Madde Sızıntı Döküntü Ekibi	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Eldiven, Çizme, Maske, Önlük, Absorman Madde
19	Yemekhane	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Eldiven, Çizme, Maske, Önlük, Bone
20	Çamaşırhane	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Eldiven, Maske, Önlük
21	Skopi Alanı	Radyasyona Karşı Koruyucu Eldiven
22	Mekanik Kat	Baret, Kulak Tıkacı, Eldiven, Önlük, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
23	Tıbbi Atık Taşıma Ekibi	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Eldiven, Çizme, Maske, Tulum, Gözlük

Grip ile soğuk algınlığı arasındaki farklar:

BELİRTİLER	SOĞUK ALGINLIĞI	GRİP
Ateş	nadir	38-39°
Baş ağrısı	nadir	sürekli
Genel ağrı ve sızı	az	genellikle
Yorgunluk	hafif	2-3 hafta
Burun tıkanıklığı	genellikle	bazen
Hapşıрма	genellikle	bazen
Boğaz Ağrısı	genellikle	bazen
Öksürük	nadir	genellikle
Komplikasyonlar	sinüzit ve kulak ağrısı	bronşit, zatürre
Engellemek	hiç bir şey yapılamaz	Aşılama ve antiviral ilaçlar
Tedavi	belirtiler geçici olarak ortadan kaldırılır.	Belirtiler görülmeye başlandıktan sonraki ilk 48 saatte antiviral tedavi başlanması ve belirtileri gidermeye yönelik tedavi



HASTANE TEMİZLİĞİ PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ ve KAPSAM:

Hastane ortamından kaynaklanabilecek enfeksiyonları önlemek, hasta, hasta yakını ve hastane çalışanları için sağlıklı bir ortam oluşturmak amacıyla uyulması gereken temizlik kurallarını belirlemek ve uygulanmasını sağlamaktır. Hastanedeki temizlik hizmetlerini kapsamaktadır.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR:

OH : Optimed Hastanesi

3. REFERANS DOKÜMANLAR :

Eldiven Kullanma ve El Yıkama Talimatı
Düşme Olaylarının Önlenmesi ve Yönetimi Prosedürü
Temizlik Kontrol Formu
Bölüm Uyum Planları
Dezenfektan Kullanım Listesi
Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı
Kirli Çamaşır Toplama Talimatı
Cam Temizleme Talimatı
Ameliyathane Temizlik Talimatı
Yemekhane Temizlik Planı
Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü
Küvöz Temizlik Talimatı
El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatı
Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği
Tehlikeli Maddeler Envanteri
Tehlikeli Maddeler Rehberi
Yıllık Eğitim Planı
Pestisit Bulunan Alanların Listesi

4. UYGULAMA

4.1. Temel İlkeler:

Tüy bırakmayan temizlik bezleri tercih edilmelidir, bez ve kova renkleri kullanım alanına göre belirlenmelidir.

Kirli bezle temizliğe devam edilmemeli, sık bez değiştirilmelidir.

Kirlenen bezler sıcak su ve deterjanla yıkanıp kurutulduktan sonra kullanılmalıdır.

Kovaların ve bezlerin kullanım alanları aşağıda belirtilmiştir:

Bölüm	Kova Rengi	Bez Rengi
Klozet-Pisuar hariç bütün Islak alanlar (lavabo, fayans, armatür, çöp kovaları vb.)	Sarı	Sarı
Hasta odalarındaki bütün kuru alanlar (hasta yatağı, tıbbi cihazlar, kapı, pencere, mobilya, ayna, camlar vb.)	Mavi	Mavi (microfiber bez)
Klozet-Pisuar iç yüzeyleri, laboratuvar idrar ve kan dökülen alanlar	Kırmızı	Kırmızı
Tıbbi olmayan ortak alanlar (poliklinikler, ofis alanları, hemşire bankoları, koridorlar vb.)	Yeşil	Yeşil

Toz alma dışında her tür temizlik işlemi sırasında Eldiven Kullanma ve El Yıkama Talimatı'na göre uygun eldiven giyilmeli, işlem bitiminde eldiven çıkarılıp el hijyeni sağlanmalıdır.

İzole edilen hastaların oda temizliğinde, izolasyon çeşidine uygun ekipmanlar giyilerek temizlik işlemi yapılmalıdır.

Ellerinde yara, çizik, vb. bulunan temizlik personeli toz alma işlemi sırasında steril olmayan uygun temiz eldiven giymelidir.

Tuvalet temizliği için kullanılan eldivenler diğer alanların temizliğinde kesinlikle kullanılmamalıdır.

Eldivenli ellerle kapı kolu, telefon, masa, vb. yüzeylere temas edilmemelidir.

Eldivenler ve kullanıldığı yerler aşağıda belirtilmiştir:

Alan	Eldiven Türü	Renk
Temizlik	Nitril	Mavi
Evsel Nitelikli	Plastik	Beyaz
Tıbbi Atık	Kumaş üzerine kauçuk kaplı	Turuncu

Moplama esnasında mop önünde kontrol edilemeyecek kadar fazla kir/materyal birikimi var ise çekçek ve faraş ile alınmalıdır.

Toz kalkmasına neden olacak yöntemlerden kaçınılmalı, kesinlikle kuru süpürme ve silkeleme yapılmamalı, ıslak temizlik yöntemi kullanılmalıdır.

Mop, temiz alanda “S” şeklinde, kirli alanda düz hat üzerinde hareket ettirilerek temizlik yapılmalıdır.

Mop ile temizlik yapılarak ilerlenirken temizlenmemiş alan bırakılmamalıdır.

Kirli mop ile temizlik yapılmamalı, kirlenen moplara su ve deterjanla çamaşır makinasında 60° yıkanıp kurutularak saklanmalıdır.

Mop kullanımında zemin ıslak bırakılmamalı, ıslak ise kurulama işlemi yapılmalı ve kirlenme, kayma ve düşmeleri önlemek için Düşme Olaylarının Önlenmesi ve Yönetimi Prosedürü'ne göre uyarı levhaları ya da imgeleri konulmalıdır.

Yapılan tüm temizlik işlemleri Temizlik Kontrol Formu ile kayıt altına alınmalıdır.

Tüm temizlik personelleri işe başladıklarında Bölüm Uyum Planları doğrultusunda ve yılda bir kez hastane temizliği eğitimi almaktadırlar.

4.2. Hastane Temizliğinde Risk Sınıflaması ve Farklı Alanların Temizliği

Hastane temizliğinde risk sınıflaması aşağıdaki gibidir;

Yüksek riskli alanlar: Ameliyathane, sterilizasyon ünitesi, yoğun bakım üniteleri, izolasyon odaları, anjio laboratuvarı, acil servis, doğumhane, tıbbi atık deposu, morg, kan transfüzyon merkezi enfeksiyon kontrol kurulu tarafından belirlenen özel alanlardır. Yüksek riskli alanlarda temizlik ve dezenfeksiyon yapılır. Yüksek riskli yerlerin temizliği yapılırken gerekli durumlarda (kist hidatik, sepsis vb.) ultraviyole veya dezenfektan kullanım listesinde belirtilen oranda yüksek düzey dezenfektan ile temizlik yapılır.

Orta riskli alanlar: Mikrobiyoloji ve biyokimya laboratuvarı, endoskopi ünitesi, yemekhane, çamaşırhane, müdahale odası, hasta odaları, poliklinikler, radyoloji gibi alanlardır.

Düşük riskli alanlar: Hemşire, doktor dinlenme odaları, ofisler, kafeterya, koridorlar ve depo, eczane ve arşiv gibi alanlardır.

Yüzeylerin, vücut sıvı ve salgıları ile kirlenmesi durumunda temizliğe ek olarak Dezenfektan Kullanım Listesinde belirtilen dezenfektanla dezenfeksiyon sağlanmalıdır.

4.3. Genel Temizlik Kuralları

Kat arabasında gerekli tüm temizlik malzemelerinin bulunup bulunmadığı ve yerleşimi Temizlik Arabası Yerleşim Planı'na göre kontrol edilmeli ve hazırlanmalıdır. (kuru temizlik mopları ve triger'ları, temizlik kimyasalları, yeterli miktarda temizlik bezleri, tuvalet fırçası, çekçek, faraş, kova, eldiven vb.)

Kat arabalarında kullanılan malzemelere, hazırlanma tarihleri etiketlenmelidir.

Eksik malzeme varsa temizliğe başlamadan önce tamamlanmalıdır.

Odadaki (banyo/tuvalet dahil) çöp kovalarının içinde bulunan çöp poşetleri ağzı bağlandıktan sonra temizlik arabasındaki çöp bölümüne taşınmalıdır.

Çöp kovası kirlenmiş ise yıkanarak temizlenmeli ve kurulanmalıdır.

Oda temizliği toz kalkmayacak şekilde yapılmalıdır.

Temizlik, her zaman temiz alandan kirli alana doğru yapılmalıdır.

Odadaki tüm yüzeylerin (pencere önleri, radyatörler, yemek masası, etajer, vb.) tozu alınmalıdır.

Oda zemini temiz alandan başlayarak yatak altları dahil olacak şekilde kapıya doğru moplanmalıdır.

Kan ve vücut sıvıları ile kirlenme olmadığı sürece temizlik su ve Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen dezenfektanla yapılmalıdır.

Kapı kolları bez, su ve Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen dezenfektan ile silinmelidir.

Banyo ve tuvaletlerin temizliği en sona bırakılmalıdır.

Kırmızı ile banyo/tuvalet zeminindeki atıklar uzaklaştırılmalıdır.

Lavabo ve kenarları sarı renkli bez, su Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen dezenfektan ve veya ovma maddesi ile temizlenir.

Aynı bez yıkandıktan sonra lavabo arkasındaki duvar silinir.

Lavabo aynası mavi bez kullanılarak cam temizleme maddesi ile silinmelidir.

Tuvalet temizliği için önce sifon çekilmeli, klozet içerisi Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen dezenfektan veya ovma maddesi dökülerek tuvalet fırçası ile fırçalanmalı, klozet çevresi ayrı bir temizlik bezi (kırmızı renkli) ile veya ovma maddesi kullanılarak silinmelidir.

Yer süzgeci su tutularak kaba kirlerinden arındırılmalıdır.

Hasta odası/hasta yatağında kullanılan bez, bir diğer hasta odasında/hasta yatağında kesinlikle kullanılmamalıdır.

Tuvalet temizliğinde kullanılan bezler (mop, paspas dahil) gün sonunda su ve deterjanla yıkanmadan ve kurutulmadan kesinlikle başka bir alanda kullanılmamalıdır.

Tuvalet temizliğinde kullanılan bezler (mop, paspas dahil) diğer bezler ile karışmaması için farklı olarak renklendirilmiştir.

Merdiven korkulukları, poliklinikler, hasta bekleme alanları gibi ortak alanlar Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen dezenfektanlar ve/veya uygun deterjan ile yeşil kova ve yeşil bez kullanılarak silinir.

Tıbbi atıkların toplanması ve taşınmasından sonra kullanılan asansörlerin temizliği yüksek düzeyde dezenfektan kullanılarak Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen şekilde yapılır.

Oda/Ofis temizliği tamamlandıktan sonra faraş ile koridorda bulunan kaba kirler uzaklaştırılır, tüm eşyaların (sekreter masası, oturma grubu, duvar bandı, tablolar, vb.) tozu alınır, su ve Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen uygun dezenfektan/temizlik maddesi ile zemin moplanır.

Amonyak ve klor içeren kimyasallar karıştırılmamalıdır.

Dezenfektan kullanıldığında doğru konsantrasyonda hazırlanmalıdır. (5 litre suya 1 klor tablet)

Exitus veya taburcu olan ya da başka bir servise devrolan hastanın ardından günlük temizlik işleminin tüm basamakları uygulanmadan yeni hasta kabul edilmez.

Temizlik yapılacak yerlerin zamanı ve ne ile yapılacağı Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilmiştir.

Hastane genelinde çamaşırların ve yıkanacak diğer malzemenin nasıl toplanacağı ve nasıl yıkanacağı çamaşırhane işleyiş talimatında belirtilmiştir.

Yüksek riskli alanlarda; her oda da su değiştirilmelidir.

Orta ve düşük riskli alanlarda, kirlendikçe değiştirilmelidir.

Dezenfeksiyon işleminde silme sonrası durulama ve kurulama yapılmaz.

4.3.1.Genel Alan WC Temizliği

Kabin kapısı açılır ve havalandırılır.

Sarf malzemeler tamamlanır.

Çöpler toplanır.

Klozetin sifonunu bir kere çekilir ve su akışı azaldığında klozetin içine iç kısımlarından başlayarak ürün sıkılır ve klozetin kapağı kapatılır.

Sarı bez ve sarı kovayı kullanarak lavabo temizliğine başlanır. Sarı bez ile öncelikle havluluk ve sabunlukların tozu alınır, ayna, ayna önü, armatürler, armatür arkası fayanslar, lavabo alt çeperi temizlenir. Lavabo içi fırça veya sünger yardımıyla temizlenir, lavabo içinde ve armatür arkalarında yoğun kireçlenme var ise Dezenfektan Kullanım Listesi'nde belirtilen ürün kullanarak temizlenir. WC kâğıtlığı ve el tutamaçları sarı bez ile silinir.

Klozet temizliğine geçtiğimizde kırmızı bez ile aşağıdaki sıra takip edilerek temizlik yapılır. Rezervuar kapağı, taharet musluğu, klozet kapağı, klozet ayağı, oturarak silinir. Klozet fırçası kontrol edilir, içinde su varsa dökülür, içi ve dışı klor tabletli suyla temizlenir.

WC kapısı, havalandırma mavi bez ile silinir.

Çöp kovası kırmızı sarı renkli bez ile silindikten sonra evsel atığa atılır.

Zemin temizliği yapılır. Kapı kollarına dezenfektan sıkılır.

Son kontrol yapılarak çıkılır.

Hasta odalarında taburculuk sonrası temizlikte, 'Sizin İçin Temizlenmiştir' bandı yerleştirilir ve odadan çıkılır.

4.4.Riskli Alanların Temizliği

Orta ve düşük riskli bölümlerin temizliği su ve uygun temizlik maddesi ile yapılmalıdır, kan ve vücut sıvıları ile temas ve izolasyon durumu olmadıkça dezenfektan kullanılmamalıdır.

4.4.1.DÜŞÜK RİSKLİ ALANLAR (Hemşire, doktor odaları, ofisler, kafeterya, koridorlar ve depo, eczane, arşiv)

Personelin yaptığı temizlik işleri Temizlik Kontrol Formu ile takip edilmelidir.

Temizlik görevlisi temizlik öncesi steril olmayan eldiven kullanmalıdır.

Öncelikle odalardaki çöpler uygun şekilde toplanmalıdır.

Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak haftada bir kere temizlenmelidir.

Sağ taraftan başlanarak masaların üzerlerinin mavi bezle tozu alınır ve kurulanır, üzerlerindeki evrakların yeri karışmadan altları temizlenip yine aynen bırakılır, masa üzeri gereçlerinin de tozu alınır. (delgeç, hesap makinası vb)

Toz almaya başlamadan varsa jaluzi/perdelerin tozları öncelikle pelüşle alınır.

Telefonların tozları alınır.

Varsa masa lambalarının tozları alınır.

Bilgisayar arkaları ve üzerleri, klavye altları ekrana dokunulmadan günlük olarak temizlenir.

Komodinlerin üzerlerinin tozları alınır.

Sandalye ayakları yeşil bezle silinir.

Dikey yüzeylerde dolap üzerlerinde varsa parmak izleri temizlenir.

Duvarlardaki lekeler kontrol edilir varsa silinerek kurulanır.

Lavabo ve tuvaletler, Temizlik Kontrol Formunda belirtilen sıklıkta ve gerekli görülen durumlarda Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'na göre temizliği sağlanmalıdır.

Günün ilk saatleri ve gün sonunda ve gün içinde gereken sıklıkta koridor temizliği yapılmalıdır. Temizlik makineleri sık aralıklarda yıkanmalıdır.

Zemin, Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen ürün ile moplanır.

Pencere perdeleri gözle görülür bir kirlenme olduğunda temizlenir.

4.4.2.ORTA RİSKLİ ALANLAR (Mikrobiyoloji ve biyokimya laboratuvarı, hasta odaları, poliklinikler, radyoloji)

Poliklinik odalarının temizliği hasta muayene masası bulaş durumunda ve günün sonunda genel temizlik maddesi ile temizlenir. Muayene odalarındaki lavabo temizlikleri bulaş durumunda ve günlük tuvalet temizleme dezenfeksiyon maddesi ile yapılır.

Öncelikle odalardaki çöpler uygun şekilde toplanmalıdır.

Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak haftada bir kere temizlenmelidir.

Temizlikte su ve deterjan kullanılmalıdır.

Lavabolar, deterjanlı su ile her gün silinmelidir.

Pencere kenarlarının tozu günlük olarak alınmalıdır.

Kapı ve camlar haftada bir, kapı tokmağı her gün temizlenmelidir.

Zemin moplanmalıdır.

Endoskopi alanı temizliği Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen ürünler ile uygun sıklıkta yapılmalıdır. Hastada kullanılan yeşil çamaşırlar Kirli Çamaşır Toplama Talimatı'na göre toplanır ve geçici depolandıktan sonra gün sonunda çamaşırhaneye teslim edilir. Kullanılan endoskoplar Endoskopi Yıkama ve Dezenfeksiyon Talimatı'na göre bir sonraki işleme hazırlanır.

Yemekhane temizliği, Yemekhane Temizlik Planı'na uygun şekilde yapılır ve Temizlik Kontrol Formu'na kaydedilir.

4.4.2.1.Hasta odalarının temizliğinde:

Kat arabasında gerekli tüm temizlik malzemelerinin bulunup bulunmadığı ve yerleşimi Temizlik Arabası Yerleşim Planı'na göre kontrol edilmeli ve hazırlanmalıdır. (kuru temizlik moplari ve trigger'ları, temizlik kimyasalları, yeterli miktarda temizlik bezleri, tuvalet fırçası, çekçek, faraş, kova, eldiven vb.)

Kat arabalarında kullanılan malzemelere, hazırlanma tarihleri etiketlenmelidir.

Temizlik için kendimizi tanıtarak hasta ve/veya yakınlarından izin istenir. Uygun değillerse ne zaman gelmemizi istediklerini sorarak uygun zamanda temizlik yapılır. Eğer hasta eşyaları odada ama hastanın kendisi veya refakatçisi odada değil ise odaya girilmez.

Temizlik için izin verilirse, odaya girilir. İlk olarak oda ve WC çöpi toplanır.

Kirli çamaşırlar Kirli Çamaşır Toplama Talimatı'na göre toplanır ve geçici depolama alanına taşınır.

Daha sonra mavi kova ve mavi bez kullanarak kapının sağından veya solundan başlayarak temizlik prensiplerine göre uygun olarak toz almaya başlanır.

Toz alırken; renkleri belirlenmiş bezler kullanılır.

Mavi bez: Hasta odası, kapı yüzeyleri,

Sarı bez: Lavabo, lavabo aynası, etrafındaki fayanslar ve armatürler.

Kırmızı Bez: Klozet ve pisuarlar

Yeşil bez: 30-60 cm alanlar (masa ve sandalye ayakları, süpürgelikler. vs)

Kırmızı kareli bez: Çöp kovaları

Beyaz havlu bez: Su sebilleri, yemek masaları ve mini bar.

Mavi kovaya 2/3 kadar su doldurulur. Temizlik ve Dezenfeksiyon Planında belirtilen yönleme göre temizlenir.

Uygun renkteki bezimizi dörde katlayarak, her seferinde yön değiştirerek 8 yönünde kullanınız. Elimizi sağa ve sola " S " çizecek şekilde hareket ettirerek, mobilyaları yatay ve dikey yüzeylerindeki tozlar alınır.

Bezin 8 yüzeyi de kullanıldıktan sonra bez mavi kovada yıkanarak temizlenir.

Masa, dolap vb. alanların yüzeyinde bulunan eşyalar kaldırılarak yüzeyin tozu alınır ve eşyalar tekrar alındığı yere bırakılır. Gereken noktalarda yüzeyler kurulur.

Cam önleri, konsollar, dolap kapı yüzeyi ve kapılar vs silinir. (Temizlik prensipleri: Yukarıdan aşağıya, sağdan sola ve temizden kirliye)

Toz alma işlemi bittikten sonra, WC temizliğine geçilir.

Zemin moplanır. (oda içi mavi wc ler de ise kırmızı şeritli moplar kullanılır.)

Dezenfektanlı su ve mavi bez kullanılarak önce telefon silinir, son kontrol yapılır.

Başka bir istekleri olup olmadığı sorulur ve hem WC kapı kolu hem de hasta odası kapı kolları silinir. Odadan çıkılır.

4.4.2.2.Taburcu olan Hasta Odası Uygulama Esasları

Kat arabasında gerekli tüm temizlik malzemelerinin bulunup bulunmadığı ve yerleşimi Temizlik Arabası Yerleşim Planı'na göre kontrol edilmeli ve hazırlanmalıdır. (kuru temizlik mopları ve trigger'ları, temizlik kimyasalları, yeterli miktarda temizlik bezleri, tuvalet fırçası, çekçek, faraş, kova, eldiven vb.)

Kat arabalarında kullanılan malzemelere, hazırlanma tarihleri etiketlenmelidir.

Oda ve WC içindeki çöpler ve kirli çamaşırlar, Kirli Çamaşır Toplama Talimatı'na göre toplanır.

Çöp kovası sarı renkli bez ile silinir.

Oda camı, perdesi, koltuğu kontrol edilir. Camların temizlenmesi gerekiyorsa Cam Temizleme Talimatı'na göre hareket edilir. Kirli ve lekeli kumaş (koltuk, sandalye vb.) varsa lekesi çıkartılır.

Odanın duvar silimi Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'na göre yapılır, kirli bölgelerde ilk önce küçük bir alanda temizlik çalışması yapılarak boyanın bozulup bozulmadığı kontrol edilir.

Tavan havalandırma, priz, telefon kabloları ve diğer kabloların silimi yapılır.

Yatak yukarı kaldırılarak yatak başı, kollarından başlanarak tüm yüzeyleri ve alt kısımları uygun bezler ile silinir. Yatağın üst kısımları mavi bez ve mavi kova ile, tekerlekleri ise yeşil kova ve yeşil bez ile silinir.

Yatağın kendisi alt üst edilerek silinir.

Çarşaf, yastık kılıfı, yastık ve yatak alezi, nevresimleri değiştirilir, pikesi örtülür. Kapının sağından veya solundan başlanarak toz alımı yapılır.

WC temizliği yapılır.

WC temizliği bittikten sonra oda içindeki sarf malzemeler tamamlanır. (Z havlu, tuvalet kağıdı, refakatçi battaniyesi, yastığı, pike vs)

Daha sonra zemine nemli moplama yapılır. (oda içi mavi, WC'lerde ise kırmızı şeritli mop kullanılır.)

Son kontrol yapılır, önce telefon sonra kapı kolu silinir ve odadan çıkılır.

Radyoloji, laboratuvarların temizliği, Temizlik ve Dezenfeksiyon Planında belirtilen ürün ve sıklıkta yapılmalı, Temizlik Kontrol Formu ile takibi yapılmalıdır. Kan ve vücut sıvıları bulaşı olduğunda yüksek düzey dezenfektan kullanılarak temizlik yapılmalıdır. Kullanılan cihazların, malzemelerin temizliği Dezenfektan Kullanım Listesi uygun oranda dezenfektan kullanılarak yapılır.

Laboratuvarda kullanılan biyogüvenlik kabini temizliği yüksek riskli olduğu için klor tabletli su hazırlanarak temizlenmelidir.

4.4.3.YÜKSEK RİSKLİ ALANLAR (Ameliyathane, sterilizasyon ünitesi, yoğun bakım üniteleri, izolasyon odaları, anjio laboratuvarı, acil servis, tehlikeli ve tıbbi atık depoları, doğumhane, morg, kan transfüzyon merkezi)

Ameliyathanenin temizliği, Ameliyathane Temizlik Talimatına göre yapılmaktadır.

Tıbbi atık ve tehlikeli atık depolarının temizliği Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürüne göre yapılır ve Temizlik Kontrol Formuna kaydı yapılır.

Morg temizliği, Morg Temizlik Talimatına göre yapılmalı ve Temizlik Kontrol Formuna uygun kaydedilmelidir.

4.4.3.1.Yoğun Bakım Ünitelerinin Temizliği:

Yoğun Bakım Ünitesinin yüzeyleri her şifitte en az bir kere, bütün alanı kapsayacak şekilde düzenli olarak, kirlendikçe ve hasta taburcu olduğunda yer-yüzey dezenfektanları ile dezenfekte edilmelidir.

Hazırlanan solüsyonlar ve temizlik bezleri her yatak temizliğinden sonra ve izolasyon odalarında kullanımdan sonra değiştirilmelidir.

Hasta bakım alanındaki çok dokunulan yüzeyler (örneğin; kapı kolları, yatak kenarlıkları, ışık düğmeleri, paravanların kenarları, başucu masaları, koltuk değnekleri, mobilyalar, telefon, bilgisayarlar, tansiyon aleti kılıfları, EKG kabloları) el temasının az olduğu yüzeylere oranla daha sık temizlenmeli (en az günde iki kez) ve dezenfekte edilmelidir. Hastalar arasında da deterjan ve dezenfektanla temizlenmelidir.

Mekanik ventilatörlerin ekranları ve dış yüzeyleri günde iki kere yüzey dezenfektanı ile temizlenir. Solunum devreleri tek kullanımlıktır. Tek kullanımlık olmayan devreler kullanım sonrası sökülür, yıkanır, kurutulur,

paketlenir ve steril edilir.

Seyrek el temasına maruz kalan yatay yüzeyler (örneğin; pencere kenarlıkları/denizlikleri ve sert zemin kaplamaları) düzenli şekilde, kirlenme veya sıçrama olduğu zaman ve ayda bir kere temizlenir ve Temizlik Kontrol Formu'na kaydedilir.

Duvarlar, jaluziler ve pencere perdelerinin temizliği kirlilik gözle görülür olduğu zaman ve Temizlik ve Dezenfeksiyon Planında belirtilen sıklıkta uygun ürün ile yapılmalıdır.

İzolasyon odası günde iki kere dezenfektanlı solüsyon ile maske, önlük, eldiven kullanarak yapılmalıdır.

Hasta başı flowmetreler uygun dezenfektanla ya da sterilize ederek günlük temizlenir ve içerisine günlük olarak distile su konur, tarihlendirilir.

Her hasta için ayrı aspiratör vardır. Tek kullanımlık plastik aspiratör kavanozları kullanılmalıdır. Eğer ortak kullanımda olan cam aspiratör kullanılıyor ise başka hastaya kullanılmadan önce veya aynı hastada 24 saatte bir kavanoz boşaltılarak, uygun dezenfektan ile dezenfekte edilmelidir.

Enfekte sıvılar için akışkanlığı giderici önlemler alınmalıdır.

Küvöz temizliği, Küvöz Temizlik Talimatı'na göre yapılmalıdır.

Yenidoğan ünitesinde kullanılan biberon, emzik, süt sağma aparatları yüksek düzey dezenfeksiyon/sterilizasyon uygulanarak kuru olarak saklanır.

Yenidoğan yoğun bakımda bulunan biyogüvenlik kabini de yüksek düzey dezenfektan ile temizlenmelidir.

4.4.3.2. Kan ve vücut sıvıları dökülmesinde;

Kan ve/veya vücut sıvıları döküldüğünde ise temizlik yapılırken aşağıdaki hususlara dikkat edilir

Uygun koruyucu giysi El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatına göre giyilir.

Kan ve vücut sıvıları döküldüğünde beklemeden hemen kağıt havlu ile kaba kiri alınır ve atıklar Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü göre kırmızı poşete atılır.

Ortamda cam kırıkları varsa öncelikle faraş ile kırıklar toplanarak delici alet kutusuna atılır.

Ortam önce dezenfektan kullanım listesi belirtilen uygun dezenfektanlı solüsyon ile silinir.

İşlem sonrası mop, dezenfektan kullanım listesinde belirtilen dezenfektan ile dezenfekte edilir.

Eldiven çıkarılır tıbbi atık kutusuna atılır ve eller yıkanır.

4.5. İzolasyon Gerektiren Hasta Odalarının Temizliği

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü Kurulu tarafından belirlenen, izolasyon gereken hasta odalarının yüzey ve zemin temizliği Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda belirtilen dezenfektan ile yapılır.

Hasta odasına eldiven temin edilir. Odaya girerken hastaya temas etmeden önce eldiven (temiz olması yeterlidir, steril olması gerekmez) giyilir. Hasta ile her türlü temasta eldiven giyilir. Temas sonrası eldivenler değiştirilir. Odadan çıkmadan eldivenler çıkartılır. Hasta odasına alkol bazlı el antiseptiği temin edilir. Hastayla temas öncesi ve sonrası eller mutlaka el antiseptiği ile temizlenir.

Hastanın vücut salgılarına, kontamine yüzey ve aletlere giysilerle temas edileceği zaman mutlaka koruyucu önlük giyilir.

Hasta bakım araçları (tansiyon aleti, monitör, stetoskop) izole olan hastaya ayrılır. Taburculuktan sonra başka hastaya kullanılmadan önce dezenfekte edilir. Hasta taburcu olduktan sonra tüm yüzeyleri dezenfekte edilir. Bu medikal cihazlar dışında bir cihaz kullanılmışsa başka hastada kullanılmadan önce gerekli temizlik ve dezenfeksiyon sağlanır.

İzole edilen hastanın çarşaf ve çamaşırları enfekte kabul edilerek hemen kırmızı çamaşır torbası içinde çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanır.

Hasta odasının günlük temizliği yer-yüzey dezenfektanı ile yapılır.

Sofra gereçleri mutfakta bulaşık makinesinde yıkanır.

Hasta taburcu olduktan sonra odanın tüm yüzeyleri yer-yüzey dezenfektanı detaylı bir şekilde silinir.

Yapılan işlemler Temizlik Kontrol Formu ile ilgili bölümde kayıt altına alınır.

4.6. Çalışan Güvenliği-Kullanılan Dezenfektanlar İle İlgili Alınan Önlemler

Temizlik işlemi sırasında kullanılan dezenfektanların birçoğu Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliğine göre Tehlikeli Madde sınıfına girmektedir. Bu yüzden Tehlikeli Maddeler Envanterinde bulunmaktadır. Dezenfektanlar ile ilgili MSDS (Ürün Güvenlik Bilgi Formu) firmalardan istenmekte olup, bölümlerde bulunan Tehlikeli Maddeler Rehberi içinde bu maddelerin MSDS'leri bulunmaktadır. Tehlikeli Maddeler Rehberinde dezenfektanlar ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular, riskler, alınacak önlemler, depolama ve kullanma yöntemleri gibi konular bulunmaktadır. Ayrıca Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda olası kazalar durumunda yapılması gerekenler belirtilmektedir.

Çalışanlara Yıllık Eğitim Planı'na uygun olarak yılda bir defa Tehlikeli Maddeler, MSDS ve dikkat edilmesi gereken kurallarını içeren eğitim verilmektedir.

4.7. Çevre Temizliği

Acil, ana giriş ve -1 girişi günlük takip edilerek öncelikle kaba çöpler faraşla toplanır, çöp kovaları dolu ise boşaltılır, çöp kovası temizlenir. Zemin yıkanması gerektiğinde yıkama işlemi yapılır.

4.8 İlaçlama İşlemleri

Genel olarak ayda 1 kez olmak üzere, ihtiyaç halinde ise daha sık aralıklarla hastane dışındaki belirlenmiş istasyonlar ve içerisi gezilerek ilaçlama işlemi yapılır. Hangi alanların ilaçlanması gerektiğini gösteren Pestisit Bulunan Alanların Listesi'ne göre ilaçlama firması ilgili alanları ilaçlar. İlaçlama için kullanılan ilaç ve hangi haşerelerin hedeflendiğini gösteren kontrol formu ve pestisit kullanım çizelgesi işlem bitiminde firmadan alınır. Pestisit Bulunan Alanların Listesi;

PESTİSİT İSTASYONU BULUNAN ALANLARIN LİSTESİ
8.KAT YEMEKHANE
7. KAT YATAN HASTA KATI
6. KAT YATAN HASTA KATI
5. KAT YATAN HASTA KATI
4. KAT YATAN HASTA KATI
3. KAT YETİŞKİN YOĞUN BAKIM/YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM
2. KAT POLİKLİNİKLER
1. KAT POLİKLİNİKLER
ZEMİN KAT OFİS/POLİKLİNİKLER
-1. KAT ACİL SERVİS/AMELİYATHANE
-2. KAT LABORATUVAR/RADYOLOJİ/ARŞİV/DEPO/ECZANE
DIŞ ALAN (KEMİRGEN KONTROL-MURİN PASTA)

4.9.Sürekli Kalite İyileştirme Çalışmaları

Hastane temizliği sürecinin etkin yürütülebilmesi için sorumlu olduğu süreçler ve göstergeler aylık aksiyon raporlarında takip edilmektedir. Destek Hizmetleri Yöneticisi tarafından düzenli olarak bölüm içi toplantılar yapılmakta ve hizmet içi eğitimler verilmektedir.

Gösterge başlıkları aşağıdaki gibidir;

- Temizlik Şikâyet Sayısı

5.SORUMLULAR

Temizliği yapılacak alanlardaki gerekli temizlik malzeme kontrolü ve alanların temizliği, bulundukları Bölüm Sorumluları, Destek Hizmetleri Yöneticisi sorumluluğundadır. Uygulamanın etkinliğinin kontrolü ise İşletme Direktör Yardımcısı ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresindedir.

YAŞAM SONU HİZMETLER PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı, hastanın yaşamının sona ermesi durumunda, hastanenin hasta ve hasta yakınına sunacağı hizmetleri ve bu hizmetlerin niteliğinin nasıl olması gerektiğinin ortaya konulmasıdır. Bu prosedürün uygulanmasından hastane yöneticileri, hekimler, hemşireler, psikolog sorumludur.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

OH	: Optimed Hastanesi
ASSH	: Acil Servis Sorumlu Hemşiresi
Ex	: Ölü
Extremite	: Organ

3. REFERANS DOKÜMANLAR

Yaşam Sonu Hizmetler Algoritması
Morg Dolabı Sıcaklık Takip Formu
Ex Teslim Defteri
Ölüm Belgesi
Eldiven Kullanma ve El Yıkama Talimatı
Ex Kartı
Dezenfektan Kullanım Listesi
Hasta/Mefta Mülkiyet Teslim Formu
Hastane Temizliği Prosedürü
Temizlik Kontrol Formu
Atıkların Toplanması Taşınması ve Depolanması Prosedürü
Morg Temizlik Talimatı

4. UYGULAMA

Ölmeden önce durumu kritik olan hasta için yakınları hekim tarafından bilgilendirilir, talep edilmesi halinde yatağında hastalarını görmesi sağlanır. Fiziksel ve psikolojik olumsuzluk gelişen hasta yakınları için ilgili uzmandan psikolojik destek ya da ilaç desteği alması sağlanır. İbadetlerini yerine getirmek isteyen hasta yakınlarına işleyişi ve diğer hastaların tıbbi sürecini olumsuz etkilemeyecek şekilde izin verilir, daha sonra görmek isteyen yakınları için ise morg sorumlusu eşliğinde morgda gösterilmektedir. Cenaze yakınlarının bekleyebilmesi için alan oluşturulmuştur. En kısa sürede gerekli belgeler hazırlanarak cenaze teslim edilmektedir. Hasta yaşamını yitirdikten sonra, Yaşam Sonu Hizmetler Algoritması'na göre hareket edilir. Cenazenin bekletileceği alanlar aydınlatma, temizlik ve güvenlik gibi fiziki koşullar dikkate alınarak hazırlanmıştır, sıcaklık ve nem takibi yapılmaktadır. Sistem soğutucularının derecesinin 4-8 C olup olmadığı termometresinden kontrol edilir ve Morg Dolabı Sıcaklık Takip Formu'na kayıt edilir.

Morg odası ısısının 18-22C, nemin ise %30-%60 olup olmadığı termometresinden kontrol edilir ve ısı-nem takip formuna kayıt edilir.

Yaşamını yitiren hastanın öncelikle düz çizgi EKG çıktısı alınır; ilgili bölümde üzerinde bulunan damar yolu, katater, entübasyon tüpü gibi malzemeler çıkarılır. Hasta nemli bez ile silinir, kefenlenir. Kefenin üstüne doldurulan ex kartı asılır. Morgun hazırlanması için morg sorumlusuna bilgi verilir, yardımcı personel ve güvenlik görevlisi hastayı bulunduğu servisten sedyeye alınarak üzeri özel yapılmış kutu ile kapatılarak hasta yakınlarına teslim edilene kadar morgda bulunan dolaplara yerleştirir. Dolap üzerine isim soy isim yazılır. Morga transferi sırasında mahremiyet için ilgili ekipmanlar kullanılır. Yaşamını yitiren kişi bulaşıcı hastalık taşıyorsa, gerekli kişisel koruyucu donanımlar kullanılarak ceset torbası ile morga alınır.

Defin işlemleri için hastanın kimliği Hasta Kabulden alınır, Hasta Kabulde yok ise hasta yakınlarından temin edilir, (Kimlik yok ise Ölüm Raporunda Kimlik Teslim Alınmamıştır şeklinde doldurulur.) ilgili doktorun Ölüm Belgesini <https://obs.saglik.gov.tr> üzerinden doldurulmasını sağlar. 7 (yedi) adet Ölüm Belgesi Raporu çıkartılır. 7 (yedi) tane Ölüm Belgesi Raporundan 2 (iki) tanesi ex yakınlarına, 4(dört) tanesi İlçe Sağlık Müdürlüğüne ve 1 (bir) tanesi İdari Tıbbi Sekreterlikte kalır. Ölüm belgeleri Başhekiye imzalatılır ve düzenlenen evraklar ex yakınlarından da imza alınarak teslim edilir. 2 (iki) tane Ölüm Belgesi Raporu, 5-6 tane Ölüm Belgesinden fotokopi ve kimlik fotokopisi yakınlarına teslim edilir. Ölüm belgeleri teslim edildikten sonra, ex yakınları 188 ' i arayarak Cenaze Aracı temin etmektedir. Cenaze aracı geldikten sonra ex yakınları Tıbbi Sekreterliğe bilgi veriyor ve Tıbbi Sekreterlik Morg Sorumlusuna ve Güvenliğe haber veriyor. Morg sorumlusu kimlik bilgilerini yakınlarının sözlü onayını alarak kontrol eder. Kimlik kontrolü için morg kapağındaki kimlik bilgileri ve hastada bulunan ex kartı üzerinden kimlik doğrulama tekrar yapılır. Ayrıca hasta yakınlarına da talep ettikleri durumunda yüzü gösterilerek yapılabilir. Exitus Teslim Defteri doldurulur, teslim eden ve alan kişiler tarafından imzalanır ve teslimi yapılır. Mesai saatleri dışında Ölüm Belgesini doldurma işlemini Nöbetçi İşletme Yöneticisi takip eder ve ex teslimini acil servisteki kıdemli hemşire yönetir.

Yaşamını yitiren hastanın eşyaları, hemşire tarafından Hasta/Mefta Mülkiyet Teslim Formu doldurularak hazırlanır, hastanın yakınları varsa güvenlik eşliğinde hasta yakınlarına teslim edilir, hastanın yakınları yoksa güvenliğe teslim edilir. Formun ilk nüshası eşyalarla birlikte hasta yakınlarına teslim edilir.

Hasta yakınları bazen ex olan hastayı yıkayıp almak isteyebilirler. Din görevlisinin talep edilmesi halinde 188 arandığında ex yakınları gerekli bilgiyi alır. Ex olan hasta, hastane morgunda yıkanacaksa sıcak su bulunur, din görevlisi tarafından morgda bulunun otopsi masasında yıkanıp kefenlenir. Morg sorumlusu, güvenlik görevlisi ve yardımcı personel, tabutu morga alır, kefenli olan hastayı tabuta yerleştirir ve aileye teslim eder. Mesai saatleri dışında işleyişi Nöbetçi İşletme Yöneticisi takip eder ve ex teslimini acil servisteki kıdemli hemşire yönetir.

Yaşamını yitiren hasta adli vaka ise idari tıbbi sekreterlik tarafından savcılığa haber verilir. Savcılık cenazeyi morgda bulunan otopsi masasında değerlendirir, otopsi sonucuna göre tutanak hazırlar. Otopsi sonucu şüpheli bir durum yoksa savcılığın hazırladığı tutanağın bir örneği alınarak cenaze yakınına teslim edilir. Ancak şüpheli durumu varsa adli tıpa gönderilebilir. Morga alınmadan ve otopsi yapılmadan hastanenin herhangi bir bölümünden savcılığa veya resmi kuruma gönderilen hastalar içinde Exitus Teslim Defteri doldurulur, teslim eden ve alan kişiler tarafından imzalanır ve teslimi yapılır.

Exitus T.C. uyruklu değil ise Ölüm Belgesi pasaportuna göre doldurulur ve cenaze yakını olan kişi tarafından ilgili Konsolosluga bilgi verilir.

Yakını olmayan, sahipsiz cenazeler için; Belediyenin Cenaze İşleri Müdürlüğü'ne Başhekim onaylı bir dilekçeyle durum bildirilir. Bildirimden sonra cenazenin gömülmesi için Mezarlıklar Müdürlüğü Cenaze İşleri'nden gelen görevliye normal prosedür gibi teslim edilir.

Ampute ekstremiteler işlemleri sonrası hasta yakınları ekstremiteleri almak istiyorsa bunlar cenaze teslim edilir gibi ex teslim defterine kaydedilip, tutanak tutulur ve ailesine teslim edilir. Tutanağın 1 nüshası hasta veya hasta yakınlarına verilir 1 nüshası hasta dosyasında saklanır.

Aile ekstremiteleri almak istemiyorsa aileden almayacağına dair tutanak ile kayıt altına alınır ve dosyasına kaldırılır. Ekstremiteler, ilgili belediyenin Cenaze İşleri Müdürlüğü'ne Başhekim onaylı bir dilekçeyle bildirilir. Bildirimden sonra uzuv gömülmesi için Mezarlıklar Müdürlüğü Cenaze İşleri'nden gelen görevliye normal prosedür gibi teslim edilir.

Fetüs Defni; Ölü doğan bebekler, 22 haftalık ve 500 gr üstü doğumda canlı olan ve sonradan ex olan bebekler, morga puset ile alınır. İlgili doktorun, Ölüm Belgesini <https://obs.saglik.gov.tr> üzerinden doldurulması sağlar. Ölüm Belgesi Raporu çıkartılır. Ölüm Belgesi ve Perinatal Bebek Ölüm Bilgi Formu hazırlanır. Daha sonra bebek hemşiresi ve güvenlik eşliğinde morga teslim edilir. Yakınlarından imza alınarak teslim edilir. Ex yakınlarına bebek puset ile teslim edilir. Ölü doğan bebekler ve 22 haftadan küçük solunumu başlamayan ölü bebekler için Ölüm Belgesi doldurulmaz. Tutanak ile teslim edilir.

4.1.Kültürel ve Manevi Değerler

Hastanın hayatta iken sahip olduğu kültürel ve manevi beklentiler dikkate alınarak gerekli hizmetler sağlanmaktadır.

- **Gayrimüslimler için uygulama farklılıkları**

- **Musevi;**

- ✓ Gözleri bağlanır
- ✓ Ayakları bilekten bağlanır
- ✓ Kolları yanda durur
- ✓ Kefenlenir
- ✓ Dini inanış gereği cenaze defnedilmeden başsağlığı dilenmez.

- **Hristiyan;**

- ✓ Çene ve ayakları aynen bağlanır, ölüm sertliği oluşunca açılır,
- ✓ Yakınlarına sorularak giymesini istedikleri kıyafetler giydirilir (Çorap ve ayakkabı dahil)
- ✓ Ailenin isteği doğrultusunda makyaj yapılmasına izin verilir

- **Cenazenin yakılmasının talep edilmesi:**

- ✓ Ülkemizde krematoryum bulunmadığı için bu işlem yapılamamaktadır.

4.2. Morg Temizliği

Temizlik, Morg Temizlik Talimatı'na göre yapılmaktadır.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından Morg Sorumlusu ve Hastane yöneticileri sorumludur.

HASTA NAKLİ SIRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- Tüm hastalar enfekte gibi kabul edilmeli, standart önlemler alınmalı, gerekirse diğer önlemler de uygulanmalıdır.
- Tüm kan, vücut sıvıları ve hasta çıkartıları enfeksiyöz kabul edilmelidir.
- Hastalıkların yayılmasının önlenmesinde en önemli koruyucu yaklaşımlardan biri el hijyenidir. Tüm personel el hijyeni ve kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda eğitim almış olmalıdır. Tüm çalışanlar el hijyeni kurallarına uymalıdır.
- Ambulans ve acil sağlık aracında çalışan tüm personel için yeterli sayıda alkol bazlı el antiseptiği ve kişisel koruyucu donanım bulundurulmalıdır.
- Genelde karşılaşılabilecek riskler dışında yeni bir enfeksiyon hastalığı riski saptanırsa, o hastalık için belirlenmiş kurallara uyulmalıdır.
- Ambulans ve acil sağlık araçlarında yiyecek ve içecek tüketimi gibi davranışlardan kaçınılmalıdır.
- Personel, perkütan yaralanma ve mukozal temas gibi riskli durumlar konusunda eğitim almış olmalı, riskli durumlarda personelin nereye başvuracağı belirlenmeli ve bu durumlar kayıt altına alınmalıdır.
- Personel bağışıklaması için önerilen program dikkate alınmalıdır.
- Personelin bağışıklama bilgileri toplu olarak görülebileceği bir veri tabanına işlenmeli ve kişilere de sabit, saklanabilir aşı ve sağlık kartı verilmelidir.

10. Hayatını Kaybeden Hastalara Yönelik Planlama

Hastanemizde morg kapasitemiz 4 adet dolaptır. İnfluenzaya bağlı ölüm sayılarının artması durumunda belediye ile iletişime geçerek uygun alan oluşturulacaktır.

11. Hastane Pandemi Faaliyet Planı Tatbikatının Yapılması

Hastane afet planı doğrultusunda 2020 tarihinde konu olması için masa başı tatbikatı ve uygulama tatbikatı konusu olarak yönetime sunulmuştur.

5.6. Hastane Pandemi Planı Uygulama Örnekleri

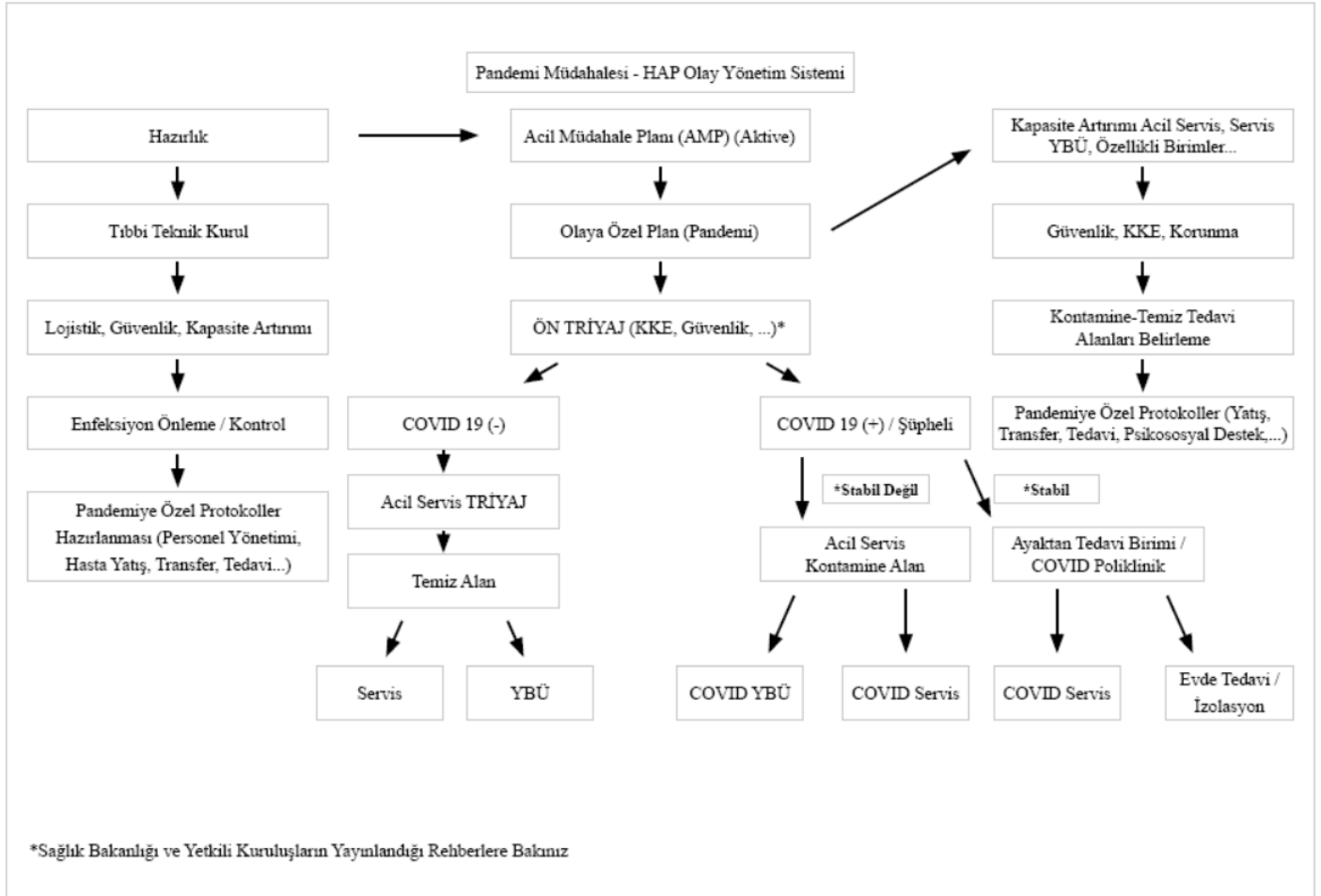
Bu bölümde, ülkemizde COVID-19 pandemisinin ilk aylarından başlayarak, farklı özelliklerde ve ölçeklerdeki sağlık kurumlarında gerçekleştirilen hastane pandemi müdahale yönetimi değerlendirmeleri de dikkate alınarak, uygulamaya dönük başlıca örnekler paylaşılmaktadır. Bu örnekler, konu olarak başlıca 3 başlık altında toplanmıştır:

- Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu

- Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler
- Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi Uygulama örnekleriyle ilgili temel bilgiler, konuları itibarıyla, aşağıda verilmektedir.

5.6.1. Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu

Hastanemizin pandemi müdahale yönetimi değerlendirmeleri dikkate alınarak aşağıdaki akış şemasına göre hareket edilir.



5.6.2. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler

Pandemi süreciyle alakalı olarak hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dr. Ufuk Çalışkan sözcülüğünde "COVID-19 Sürecinde Motivasyon Yükseltme" etkinliği düzenlendi. Ayrıca psikolog tarafından kapalı alanlarda çalışanların stres ve kaygısını azaltmaya yönelik birebir görüşmeler yapıldı. Çalışan güvenliği ile ilgili alınan önlemler Çalışan Güvenliği Prosedüründe tanımlanmıştır.

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı Optimed Sağlık Hizmetleri'nde çalışanların güvenliklerini ve sağlıklarını tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması ya da minimuma indirilmesi için sürekli iyileştirme anlayışla sağlıklı çalışma yaşamı ortamı sağlamaktır. Çalışanların sağlığı ve güvenliği süreçlerini kapsamaktadır.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

İSG : İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği
MSDS : Ürün Güvenlik Bilgi Formu

3. REFERANS DOKÜMANLAR

İşe Başlangıç Evrakları Listesi
İşe Giriş-Periyodik Muayene Formu
Kültür Alma Talimatı
Kültür Sonuçları Bildirim Formu
İzolasyon Prosedürü
Hastane Temizliği Prosedürü
Laboratuvar Güvenlik İşleyiş Prosedürü
Düşme Olaylarını Önleme ve İzleme Prosedürü
Kurşun Önlük Kontrol Formu
Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü
Beyaz Kod Talimatı
Acil Durum Tatbikat Raporu
Mavi Kod İşleyiş Prosedürü
Yangın ve Kırmızı Kod Talimatı
Delici Kesici Yaralanmalardan Korunma ve İzleme Talimatı
Sağlık Tarama Programı
Kişisel Koruyucu Donanım Kullanım ve Seçim Talimatı
Kişisel Koruyucu Donanım Listesi
Acil Durum Yönetimi Prosedürü
Risk Analizi Planları
Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği
Tehlikeli Maddeler Envanter Listesi
Yıllık Eğitim Planı
Motivasyon Prosedürü
Demo Malzeme Deneme Formu

Kişisel Koruyucu Donanım Deneme Ve Seçim Formu

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Prosedürü

Enfekte Materyele Maruz Kalan Personel Analiz Formu

Engelli Kronik Hastalığı Olan Personel Listesi

4. UYGULAMA:

4.1. İşe Başlangıç Muayeneleri

Optimed Sağlık Hizmetleri'nde işe başlayacak çalışan, İşe Başlangıç Evrakları Listesi'ni hazırlarken, çalışacağı bölümün risk analizine göre oluşturulan Sağlık Taraması Programı kapsamında belirlenen tetkik ve tahlil istemlerinde bulunulur. Çalışan evraklarını getirdiği zaman işyeri hekimine sevk edilir. İşe Giriş-Periyodik Muayene Formu hazırlanır ve işyeri hekimi bu formu doldurur. Daha sonra bu form İnsan Kaynakları bölümüne teslim edilir. İşe yeni başlayan hekimlerin ilk altı ay içerisinde sağlık taramalarının bitirilmesi beklenir.

4.2. Enfeksiyonların önlenmesi

Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Kurulu yılda 4 defa olacak şekilde toplanır. Ayrıca rutin haller dışında, bulaşıcı hastalıklar vb. durumlarda da toplanabilir. Kurul gerekli gördüğü durumlarda hastane genelinde aşı uygulaması yapabilir ve bu konularda personelin daha iyi bilgilendirilmesi için eğitim düzenleyebilir.

Kültür Alma Talimatı' na uygun olarak belirlenen yerlerden kültür sonuçları alınır. Bu kültür sonuçları bölümlere Kültür Sonuçları Bildirim Formu ile bildirilir ve alınacak önlemler belirlenir.

Altı ayda bir içme ve kullanma suları mikrobiyolojik ve kimyasal analiz yapılır.

Ayrıca bulaşıcı hastalığı nedeniyle İzolasyon Prosedürü' ne göre gerekli izolasyon önlemleri alınır. Hasta taburcu olduktan sonra gerekli temizlik ve dezenfeksiyon yapıldıktan sonra kullanıma açılır.

Optimed Sağlık Hizmetleri'nde temizlikler, Hastane Temizliği Prosedürü' ne göre yapılır. Hasta ve doktor odalarında, hemşire bankalarında el dezenfektanı bulundurulur. Ayrıca sağlık çalışanlarına düzenli olarak el hijyeni gözlemi yapılarak, eğitimler verilir.

Tüm hasta bakım ve müdahale alanlarında personel için yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman (maske, eldiven, boks gömleği vb.) bulundurulur.

4.3.Radyasyon Güvenliği

Radyasyon Güvenliği Kurulu, yılda dört kez toplanarak, kullanılan radyasyon kaynaklarına ilişkin güvenlik analizlerini yapar ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlar. Radyoloji ve Anjiyo bölümünde çalışan personelin dozimetre kullanması zorunludur. Bu dozimetreler 2 ayda bir ölçümler yapılarak incelenir.

Radyasyon alanların çalışan personel için yeterli sayıda kurşun önlük bulundurulur. Bu önlükler 6 ayda bir röntgen filmi çekilerek, kontrolü yapılır ve Kurşun Önlük Kontrol Formu'na kaydedilir.

Radyoloji ve Anjiyo bölümünde çalışanlara belirli periyotlarda şua izinleri verilir.

4.4. Laboratuvar Güvenliği

Laboratuvarda çalışan personelin dikkat etmesi gereken kurallar ve alması gereken önlemler Laboratuvar Güvenlik İşleyiş Prosedürü' nde belirtilmiştir. Bu prosedür laboratuvarda görev yapan personele anlatılmış ve tebliğ edilmiştir.

4.5. Düşme Risklerinin Azaltılması

Kaygan zeminler silindiği zaman personele gerekli uyarıyı yapmak ve dikkatli olmalarını sağlamak için “Dikkat Kaygan Zemin” yazısı konulur.



“Dikkat Kaygan Zemin”

Ayrıca hastane genelinde merdivenden düşme olaylarını önlemek için, merdivenlere kaymaz bant yapıştırılmıştır. Merdiven boşluklarına file yerleştirilmiştir.



Düşme olayları ile ilgili diğer önlemler Düşme Olaylarını Önleme ve İzleme Prosedürü' ne göre uygulanır.

4.6. Atıkların Uzaklaştırılması

Hastane genelinde evsel, tıbbi ve tehlikeli atıklar Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü' ne uygun olarak kaynağında ayrıştırılır. Lisanslı firmalar aracılığı ile bertaraf edilir. Tüm personele atık yönetimi eğitimi verildiği gibi atık taşıyan personele düzenli aralıklarla taşıma ve enfeksiyondan korunma ile ilgili eğitim verilir.

4.7. Güvenlik-Beyaz Kod

Hastane genelinde hem hasta hem de çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla 24 saat güvenlik görevlisi bulundurulur.

Mesai saatleri içinde ve dışında hastane içerisinde ve yakın çevresinde (Ön-Arka otopark, hastane önü vb) oluşabilecek olası bir saldırı ya da taciz olaylarına karşı çalışanın güvenliğini sağlamak ve en kısa sürede müdahale etmek için Beyaz Kod Talimatı' na göre hareket edilir. Yılda bir kez beyaz kod uygulama tatbikatı yapılır. Tatbikat görüntüleri ve Acil Durum Tatbikat Raporu ile kayıt altına alınır ve kalite departmanında muhafaza edilir.

4.8. Mavi Kod

Hastane genelinde gerek personel gerekse hastalarda; karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında acil müdahale gerektiğinde işlemlerin hızlı ve etkin olarak yapılmasını sağlamak amacı ile Mavi Kod İşleyiş Prosedürü oluşturulmuştur.

4.9.Tesis Kaynaklı Risklerin Yönetimi

Yangın ve Kırmızı Kod Talimatı hazırlanmıştır. Yılda bir defa çalışanlara teorik ve uygulamalı olarak yangın söndürme eğitimi verilmektedir. Belirli periyotlarda bina turları yapılarak tesis kaynaklı riskler tespit edilir. Tespit edilen riskler Tesis Güvenliği Kurulu'nda değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. Teknik Servis tarafından hastanede mevcut tesisat, ekipman ve cihazlar düzenli aralıklarla kontrol edilir ve bakımları yapılır/yaptırılır.

4.10. Çalışanların Yaralanma Riskleri

Çalışanların, kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemek amacıyla dikkat etmesi gereken kurallar Delici Kesici Yaralanmalardan Korunma ve İzleme Talimatı ile belirlenmiştir. İş kazası, vücut sıvılarıyla teması yaşayan personel ile ilgili olay bildirim formu tutulur ve işyeri hekimine sevk edilir. İşyeri hekimi tarafından gerekli kontrolleri ve muayenesi yapılır. Enfeksiyon Hemşiresi tarafından Enfekte Materyele Maruz Kalan Personel Analiz Formu doldurularak takibi yapılır.

4.11. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Kurulu

Hastanede çalışanların sağlığına yönelik faaliyetleri yürütmek üzere kurul oluşturulmuştur. Kurul yılda dört kez toplanır. Toplantıda, risk analizleri değerlendirilerek çalışanların zarar görme risklerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapar, göstergelerin takibini yapar, riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar, fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılmasını sağlar, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılmasını sağlar, sağlık tarama programının hazırlanması ve takibini yapar. Bölümlerden gelen olay bildirim formları değerlendirilerek sonuçlarına göre gerekirse iyileştirme çalışmaları yapılır.

4.12.Sağlık Tarama Programı ve Bağışıklama

Sağlık Tarama Programı dâhilinde tarama zamanı gelen tüm çalışanlara SMS ile hatırlatma yapılır. Sağlık taramaları sonucu ve bulaş riski yüksek alanlarda çalışanlara aşılama yapılmaktadır. Taramasını tamamlayan çalışanın bilgileri İş Yeri Hekimi tarafından İşe Giriş/Periyodik Muayene Formu ile kayıt altına alınır. İnsan Kaynakları Departmanı tarafından kalite programına kaydı yapılarak takibi yapılır. Özellikle bölümlerde çalışanların sağlık taramaları yılda iki kez yapılmaktadır. Sağlık taraması sonucu, pozitif saptanan olgularda, çalışan işyeri hekiminin önerisi ile ek tetkik istemi yapılır veya uzman hekime yönlendirilir ve takibi yapılır.

Çalışanın iş kazası geçirmesi durumunda, acil servise yönlendirilir ve İşyeri Hekimi tarafından muayenesi yapılarak Genel Adli Muayene Raporu tutulur. İnsan Kaynakları Departmanı tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na en geç üç gün içinde bildirimi yapılır. Ayrıca olayın bir daha yaşanmaması adına alınacak önlemler için İstenmeyen Olay Bildirim İşleyiş Prosedürü'ne göre olay bildirim formu doldurulur ve İSG Uzmanı' na bilgi

verilir. İş kazası geçiren çalışanların muayene kaydı hasta kabul tarafından iş kazası olarak açıldıktan sonra HBYS'den insan kaynaklarına bilgilendirme maili gönderilir.

4.13. Kişisel Koruyucu Ekipmanlar ve Kullanımı

Kişisel koruyucu ekipmanlar ve kullanımı, Kişisel Koruyucu Donanım Kullanım ve Seçim Talimatı' na uygun olarak yürütülür. Çalışanın yaptığı işe göre kullanacağı kişisel koruyucu ekipmanla ilgili olarak Kişisel Koruyucu Donanım Listesi mevcuttur. Ayrıca tüm çalışanlara yılda bir kez ve gerektiğinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı eğitimi verilmektedir.

4.14.Risk Analizleri

Acil Durum Yönetimi Prosedürü dikkate alınarak ve hastanede karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskler değerlendirilir. İSG Uzmanı ve bölüm sorumluları katılımı ile yılda bir kez bölüm bazında Risk Analizi Planları yapılır. Belirlenen periyotlarda analizler gözden geçirilerek iyileştirme çalışmaları yapılır.

4.15.Tehlikeli Madde

Optimed Sağlık Hizmetleri'nde kullanılan kimyasal malzemeler ve dezenfektanların birçoğu Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliğine göre Tehlikeli Madde sınıfına girdiğinden dolayı Tehlikeli Maddeler Rehberi'nde ürünlerin MSDS'leri bulunur. İlgili MSDS'lerde dikkat edilmesi gereken konular, riskler, alınacak önlemler, depolama ve kullanma yöntemleri gibi konular bulunur. Personele Yıllık Eğitim Planı'na uygun olarak yılda bir defa Tehlikeli Maddeler, MSDS ve dikkat edilmesi gereken kuralları içeren eğitim verilmektedir.

4.16.Dini İnançlara Yönelik İhtiyaçların Karşılanması

Çalışanların dini inançları çerçevesinde istekleri doğrultusunda ibadetlerini yapabileceği kadın ve erkek mescitlerimiz mevcuttur.

4.17.Kişisel Gelişim ve Motivasyon Faaliyetleri

Motivasyon Prosedürü kapsamında belirlenen faaliyetler, çalışanların motivasyonunu arttırmaya yönelik uygulanır. Ayrıca yıl içinde mesleki ve kişisel gelişimlerinin tamamlanması için çeşitli eğitimler düzenlenerek, seminer ve kongreler ile desteklenir. Çalışan anneler için kreş ve/veya çocuk kulüpleri ile sözleşme yapılır.

4.18. Gıda Güvenliği

Hijyen eğitimi belgesi olan yemekhane çalışanlarına düzenli olarak sağlık taraması yapılır ve hijyen eğitimleri verilir. Gıda türlerine göre depolama koşulları belirlenmiştir. Yemekler ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek hazırlanır. Günlük olarak hazırlanan yemekten düzenli olarak numune alınır. Belirli periyotlarda yapılan öz değerlendirme (iç tetkik) ve alan ziyaretlerinde tüm süreç gözden geçirilir.

4.19.Ergonomi, Gürültü ve Aydınlatma

Her yıl ağır yük kaldırma, ergonomi eğitimleri verilir. Ameliyat olan hastaları yatağına yerleştirirken rollboard kullanılarak çalışanların etkilenmesi azaltılır. Ayrıca çalışma ortamının konforunu sağlamak için belirli periyotlarda gürültü, aydınlatma ve termal konfor ölçümleri yapılır. Gürültü düzeyi yüksek olan çalışma alanlarında gerekli kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılır.

4.20. Gebe, Engelli ve Kronik Hastalığı Olan Çalışanlar

Hastanemizde çalışan, engelli ve kronik hastalığı olanlar, çalışma şartlarını kolaylaştıracak uygun işlerde çalıştırılır. Engelli ve Kronik Hastalığı Olan Personel Listesi güncel olarak İnsan Kaynakları departmanında bulunur.

Gebe çalışanlar için iş yasası kuralları gereği şartlar yerine getirilir.

4.21.Özellikli Bölümlerde Çalışanların Risklerin Yönetilmesi

Yoğun bakım gibi özellikli alanlarda çalışanlar psikolojik yönden gerektiğinde profesyonel destek almaları sağlanır. Stres yönetimi, iletişim vb. eğitimler verilir.

4.22.Çalışanlar Arası Mobing ve Stres Yönetimi

Çalışanlara iletişim, stres yönetimi etkin liderlik eğitimleri verildiği gibi, kişisel tutum ve davranış, sağlıklı iletişim, hitap şekilleri vb. konularda hatırlatma ve bilgilendirme maili atılmaktadır. Ayrıca mobing uygulandığı yönünde gelen bildirimler, İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği ve Disiplin Kurulu tarafından değerlendirilerek gerekli önlemler alınmaktadır.

4.23.Gereksiz İş Yükünün Azaltılması

Gereksiz iş yükünün azaltılması için görev tanımları, işe girişte ilgili kişilere verilir. Çalışma saatleri iş yasasında belirtildiği gibi olup fazla mesailerde çalışanlara ücret ya da izin verilir. Ayrıca her bölüm için norm kadro belirlenmiş olup personel alımı bu kapsam dâhilinde yapılır.

4.24.Çalışma Alanlarına Yönelik Fiziksel Düzenlemeler

Yeni alınacak malzemeler için Demo Malzeme Deneme Formu ve kişisel koruyucu donanımlar alınmadan önce Kişisel Koruyucu Donanım Deneme Ve Seçim Formu kullanılarak çalışanların görüş ve önerileri alınır. Dinlenme, giyinme ve kişisel eşyalarını muhafaza edecekleri alanlar mevcuttur.

4.25.İstenmeyen Olayların Bildirimi

Çalışanların güvenliği ile ilgili gerçekleşme potansiyeli olan (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İşleyiş Prosedürü kapsamında bildirimi yapılır. Bildirimler sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemler alınır. Bildirim ve sürecin işleyişi hakkında çalışanlara eğitim verilir.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından hastane yöneticileri sorumludur.

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A. HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

A/1 : Tesis Sistemleri Durum Formu (HAP Kılavuzu Form 5)

A/2 : Olay Eylem Planı Standart Formu (HAP Kılavuzu Form 6)

A/3 : Bilgi Yönetimi İçin Genel Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 28)

A/4 : Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 30)

A/5 : İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu (HAP Kılavuzu Form 22)

B. Olaya Özel Planlar Çerçevesinde Kullanılacak Formlar

B/1 : Tahliye Edilen Malzeme/Ekipman Takip Formu

B/2 : Hasta Tahliye Takip Formu

B/3 : Personel Tahliye Takip Formu

B/4 : İş Sürekliliği Olay Eylem Planı Formu

B/5 : Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Form

B/6 : Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşımı Takip Formu

EK/ B1									
			ÖZEL OPTİMED HASTANESİ BİRİMİ TAHLİYE EDİLEN MALZEME / EKİPMAN TAKİP FORMU				Doküman No :AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1		
Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat						Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati			
Tahliye Kararının Tarih ve Saati						Tahliye Bitiş Tarih ve Saati			
Sıra No	Malzeme/Ekipman Adı	Miktarı	DURUMU			Tahliye Edildiği Yer	Teslim Edilen	Teslim Alan	Açıklama
			Kullanılır	Hasarlı Kullanılır	Kullanılmaz				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır									

EK/ B2										
		ÖZEL OPTİMED HASTANESİ BİRİMİ HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU					Doküman No :AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1			
Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat					Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati					
Tahliye Kararının Tarih ve Saati					Tahliye Bitiş Tarih ve Saati					
Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Protokol Numarası	Tanısı	Kısa Tedavi Protokolü	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/ Servis vb.)	Hastayı Teslim Eden	Hastayı Teslim Alan	Öneriler/Birlikte Gönderilen Ekipmanlar, Kişisel Eşyalar vb.	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.
3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK/ B3							
		ÖZEL OPTİMED HASTANESİ BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU			Doküman No :AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1		
Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat				Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati			
Tahliye Kararının Tarih ve Saati				Tahliye Bitiş Tarih ve Saati			
Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Unvanı	Görevi	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Telefon Numarası	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.							

EK-B4		
	 HASTANESİ İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI FORMU	Doküman No :AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar:... Sayfa No :1/1
Olay (Ad/ Kod):		Yer (Konum):
Tahmini süre:		
Etkilenen Birim(ler)/İşlevler:		
Göreve Çağrılan Kurtarma Ekibi(leri):		
Olay Eylem Planı'nın uygulamaya geçirilmesinde genel sorumluluk kime ait:		
Olay Eylem Planı'nı hazırlayan:		
İşlev/ad ve tarih: Olay Eylem Planı'nı onaylayan:		
İşlev/ad ve tarih: Olay Eylem Planı'nın adı:		
DURUM ÖZETİ		
Olay Yönetiminin Amacı ve Hedefleri (paydaşlar dâhil)		
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)		
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)		
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)		
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)		
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)		
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)		
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)		

Haberleşme planı (Teknik detaylar, irtibat listeleri)	
Tahmini maliyet	
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır	

EK/B5			
	 HASTANESİ HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM		Doküman No :AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Olayın Niteliği:			
Bu formu dolduran Olay Yönetim Ekibi / Departman (Bölüm) üyelerinin isimleri ve görevleri*:			
Tarih ve saat:			
Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:			
Sıra	Konu	Açıklamalar	Bilgi Kaynağı
1	Acil durumun niteliği		
2	Etkileyen/neden olan faktörler		
3	İşin sekteye uğraması maksimum kesinti süresini aşarsa ve hedeflenen kurtarma süresine uyulamazsa; oluşması beklenen sağlık sorunları (bkz. etkinleştirilen iş sürekliliği prosedürü)		
4	Tesislerin, ekipmanın ve malzemelerin gördüğü hasarlar (fiziksel/yapısal)		
5	Hastane hizmetleri sunmak için gerekli olan sistemlerin gördüğü hasarlar (özellikle lojistik yönetimi sistemi; nasıl; ne kadar; kaç tane)		
6	Gelecek saatlerde ya da günlerde gerçekleşmesi tahmin edilen olası eğilimler		
7	Mevcut temel kısıtlamalar (personel, haberleşme, lojistik, güvenlik)		
8	Özellikle kritik iş fonksiyonlarının kurtarılması ve temel hastane hizmetlerinin sağlanmasına yönelik eylem öncelikleri (öncelik sırası ya da zaman içindeki sıralamaya göre listeleyin)		
9	Departman ve birim düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
10	Genel hastane düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
11	Hasarın yeniden değerlendirilmesi ve sağlık ihtiyaçlarının tespiti için uygulanacak olan izleme mekanizmaları ve prosedürleri (sıklık, kim, nasıl, ne zaman, kime rapor edilecek)		
12	İhtiyaç duyulan dış kaynaklara ilişkin ilk değerlendirme (ne, kim, nasıl, ne zaman)		
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) Eylemlere yönelik Öneriler / Kararlar (tüm temel eylemleri belirtin; ne, ne zaman, kim, nasıl, nerede) doğrudan ve/veya ilgili Departman/ Servis/ Birimler ile koordineli olarak OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.			

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU EKLERİ

EK 1-A İş Akış Talimatları

HAP Başkanı İş Akış Talimatı

Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Eczane Birim Sorumlusu Akış Talimatı

Görüntüleme Birimi Sorumlusu İş Akış Talimatı

Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı

Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı

İş Güvenliği Sorumlusu İş Akış Talimatı

Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Başkanı Akış Talimatı

Halka İlişkiler Sorumlusu İş Akış Talimatı

Operasyon Şefi İş Akış Talimatı

Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı

Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Yatan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Triyaj Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı

Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı

Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı

Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Planlama Şefi İş Akış Talimatı

Dokümantasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

Altyapı Sorumlusu İş Akış Talimatı

İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı

Bilgi İşlem Sorumlusu İş Akış Talimatı

Santral Sorumlusu İş Akış Talimatı

Lojistik Şefi İş Akış Talimatı

Destek Hizmetler Sorumlusu İş Akış Talimatı

Depo Sorumlusu İş Akış Talimatı

Tıbbi Cihaz Sorumlusu İş Akış Talimatı

Ulaşım Sorumlusu

Yemekhane Sorumlusu İş Akış Talimatı

Finans Şefi İş Akış Talimatı

Faturanlandırma Maliyetlendirme İş Akış Talimatı

Satınalma Sorumlusu İş Akış Talimatı

Hukuk Tazminat Sorumlusu İş Akış Talimatı

Tahakkuk Sorumlusu İş Akış Talimatı

EK 1-B Standart Operasyon Prosedürleri

SOP 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

SOP 2 Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktivasyon-Alarm Sürecinin Değerlendirilmesi

SOP 3 Olay Yönetim Ekibi (OYE), Olay Yönetim Merkezi (OYM) ve Afet ve Acil Durum Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi

SOP 4 Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi

SOP 5 Tıbbi Triyaj Yönetimi

SOP 6 Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli

SOP 7 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu

SOP 8 İnsan Kaynakları Yönetimi

SOP 9 Bilgi Yönetimi

SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi

SOP 11 Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler

SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi

SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi

SOP 14 Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi

SOP 15 Güvenlik Yönetimi

SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi

SOP 17 Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi

SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi

SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

SOP 20 Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

SOP 21 Siyah Kod

SOP 22 Gri Kod

SOP 23 Turkuaz Kod
SOP 24 Mor Kod
SOP 25 Turkuaz Kod
SOP 26 Sarı Kod
SOP 27 Pembe Kod
SOP 28 Beyaz Kod
SOP 29 Mavi Kod

EK 1-C Formlar

Form-1 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Görevlendirme Formu
Form-2 Brifing Formu
Form-3 Olay Bildirim Formu
Form-4 Operasyon Kayıt Formu
Form-5 Tesis Sistemleri Durum Formu
Form-6 Olay Eylem Planı Standart Formu
Form-7 Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu
Form-8 Hastane Giriş Kayıt Formu
Form-9 Hasta Dosyası Formu
Form-10 Hasta Takip Listesi Formu
Form-11 Hastane Olay İstatistik Formu
Form-12 Hasta Son Durum Listesi Formu
Form-13 Durum Rapor (İdari Birimler) Formu
Form-14 Durum Raporu (Yataklı Servis İçin Örnek) Formu
Form-15 Hasta Eşyası Teslim Formu
Form-16 Mevcut Personel Kayıt Formu
Form-17 Göreve Gelen Personel Kayıt Formu
Form-18 Personel Mesai Tablosu Formu
Form-19 Olay Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu
Form-20 Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu
Form-21 Alana Malzeme (Demirbaş, ilaç, Tıbbi Sarf vb.) Gönderme Takip Formu
Form-22 İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu
Form-23 Malzeme Takip Formu
Form-24 Özel Alanlar Formu
Form-25 Finans Yönetimi Kayıt Formu
Form-26 Lojistik Yönetimi Kayıt Formu
Form-27 Yönetimi Kayıt Formu

Form-28 Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu
Form-29 Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu
Form-30 Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu
Form-31 Psikososyal Risk Analizi Formu
Form-32 Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu
Form-33 Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu
Form-34 Diyaliz Bilgisi Formu
Form-35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu
Form-36 Personel Bilgi Formu
Form-37 Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu
Form-38 Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu
Form-39 Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu
Form-40 Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu
Form-41 Firmalar ve Kritik Tedarikçiler Takip Formu
Form-42 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon İletişim Formu
Form-43 Kurtarma- Söndürme-İlk Yardım Ekibi İletişim Formu
Form-44 HAP Yılı Eğitim-Tatbikat Planı Formu
Form-45 HAP.... Yılı Eğitim Rapor Formu
Form-46 HAP.... Yılı Tatbikat Rapor Formu
Form-47 Afet ve Acil Durum Kurum Rehberi
Form-48 Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu
Form-49 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu
Ek 1-D Acil Servis Departman / Servis / Birim Müdahale Prosedürü
EK 2-A Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi
EK 2-B Güvenli Hastane Kontrol Listesi
EK 2-C KAISER Risk Analizi
EK 2-D COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi
EK – 4 / A KROKİLER/PLANLAR
EK – 5 / A PROTOKOLLER **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

EK 1-A TEMEL GÖREVLER İÇİN İŞ AKIŞ TALİMATLARI

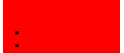
Hastane Afet Planı Hap Başkanı İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI HASTANE AFET PLANI BAŞKANI AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Hastane Afet Planı Başkanı	
Bağlı Olduğu Kişi	:	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> Olay Yönetim Merkezi ve Olay Yönetim Ekibini (OYE) organize etmek ve yönetmek, • Hastane afet yönetimi ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri vermek, • Gerekirse hastane tahliye işlemini başlatmak • Yürütülen faaliyetlerin gerektiğinde sonlandırılmasına karar vermek.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
HAP Başkanı olarak OYE'yi aktive etmek amacıyla OYE üyelerini(telefon, telsiz, çağrı cihazı vb.) ile çağırır.		
OYE'nin hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verin (tüm faaliyetler için; bir üye birden fazla işlevden sorumlu olabilir). Yapılan tüm görevlendirmelerin HAP Sekreteri tarafından HAP Organizasyonu Görevlendirme Formu ile kayıt altına alınmasını sağlar.		
Acil Müdahale Planı'nın faaliyete geçirilme düzeyi konusunda yetkili üst yöneticilere Brifing Formu ile bilgilendirme yapar.		
OYE üyelerine sorumluluklarını bildiren iş akış talimatları/görev yelekleri/ilgili formlar ve kayıtları dağıtır.		
HAP Sekreteri tarafından diğer görevlerle ilgili iş akış talimatlarını dağıtılmasını; ilgili formların kullanıma hazır olmasını, doldurulmasını ve kayıtların HAP Sekreterin kontrolünde olmasını sağlar		
Olay Yönetim Ekibi üyerine raporlama zamanını belirtir.(İlk 12 saatte 2 saatte bir daha sonra ise 4 saatte bir)		
Altyapı Sorumlusu, Planlama Şefi ve İş Güvenliği Sorumlusunun Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçların Belirlenmesine Yönelik Formunu değerlendirerek binanın genel durumu hakkında bilgi edinir. Gerekli durumda Tahliye kararı alır.		
Planlama Şefi tarafından hazırlanan Planlama Durum Raporunu inceler.ve hastanenin mevcut altyapı, bilgi işlemi, santral, güvenlik ve mevcut insan gücü hakkında bilgi sahibi olur.		

Operasyon Şefi tarafından hazırlanan Operasyon Durum Raporunu inceler ve tıbbi süreçler, hasta sayısı,yatak sayısı, kapasite artışı, vb. konularda bilgi sahibi olur.		
Lojistik Şefi tarafından hazırlanan Lojistik Durum Raporunu inceler ve malzeme/ ilaç stokları, yemekhane hizmetleri, vb konularda bilgi sahibi olur.		
Finans Şefi tarafından hazırlanan Finans Durum Raporunu inceler ve hastanenin maddi kaynakları vb. konularda bilgi sahibi olur.		
Almış olduğu bilgiler sonucunda İlk Olay Eylem Planını hazırlar/hazırlatır.		
Afet ile ilgili ilk bilgiyi Olay Bildirim Formu ile AKOM vb. yerlere bildirimini yapar/yaptırır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Planlama Şefinden gelen Planlama Durum Raporunu inceler,değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
Operasyon Şefi tarafından hazırlanan Operasyon Durum Raporunu inceler ve değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
Lojistik Şefi tarafından hazırlanan Lojistik Durum Raporunu inceler ve değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
Finans Şefi tarafından hazırlanan Finans Durum Raporunu inceler ve değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
Basına/ halka yapılacak ilk açıklama ile ilgili Halkla İlişkiler Sorumlusu ile birlikte çalışır gerekli bildiri metnini inceler, kontrol eder.		
Operasyon şefiyle hastanenin kapasitesini artıracak çalışmalar yapar gelen önerileri değerlendirir.		
Belirli periyotlarla İl Sağlık Müdürlüğü/AKIM vb. ile iletişim geçer ve gerekli bilgilendirmeleri yapar. Sorunlu konularla ilgili bilgi verir, destek ister.		
Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla diğer sağlık kuruluşları ve afetin etkileri konusunda bilgi alır ve yeni hareket tarzları belirler.		
İş Güvenliği Sorumlusunun yönlendirmesiyle hastane binasının durumuna göre kısmi veya tamamen tahliye tahliye karar verir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		

Planlama Şefinden gelen Planlama Durum Raporunu inceler,değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
Operasyon Şefi tarafından hazırlanan Operasyon Durum Raporunu inceler ve değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
Lojistik Şefi tarafından hazırlanan Lojistik Durum Raporunu inceler ve değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
Finans Şefi tarafından hazırlanan Finans Durum Raporunu inceler ve değerlendirir. Gerekli durumlarda yeni hareket tarzları geliştirir.		
İstenildiği takdirde, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kriz Koordinasyon Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilik Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'nde koordinasyon toplantılarına katılır,		
Rutin basın ve halkla bilgilendirme toplantıları için gerekli hazırlıkları yapar.		
Tüm personelin psikososyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını ve yeterli düzeyde yönetilmesini sağlar.		
Yemekhane Sorumlusu ve Lojistik Şefi ile görüşür ve yemekhane hizmetinin başlaması için eksikleri tespit eder, başlaması için gerekli hazırlıklarının yapılması için gerekli direktifleri verir.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Olay Yönetim Merkezi ekibi ile birlikte durum raporları ile birlikte değerlendirme yapar aktivasyonun sonlanmasına karar verir.		
Aktivasyon ile ilgili bilginin hastaneye verilmesini sağlar.		
KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi ve İl SAKOM'a veya Acil Sağlık Hizmetleri'ne (112 KKM), aktivasyonun sona erdiğini bildirir		
Aktivasyonun sona ermesinden sonraki 24 saat için personel görevlendirilmesini sağlar, kontrol eder.		
Yaşanan süreç, eksik yönler, vb. konularda rapor hazırlar.		
HAP Sekreteri sayesinde kullanılan tüm dokümanların toplandığı ve güvenli alanda depolandığını kontrol ve teyit eder.		

Hastane Afet Planı Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI ACİL SERVİS BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	: Acil Servis Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u>		
• Acil Servisin iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak Acil Servisin tıbbi müdahalesini koordine etmek ve yönetmek, • Yaralıların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak, • Rutin acil durumlar ve hasta/yaralılar için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla iş yükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak, • Afet ve acil durumda Acil Servisin genel yönetimini sağlamak		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar, görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Mevcut Acil Servis personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verir,		
Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize eder; bu konuda karar alması için bir acil servis hekimini görevlendirir,		
Hasta kabullerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlar		
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar		
Halihazırda mevcut kaynakları değerlendirir,		
Acil Servis için Müdahale Prosedürü'nün faaliyete geçirilmesini sağlar,		
Olay Yönetim Ekibi ve özellikle Operasyon şefi ile irtibatta olun		

Acil Servis Durum Raporu ile Operasyon Sorumlusuna Bilgi verin		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Kanıtların daima kurtarılmasını sağlayın		
Resüsitasyona ihtiyacı olanlara özel dikkat göstererek yaralıların bakımını yönetin,		
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek departman/servis/birimlerle irtibata geçin		
Acil Servise kabul edilen yaralıların, klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlayın,		
Personelin ihtiyaçlarını tahmin edin ve bu doğrultuda OYE'den istekte bulunun		
Acil Serviste çalışan tüm personele düzenli brifng verin,		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçin.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Ölen hastaların, hastane geçici morgu olarak işlev gören özel alanlara transfer edilmesini sağlayın (kimlik tespit etme sürecine katkıda bulunmaya yönelik Standart Operasyon Prosedürü'ne uyun)		
Destek için gelen dışarıdan gelen yataklı servis cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçin.		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Acil Servis Durum Raporu nu göndermeye devam eder.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Acil Servis Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Diğer servisler için (Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane vb.) planlanan hizmetlerin ve imkânların durumu konusunda son durumdan OYE'yi daima haberdar edin		
Talep edilmesi durumunda, hastane içi transfere yardımcı olun		

AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmalar Acil Servis Durum Raporu ile Operasyon Şefine raporlar.		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlayı		
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirin		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Eczane Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI ECZANE SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Eczane Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Lojistik Şefi	Yelek Rengi :
Görevi		
Olay Yönetim Ekibi ile Eczane faaliyetlerinin koordinasyonundan sorumludur: • Eczanenin personel ihtiyaçlarını belirlemek, • İlaç ve intravenöz sıvıların klinik alanlara hızlıca temin edilmesini sağlamak, • Kullanılan ilaçların kayıtlarının sürdürülmesini sağlamak		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Lojistik Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Lojistik Yetkilisinden birifing alır		
Eczanenin durumunu saptar,Depo/Eczane Malzeme Durum Raporu ile birlikte Lojistik Şefine Bilgi verir.		
Eczane tarafından tedarik edilen ilaç ve intravenöz sıvılara veya diğer maddelere olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçin,		
Gerekli olması durumunda acil ilaç veya diğer maddelerin temin edilebilmesi için ecza depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verin.		
Bölümden gönderilecek ilaç ve serum ile ilgili hazırlık yapar ve Alana İlaç/Malzeme Gönderme Takip Formu ile ilgili bölümlere malzemeyi gönderir.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Bölümlerden gelen ilaç ve serum istemlerini kontrol eder değerlendirir.Hazırlanan malzemeleri Alana Malzeme Gönderme Takip Formu ile gönderir.		
Her iki saatte bir eczanenin stok durumu ile ilgili Lojistik Şefine Depo /Eczane Malzeme Durum Formu ile bilgi verir.		
Kritik stoğa düşen ilaç ve serumlar ile ilgili olarak Malzeme Talep Formu ile Lojistik Şefinden talepte bulunur.		

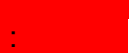
Eczaneyi sürekli kontrol ederek, herhangi bir hırsızlık ve benzeri kötü kullanımlar içine engeller.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Her dört saatte bir eczane stok durumu durumu ile ilgili Lojistik Şefine Depo/Eczane Malzeme Durum Formu ile bilgi verir.		
Bölmelerden gelen ilaç ve serum istemlerini kontrol eder değerlendirir.Hazırlanan malzemeleri Alana Malzeme Gönderme Takip Formu ile gönderir.		
Afete müdahale durumunun uzaması durumunda hizmete kesintisiz için gerekli önlemleri alır, personel görevlendirir.		
Kritik stoğa düşen ilaç ve serum ile ilgili olarak Malzeme Talep Formu ile Lojistik Şefinden talepte bulunur.		
Daha önce bölümlere gönderilen ama kullanılmayan malzemeleri ile Malzeme Takip-İade Formu ile geri alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sırasında kullanılan malzemelerin miktarını çıkarır, eczane ile ilgili eksikleri tespit eder ve eczanenin son durumu ile ilgili Lojistik Şefine rapor hazırlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Lojistik Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Görüntüleme Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI GÖRÜNTÜLEME SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Görüntüleme Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi Görüntüleme birimi ile Olay Yönetim Ekibi arasındaki koordinasyondan sorumludur: • İlerleyen saatler için görüntüleme biriminin işlem kapasitesini değerlendirmek, • Acil olmayan görüntüleme işlemlerini iptal etmek ve hastanın gönderen kliniğe geri sevk edilmesini sağlamak, • Yapılan işlemlerin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlamak, • Gerektiğinde görüntüleme biriminin imkan ve kapasitesini artırmaya yönelik ek planlamalar yapmak, • Görevi devralacak personel gelene kadar birime liderlik etmek.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Radyoloji bölümünün durumunu değerlendirir ve Radyoloji Durum Raporunu Operasyon Şefine gönderir.		
Radyoloji bölümünün işleyişi ile ilgili bir sorun bulunmuyorsa öncelikle acil olan çekimleri yapar, gerekli durumlarda acil olmayan çekimleri iptal eder.		
Durumları acil olmayan servislere geri gönderilebilecek hastaları belirleyin ve bu hastaları servislere transfer eder.		
Eğer radyoloji bölümü kısmen/ tamamen hizmet veremeyecek duruma geldiyse konu ile ilgili olarak Operasyon Şefinin bilgisi ile Kurumlararası Koorinasyon Sorumlusu ile iletişime geçer ve sevk edilecek hastaneleri belirler. Sevk edilecek afetzedeler ile ilgili olarak gerekli personel desteğini sağlamak için Lojistik Şefine bilgi verir.		
Radyoloji cihazlarının zarar görmesi durumunda ve/veya ek cihazlara ihtiyaç duyulması durumunda gerekli cihazların temini için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Radyoloji Durum Raporunun göndermeye devam eder.		

Herhangi bir sebeple verilmeyen(arıza, hazar vb.) ancak verilmeye başlayan radyoloji çekimleri ile ilgili tıbbi birimlere bilgi verir.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon Şefine bilgi verir.		
Destek için gelen dışarıdan gelen radyoloji cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer, sorunsuz çalıştığı tespit edilen cihazlar ile hasta kabulü yapar.		
Radyoloji ünitesi dışında radyoloji çekimleri için alan yaratılması durumunda bu alanlar için personel görevlendirir ve kontrol eder.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Radyoloji Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Radyoloji bölümünde işleyişin, rutin işleyişe dönmesi için gerekli önlemleri alır, sorunlarla ilgili Operasyon Şefine bilgi verir.Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Radyoloji Bölümünde hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmaları Radyoloji Durum Raporu ile Operasyon Şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI GÜVENLİK SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Güvenlik Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Oprasyon Şefi	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> • Hastanenin tüm alanlarında genel güvenlik (emniyet, asayiş) faaliyetlerini koordine etmek, • Hastane “afet alanı” korumasını ve dış trafik akışını düzenlemek ve uygulamaya koymak, • Kolluk kuvvetleriyle birlikte hastaneye erişimin, hastaneye ulaşan hasta ve kişilerin ilgili alanlara yönlendirilmesini sağlamak.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Planlama Şefinden durum ile ilgili talimat ve bilgi alın,		
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,		
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Planlama Şefine Hastane Güvenlik Rapor Formu ile düzenli yazılı durum raporları verin		
Gerekli durumlarda, denetimli giriş çıkış kontrolü sağlayın		
Yetkisi olmayan kişileri yasak bölgelerden çıkartın,		
Ek güvenlik personeli seferber edilene kadar, geçici personel temin etmek için ilgili hizmetleri talep edin,		
Acil Servis / Triyaj alanı ve diğer alanları (örneğin; morg, aileler için alanlar); ambulans ve eş zamanlı veya daha sonra gelecek ambulansların giriş ve çıkış noktalarını açık tutun, erişimi yalnızca yetkili araçlarla sınırlandırın		
Araç parkı erişimini ve kullanımını kontrol edin, erişimi yalnızca yetkili araçlarla sınırlandırın.		
Kendilerine teslim edilen hasta esya,para vb. malzemelerini Hasta Eşyası Teslim Formu ile kayıt altına alır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		

Güvenlik personelinin riskler ve güvenli olmayan durumlara karşı bilgilendirin ve tespit edilen sorunları Planlama Şefine bildirin,		
Gerektiğinde, yetkisi olmayan personelin erişimini kısıtlamak için tahliye alanlarında önlem alın		
Kurumlar arası koordinasyon yetkilisi aracılığıyla itfaiye, kolluk kuvvetleri v.dğr ilgili kurumlarla irtibata geçin,		
Güvenlik personelinin rutin brifnglerini belirleyin,		
Araç ve yaya trafik kontrolünü gereken tüm araçlarla sağlayın,		
Telsiz konuşmalarını takip edin,		
Lojistik Şefnin talimatı doğrultusunda; gıda, su, ilaç ve kan kaynaklarını güvenli hale getirmek için destek hizmetleri personeliyle birlikte hareket edin		
Güvenlik personelinin düzenli olarak durumdan haberdar edin,		
Güvenlik personeline ilgili formları ve kayıtları kullanmaları talimatını verin, takip edin.		
Kendilerine teslim edilen hasta esya,para vb. malzemelerini Hasta Eşyası Teslim Formu ile kayıt altına alır.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun		
Planlama Şef (OYE) ile istişare ederek, ilave güvenlik personeli için harici hizmet sunucularıyla bağlantıya geçme ihtiyacını gözden geçirin,		
Tüm güvenlik personelinin gözlemleyin ve stres belirtisi gösterenlerin yeterli düzeyde desteğe erişmesini sağlayın		
Personele dinlenme süresi verilmesini sağlayın,		
Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.		
Kendilerine teslim edilen hasta esya,para vb. malzemelerini Hasta Eşyası Teslim Formu ile kayıt altına alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin		

Hastane Afet Planı Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI HAP SEKRETERYASI TALİMATI		
Görevi	:HAP Sekreteryası	
Bağlı Olduğu Kişi	:Hastane Afet Planı Başkanı	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> HAP temsilciliği/birimi/ofsinde görevli olan personel tarafından afet ve acil durum planının aktive edilmesi ve olay yönetim merkezinin açılması ile Olay Yönetim Ekibi tarafından istenilen bilgilerin toplanması, kayıt altına alınması gibi verilen talimatları yerine getirir.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
HAP Başkanından görevi alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
HAP Başkanından birifing alır		
Olay Yönetim Merkezinin düzenler, gerekli olan malzeme ve teçhizatın bulunmadığını kontrol eder, eksikleri tamamlar.		
Olay Yönetim Merkezine gelen evrakları tasnif eder,sınıflandırır ve Olay Yönetim Merkezi ekibine sunar.		
Olay Yönetim Merkezi tarafından kendisine verilen ek görevleri yerine getirir.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Birim/bölmülerden gelen raporları kontrol eder, eksik olanlar ile ilgili bölümlere döner. Eksikleri tamamlar.Durum raporlarını Olay Yönetim Ekibine sunar.		
Olay Yönetim Ekibi tarafından bölümlerden istenilen ek bilgiler ile ilgili bölümlere dönüş yapar.		
Olay Yönetim Merkezi tarafından kendisine verilen ek görevleri yerine getirir.		
Olay Yönetim merkezindeki tutulan kayıtları uygun bir yerde ve zarar görmeyecek biçimde saklar.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Birim/bölmülerden gelen raporları kontrol eder, eksik olanlar ile ilgili bölümlere döner. Eksikleri tamamlar.Durum raporlarını Olay Yönetim Ekibine sunar.		
Olay Yönetim Ekibi tarafından bölümlerden istenilen ek bilgiler ile ilgili bölümlere dönüş yapar.		
Olay Yönetim Merkezi tarafından kendisine verilen ek görevleri yerine getirir.		
Olay Yönetim merkezindeki tutulan kayıtları uygun bir yerde ve zarar görmeyecek biçimde saklar.		

AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
HAP Başkanı tarafından aktivasyonun sonlandırılmasıyla Olay Yönetim bölüne gelen dokümanları ayırır, tasnif eder ve sınıflandırır.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları HAP Başkanına teslim eder.		

Hastane Afet Planı İş Güvenliği Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:İş Güvenliği Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Hastane Afet Planı Başkanı	Yelek Rengi : 
Görevi İş güvenliği açısından çalışma ortamının güvenliğinden ve kişisel koruyucu ekipmanların temini ve kullanımının kontrolünden sorumludur. Hasta, personel ve ziyaretçilere yönelik mevcut ve olası tehditleri takip ve tespit eder. Tehlikeli durumları takip eder ve azaltmak için gerekli önlemleri alır. Sağlığı ve hayatı tehdit eden acil durumlarda HAP Başkanının onayıyla her türlü operasyonu durdurmaya yetkilidir.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
HAP Başkanından görevi alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
HAP Başkanından birifing alır		
Eğer yaşanan afet bir iç afet ise Planlama Şefi ve Altyapı Sorumlusu ile birlikte sahayı dolaşır ve Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Form ile hastanenin mevcut durumu ile ilgili bilgi toplar ve Olay Yönetim Merkezi' nde bu bilgiyi anlatır.		
İş Güvenliği Analizi Formu ile riskli alanlarda yapılacak müdahaleler için alınması gereken önlemler ile ilgili Olay Yönetim Merkezine bilgi verir.		
Riskli alanlara müdahale durumlarında ekiplerin uygun kişisel koruyucu donanımlarının olmasını sağlar ve kontrol eder.		
Eğer hastane içinde KBRN olayı yaşanıyorsa Tıbbi Teknik Kurulun seçtiği kişiyle beraber müdahale tarzını ve alınması gereken önlemleri belirler.		
Hastane genelinde güvenlik bakımından girilmesi yasak olan alanların belirlenmesinde Güvenlik Sorumlusu ve Planlama Şefi ile koordineli çalışır. Bu alanlarda alınması gereken önlemleri belirler ve kontrol eder.		
Tahliye kararı verilmesi durumunda ise hasta/hasta yakınları ve personelin en az riskli yerlerden tahliye olmasını sağlayacak tahliye rotalarını belirler ve ilan eder.		
Dış alana görevlendirilen personelin uygun kişisel donanımlara sahip olmasını sağlar ve genel isg kurallarını hatırlatır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		

Afete müdahale eden personeli kontrol eder, personelin riskli hareketlerini tespit eder ve onları uyarır/ gerekli eğitimleri verir. Ayrıca eksik donanımla çalışan personeli uyarır ve eksik donanımları temin eder.		
Hastane genelindeki kişisel koruyucu donanımları kontrol eder, ihtiyaca göre yeni kişisel koruyucu donanım alınması için gerekli durumlarda Satınalma ile iletişime geçer.		
Planlama Şefi ve Altyapı Sorumlusu ile birlikte sahayı dolaşır.İş Güvenliği Analizi Formu ile yeni riskli alanları tespit eder riskli alanlarda yapılacak müdahaleler için alınması gereken önlemler ile ilgili Olay Yönetim Merkezine bilgi verir.Riskin bittiği alanları kontrol eder ve açılması için gereken onayı verir.		
İlave personel desteği gerekmesi durumunda, gönüllüler arasından uygun personeli seçer/seçilmesi sağlar ve seçilen kişilere gerekli bilgilendirmeyi yapar ve ekipmanı sağlar.		
Tahliye kararı verilmesi durumunda ise hasta/hasta yakınları ve personelin en az riskli yerlerden tahliye olmasını sağlayacak tahliye rotalarını belirler ve ilan eder.		
Eğer hastane içinde KBRN olayı yaşanıyorsa Tıbbi Teknik Kurulun seçtiği kişiyle beraber müdahale tarzını ve alınması gereken önlemleri belirler.		
Müdahale için dışarıdan gelen ekiplere bilgilendirme birilingi verir.		
Halkla İlişkiler Sorumlusuna basın birifingi için mevcut durumla ilgili bilgilendirmeler yapar. HAP Başkanının görevlendirmesi durumunda Halkla İlişkiler Sorumlusuyla beraber basının karşısına çıkar.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Afete müdahale eden personeli kontrol eder, personelin riskli hareketlerini tespit eder ve onları uyarır/ gerekli eğitimleri verir. Ayrıca eksik donanımla çalışan personeli uyarır ve eksik donanımları temin eder.		
Hastane genelindeki kişisel koruyucu donanımları kontrol eder, ihtiyaca göre yeni kişisel koruyucu donanım alınması için gerekli durumlarda Satınalma ile iletişime geçer.		
Planlama Şefi ve Altyapı Sorumlusu ile birlikte sahayı dolaşır.İş Güvenliği Analizi Formu ile yeni riskli alanları tespit eder riskli alanlarda yapılacak müdahaleler için alınması gereken önlemler ile ilgili Olay Yönetim Merkezine bilgi verir.Riskin bittiği alanları kontrol eder ve açılması için gereken onayı verir.		

İlave personel desteği gerekmesi durumunda, gönüllüler arasından uygun personeli seçer/seçilmesi sağlar ve seçilen kişilere gerekli bilgilendirmeyi yapar ve ekipmanı sağlar.		
Tahliye kararı verilmesi durumunda ise hasta/hasta yakınları ve personelin en az riskli yerlerden tahliye olmasını sağlayacak tahliye rotalarını belirler ve ilan eder.		
Eğer hastane içinde KBRN olayı yaşanıyorsa Tıbbi Teknik Kurulun seçtiği kişiyle beraber müdahale tarzını ve alınması gereken önlemleri belirler.		
Müdahale için dışarıdan gelen ekiplere bilgilendirme birliği verir.		
Halkla İlişkiler Sorumlusuna basın birliği için mevcut durumla ilgili bilgilendirmeler yapar. HAP Başkanının görevlendirmesi durumunda Halkla İlişkiler Sorumlusuyla beraber basının karşısına çıkar.		
Göreve yeni gelen ve müdahaleye katılacak personele, afet ile ilgili bilgilendirmeyi yapar, hareket tarzlarını anlatır ve gerekli kişisel koruyucu donanımlarını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formunun ilgili bölümlerini kontrol eder ve ona göre sahayı dolaşır ve aktivasyonun sonlandırılması hakkında Olay Yönetim merkezine ve HAP Başkanına bilgi verir.		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar		
Planlama Şefi ve Altyapı Sorumlusu ile Hasar tespit çalışmalarına katılır.		
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları HAP Başkanına teslim eder.		

Hastane Afet Planı Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Hastane Afet Planı Başkanı	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> Hastane Olay Yönetim Merkezi'nde diğer kuruluşların temsilcileri ile iletişime geçer, afet ve acil durum ile ilgili bilgi akışını sağlayan yetkili kişi olarak görev yapar		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
HAP Başkanından görevi alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
HAP Başkanından birifing alır		
Eğer yaşanan olay bir iç afet ise öncelikle İl Sağlık Müdürlüğü, Valilik ve 112,UMKE vb. kurumlar ile iletişime geçerek ilk bilgiyi verir.		
Eğer yaşanan afet bir dış afet ise afet ile ilgili bilgi almak için ilgili yerlerle görüşür.Afetin etkilediği alanın büyüklüğü ve etkinin şiddeti, ilerleme yönünü araştırır. Hastanenin afet sahasına uzaklığı hakkında bilgi sağlar. Hastanenin etkisi hakkında Olay Yönetim merkezine bilgi verir.		
İç afette özellikle yoğun bakım hastaların diğer kurumlara transferi ile ilgili süreci yönetmek için diğer hastaneler ve 112 ile görüşür.Afete göre hastanenin hangi kurumlarla işbirliği yapması gerektiğini belirler		
Eğer yaşanan iç afet ise gelen bilgileri derleyerek Sağlık Müdürlüğüne bilgi akışını sağlar: · Hasta bakım kapasitesi · Hastanenin genel durumu · Personel, ekipman, malzeme ve ilaç kaynakları ile ilgili mevcut yada öngörülen yetersizlikler · Diğer hastanelere transfer edilmesi gereken hastaların sayısı, transfer şekilleri vb. Tüm bu bilgileri Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu ile paylaşır.		
Hava durumunu öğrenerek Olay Yönetim Merkezi ile bilgiyi paylaşır. Beraberinde oluşabilecek sel, yangın, kimyasal madde gibi tehditleri önceden öğrenir ve bilgilendirme yapar.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		

Sağlık Müdürlüğüne verilmek üzere; · Toplam yaralı sayısı ve tedavi edilmiş, tedavisi devam etmekte olan hastaların sayısı ve yaralanmaların türleri · Son hastane tedavi kapasitesi (sayı) · Yatırılan, taburcu veya sevk edilen hasta sayısı · Ölü sayısı · Yaralıların kişisel bilgileri Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu ile paylaşır.		
Diğer sağlık kuruluşlarıyla görüşerek onların mevcut kapasiteleri ile ilgili bilgileri alır ve Olay Yönetim merkezine sunar.		
Gönüllülerin içinde bulunan sağlık personelinin bilgilerinin doğruluğunu tespit etmek için İnsan kaynakları Sorumlusuna yardımcı olur.		
Hava durumunu öğrenerek Olay Yönetim Merkezi ile bilgiyi paylaşır.		
Eğer yaşanan afet bir dış afet ise afetin şiddeti, büyüklüğü etkileri vb. konularda gerekli bilgileri alarak Olay Yönetim Merkezine bildirir.		
Başka kurumlara transfer olacak hastalar ile ilgili olarak, diğer sağlık kuruluşları ve 112 ile görüşür.		
Görevlendirilmesi durumunda Halkla İlişkiler Yetkili ile birlikte basın önünde brifing verir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Sağlık Müdürlüğüne verilmek üzere; · Toplam yaralı sayısı ve tedavi edilmiş, tedavisi devam etmekte olan hastaların sayısı ve yaralanmaların türleri · Son hastane tedavi kapasitesi (sayı) · Yatırılan, taburcu veya sevk edilen hasta sayısı · Ölü sayısı · Yaralıların kişisel bilgileri Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu ile paylaşır.		
Diğer sağlık kuruluşlarıyla görüşerek onların mevcut kapasiteleri ile ilgili bilgileri alır ve Olay Yönetim merkezine sunar.		
Gönüllülerin içinde bulunan sağlık personelinin bilgilerinin doğruluğunu tespit etmek için İnsan kaynakları Sorumlusuna yardımcı olur.		
Hava durumunu öğrenerek Olay Yönetim Merkezi ile bilgiyi paylaşır.		
Eğer yaşanan afet bir dış afet ise afetin şiddeti, büyüklüğü etkileri vb. konularda gerekli bilgileri alarak Olay Yönetim Merkezine bildirir.		
Başka kurumlara transfer olacak hastalar ile ilgili olarak diğer sağlık kuruluşları ve 112 ile görüşür.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
HAP Başkanı tarafından aktivasyonun sonlandırılmasıyla beraber Sağlık Müdürlüğüne verilecek bilgileri derler.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları HAP Başkanına teslim eder.		

Hastane Afet Planı Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Başkanı Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU BAŞKANI AKIŞ TALİMATI		
Görev i	: Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Başkanı	
Bağlı Olduğu Kişi	:Hastane Afet Planı Başkanı	Yelek Rengi : 
Görevi HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahaları doğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
HAP Başkanından görevi alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
HAP Başkanından birifing alır		
Afetin durumunu değerlendirir ve afetin durumuna göre gerekli olan konularda uzman kişilerle tıbbi teknik kurulu oluşturulur.		
Oluşturduğu tıbbi teknik kurulu üyeleri ile afet ve afetin hastaneye etkileri ile ön değerlendirme yapar ve bu ön değerlendirme raporunu Olay Yönetim Merkezi ve Hastane Afet Planı Merkezine sunar.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Afetteki enfeksiyon durumu ve yaşanacak enfeksiyonlara karşı alınacak önlemleri planlar ve yürütür.		
Afetin radyoaktif tehlike olması durumunda alınacak önlemleri ve hareket tarzlarını planlar. TAEK ' e gerekli bildirimlerin yaptırılmasını sağlar.		
İhtiyaç duyulan diğer alanlarda konunun uzmanları ile görüşerek yapılacak işlerin planlanması, hareket tarzlarının belirlenmesi ve HAP başkanına gerekli bilgilerin verilmesini sağlar.		
Radyolojik,nükleer veya kimyasal bir bulaşma durumu olması halinde dekontaminas-yon ile ilgili gerekli önlemleri alır. Bu kişilerin doğrudan dekontaminasyon ünitesi olan ilgili hastanelere sevk edilmesini sağlar. Bunun olmaması durumunda ayrı bir alanda dekontaminasyon alanı oluşturulmasını ve bu alanda ilk müdahale yapılmasını sağlar.		
Hastanenin mevcut durumu ile ilgili Tıbbi Teknik Kurul Rapor Formunu HAP Başkanına sunar.		

3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Alanı kontrol eder ve alanda yapılması gereken ek faaliyetleri belirler.		
Yeniden hizmete açılacak alanları kontrol eder ve uygunluğunu onaylar.		
İhtiyaç duyulan diğer alanlarda konunun uzmanları ile görüşerek yapılacak işlerin planlanması, hareket tarzlarının belirlenmesi ve HAP başkanına gerekli bilgilerin verilmesini sağlar.		
Radyolojik,nükleer veya kimyasal bir bulaşma durumu olması halinde dekontaminasyon ile ilgili gerekli önlemleri alır. Bu kişilerin doğrudan dekontaminasyon ünitesi olan ilgili hastanelere sevk edilmesini sağlar. Bunun olmaması durumunda ayrı bir alanda dekontaminasyon alanı oluşturulmasını ve bu alanda ilk müdahale yapılmasını sağlar.		
Hastanenin mevcut durumu ile ilgili Tıbbi Teknik Kurul Rapor Formunu HAP Başkanına sunar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
HAP Başkanı tarafından aktivasyonun sonlandırılmasıyla beraber HAP Başkanına Tıbbi Teknik Kurul Raporunu Sunar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları HAP Başkanına teslim eder.		

Hastane Afet Planı Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI AYAKTAN HASTA BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi	Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönlendirir.	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar, görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Ayaktan hastaların kabul edileceği alanlarla ilgili değerlendirme rapor, mevcut durum ile ilgili Ayaktan Hasta Durum Raporu ile Operasyon Şefine bilgi verir.		
Ayaktan hasta hizmetlerinin vereceği alanlarda bir sorun yoksa, en hızlı biçimde hizmete başlamasını sağlar.		
Ayaktan hasta hizmeti verecek alanlar kısmen ve tamamen zarar görmüş ise bu alanlar ile ilgili hizmet verecek yeni alanlar arar, oluşturur.		
Hastane Bilgi Yönetim sistemi ile ilgili Bilgi İşlem Sorumlusu ile görüşür, sorun olmaması durumunda aktif olarak kullanılması için önlem alır. HBYS kullanılmaması durumunda kayıtların doğru ve ulaşılabilir olması için Ayaktan Hasta Kabul Formu ile kayıtların alınmasını sağlar		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Ayaktan Hasta Durum Raporu nu göndermeye devam eder.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon şefine bilgi verir.		
Hasta kayıtlarının düzenli ve doğru tutulması için gerekli önlemleri alır, kayıtları kontrol eder.		
Gerekli durumlarda ayaktan servis alanlarında yatan hasta alanı olarak değerlendirilmesi için Yatan Hasta Sorumlusu ile iletişimde bulunur.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Ayaktan Hasta Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		

Ayaktan hasta bölümünde hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmaları Yataklı Servisler Durum Raporu ile Operasyon Şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Yatan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI YATAN HASTA BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Yatan Hasta Birim Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi 
<u>Görevi</u> Afet durumunda yatan hastaların taburculuk süreçleri, yeni hastalar için kabul süreçlerini ve serviste kapasite artırma süreçlerini izler. Tahliye triajı durumunda ise servislerde tahliye triajlarının etkin olarak yapılmasını ve bu sürecin sorunsuz biçimde yürütülmesini sağlar.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Servis sorumlu hemşirelerinden servislerdeki hasta durumlarını, bu hastaların genel durumları ile ilgili Yataklı Servis Durum Raporu1' nu alır.		
Yataklı Servis Durum Raporu1 ' nu değerlendirir ve Yataklı Servis Durum Raporu2 ile Operasyon Şefine bilgi verir.		
Tahliye kararı alınması durumunda yataklı servislerde konu ile ilgili talimat verir. Tahliye triajlarının doğru yapılıp yapılmadığını kontrol eder. Hastaların uygun alanlara tahliye edilmesi sürecini yürütür.		
Tahliye edilen hastalar ile ilgili Hasta Tahliyesi Takip Formu,Tahliye Edilen Malzeme ile İlgili Tahliye Edilen Malzeme Ekipman Takip Formu,personel tahliyesinde ise Personel Tahliye Takip Formu ile takip eder.		
Servislerde kapasitenin artışı ile ilgili çalışma yapar		
Yataklı servislerde hizmetin devam etmesi ve/veya yataklı servislerde cihazlarının zarar görmesi durumunda ve/veya ek cihazlara ihtiyaç duyulması durumunda gerekli cihazların temini için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		

Yataklı servislerin tamamen veya kısmen devre dışı kalması durumunda Güvenlik Sorumlusu ile birlikte bu bölüme girişlerin önlenmesi için gerekli önlemleri alır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Yataklı Servis Durum Raporu1 ' nu bölümlerden alır ve değerlendirir.		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Yataklı Servisler Durum Raporu2 nun göndermeye devam eder.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon Şefine bilgi verir.		
Destek için gelen dışarıdan gelen yataklı servis cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Yataklı servislerde hasta ziyaretleri yapar, tahliye olacak hastalar ve başka kuruma sevk edilecek hastalar ile ilgili gerektiği zaman primer doktorlarına da danışarak karar verir.		
Yataklı servislerin kapasitesini artırmak için çalışır, kapasite artırımı için gerekli malzemeler ile ilgili Lojistik yetkilisine ve İnsan Kaynakları Sorumlusuna bilgi verir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Yataklı Servis Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Yataklı servisler bölümünde işleyişin, rutin işleyişe dönmesi için gerekli önlemleri alır, sorunlarla ilgili Operasyon Şefine bilgi verir.Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Yataklı servisler bölümünde hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmaları Yataklı Servisler Durum Raporu ile Operasyon Şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Triyaj Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI TRIYAJ BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	: Triyaj Alanı Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi 
Görevi Hastaneye başvuran çok sayıda yaralının tedavi önceliklerini belirleyebilmek için Triyaj Alanının (lojistik Şef'nin desteği ile) tanımlandığı şekilde kurulmasını sağlar. Gereksinim duyulan tıbbi cihaz, ilaç ve sarf malzemeyi ve personeli talep eder. Yaralıların öncelik sırasına göre değerlendirilmesini ve gerekli tedavi alanlarına yönlendirilmesini sağlar		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Hastane binasının durumuna göre hastane içinde ve/veya hastane dışında uygun triyaj alanlarını oluşturur.		
Trijaj alanı için yeterli personel ve malzeme sağlar.		
Olağan dışı duruma bağlı problem, triyaj-tedavi ihtiyaçlarını belirler.		
Trijaj alanının güvenliğini sağlamak için Güvenlik Sorumlusu ile görüşerek gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.		
Acil Servis Birimi Sorumlusu ve diğer sorumlularla iletişim içinde bulunur.		
Hastane Giriş Kayıt Formu ile triyaj alanına giren hastaların kayıtlarının düzenli olarak alınmasını sağlar.		
Trijaj Alan Durum Raporu ile Operasyon Sorumlusuna Bilgi veriri.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Triyaj Alanı Durum Raporunu göndermeye devam eder.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Trijaj alanı ile ilgili sürein doğru işleyip işlemediğini kontrol eder, eksiklikleri saptar ve giderilmesi için önlem alır.		
Kayıtların doğru ve düzenli tutulup tutulmadığını kontrol eder.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon şefine bilgi verir.		
Trijaj alanının yetersiz gelmesi durumunda ek alanlar için araştırma/planlama yapar.		
Destek için gelen dışarıdan gelen yataklı servis cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Triyaj Alanı Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		

Triaj alanında hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmaları Triaj Alanı Durum Raporu ile Operasyon Şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI YETİŞKİN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi * Yetişkin Yoğun Bakım birimlerini yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. * Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. * Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. * Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. * Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. * Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Afet sonrası Yetişkin Yoğun Bakımın Durumu ile ilgili Yetişkin Yoğun Bakım Durum Raporunu hazırlar.		
Yetişkin Yoğun Bakım bölümünün işleyişi ile ilgili bir sorun bulunmuyorsa öncelikle durumu stabil olup yataklı servise transfer olabilecek hastalara tespit eder ve servise gönderilmesi için planlama yapar, Hasta Transfer Formu ile transfer eder.		
Eğer Yetişkin Yoğun Bakım bölümü kısmen/ tamamen hizmet veremeyecek duruma geldiyse, tahliye triajının yapılmasını sağlar. Tahliye sonrasında dış hastaneye transfer olmas gereken hastalar ile ilgili olarak Operasyon Şefinin bilgisi ile Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu ile iletişime geçer ve Yetişkin Yoğun Bakım hastaları için dış hastaneler arar.		
Yetişkin yoğun bakım hizmetinin devam etmesi ve ameliyat cihazlarının zarar görmesi durumunda ve/veya ek cihazlara ihtiyaç duyulması durumunda gerekli cihazların temini için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Yetişkin Yoğun Bakım ünitesinin tamamen devre dışı veya kullanılamayacak durumda olması durumunda Güvenlik Sorumlusu ile birlikte bu bölüme girişlerin önlenmesi için gerekli önlemleri alır.		

2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Yetişkin Yoğun Bakım Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Hastane içinde yoğun bakım hizmeti verilebilecek yerler için Operasyon Şefi ve Planlama Şefi ile iletişim içinde bulunur.		
Yetişkin Yoğun hizmetleri yeniden verilmete başlaması durumunda ilgili bölümlere bilgi verir.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon şefine bilgi verir.		
Destek için gelen dışarıdan gelen yetişkin yoğun bakım cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer, sorunsuz çalıştığı tespit edilen cihazlar ile laboratuvar testlerinin yapılmasını sağlar.		
Yetişkin Yoğun Bakım kapasitesini artırmak için çalışır, kapasite artırımı için gerekli malzemeler ile ilgili Lojistik yetkilisine ve İnsan Kaynakları Sorumlusuna bilgi verir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Yetişki Yoğun Bakım Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Yetişkin Yoğun Bakım bölümünde işleyişin, rutin işleyişe dönmesi için gerekli önlemleri alır, sorunlarla ilgili Operasyon Şefine bilgi verir.Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Yetişkin Yoğun Bakım Bölümünde hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmaları Yetişkin Yoğun Bakım Durum Raporu ile Operasyon şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> * Yenidoğan Yoğun Bakım birimlerini yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. * Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. * Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. * Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. * Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. * Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar, görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Afet sonrası Yenidoğan Yoğun Bakımın Durumu ile ilgili Yenidoğan Yoğun Bakım Durum Raporunu hazırlar.		
Yenidoğan Yoğun Bakım bölümünün işleyişi ile ilgili bir sorun bulunmuyorsa öncelikle durumu stabil olup yataklı servise transfer olabilecek hastalara tespit eder ve servise gönderilmesi için planlama yapar, Hasta Transfer Formu ile transfer eder.		
Eğer Yenidoğan Yoğun Bakım bölümü kısmen/ tamamen hizmet veremeyecek duruma geldiyse, tahliye triajının yapılmasını sağlar. Tahliye sonrasında dış hastaneye transfer olması gereken hastalar ile ilgili olarak Operasyon Şefinin bilgisi ile Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu ile iletişime geçer ve Yenidoğan Yoğun Bakım hastaları için dış hastaneler arar.		
Yenidoğan yoğun bakım hizmetinin devam etmesi ve ameliyat cihazlarının zarar görmesi durumunda ve/veya ek cihazlara ihtiyaç duyulması durumunda gerekli cihazların temini için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		

Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesinin tamamen devre dışı veya kullanılamayacak durumda olması durumunda Güvenlik Sorumlusu ile birlikte bu bölüme girişlerin önlenmesi için gerekli önlemleri alır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Yenidoğan Yoğun Bakım Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Hastane içinde yoğun bakım hizmeti verilebilecek yerler için Operasyon Şefi ve Planlama Şefi ile iletişim içinde bulunur.		
Yenidoğan Yoğun hizmetleri yeniden verilmeye başlaması durumunda ilgili bölümlere bilgi verir.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon şefine bilgi verir.		
Destek için gelen dışarıdan gelen Yenidoğan yoğun bakım cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer, sorunsuz çalıştığı tespit edilen cihazlar ile laboratuvar testlerinin yapılmasını sağlar.		
Yenidoğan Yoğun Bakım kapasitesini artırmak için çalışır, kapasite artırımı için gerekli malzemeler ile ilgili Lojistik yetkilisine ve İnsan Kaynakları Sorumlusuna bilgi verir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Yetişki Yoğun Bakım Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Yenidoğan Yoğun Bakım bölümünde işleyişin, rutin işleyişe dönmesi için gerekli önlemleri alır, sorunlarla ilgili Operasyon Şefine bilgi verir.Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Yenidoğan Yoğun Bakım Bölümünde hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmaları Yenidoğan Yoğun Bakım Durum Raporu ile Operasyon şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI LABORATUAR SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Laboratuvar Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> Laboratuvar birimi ile Olay Yönetim Ekibi arasındaki koordinasyondan sorumludur: • İlerleyen saatler için laboratuvar biriminin işlem kapasitesini değerlendirmek, • Acil olmayan laboratuvar işlemlerini iptal etmek ve hastanın gönderen kliniğe geri sevk edilmesini sağlamak, • Yapılan işlemlerin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlamak, • Gerektiğinde laboratuvar biriminin imkan ve kapasitesini artırmaya yönelik ek planlamalar yapmak, • Görevi devralacak personel gelene kadar birime liderlik etmek.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Laboratuvar ve kan transfüzyon merkezi bölümünün durumunu değerlendirir ve Laboratuvar Durum Raporunu Operasyon Şefine gönderir.		
Laboratuvar bölümünün işleyişi ile ilgili bir sorun bulunmuyorsa öncelikle acil olan tahlillerin çalışılmasını sağlar yapar, gerekli durumlarda acil olmayan tahlilleri iptal eder.		
Eğer laboratuvar bölümü kısmen/ tamamen hizmet veremeyecek duruma geldiyse konu ile ilgili olarak Operasyon Şefinin bilgisi ile Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu ile iletişime geçer ve testlerin çalışabileceği yerleri belirler. Dışarıya gönderilecek kanların sorunsuz iletilebilmesi için Planlama Şefine bilgi verir.		
Laboratuvar cihazlarının zarar görmesi durumunda ve/veya ek cihazlara ihtiyaç duyulması durumunda gerekli cihazların temini için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		

Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Laboratuvar Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Herhangi bir sebeple verilmeyen(arıza, hasar vb.) ancak verilmeye başlayan laboratuvar tahlilleri ile ilgili tıbbi birimlere bilgi verir.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon şefine bilgi verir.		
Destek için gelen dışarıdan gelen laboratuvar cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer, sorunsuz çalıştığı tespit edilen cihazlar ile laboratuvar testlerinin çalışılmasını sağlar.		
Laboratuvar ünitesi dışında laboratuvar testleri/ kan alma işlemleri için alan yaratılması durumunda bu alanlar için personel görevlendirir ve kontrol eder.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Laboratuvar Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Laboratuvar bölümünde işleyişin, rutin işleyişe dönmesi için gerekli önlemleri alır, sorunlarla ilgili Operasyon Şefine bilgi verir.Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Laboratuvar bölümünde hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmalarını Laboratuvar Durum Raporu ile Operasyon şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI AMELİYATHANE SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Ameliyathane Sorumlusu	Yelek Rengi 
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	
<u>Görevi</u> * Ameliyathaneleri yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. * Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. * Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. * Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Ameliyathane ve merkezi ve merkezi sterilizasyon bölümünün durumunu değerlendirir ve Ameliyathane Durum Raporunu Operasyon Şefine gönderir.		
Ameliyathane bölümünün işleyişi ile ilgili bir sorun bulunmuyorsa öncelikle acil olan ameliyatlara başlar , acil olmayan ameliyatlara ise yataklı servise geri gönderir.		
Eğer ameliyathane bölümü kısmen/ tamamen hizmet veremeyecek duruma geldiyse konu ile ilgili olarak Operasyon Şefinin bilgisi ile Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu ile iletişime geçer ve ameliyat hastaları için dış hastaneler arar.		
Afet durumunda ameliyathane aktif durumda ise, hastaların güvenliğini tehlikeye atmayacak biçimde ameliyatlara sonlandırır ve tahliye triajı yapar. Bu hastaların uygun bölüme/ hastaneye transfer edilmesini sağlar.		

Ameliyathane hizmetinin devam etmesi ve ameliyat cihazlarının zarar görmesi durumunda ve/veya ek cihazlara ihtiyaç duyulması durumunda gerekli cihazların temini için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Ameliyathanenin tamamen devre dışı veya kullanılamayacak durumda olması durumunda Güvenlik Sorumlusu ile birlikte bu bölüme girişlerin önlenmesi için gerekli önlemleri alır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Operasyon Şefine 2 saatte bir rutin Ameliyathane Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Ameliyathane hizmetleri yeniden verilmete başlamas durumunda ilgili bölümlere bilgi verir. Ayrıca ameliyathanede yapılacak ameliyat tipleri ile ilgili bilgi verir.		
Olası malzeme istemleri için Lojistik Şefi ile iletişime geçer.Malzeme istek formu ile malzeme isteminde bulunulur.		
Afet sürecinin uzaması durumunda sonraki saatler için personel planlaması yapar, personel ihtiyaçları durumunda Operasyon şefine bilgi verir.		
Destek için gelen dışarıdan gelen ameliyathane cihazlarının kurulumu için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile iletişime geçer, sorunsuz çalıştığı tespit edilen cihazlar ile laboratuvar testlerinin çalışılmasını sağlar.		
Ameliyathanenin kapasitesini artırmak için çalışır, kapasite artırımı için gerekli malzemeler ile ilgili Lojistik yetkilisine ve İnsan Kaynakları Sorumlusuna bilgi verir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Ameliyathane Durum Raporunun göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Ameliyathane bölümünde işleyişin, rutin işleyişe dönmesi için gerekli önlemleri alır, sorunlarla ilgili Operasyon Şefine bilgi verir.Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Ameliyathane Bölümünde hastalar ile ilgili kayıtların düzenli tutulmasını sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmaları Ameliyathane Durum Raporu ile Operasyon şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Psikososyal Destek Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi Afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve hastanelerin afetlerden önce ve sonra yürütülecek “psikososyal müdahale ve destek” kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Sahada gözlem yaparak yaptığı gözlemler ile ilgili olarak Psikososyal Destek Rapor Formunu Operasyon Şefine raporlar.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Personel dinlenme/rehabilitasyon alanı ve /veya hasta taburcu alanına yakın bir yerde psikososyal destek hizmet birimini oluşturur.		
Sahada gözlem yaparak yaptığı gözlemler ile ilgili olarak Psikososyal Destek Rapor Formunu Operasyon Şefine raporlar.		
Tüm personeli stres ve yorgunluk belirtilerine karşı yakından gözlemler; uygun şekilde müdahale eder.		
Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınları ile görüşür, önerilerde bulunur. Gerekli durumlarda daha kapsamlı kurumlara sevk edilmesi ile ilgili Operasyon Şefi ve Hastane Afet Planı Başkanı ile görüşür.		
Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan sağlık personeli tespit edilerek doğrudan sağlık personeline veya yakınlarına yönelik psikososyal destek planlaması yapar, gerektiğinde diğer kurumlara işbirliği yapar.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Sahada yaptığı gözlemler ve görüştüğü kişiler ile ilgili olarak Psikososyal Destek Rapor formunu Operasyon Şefine raporlar.		
Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla hastane ve afetzedelere psikolojik bilgilendirme ve psikoeğitim çalışmaları yapar.		
Acil felaket periyotları sırasında ve sonrasında kritik stres görüşme oturumlarının randevu ve süreleri için program yapar ve görev verir		

AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmalarını Psikososyal Destek raporu ile Operasyon Şefine raporlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Durum Değerlendirme Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileri toplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişmeler için öngörüler geliştirir. Olay eylem planında kullanılmak üzere bilgi/istihbarat toplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritaları hazırlar.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Operasyon Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Operasyon Şefinden birifing alır		
Tedavi bölümlerini dolaşarak afetin ilk anındaki mevcut hasta ve yatak durumlarını izler, kontrol eder.Kayıtların doğru tutulup tutulmadığını inceler, kayıtların nasıl tutulacağı ile ilgili tıbbi birimlere bilgi verir.		
Bölümlerden aldığı verileri ve kendisinin yaptığı izlenimler sonucu elde ettiği verileri Hasta İstatistik Formu ile Operasyon Şefine bildirir.		
Operasyon Şefinin istediği verilerle ilgili araştırmalar yapar ve Operasyon Şefine sunar.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Tedavi birimlerini dolaşarak mevcut hasta ve yatak durumlarını izler, kontrol eder.Kayıtların doğru tutulup tutulmadığını inceler, kayıtların nasıl tutulacağı ile ilgili tıbbi birimlere bilgi verir.		
Tıbbi servislere Operasyon Şefi tarafından verilen hareket tarzlarının uygulanıp uygulanmadığını inceler.		
Bölümlerden aldığı verileri ve kendisinin yaptığı izlenimler sonucu elde ettiği verileri Hasta İstatistik Formu ile Operasyon Şefine bildirir.		
Tıbbi birimleri dolaşarak,mevcut durumu ve artırılabilir kapasite ile ilgili çalışmalar yapar ve Hastane Yatak Bilgi Formu ile Operasyon Şefi bilgi verir.		

Operasyon Şefi tarafından verilen diğer görevleri yürütür.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyon Şefine 4 saatte bir rutin Hasta İstatistik Formu nu göndermeye devam eder.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Operasyon Şefi ve HAP Başkanı tarafından görevlendirilmesi durumunda Aet ve Acil Durum Sonlandırma Formu ile birimlerin mevcut durumlarını birim sorumluları ile değerlendirir ve Operasyon Şefi ve HAP Başkanı na sunar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmalar ile ilgili Hasta İstatistik Formunu Operasyon Şefine sunar.		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar.		
Operasyon Şefi ve diğer şeflerle iletişime geçerek Hastane Afet Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu' nu hazırlar, ve Olay Yönetim merkezine sunar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Operasyon Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Planlama Şefi İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI PLANLAMA ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Planlama Şefi	
Bağlı Olduğu Kişi	:Hastane Afet Planı Başkanı	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u>		
Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini;taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini; uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planı'nın hazırlanmasını sağlar.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
HAP Başkanından görevi alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
HAP Başkanından birifing alır		
Kendisine bağlı olan Planlama Ekibini toplar, görevlendirmelerini yapar.		
Uygun bir alanda Planlama merkezi kurar ve süreçleri buradan yönetir.		
Afetin türüne göre tahliye kararı verilmişse ve Operasyon Şefi ile görüşerek gerekli personel desteğini sağlar		
Güvenlik Sorumlusundan Güvenlik Durum Raporunu alır, Güvenlik Sorumlusu ile birlikte hastane genelinde ek güvenlik görevlisi ihtiyacı olup olmadığını tespit edip, ek personel sağlanması konusunda firma ve/veya kuvvetleri ile görüşür.		
Altyapı Sorumlusundan Operasyonel Alanlar Kontrol Formu ve Tesis Sistemleri Kontrol Formunu alır. Altyapı sorumlusu ile birlikte boşaltılması gerekli alanları belirler ve Operasyon Durum Formu ile HAP Başkanına raporlar.		
İnsan Kaynakları Sorumlusundan İnsan Kaynakları Durum Raporunu alır ve İnsan Kaynakları sorumlusu ile birlikte personel ihtiyacı ve vb. konularda durum değerlendirmesi yapar.		

Bilgi İşlem Sorumlusundan Bilgi İşlem Durum Raporunu alır. Bilgi işlem sorumlusu ile birlikte hastane otomasyon sistemi/veri sistemleri ile ilgili görüşür ve en hızlı biçimde aktif hale geçmesi için gerekli önlemlerinin alınmasını sağlar.		
Santral Sorumlusu ile mevcut telefon vb. haberleşme ağlarının durumu ile ilgili görüşür.		
Güvenlik Sorumlusundan Güvenlik Durum Raporunu alır, Güvenlik Sorumlusu ile birlikte hastane genelinde ek güvenlik görevlisi ihtiyacı olup olmadığını olup olmadığını tespit edip, ek personel sağlanması konusunda firma ve/veya kuvvetleri ile görüşür.		
Planlama bölümleri ile ilgili malzeme/personel ihtiyaçları için Lojistik Yetkilisi ile iletişimde bulunur.		
HAP Başkanına Planlama Durum Raporunu Gönderir. Ayrıca yaptığı faaliyetler ile ilgili Planlama Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Düzenli olarak 2 saatte bir planlama birim sorumluları ile gelen bilgileri değerlendirir, onlarla toplantı yapar , gerekli noktalarda hareket tarzlarını günceller. Yeni belirlediği hareket tarzlarını Planlama Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		
İnsan Kaynakları Sorumlusundan İnsan Kaynakları Durum Raporunu alır .İnsan Kaynakları Sorumlusu ile görüşerek gönüllüler için uygun alan yaratılmasını sağlar, mevcut çalışan personel için uygun dinlenme alanlarının yaratılması için uygun yerler belirler.		
Altyapı Sorumlusundan Operasyonel Alanlar Kontrol Formu ve Tesis Sistemleri Kontrol Formunu alır. Hastane tahliye kararı verilmişse, uygun tahliye yerler oluşturmak için Altyapı sorumlusunu görevlendirerek gerekli teçhizat ve malzemenin hazır olmasını sağlar		
Bilgi İşlem Sorumlusundan Bilgi İşlem Durum Raporunu alır.Hastane otomasyon sisteminin ve diğer sistemlerin aktif kullanıyor hale getirilmesi için bilgi işlem sorumlusuyla beraber gerekli önlemleri belirler.		
Santral sorumlusu ile görüşür, iç ve dış iletişim hakkında bilgi alır.		
Güvenlik Sorumlusundan Güvenlik Durum Raporunu alır, güvenlik durum değerlendirmesi yapar ve ek önlemler alınıp alınmayacağını belirler.		
Dokümantasyon sorumlusu ile uygulanan mevcut dokümanlar, aksayan kısımlar vb. hakkında görüşür.		
Planlama bölümleri ile ilgili malzeme/personel ihtiyaçları için Lojistik Yetkilisi ile iletişimde bulunur.		
HAP Başkanına Planlama Durum Raporunu Gönderir. Ayrıca yaptığı faaliyetler ile ilgili Planlama Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		

3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA

Düzenli olarak 4 saatte bir planlama birim sorumluları ile gelen bilgileri değerlendirir, onlarla toplantı yapar , gerekli noktalarda hareket tarzlarını günceller. Yeni belirlediği hareket tarzlarını Planlama Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		
4 saate bir Planlama Bölümü ile ilgili Durum Raporunu HAP Başkanına gönderir.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
Kurumlar arası Koordinasyon Sorumlusu ve Halkla İlişkiler Yetkilisi ile iletişime geçer, bilgi alışverişi yapar. Gerekli durumlarda beraber basın ve diğer kurumlarla toplantıya katılır.		
İnsan Kaynakları Sorumlusundan İnsan Kaynakları Durum Raporunu alır .Personelin dinlendirilmesi, ek personel ihtiyacı ve gönüllüler vb. hakkında değerlendirme yaparak insan kaynakları konusunda yeni hareket tarzlarını belirler.		
Altyapı Sorumlusundan Operasyonel Alanlar Kontrol Formu ve Tesis Sistemleri Kontrol Formunu alır. Hastanın mevcut altyapı durumu ile ilgili alınacak önlemler ve yapılması gereken işler vb.konusunda yeni hareket tarzlarını belirler.		
Bilgi İşlem Sorumlusundan Bilgi İşlem Durum Raporunu alır.Hastane bilgi işlemi hakkında yeni hareket tarzlarını belirler.		
Santral sorumlusu ile görüşür, iç ve dış iletişim hakkında bilgi alır. Yeni hareket tarzlarını belirler.		
Güvenlik Sorumlusundan Güvenlik Durum Raporunu alır, yeni hareket tarzlarını belirler.		
Dokümantasyon sorumlusu ile uygulanan mevcut dokümanlar, aksayan kısımlar vb. hakkında görüşür. Yeni hareket tarzları belirler.		

AKTİVASYONU SONLANDIRMA

Yapılan çalışmalar ile ilgili olarak Planlama birim sorumlularından bilgi alır.		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar		
Hastane Afet Planı Başkanı' na Planlama Durum Raporunu sunar.		
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları HAP Başkanına teslim eder.		

Hastane Afet Planı Dokümantasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI DOKÜMANTASYON SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	. Dokümantasyon Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Planlama Şefi	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> Afet ve acil durumlarla ilgili müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini de içine alacak şekilde tüm gelişme ve faaliyetlerin doğru ve eksiksiz olarak dokümanite edilmesini sağlar. İhtiyaç halinde belgelerin kopyalarını hazırlamak, afet ve acil durum dokümanlarını hukuki, bilimsel çalışma, finansal geri ödeme amaçları ve tarihsel veri niteliğinden yararlanmak için kayıt altına almak, korumak ve saklamakla sorumludur		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Planlama Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Planlama Yetkilisinden birifing alır		
Afetin türüne göre kullanılacak dokümantasyonları tespit eder, kontrol eder ve ilgili bölümlerde eksik olan dokümanların dağıtılmasını sağlar.		
Hastanenin arşivini kontrol eder ve herhangi bir sorun olup olmadığını tespit eder.		
Bölümleri dolaşarak dokümantasyon sürecinin etkin olarak işleyip işlemediğini kontrol eder.		
HAP Başkanı tarafından verilen diğer görevleri yürütür.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Bölümleri dolaşarak dokümantasyon sürecinin etkin olarak işleyip işlemediğini kontrol eder.		
Bölümlerde eksik olan dokümanları dağıtır.		
Ek bir doküman ihtiyacı olması halinde bu dokümanı sağlar.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Bölümleri dolaşarak dokümantasyon sürecinin etkin olarak işleyip işlemediğini kontrol eder.		
Bölümlerde eksik olan dokümanları dağıtır.		
Olay Yönetim Merkezi' nin kullandığı, diğer bölümlerin kullandığı ve teslim ettiği dokümanları teslim alır ve uygun biçimde saklanması için gereken önlemleri alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Aktivasyonun sonlandırılması ile bölümlerin teslim ettiği dokümanları kontrol eder, eksik dokümanlar ile ilgili araştırma yapar. Hatalı doldurulan dokümanların düzeltilmesini sağlar.		

Teslim alınan dokümanlarla ilgili olarak ayırma, tasnifleme işlemini yapar. Hastane Afet Planı Başkanının karar verdiği alanlarda bunların zarar görmeyecek/ çalınmayacak/ kaybolmayacak biçimde saklanmasını sağlar.		
Afet durumunda tutulan tüm kayıtları saklanması üzere Planlama Şefine teslim eder		

Hastane Afet Planı Altyapı Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI ALTYAPI SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Altyapı Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Operasyon Şefi	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u> Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atıksu, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Planlama Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar, görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Planlama Yetkilisinden birifing alır		
Tesis Sistemleri Durum Raporu ile afet sonrası binanın altyapısı ile ilgili sistemleri kontrol eder; • Havalandırma problemlerini kontrol eder, • Oksijen ve anestetik gaz sızıntılarını kontrol eder ve önlem alır. • Asansörlerde kalan olup olmadığını kontrol eder ve kalanları kurtarır. • Hastanenin iletişim sistemlerini kontrol eder ve en kısa zamanda kullanıma hazır hale getirir. • Kanalizasyon ve elektrik ile ilgili problemleri kontrol eder. • Öncelikli ve acil onarımları sağlar. • Yaralananları bulmak ve triaj alanına taşımak için arama kurtarma ekipleri ile toplantı yapar. • Planlama Şefine mevcut durum ile ilgili bilgi verir.		
Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için mevcut teknik servisi personel tarafından tamir edilemeyen alt yapı ile ilgili donanımları önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır		
Olası tehlikelerin tanımlanması (Yangın vb.), bu tehlikelerin kontrol edilmesi ve ortadan kaldırılması için personel görevlendirir.		

Tespit ettiği tehlikeli alanlar ve diğer güvenlik sorunlarıyla ilgili Güvenlik Sorumlusuna haber verir.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Operasyonel Alanlar Kontrol Formu ile planlama şefine her iki saatte bir bilgi verir.		
Hastane genelinde olabilecek öncelikli arızaları tespit eder ve gerekli tamiratları yapar.		
Hastane binasının zarar gördüğü durumlarda atıkların atılması ve toplanması için uygun alan yaratır		
Hastane binasının zarar gördüğü durumlarda ve/veya tuvalet ve lavaboların yetersiz durumda olduğu durumda prefabrik tuvalet ve lavabo yapar.		
Gerekli yerlerde enfeksiyonlarla ilgili önlemlerin alınması için Operasyon Şefinin direktiflerine uyar.		
İhtiyaç olabilecek malzemeler/teçhizat vb. ile ilgili Planlama Şefine Bilgi verir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Operasyonel Alanlar Kontrol Formu ile planlama şefine her dört saatte bir bilgi verir.		
Tahliye kararı verilmesi durumunda tahliye ekiplerine yardımcı olur.		
Onarımı yapılan alt yapı teçhizatları ile ilgili Planlama Şefi ve diğer sorumlulara bilgi verilir.		
Uzun süreli felaketlerde enerji kesintisi durumunda gerekecek olan jeneratör, akü ve benzeri cihazların ve bunlar için gereken yakıtların temininden Lojistik Şefi ile birlikte sorumludur.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Aktivasyonun sonlandırılması ile beraber yapılan işlemler, kullanılan malzemeler ve hastanenin genel durumu ile ilgili rapor düzenler ve Planlama Yetkilisine sunar. Görevlendirilmesi durumunda hasar tespiti çalışmalarına aktif olarak katılır ve Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Formun ilgili bölümünü doldurur.		
Afet durumunda tutulan tüm kayıtları saklanması üzere Planlama Şefine teslim eder		

Hastane Afet Planı İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	: İnsan Kaynakları Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Lojistik Şefi	Yelek Rengi : 
<u>Görevi</u>		
Personelin geri çağrılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını/oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Planlama Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar, görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Planlama Yetkilisinden birifing alır		
Planlama Yetkilisi ile birlikte, kendisinin görev yapacağı alanı belirler ve hazırlar.		
Eğer hastane içi bir afet yaşıyorsa Mevcut Personel Kayıt Formu ile hastanede bulunan personeli kayıt altına başlar. Kayıt altına alırken; <u>Adı Soyadı, Görevi, Bölümü ve Görevlendirilebileceği Alanlar</u> ile bilgileri düzenler		
Eğer hastane dışı bir afet yaşıyorsa, hastane dışındaki personel ile iletişime geçerek ve/veya bir kişiyi görevlendirerek Dış Afet Personel Durum Formu ile durumları ile ilgili bilgi alır ve kaydeder.		
Gönüllülerin kayıt edilmesi için uygun ortam hazırlar.		
Planlama yetkilisine İnsan Kaynakları Durum Bilgilendirme Formu ile 2. saatin sonunda mevcut personel durumu, dış afet ise afetten etkilenen personel durumu ile ilgili bilgi verir.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		

Personel ihtiyacı olması durumunda ilgili personeli göreve çağırır.		
Göreve gelen personeli Göreve Gelen Personel Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		
Gelen gönüllülerden uygun olanları Gönüllü Kayıt Formu ile kayıt altına alır. Güvenlik sorumlusu ile görüşerek bu kişilerin kimliklerinin araştırılmasını ister.Ayrıca gönüllüler ile ilgili Planlama yetkilisine bilgi verir.		
Planlama Yetkilisinden gelen personel istekleri ile ilgili hazırlıkları ve gerekli görevlendirmeleri yapar ve Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu ile kayıt altına alır.		
Planlama yetkilisine, İnsan Kaynakları Durum Bilgilendirme Formu ile 4 saatte bir mevcut personel durumu, gönüllü durumu vb. bilgiler verir.		
Planlama yetkilisi ile görevli personelin dinlenmesi ve otelcilik hizmetleri sorumlusu ile de yemekhane hizmetlerinin yürütülmesi için uygun alan ve personel görevlendirilmesi için çalışmalar yürütür.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Planlama yetkilisine, İnsan Kaynakları Durum Bilgilendirme Formu ile 4 saatte bir mevcut personel durumu, gönüllü durumu vb. bilgiler verir.		
Sahada çalışan personelin çalışma saatlerini Personel Mesai Tablosu Formu ile izlemeye başlar.		
Tüm personelin, gönüllülerin ve hastaların stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler. Kaygılarını Psikososyal Destek Sorumlusuna bilgi verir. Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Rutin işleyiş ile ilgili tuttukları kayıtları düzenli ve sürekli tutmaya devam eder.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Aktivasyon sırasında yapılan işlemlerle ilgili Planlama Yetkilisine rapor sunar		
Tutulan tüm kayıtları saklanması üzere Planlama Yetkilisine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Bilgi İşlem Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI BİLGİ İŞLEM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Bilgi İşlem Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Lojistik Şefi	Yelek Rengi :
Görevi		
Hastane otomasyon ağının sorunsuz yürütülmesini sağlar.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Planlama Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Planlama Şefinden birifing alır.		
Hastane genelinde otomasyon sistemleri ile ilgili genel kontrol ve değerlendirmesini yapar.Planlama Şefine Bilgi İşlem Rapor Formunu gönderir.		
Binada hasar varsa, kurtarılabilecek cihaz ve otomasyon alt yapısını tespit eder		
Hastane içi acil iletişim ağı ya da diğer yollarla gönderilen veya alınan tüm iletileri kontrol edip kaydeder.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Tespit edilen arıza ve sorunlarla ilgili olarak onarım ve bakımlara başlar		
Arıza,bakım ve onarım için malzeme ihtiyacını tespit eder.		
Gerekli olan malzeme ile ilgili Malzeme Talep Formu ile Planlama Şefine talepte bulunur.		
Otomasyon kayıtlarının ve yedeklemelerin düzenli yapılması/tutulması için gerekli önlemleri alır.		
Planlama Şefine 2 saatte bir Bilgi İşlem Rapor Formunu gönderir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Planlama şefine 4 saatte bir bilgi vermeye devam eder.		
Otomasyon sisteminin günlük kullanım koşullarına geçmesi için gereken önlemleri alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sırasında kullanılan malzemelerin miktarını çıkarır, kendisine bağlı bölümler hakkında rapor hazırlar ve Planlama Şefine teslim eder.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Planlama Şefine teslim eder		

Hastane Afet Planı Santral Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI SANTRAL SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	: Santral Birim Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Lojistik Şefi	Yelek Rengi :
Görevi Afet durumunda öncelikle santral haberleşme ağlarını kontrol eder, sorun olması durumunda Alt Yapı Sorumlusu ve Bilgi İşlem sorumlusu ile görüşerek sorunun giderilmesini sağlar, İç ve dış iletişimi sağlar ve koordine eder; bu konudaki tüm kayıtları korur		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Planlama Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Planlama Şefinden birifing alır.		
İç ve dış telefon sisteminin şu andaki durumunu tespit eder, durum ile ilgili olarak Planlama şefine bilgi verir.		
İç ve dış telefon sistemi ile ilgili bir sorun olması durumunda Alt Yapı Sorumlusu ile irtibata geçer.		
Hastane içi acil iletişim ağı ya da diğer yollarla gönderilen veya alınan tüm iletileri kontrol edip kaydeder.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
İç ve dış telefon sistemi ile ilgili olarak her 2 saatte bir bilgi vermeye devam eder.		
Bakım altındaki hastalarla ilgili ve/veya fiziksel acil durumlarda (kardiyak arrest, yangın vb.) Acil Yardım Ekibini ve Yangın Söndürme Ekibini alarma geçirmek için bir sistem kurar.		
Hastane genelinde telefonların gereksiz yere kullanılmalarını önler		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Planlama şefine 4 saatte bir bilgi vermeye devam eder.		
Tüm personelin, gönüllülerin ve hastaların stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler. Kaygılarını Psikososyal Destek Sorumlusuna rapor eder. Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sırasında kullanılan malzemelerin miktarını çıkarır, kendisine bağlı bölümler hakkında rapor hazırlar ve Planlama Şefine teslim eder.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Planlama Şefine teslim eder		

Hastane Afet Planı Lojistik Şefi İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI LOJİSTİK ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Lojistik Şefi	
Bağlı Olduğu Kişi	:HAP Başkanı	Yelek Rengi :
<u>Görevi</u> Hastanenin afet ve acil durum yanıtındaki faaliyetler için gerekli hizmet, araç-gereç, gıda, su, ilaç, tıbbi malzeme ve diğer malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Hastane Aet Planı Başkanından görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleşini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
HAP Başkanından birifing alır		
Lojistik ekiplerinin durumu ile ilgili bilgileri almak için lojistik ekibi ile toplantı yapar, lojistik ekibine durum ile ilgili bilgi verir.		
Tıbbi cihaz sorumlusundan hastane genelindeki tıbbi cihazlar ile ilgili mevcut durum raporu alır.		
Destek Hizmetleri sorumlusundan temizlik, atık yönetimi, çamaşırhane hizmetleri ile durum raporu alır.		
Depo sorumlusundan deponun genel durumu, malzeme durumu ve ihtiyaç durumu ile ilgili durum raporu alır.		
Ulaşım sorumlusundan hastanenin ulaşım araçları ile ilgili durum raporu alır.		
Yemekhane sorumlusundan yemekhanenin mevcumu, malzeme durumu ve ihtiyaçları ile ilgili durum raporu alır.		
Eczane sorumlusundan eczanenin mevcut durumu ve ihtiyaç olabilecek ilaçlar ile ilgili durum raporu alır.		
Lojistik birimlerinden gelen durum raporlarını değerlendirir ve hareket tarzları geliştirir ve Lojistik Yönetimi Formu ile kayıt altına alır.		
HAP Başkanına Lojistik bölümünün mevcut durumu ile ilgili Lojistik Durum Raporunu gönderir.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		

Hastane içinden gelen ihtiyaçları ilgili birim sorumluları ile beraber inceler , bu taleplerin karşılanması için gerekli yönlendirmeleri yapar.		
Yemekhane sorumlusundan Yemekhane Mevcut Durum Raporunu alır, yemekhane sürecini izler, yemekhanenin hizmet verebilecek duruma gelmesi için gerekli önlemleri alır. Su ve gıda stoğunun azalması durumunda protokol imzalanan firmalarla iletişime geçerek bu eksikliklerin tamamlanmasını sağlar.		
Tıbbi cihaz sorumlusundan Mevcut Durum Raporunu alır, birlikte arızalı, hasar görmüş tıbbi cihazların yerine uygun cihazların temin edilmesi için ilgili yerlerle görüşür.		
Depo sorumlusundan Mevcut Durum Raporunu alır, kritik stoğun altına düşen ve stokta bulunmayan malzemelerle ilgili olarak protokol imzalanmış firmalarla görüşerek eksiklerin giderilmesini sağlar.		
Ulaşım sorumlusundan hastanenin ulaşım araçları ile ilgili Mevcut durum raporu alır.Dış alana giden, dışarıdan gelen araçlarla ilgili bilgi alır. Gerekli durumlar için araç planlaması yapar.		
Destek Hizmetleri sorumlusundan temizlik, atık yönetimi, çamaşırhane hizmetleri ile Mevcut durum raporu alır. Çamaşırhane hizmeti verilmemesi durumunda çamaşırların yıkanması için ilgili firmalarla iletişime geçer ve çamaşırhane sürecinin sorunsuz yürütülmesini sağlar.		
Atıklar zamanında alınıp alınmadığı Destek Hizmetler Sorumlusu ile birlikte inceler, toplanmadığı durumlarda belediye ile iletişime geçer ve toplanmasını sağlar		
Eczane sorumlusundan eczanenin mevcut durumu ile ilgili durum raporunu alır. Kritik stoğun altına düşen, düşecek ve/veya stokta kalmamış ilaçlar ile ilgili olarak firmalarla iletişime geçer ve eksikliklerin giderilmesini sağlar.		
Lojistik birimlerinden gelen durum raporları ve birebir görüşmeleri sonucunda yeni stratejiler ve hareket tarzları belirler. Yapılan işlemleri Lojistik Yönetimi Formu ile kayıt altına alır.		
HAP Başkanına Lojistik bölümünün mevcut durumu ile ilgili Lojistik Durum Raporunu gönderir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Hastane içinden gelen ihtiyaçları ilgili birim sorumluları ile beraber inceler , bu taleplerin karşılanması için gerekli yönlendirmeleri yapar.		
Lojistik birimlerinden gelen durum raporları ve birebir görüşmeleri sonucunda yeni stratejiler ve hareket tarzları belirler. Yapılan işlemleri Lojistik Yönetimi Formu ile kayıt altına alır.		

Yemekhane sürecini izler, kontrol eder ve denetler. Bu sürecin sorunsuz yürütülmesi için Yemekhane Sorumlusu ile birlikte gerekli önlemleri alır/alınmasını sağlar.		
Depo sürecini izler, kontrol eder ve denetler. Bu sürecin sorunsuz yürütülmesi için Depo Sorumlusu ile birlikte gerekli önlemleri alır/alınmasını sağlar.		
Eczane sürecini izler, kontrol eder ve denetler. Bu sürecin sorunsuz yürütülmesi için Eczane Sorumlusu ile birlikte gerekli önlemleri alır/alınmasını sağlar.		
Ulaşım hizmetleri sürecini izler, kontrol eder ve denetler. Bu sürecin sorunsuz yürütülmesi için Ulaşım Sorumlusu ile birlikte gerekli önlemleri alır/alınmasını sağlar.		
Destek hizmetleri sürecini izler, kontrol eder ve denetler. Bu sürecin sorunsuz yürütülmesi için Destek Hizmetleri Sorumlusu ile birlikte gerekli önlemleri alır/alınmasını sağlar.		
Tıbbi cihaz sürecini izler, kontrol eder ve denetler. Bu sürecin sorunsuz yürütülmesi için Tıbbi Cihaz Sorumlusu ile birlikte gerekli önlemleri alır/alınmasını sağlar.		
Lojistik birimlerinden gelen durum raporları ve birebir görüşmeleri sonucunda yeni stratejiler ve hareket tarzları belirler. Yapılan işlemleri Lojistik Yönetimi Formu ile kayıt altına alır.		
HAP Başkanına Lojistik bölümünün mevcut durumu ile ilgili her 4 saatte bir Lojistik Durum Raporunu gönderir.		
Tüm personelin stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler, sorun tespit ettiği personel ile ilgili olarak Psikososyal Destek Hizmetler Sorumlusu ile iletişime geçer.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar.		
HAP Başkanına Operasyon Durum Raporunu gönderir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Hastane Afet Planı Başkanına teslim eder.		

Hastane Afet Planı Destek Hizmetler Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI DESTEK HİZMETLER SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Destek Hizmetler Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Lojistik Şefi	Yelek Rengi :
<u>Görevi</u> Hastanenin temizlik, atık yönetimi vb. hizmetlerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, ekipmanların sürekli hazır tutulması için gerekli organizasyonu yapmakla sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Lojistik Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Lojistik Yetkilisinden birifing alır		
Tahliye vb. diğer durumlar için hasta transfer/taşıma görevlilerini belirler ve görevlendirir.		
Çamaşırhane ile ilgili durum tespit yapar ve Destek Hizmetler Durum Tespit Raporunu Lojistik Şefine gönderir.		
Atık alanlarını kontrol eder,atık alanları ile ilgili bir sorun yaşanması durumunda yeni geçici atık toplama alanları yaratır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Çamaşırhane zarar görmemesi durumunda, çamaşırhane hizmetinin başlaması için gerekli hazırlıkları yapar, önlemleri alır ve çamaşırhane hizmetine sunulmasını sağlar.		
Çamaşırhane zarar görmesi durumunda, protokol imzalanmış firma ile iletişime geçerek çamaşırhane sürecinin sorunsuz yürütülmesini sağlar.		
Bölmelerden atıkların düzenli olarak toplanmasını sağlar, geçici atık depolama alanının dolması durumunda belediye ve ilgili firmalarla iletişime geçerek atıkların alınmasını sağlar.		
Hastane genelinde temizlik hizmetlerini kontrol eder, gerekli durumlarda personel ve malzeme takviyesinde bulunur.		
Malzeme ihtiyaçlarında Lojistik şefine Malzeme Talep Formu ile bilgi verir		
Lojistik şefine 2 saatte bir Destek Hizmetler Durum Raporunu gönderir.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Lojistik şefine 4 saatte bir Destek Hizmetler Durum Raporunu gönderir.		
Kendisine bağlı bölümler ile ilgili rutin işlere devam eder.		
Tüm personelin, gönüllülerin ve hastaların stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler. Kaygılarını Psikososyal Destek Sorumlusuna rapor eder. Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		

AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sırasında kullanılan malzemelerin miktarını çıkarır, kendisine bağlı bölümler hakkında rapor hazırlar ve Lojistik Şefine teslim eder.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Lojistik Şefine teslim eder		

Hastane Afet Planı Depo Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI DEPO SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Sarf/Depo Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Lojistik Şefi	Yelek Rengi :
Görevi Hastane genelindeki tıbbi ve tıbbi olmayan malzemeler ile tıbbi olmayan cihazları emin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Lojistik Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Lojistik Yetkilisinden birifing alır		
Malzeme deposunun durumunu saptar,Depo Malzeme Durum Raporu ile birlikte Lojistik Şefine Bilgi verir.		
Bölümden gönderilecek malzemeler ile ilgili hazırlık yapar ve Alana Malzeme Gönderme Takip Formu ile ilgili bölümlere malzemeyi gönderir.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Bölümlerden gelen malzeme istemlerini kontrol eder. Hazırlanan malzemeleri Alana Malzeme Gönderme Takip Formu ile gönderir.		
Her iki saatte bir malzeme deposunun durumu ile ilgili Lojistik Şefine Depo Malzeme Durum Formu ile bilgi verir.		
Kritik stoğa düşen malzemeler ile ilgili olarak Malzeme Talep Formu ile Lojistik Şefinden talepte bulunur.		
Depoyu sürekli kontrol ederek, herhangi bir hırsızlık ve benzeri kötü kullanımlar içine engeller.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Her dört saatte bir malzeme deposunun durumu ile ilgili Lojistik Şefine Depo Malzeme Durum Formu ile bilgi verir.		
Bölümlerden gelen malzeme istemlerini kontrol eder. Hazırlanan malzemeleri Alana Malzeme Gönderme Takip Formu ile gönderir.		
Kritik stoğa düşen malzemeler ile ilgili olarak Malzeme Talep Formu ile Lojistik Şefinden talepte bulunur.		
Daha önce bölümlere gönderilen ama kullanılmayan malzemeleri ile Malzeme Takip-İade Formu ile geri alır.		

AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sırasında kullanılan malzemelerin miktarını çıkarır, depo ile ilgili eksikleri tespit eder ve deponun son durumu ile ilgili Lojistik Şefine rapor hazırlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Lojistik Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Tıbbi Cihaz Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI TIBBİ CİHAZ SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Tıbbi Cihaz Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Lojistik Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi İhtiyaç olan Tıbbi cihazları temin eder, envanterini tutar, arıza olması durumunda gerekli bakımlarını yapar,devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Lojistik Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Lojistik Yetkilisinden birifing alır		
Hastane genelinde tıbbi cihazların durumu ile ilgili olarak Lojistik Şefine Tıbbi Cihaz Durum Raporu gönderir.		
Hastane genelinde hasar görmüş/arızalanmış tıbbi cihazlar ile ilgili malzeme/ vb. isteklerini Malzeme Talep Formu ile yapar, ilave tıbbi cihaz ihtiyaçları için ilgili firmalarla iletişime geçer.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Hastane içindeki tıbbi cihazların durumu ile ilgili planlama yapar ve tıbbi cihaz ihtiyacı olan bölümlere olanaklar dahilinde uygun cihazları Alana Malzeme Gönderme Takip Formu ile gönderir.		
Her iki saatte bir tıbbi cihazlarla ilgili Lojistik Şefine Tıbbi Cihaz Durum Raporu ile bilgi verir.		
Onarımı yapılan, arızası giderilen tıbbi cihazları ihtiyaç duyulan bölümlere Alana Malzeme Gönderme Takip Formu ile gönderir.		
Dışarıdan gelen tıbbi cihazları kontrol eder ve teslim alır.		
Tıbbi cihazları sürekli kontrol ederek, herhangi bir hırsızlık ve benzeri kötü kullanımlar içine engeller.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Her dört saatte bir tıbbi cihazların durumu ile ilgili Lojistik Şefine Tıbbi Cihaz Durum Formu ile bilgi verir.		

Daha önce bölümlere gönderilen ama kullanılmayan/ kullanılmayacak tıbbi cihazları Malzeme/Cihaz Takip-İade Formu ile geri alır.		
Afete müdahale durumunun uzaması durumunda hizmete kesintisiz için gerekli önlemleri alır, personel görevlendirir.		
Arızalanan, bozulan zarar gören tıbbi cihazlar ile ilgili gerekli bakım ve onarımları yapar.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sırasında kullanılan malzemelerin miktarını çıkarır, tıbbi cihazlar ile ilgili eksikleri tespit eder ve son durum ile ilgili Lojistik Şefine rapor hazırlar.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Lojistik Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Ulaşım Sorumlusu

HASTANE AFET PLANI ULAŞIM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Ulaşım Hizmetleri Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Lojistik Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi Hastaneye ait veya kiralanmış araçların ve görevli personelin organizasyonunu yapar. OYE karar aldığı takdirde imkanlar dahilinde göreve çağırılan personelin ve ailelerinin hastaneye ulaşımını, kendi imkanları yeterli olmayan taburcu hastaların evlerine nakillerini organize eder. Hastaneye veya hastane dışına malzemelerin taşınmasını koordine eder.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Lojistik Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Lojistik Yetkilisinden birifing alır		
Hastanenin araçlarının mevcut durumlarını, bir zarar görüp görmediğini inceler ve konu le ilgili Lojistik Şefine rapor verir.		
Hastane araçlarında herhangi bir hasar yoksa , hizmete hazır hale gelmesini sağlar, hasarlı araçlarla ilgili olarak yapılabilecek onarım-bakımlar tespit eder ve Lojistik Şefine bilgi verir.		
Dış alan görevlendirilmesi olması durumunda konu ile ilgili hazırlık yapar.		
Hastanenin ulaşım araçları ile ilgili süreci yönetir.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Hastanenin araçları ile ilgili Lojistik Şefine Durum Raporu gönderir.		
Hastane araçlarının her zaman kullanıma hazır olması için gerekli önlemleri alır.		
Dışarıdan araç ve şoför görevlendirilmesi durumunda araçların güvenli ortamda bulunması için gerekli önlemleri alır.		

3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Mevcut durum ile ilgili Lojistik Şefine Durum Raporu gönderir.		
Tüm personelin, gönüllülerin ve hastaların stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler. Kaygılarını Psikolojik Destek Sorumlusuna rapor eder. Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Ulaşım sürecinin sorunsuz yürütülmesi için gerekli önlemleri alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
1. Dış göreve gidip dönen araçların kontrolü yapar, eksikliklerini giderir		
2. Lojistik Şefine Araç Durum Raporunu gönderir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Lojistik Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Yemekhane Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI YEMEKHANE SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Yemekhane Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	: Lojistik Şefi	Yelek Rengi :
Görevi Hastalar / hasta yakınları, personel aileleri, gönüllüler ve ziyaretçiler için gıda su temini, yemek hazırlama/ dağıtım hizmetlerinin organizasyonunu ve sürdürülmesini sağlar.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Lojistik Yetkilisinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleşini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Lojistik Yetkilisinden birifing alır		
Mutfak Personeliyle toplanıp, görüşme yapar.		
Yemekhanenin yapısal bir zarar uğrayıp uğramadığını, kullanılan ekipman ve gıda-su stoklarıyla ilgili bir sorun olup olmadığını tespit eder ve Lojistik Şefine Durum Raporunu gönderir.		
Yemekhane hizmeti verilemeyecek durumda ise, Lojistik Yöneticisinin yönlendirmesiyle beraber protokol imzalanan firma ile iletişime geçer ve gerekli hazırlıkları yapar.		
Yemekhanede herhangi bir sorun yoksa en kısa sürede hizmete hazır hale gelmesi için gerekli hazırlıkları yapar.		
Mevcut gıda stoklarından kaç öğün yemeğin servis edilebileceğinin tahmin eder; durum zorunlu kılıyorsa kısıtlamaya gidilmesini ister.		
Mevcut acil içme suyu miktarını belirler ve ne zaman yeniden tedarik gerekeceğini tahmin eder. Durum zorunlu kılıyorsa kısıtlama yapar		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Mevcut durum ile ilgili Lojistik Şefine Durum Raporu gönderir.		
İnsan Gücü Sorumlusu ve Psikolojik Destek Sorumlusu ile toplantı yapar ve personel dinlenme ve beslenme alanlarının yerini belirler		

Güvenlik Şefi'nin yardımıyla besin ve su kaynaklarını korur.		
Lojistik Yetkilisine tahmini su ve yiyecek ihtiyacının listesini sunar. İhtiyaç listesinin hazırlanmasında mevcut acil gereksinimler yanı sıra hastalar, personel ve yakınlarının geleceğe yönelik gereksinimlerini de göz önüne alır.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Mevcut durum ile ilgili Lojistik Şefine Durum Raporu gönderir.		
Tüm personelin, gönüllülerin ve hastaların stres belirtilerini veya uygunsuz davranışlarını gözlemler. Kaygılarını Psikolojik Destek Sorumlusuna rapor eder. Tüm personelin dinlenmelerini ve nöbet değişimlerini sağlar.		
Yemekhane sürecinin sorunsuz yürütülmesi için gerekli önlemleri alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sırasında kullanılan malzemelerin miktarını çıkarır, yemekhanenin son durumu hakkında rapor hazırlar ve Lojistik Yetkilisine teslim eder.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Lojistik Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Finans Şefi İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI FİNANS ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Finans Şefi	
Bağlı Olduğu Kişi	:Hastane Afet Planı Başkanı	Yelek Rengi : 
Görevi Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
HAP Başkanından görevi alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
HAP Başkanından birifing alır		
Kendisine bağlı olan Finans Ekibini toplar, görevlendirmelerini yapar.		
Satınalma Sorumlusundan Satınalma Durum Raporunu alır, kontrol eder ve satınalma ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
Faturalandırma -Maliyetlendirme Sorumlusundan Durum Raporunu alır, kontrol eder ve faturalandırma -maliyetlendirme ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
Tahakkuk Sorumlusundan Tahakkuk Durum Raporunu alır, kontrol eder ve tahakkuk ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
Hukuk Tazminatı Sorumlusundan Durum Raporunu alır,kontrol eder ve hukuk ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
HAP Başkanına Finans Durum Raporunu Gönderir. Ayrıca yaptığı faaliyetler ile ilgili Finans Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		

Satınalma Sorumlusundan 2 saatte bir Satınalma Durum Raporunu alır, kontrol eder ve satınalma ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır. Bulunamayan/temin edilemeyen malzemeler ile ilgili Olay Yönetim Merkezine bilgi verir ve Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu aracılığıyla sağlık müdürlüğüne vb. kuruluşlara bilgi vermesini ister.		
Faturalandırma -Maliyetlendirme Sorumlusundan 2 saatte bir Durum Raporunu alır, kontrol eder ve faturalandırma -maliyetlendirme ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
Tahakkuk Sorumlusundan 2 saatte bir Tahakkuk Durum Raporunu alır, kontrol eder ve tahakkuk ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
Hukuk Tazminatı Sorumlusundan 2 saatte bir Durum Raporunu alır,kontrol eder ve hukuk ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
HAP Başkanına 2 saatte bir Finans Durum Raporunu Gönderir. Ayrıca yaptığı faaliyetler ile ilgili Finans Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		
Hastanenin çek/senet vb. değerli varlıklarının koruma altında ve güvende olduğundan emin olur kontrol eder.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Satınalma Sorumlusundan 4 saatte bir Satınalma Durum Raporunu alır, kontrol eder ve satınalma ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır. Bulunamayan/temin edilemeyen malzemeler ile ilgili Olay Yönetim Merkezine bilgi verir ve Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu aracılığıyla sağlık müdürlüğüne vb. kuruluşlara bilgi vermesini ister.		
Faturalandırma -Maliyetlendirme Sorumlusundan 4 saatte bir Durum Raporunu alır, kontrol eder ve faturalandırma -maliyetlendirme ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
Tahakkuk Sorumlusundan 4 saatte bir Tahakkuk Durum Raporunu alır, kontrol eder ve tahakkuk ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
Hukuk Tazminatı Sorumlusundan 4 saatte bir Durum Raporunu alır,kontrol eder ve hukuk ile ilgili hareket tarzını belirler ve Finans Yönetimi Kayıt Formu ile kontrol altına alır.		
HAP Başkanına 4 saatte bir Finans Durum Raporunu Gönderir. Ayrıca yaptığı faaliyetler ile ilgili Finans Kayıt Formu ile kayıt altına alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Yapılan çalışmalar ile ilgili olarak Finans birim sorumlularından bilgi alır.		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar		

Hastane Afet Planı Başkanı' na Finans Durum Raporunu sunar.		
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları HAP Başkanına teslim eder.		

Hastane Afet Planı Faturalandırma Maliyetlendirme İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI FATURALANDIRMA MALİYETLENDİRME İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Faturalandırma Maliyetlendirme Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Finans Şefi	Yelek Rengi 
Görevi Olayın maliyet analizini yaparak raporlamaktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamaktan sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Finans Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Finans Şefinden birifing alır		
Satınalma tarafından alınan malzemelerin doğru biçimde kayıtlarının alınması ve sisteme kaydedilmesini sağlar.		
Satınalma dışında acil alınan malzemeler ile ilgili kayıtların doğru ve düzenli olmasını sağlar.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Satınalma tarafından alınan malzemelerin doğru biçimde kayıtlarının alınması ve sisteme kaydedilmesini sağlar..		
Satınalma dışında acil alınan malzemeler ile ilgili kayıtların doğru ve düzenli olmasını sağlar.		
İnsan Kaynakları sorumlusu tarafından görev yapan personele ait tutulan Personel Mesai Çizelgelerini toplar, bunlarla ilgili hesapları yapar.		
Acil ödenmesi gereken ödemeler ile ilgili hesapları yapar ve Taahhuk Sorumlusuna bilgi verir.		
Hastanenin bankalarla olan nakit akışlarını yönetir. Taahhuk Bölümü tarafından nakite ihtiyaç duyulması için bankalarla iletişim geçer ve temin eder.		
Finans Şefine Faturalandırma Maliyetlendirme Durum Raporunu 4 saatte bir gönderir..		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Satınalma tarafından alınan malzemelerin doğru biçimde kayıtlarının alınması ve sisteme kaydedilmesini sağlar.		
Satınalma dışında acil alınan malzemeler ile ilgili kayıtların doğru ve düzenli olmasını sağlar.		
İnsan Kaynakları sorumlusu tarafından görev yapan personele ait tutulan Personel Mesai Çizelgelerini toplar, bunlarla ilgili hesapları yapar.		

Hastanenin bankalarla olan nakit akışlarını yönetir. Taahhukuk Bölümü tarafından nakite ihtiyaç duyulması için bankalarla iletişim geçer ve temin eder.		
Acil ödenmesi gereken ödemeler ile ilgili hesapları yapar ve Taahhuk Sorumlusuna bilgi verir.		
Finans Şefine Faturalandırma Maliyetlendirme Durum Raporunu 8 saatte bir gönderir..		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sonrasında Faturalandırma Maliyetlendirme Durum Raporunu gönderir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Finans Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Satınalma Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI SATINALMA SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Satınalma Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Finans Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu HAP Başkanınca onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyallerin alımı veya kiralanmasından sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Finans Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Finans Şefinden birifing alır		
Finans şefi tarafından diğer bölümlerden istenilen ve mevcut durumda hastane stoğunda bulunmayan/hastanenin ihtiyacı olan malzeme/ilaç vb. ile ilgili satınalma sürecini başlatır.		
Gelen malzeme taleplerini aciliyet durumlarına göre sınıflandırır. Finans şefinin kendisine verdiği yetki kapsamında bazı malzemeleri doğrudan alır. Firmalar ve Kritik Tedarikçiler Formundan yararlanır. Bazı malzemeler ile ilgili anlaşmalı firmalarla görüşerek/sözleşme imzalanmış firmalarla görüşerek Malzeme Sipariş Teklif Formu ile tekliflerini alır.		
Finans Şefinin onayıyla bu malzemelerin satınalmasını Malzeme Sipariş Formu ile yapar.		
Satınalma için işlem yapılan ancak piyasada bulunamayan malzemeler ile ilgili Finans Şefine bilgi verir		
Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamalar, tüm satın alma sözleşmelerin ve acil durum planında belirtilen alımların ayrı hesaplanmasını yapar.		
Tıbbi malzeme, ayniyat ve diğer materyallerin transferi, paylaşımı için acil anlaşmalar yapar.		
Her iki saatte bir Satınalma Durum Raporunu Finans Şefine gönderir.		

2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Yaptığı işlemler ile ilgili formları, faturaları vb. kayıtları düzenli tutar, toplar.		
Her iki saatte bir Satınalma Durum Raporunu Finans Şefine gönderir.		
Satınalma sürecine göre gerekli malzemeleri temin etme sürecini yürütür.		
Satınalınan ve hastaneye gelen malzemelerin ön kabulü için depo vb. bölümlerle iletişime geçer.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Yaptığı işlemler ile ilgili formları, faturaları vb. kayıtları düzenli tutar, toplar.		
Her dört saatte bir Satınalma Durum Raporunu Finans Şefine gönderir.		
Satınalma sürecine göre gerekli malzemeleri temin etme sürecini yürütür.		
Satınalınan ve hastaneye gelen malzemelerin ön kabulü için depo vb. bölümlerle iletişime geçer.		
Bulunamayan malzemeler ile ilgili olarak Finans Şefine ve/veya Olay Yönetim Merkezine haber vererek alternati yollardan bulunmasını talep eder.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sonrasında satınalma sürei ile Finans Şefine rapor verir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Finans Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Hukuk Tazminat Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI HUKUK TAZMİNAT SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Hukuk Tazminat Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Finans Şefi	Yelek Rengi : 
Görevi		
Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümente edilmesinden sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Finans Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Finans Şefinden birifing alır		
Hastane içinde görev yapacak uygun bir alan yaratır.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Finans Şefine 2 saatte bir Hukuk Durum Raporunu gönderir.		
Gelen şikayetleri alır, kaydeder. Şikayetlerle ilgili durum araştırması yapar ve şikayet ile ilgili evrakları toplar.Şikayetlerle ilgili video/görüntü kayıtlarını alır.		
Gerekli durumlarla diğer birim sorumluları ve bölüm şefleri ile iletişim geçer.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Finans Şefine 2 saatte bir Hukuk Durum Raporunu gönderir.		
Gelen şikayetleri alır, kaydeder. Şikayetlerle ilgili durum araştırması yapar ve şikayet ile ilgili evrakları toplar.Şikayetlerle ilgili video/görüntü kayıtlarını alır.		
Gerekli durumlarla diğer birim sorumluları ve bölüm şefleri ile iletişim geçer.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		

Afet sonrasında Hukuk Durum Raporunu gönderir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Finans Şefine teslim eder.		

Hastane Afet Planı Tahakkuk Sorumlusu İş Akış Talimatı

HASTANE AFET PLANI TAHAKKUK SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görevi	:Tahakkuk Sorumlusu	
Bağlı Olduğu Kişi	:Finans Şefi	Yelek Rengi 
Görevi Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
1. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 0-2 SAAT		
Finans Şefinden görevini alır.		
Görevi ile ilgili yeleğini alır, görev kartını takar , görevi ile ilgili iş akış şemasını okur.		
Finans Şefinden birifing alır		
Dış göreve gidecek personele avans ödemesini Alan Sorumlusuna yapar.		
Hastanenin nakit para, cet, senet vb. değerli malzemelerini kayıt altına alır ve afet boyuna güvenli alanda saklar.		
2. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 2- 12 SAAT		
Finans Şefine 2 saatte bir Tahakkuk Durum Raporunu gönderir.		
Personele ödenmesi gereken yolluk, harcırah, mesai vb. ödemeleri öder ve kayıt altına alır.		
Satın alma ve/veya Faturalandırma -Maliyetlendirme Sorumlusu tarafından onaylanan nakti ödemeleri yapar ve kayıt altına alır.		
3. DERECE ÖNCELİKLİ GÖREVLER 12.SAATTEN SONRA		
Finans Şefine 4 saatte bir Tahakkuk Durum Raporunu gönderir.		
Personele ödenmesi gereken yolluk, harcırah, mesai vb. ödemeleri öder ve kayıt altına alır.		
Satın alma ve/veya Faturalandırma -Maliyetlendirme Sorumlusu tarafından onaylanan nakti ödemeleri yapar ve kayıt altına alır.		
Nakit ihtiyacı olması durumunda Finans Şefine bilgi verir.		

Afetzedelere ait para, mücevharat,vb. değerli malzemeleri Hasta Eşyası Teslim Formu ile teslim alır.		
AKTİVASYONU SONLANDIRMA		
Afet sonrasında Faturalandırma Maliyetlendirme Durum Raporunu gönderir.		
Afet sırasında kullanılan tüm formları, kayıtları Finans Şefine teslim eder.		

EK 1-B STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ

SOP 1 Tedavi Kapasitesi Ve Yeteneğinin İlk Değerlendirilmesi Prosedürü

TEDAVİ KAPASİTE VE YETENEĞİNİN İLK DEĞERLENDİRİLEŞİ PROSEDÜRÜ		
Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek.		
Hedefler: Hastaneye kabul edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek, • Ayakta tedavi edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek, • Kritik hizmetlerin iş sürekliliğini sağlamak amacıyla nicel kapasitesini değerlendirmek, • Tıbbi bakım hizmeti ve/veya özellikli tıbbi bakım hizmetlerini (kimyasal olay, epidemi vb.) yeterli düzeyde sunmak için hastanenin (nitel) kapasitesini değerlendirmek, • İlk 6 saat içerisinde hastaneye gelen hastaları önceliklendirmek ve tedavi etmek amacıyla Acil Servisin ve/veya afet triyaj alanının imkan ve kapasitesini değerlendirmek, • İlk 24 saat sonunda söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Optimed Çorlu International Hastanesinde herhangi bir afet sırasında kullanılabilecek hazırda hasta yatağı 75 adettir. Bu 75 yatak, 13 tanesi Yenidoğan Yoğun bakım, 17 tanesi Yetişkin Yoğun Bakım kalan 45 yatak ise yataklı servis yatağıdır. Acil durumda hastanemizde eklenebilecek sedye ve yatakların sayısı 22 olarak planlanmaktadır. İnsan Kaynakları bölümü güncel personel listesini tutmaktadır. Ayrıca her serviste özel durumlarda icap personel belirlenmiştir. Artan hasta/yaralı sayısı durumunda, personel listesinden mevcut çalışanlar, izinli ve raporlu personel çıkartılır ve hastaneye gelebilecek personel listesi hazırlanır. Bu listeye göre acil hastaneye gelmesi gereken ve nöbete gelecek personel belirlenir ve bu kişilere gerekli bilgi verilir. İnsan Kaynakları bölümü güncel doktor listesini tutmaktadır. Bu listede doktorlar branşlarına göre de sınıflandırılmış olup, iletişim bilgileri de bulunmaktadır. Ayrıca her branş ile ilgili doktor belirlenmiş olup, acil durumda önce icapçı doktorlar çağrılır. Daha sonra ise acil duruma ve ihtiyaca göre diğer doktorlar çağrılır ve/veya nöbet için bilgilendirilme yapıp çağrılır.		

Acil serviste tedavi edilebilecek maksimum travma hastası sayısı; acil serviste 7 müşahade hasta yatağı olduğu için 7 olarak belirlenmiştir. Ameliyathanede ise 5 salon bulunmaktadır. Acil durumlarda ameliyathanenin kapasitesi 24 saat çalışma esasına göre artırılabilir.		
Eczanenin elinde bulunan ilaç stoğu ortalama 3 -4 haftalık stok olarak belirlenmiştir. Gerekli durumlarda bu stoğun artırılması mümkündür. Görüntüleme merkezinde , afet durumunda tam personel kapasitesi ile çalışması durumunda röntgen için hasta başına on dakika, MR için 30 dakika, tomografi için 10-15 dakika olacak biçimde ayarlanabilir. Ayrıca portable röntgen ve gezici araçtaki röntgende faydalanılması durumunda bu kapasite daha da artırılabilir. Hastanenin tıbbi malzeme deposunun ortalama stoğu 4 haftalık olarak belirlenmiştir. Acil durumlarda bu stok miktarı artırılabilir. Acil durumlarda; * Operasyon Şefi gerek yatak kapasitesi, gerek artırılabilir kapasite ve personel ile ilgili durum raporu gönderir. * Planlama Şefi hastanenin mevcut işletme bölümleri ve mevcut personel durumu ile ilgili durum raporu gönderir. * Lojistik şefi mevcut malzeme/ ilaç/malzeme durumu ve yemekhane ile ilgili durum raporu gönderir. * Finans şefi, mevcut maddi kaynaklar ve giderler hakkında durum raporu gönderir. Tüm bu verilerin Olay Yönetim Merkezi tarafından değerlendirilmesi sonucu, ilave personel görevlendirmeleri, personel ihtiyaçları tespit edilir. Ayrıca mevcut hasta durumu, yatak durumu, artırılabilir hastane kapasitesi de göz önüne alınarak gerekli durumlarda hastalar başka kurumlara sevk edilebilir. Bölümlerin malzeme ihtiyaçları giderilir, kritik stoğa yaklaşan malzemeler ile ilgili sipariş verilir, bulunamayan malzemelerde ise İl Sağlık Müdürlüğü vb. kurumlarla iletişime geçilerek bu eksiklikler giderilmeye çalışılır.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
Dış alana gönderilecek ve alanda görevlendirilen personelin uygun kişisel koruyucu donanma sahip olması sağlanır. Görevlendirilecek personelin yapacağı işe uygun olması tercih edilir. Hastanenin belirlemiş olduğu iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kurallara uyması istenir. Hastalara yapılacak müdahalelerde aynı zamanda hasta güvenliği ile ilgili kurallara da uyması beklenir/istenir.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri Kimlik kartları ve görev yelekleri.		

KALİTE KONTROL		
Departmanlar/servisler/birimler kendilerinden istenen kritik bilgileri, en kısa sürede hazırlayarak, değerlendirilmek üzere OYE'ye sunarlar.		
ZAMAN DİLİMİ		
Afet anından ilk 12 saatlık zaman dilimi boyunca her 2 saatte bir, 12. saatten sonra 4 saatte bir gerekli bilgilendirme yapılır		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Acil Servis Birimine Standart Operasyon Prosedürü		
Servis/ Birim Müdahale Prosedürleri		
Departman Servis/Birim Müdahale Prosedürleri		
KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
* Herhangi bir servisten, istenilen bilgi sağlanmazsa o birimin kapasitesi minumum olarak düşünölmelidir. * Herhangi bir bölüm tahliye edilmişse ve hizmet veremiyorsa bu durumla o bölüm kapasitesi göz önüne alınmamalı ve hastanenin genel kapasitesinden düşünölmelidir. * Göreve gelecek personelin göreve gelmesi ile ilgili ulaşım problemleri varsa , başka kurumlardan da destek alınabilir. Alternatif ulaşım araçları sağlanarak personel getirilmeye çalışılabilir.Ayrıca personelin gelememesi durumunda mevcut personelin dönüşümlü olarak dinlenmesi sağlanmalıdır.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Merkezi ve Planlama,Operasyon ve Lojistik Bölüm Şefleri, birim sorumluları		
EKLER		
Herhangi bir ek evrak bulunmamakla beraber, işleyişe göre ek evraklar istenebilir.		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Planlama ,Operasyon,Lojistik, Finans Durum Raporları Personel Bilgi Formları, Alanda Görevlendirilen Personel Formu, Göreve Çağırılan Personel Formu Vb. Hastane Olay İstatistik Formu İlgili İŞAT lar		
İZLEME		
Olay Yönetim Merkezi ilk 12 saatte 2 saatte bir, 12 saatten sonra 4 saatte bir bölüm raporlarını değerlendirir ve yeni hareket tarzları belirler.		

GÜVENLİK

Güvenlik acil durumun başlamasıyla beraber gerekli personel takviyesi yapar. Güvenlik bakımından riskli bölgeler hizmete kapanır ve girişler yasaklanır/ önlenir. Hastane içinde sürekli dolaşarak güvenlik suistimallerinin önüne geçilir.

SOP 2 Acil Müdahale Planında Olay Bildiriminin Ele Alınması

ACİL MÜDAHALE PLAINDA OLAY BİLDİRİMİNİN ELE ALINMASI

Temel Faaliyet: Herhangi bir olay bildiriminin, Acil Müdahale Planı ilke ve prosedürleri doğrultusunda derhal ve etkili bir şekilde ele alınmasını sağlamak.

Hedefler:

- Olay bildirimini doğrulamak ve olayın ciddiyet derecesini değerlendirmek,
- OYE'nin aktive edilmesiyle, Acil Müdahale Planının etkinleştirilmesine ilişkin karar alınmasını sağlamak/ başlatmak,
- Olay Yönetim Merkezini açmayı göz önünde bulundurmak,
- Hastane içinde temel paydaşlarla (güvenlik, lojistik, klinikler vb.) iletişime geçmek,
- OYE, Olay Bildirim ve Alarm İşleme Şablonunun güvenilirliğini Acil Müdahale Planı tatbikatları ile düzenli olarak kontrol etmelidir.

SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER(15 DAKİKADAN KISA SÜREDE BİLDİRİMİ DEĞERLENDİRMEK VE OLAYI DOĞRULAMAK)

Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı

Eylemlerin Raporlama Zamanı

Hastane içinde olayların bildirimi için Olay Bildirim Formu kullanılır. Gelen Olay Bildirim Formu incelenir ve olay hızlı biçimde doğrulanır.

İlerleyen saatlerde tıbbi bakım hizmetlerine yönelik talep ve olası değişiklikler açısından olayın ciddiyetini (büyüklük, kapsam, etkilenen kişi sayısı vb.) Başhekim ve/veya Başhemşire ve ona bağlı birim sorumluları İlk Durum Formu ile değerlendirilir.

Bu sırada iş güvenliği sorumlusu ve altyapı sorumlusu hızlı biçimde Tesis İlk Değerlendirme Formu ile binanın mevcut durumu ile ilgili ilk değerlendirmeyi yapıp, hizmet durumunu saptar.

Gerek tıbbi süreçlerin değerlendirilmesi, gerekse mevcut hastane binasının değerlendirilmesiyle beraber Acil Müdahale Planının aktivasyonuna gerek olup olmadığı değerlendirilir ve karar verilir.

Olay Yönetim Merkezinde görevli bulunan kişiler bilgilendirilir ve afetin durumuna göre diğer kişiler belirlenir ve HAP Organizasyon Değerlendirme Formu ile kayıt altına alınır.

Olay Bildirim Formu ile birlikte , Brifing Formu kullanılarak o ana kadar yapılanlar, organizasyon vb. konular kaydedilir.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

İş güvenliği sorumlusu nezaretinde/ kontrolünde genel durumun bir ön değerlendirmesi yapılır. Mevcut durumun riskleri, emniyet ve güvenlik tehdidi oluşturup oluşturulmadığı değerlendirilir. Eğer zarar gören bir bölüm varsa bu bölümün hizmet dışı kalması ile ilgili gerekli önlemler alınır.		
KULLANILACAK MATERYAL		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP Acil Müdahale Planında Olay Bildiriminin Ele Alınması SOP Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
KALİTE KONTROL		
Kişilerin doğru ve zamanında bilgilendirilmesini sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
15 dakikalık bir zaman diliminde acil müdahale planının akti hale geçip geçmeyeceğine karar verilmelidir.		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP Olay Yönetim Merkezinin Aktive Edilmesi SOP		
KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
* OYE üyeleriyle irtibata geçemezseniz, görevdeki en kıdemli sağlık personeliyle hemen bilgiyi paylaşın ve karar alma sürecini başlatın. • Olay, hastaneyi tehdit ediyorsa, OYE'yi seferber edin ve Kamu Hastaneleri için KHBGS Kriz ve Koordinasyon Merkezi'ni, diğer hastaneler için İl SAKOM veya 112 Komut Kontrol Merkezini bilgilendirin.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Merkezi üyeleri ve ilgili bölüm kıdemli sağlık personeli		
EKLER		
Herhangi bir ek evrak bulunmamakla beraber, işleyişe göre ek evraklar istenebilir.		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Olay Bildirim Formu Biring Formu Tıbbi Süreçler İlk Değerlendirme Formu		

Tesis İlk Değerlendirme Formu		
İZLEME		
* Bir saat sonra Kamu Hastaneleri için KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi'ni, diğer hastaneler için İl SAKOM'u veya Acil Sağlık Hizmetlerini (112 KKM) bilgilendirin. *Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı alıp almadığını kontrol edin		
GÜVENLİK		
Zarar görmüş bölümlerde gerekli güvenlik önlemlerinin alınması		

SOP 3 Olay Yönetim Ekibinin Aktive Edilmesi, Olay Yönetim Merkezi Ve Afet Ve Acil Durum

Müdahale Planı'nın Aktive Edilmesi

OLAY YÖNETİM EKİBİNİN AKTİVE EDİLMESİ, OLAY YÖNETİM MERKEZİ VE AFET VE ACIL DURUM MÜDAHALE PLANI' NIN AKTİVE EDİLMESİ		
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi yapısının en hızlı biçimde aktive edilmesi Hedefler: • Mümkün olduğunca çok olay yönetim ekip üyesini aktive edilmesi istenir. • Olay Yönetim Merkezini açılması ve ilk OYE toplantısını yapması istenir. • Mevcut üyelere göre Olay Yönetim Ekibi'ni düzenlenmesi istenir. • Mevcut üyeler arasında görev ve sorumlulukları dağıtılır. • Etkili yönetim ve koordinasyonu sağlamak üzere Olay Yönetim Merkezi'ni işlevsel hale getirilir. • Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine karar verilir		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Konu ile ilgili ilk bildirimin yapılması ve karar alınmasıyla beraber OYM açılır. Gerekli durumlarda Olay Yönetim Ekibi Olay Yönetim Merkezinin yerini değiştirebilir. OYE çalışmaları için Standart Operasyon Prosedür'leri, İş Akış Talimatları, kayıtlar,kartlar, standart protokoller ve ekipmanın mevcut olup olmadığını kontrol edilir. Eksik olanlar ivedilikle tamamlanır. Ayrıca ilerleyen zamanda diğer bölüm/birimlerle ilgili olan afetlerde kullanılacak olan kayıtlar HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusu tarafından ilgili bölümlere dağıtılır ve alanda olması sağlanır Olay Yönetim Ekibi'nin çalışma yöntemine karar verilir. Özellikle iletişim kanallarının kopması/ kopmuş olması durumları için ilave personelin hazır olması sağlanır. OYE'nin mevcut üyeleriyle, var olan bilgileri ve Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyini göz önünde bulundurarak güncel durumu değerlendirilir ve acil ihtiyaçları belirleyin Olayın ilerleyen dakikalarında bölümlerden gelen Durum Raporlar ile birlikte ihtiyaçlar ve hareket tarzlar güncellenir.		

Kurumsal koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastane dışı paydaşlarla ve görevlendirilen kişilerle birlikte ise hastane içi ana paydaşlarla öncelikli faaliyetlerin kararlaştırılmasına yönelik koordinasyon sağlanır. Yangın gibi devam etmekte olan bir iç tehdidin meydana gelmesi durumunda, Olay Yönetim Merkezi için alternatif bir oda da dâhil olmak üzere; OYE'nin çalışmasını sürdürmeye yönelik destek sistemlerini belirlenir. Yangının durumuna göre tahliye karar verilebilir. Tahliye kararı verildiği durumlarda ilgili kurumlarla iletişime geçilerek hastaların sevkleri için gerekli önlemler alınır.		
Epidemi durumunda, OYE toplantılarına, Tıbbi Teknik Kurul Başkanın uygun göreceği enfeksiyon konusunda yetkin birisi (tercihen hastane enfeksiyon önleme ve kontrol programı sorumlusunu, enfeksiyon kontrol hemşiresi vb.) dahil edilir. OYE üyeleri bölümlerden gelen Durum Raporlarını incelemelidir. Gerekli durumlarda bölümlerden gelen Durum Raporlarında ek bilgiler istenebilir. Yeni hareket tarzları belirlenirken özellikle bölümlerden gelen bu durum raporları önemli olmaktadır. İç ve dış koordinasyon tedbirlerini ve bunların mevcut duruma nasıl uyarlanacağını belirlenir. İlk 48 saat ve sonrasında, OYE'nin çalışmalarının nasıl düzenleneceğine karar verilir. AMP'nin aktivasyon düzeyini yeniden teyit edin ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin aktivasyonuna gerek olup olmadığına (gerek varsa hangi müdahale prosedürünün aktive edileceğine) karar verin. Hangi alanların açılması , hangi alanların riskli olduğuna ve hizmete kapatılacağına karar verilir. Mevcut durumla ilgili personel planlaması yapılır, mevcut durumdaki personelin yeterli gelip gelmediği tespit edilir. Eğer personel sayısında fazla olduğu düşünülüyorsa bunlarla ilgili bekleme/ toplanma noktası oluşturulur. Personel sayısının yetersiz olduğu düşünülüyorsa ek personel göreve çağırılması için karar verilir. Sağlık yöneticileri ile irtibata geçin ve bilgi paylaşımında bulunun.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
Olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceğini ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceğini kontrol edin.		
KULLANILACAK MATERYAL		

- Alınan bilgileri ve gerçekleştirilen eylemleri kaydetmeye yönelik formlar ve kayıtlar (zaman, bildirimin içeriği, temel eylemler, bildirim ve alarm işleme şablonunun kim/ kimler tarafından kullanıldığının kaydı, sağlık yöneticileri ile iletişim), - Görev Yelekleri, - Olay Yönetim Merkezi ekipmanı.		
KALİTE KONTROL		
İrtibata geçilen OYE üyelerinin görevleri konusunda net talimatlara ulaşmaları için;kullanacakları formların ve standart operasyon prosedürlerinin hazır bulundurulmasını sağlayın, • Olay Yönetim Merkezi'nin açılmasını ve işlevsel olmasını sağlayın		
ZAMAN DİLİMİ		
2 saatten kısa sürede		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP		
Olay Yönetim Merkezinin Aktive Edilmesi SOP		
Servis Müdahale SOP		
Tıbbi Triyaj SOP		
Sağlık yöneticileri ile bilgi paylaşımı,		
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
Hastane dışı olayın hastane hizmetlerine ilişkin olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali durumunda, Olay Eylem Planını geliştirin (proaktif tutum ve öngörü)		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Merkezi üyeleri ve sağlık yetkilileri		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Bölüm Durum Raporları Olay Bildirim Formu Diğer Kayıtlar		
İZLEME		

OYE, operasyon ve faaliyetlerin koordinasyonu, kaynakların etkin yönetimi, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgi paylaşımında ortaya çıkabilecek önemli sorunları mümkün olan en kısa sürede tespit etmek için yönetim sistemlerinin izlenmesine karar vermelidir.		
GÜVENLİK		
Zarar görmüş bölümlerde gerekli güvenlik önlemlerinin alınması		

SOP 4 Hastane Afet Triyaj Alanı Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışı Ve Hasta Naklinin Yöntemi Prosedürü

HASTANE AFET TRİYAJ ALANI VE GELEN HASTALARA YÖNELİK HARİCİ TRAFİK AKIŞI VE HASTA NAKLİNİN YÖNTEMİ PROSEDÜRÜ		
Temel Faaliyet: Temel Faaliyet: Gelen tüm hastalara kritik tıbbi bakım hizmetleri sağlanırken, afet ve acil durum nedeniyle gelen hastaların triyajının yapılarak, hayat kurtarıcı acil tıbbi bakım almalarını sağlamak. Hedefler: • Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde afet triyaj alanını oluşturmak: • Fiziki koşulları sağlamak (konum, ışık, güvenlik, erişim vb.), • Ekipman ve ilaçları sağlamak, • Personel sağlamak (sağlık personeli, taşıyıcı-sedye personeli, idari personel vb.), • İş güvenliği ve emniyeti sağlamak. • Triyaj ekiplerinde çalışacak personeli belirleyerek tıbbi triyaj faaliyetlerini organize etmek, • Hastane afet triyaj alanındaki işleri organize etmek ve bu işleri Acil Servis'le koordinasyon içinde yürütmek, • Gelen tüm hastaların mutlaka kayıt altına alınmasını ve kayıtların eksiksiz yapılmasını sağlamak, • Gelen hastaları tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre ilgili departman/servis/birimlere sevk etmek (Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.), • Nakil araçları ve yürüyebilen hastalar için harici trafik akışını organize etmek, • Tıbbi bakım hizmetlerinin kaydedilmesini sağlamak ve gerektiğinde hastaya refakat etmek, • Hastaların triyajını yaparak hastanenin tıbbi bakım kapasitesini arttırmaya katkıda bulunmak, • Hastane alanı içinde güvenliği sağlamak.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Afet durumunda, acil servise ve hastanenin diğer yataklı servislerine erişim konusuna kısıtlama getirilerek sadece iyileştirilebilir ağır vakalar ve kısıtlı kaynaklara erişerek fayda görebilecek ağır vakalar kabul edilmelidir . Bu nedenler; * Hastane binasında yapısal bir sorun yoksa, mevcut ayaktan tedavi alanlar bu bölümlerde devam edebilir. * Gerekli durumlarda acil servis ve yataklı birimler ile ilgili ek doktor ihtiyacında ayaktan tedavi sürecindeki bazı doktorlar acil servis ve/veya yataklı servis sürecine yönlendirilebilir. Bu		

durumlarda hastalara gerekli bilgilendirme yapılması sağlanmalıdır. * Triaj uygulaması yapılan ve yeşil bekleyebilir hastalar acil servise beklemeden doğrudan ayaktan tedaviye yönlendirilebilir. * Ayaktan tedavi sürecinde polikliniklerin kullanılmaması (yapısal zarar görülmesi/ poliklinik odalarının hasta tedavi sürecinde kullanılması durumunda) ve havaların da iyi olması durumunda sınırlı olarak HAP başkanının onayıyla uygun görülen dış ortamda da yapılabilir. Hastane afet triyaj alanı bir saatten daha kısa sürede çalışır hale getirilmesi gerekir. Bu bakımdan;		
* Afetin durumuna göre uygun triaj alanı belirlenir, bu alanın güvenliği sağlanır ve gerekli tıbbi teçhizat ve malzeme sağlanır. * Bu alanda çalışacak personel belirlenir. Bu kişilerin görev tanımları, kullanılacak formlar, triaj kartları ve ilgili İŞAT lar hazırlanır, dosyalanır. * OYE hastane afet triyaj alanının güvenli bir şekilde organize edilmesine, yönetilmesine destek olur ve süreci takip eder, * Triaj alanında ambulans trafiği ve hasta trafiği için uygun yaya/trafik düzenlemesi yapılır. * Hastane afet triyaj alanıyla OYE ve acil servis arasında, herhangi bir iletişim aletinin çalışmaması durumunda, telsiz ya da ulak yardımı ve bilgi paylaşım formları kullanılarak bilgi paylaşımı sağlanmış olur. • Hastane afet triyaj alanının açılacağını ve hastaların kabulünün nasıl organize edileceğini bölgedeki Acil Operasyon Merkezi'ne ve Acil Sağlık Hizmetleri 112 KKM'ne bildirilir. Sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edilir, Hastane dışı trafik akışını organize edin: *Hastane afet triyaj alanı ve hastane girişi için güvenliği yönetmekle sorumlu olacak yedekli bir güvenlik görevlisi belirlenir, gerekirse kolluk kuvvetlerinden de destek alınır. *Alanlarla ilgili gerekli işaretlemeler ve belirteçler yerleştirilir. *Trijaj sorumlusu, hasta yakınlarının triyaj alanına alınmasını önermedikçe hasta yakınlarının triyaj alanına girmesine izin vermeyin *Önceden belirlenen hasta kartlarını kullanarak hastaların (koma durumunda olanlar dâhil) kaydının yapılmasını sağlayın. *Hastanın sürekli olarak izlenebilir olmasını sağlayın. *Hasta kabul alanlarının doğru bir şekilde belirlenmiş, güvenliğinin sağlanmış ve gerekli personelin görevlendirilmiş olduğunu teyit edin. *İlgili personelin bilgilendirildiğinden ve gerekli koruma/korunma önlemlerinin alındığından emin olun.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		

• Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir. Ayrıca kişisel eşya güvenliği de sağlanmalıdır (kişisel eşyaların etiketlenerek polis gözetiminde özel bir odada muhafazaedilmelidir), • Personel güvenliğine yüksek öncelik verilmelidir. (Özellikle hasta yakınlarının personeli tehdit etme riski vb.)		
KULLANILACAK MATERİYAL		
• Hastane afet triyaj alanı için gerekli ekipmanlar, acil serviste hazırlanan özel afet stoğunda bulundurulmalıdır. • Hasta kayıtları ve izleme amacıyla gerekli formlar ve kayıt evrakları muhafazaedilmelidir. • Hasta kaydı için gerekli elektronik altyapı sağlanmalı, • Hastane tarafından belirlenen triyaj protokolü, Acil müdahale planındabelirtilmelidir. • Görev yelekleri hazır bulundurulmalıdır, • Triage alanındaki ekipman ve ilaçlar için kontrol listeleri hazırlanmalıdır, • Standart operasyon prosedürü hazırlanarak takip edilmelidir.		
KALİTE KONTROL		
• Hastane afet triyaj alanı gelen hastalar için tamamen aktif durumda olmalı(personel,ekipman;güvenlik), • Harici trafik düzenlenmiş ve trafik akıyor olmalı, • Güvenlik sağlanmış olmalı		
ZAMAN DİLİMİ		
OYE'nin hastane afet triyaj alanını açmaya yönelik kararını müteakip, bir saatten kısa bir sürede kurulmalıdır.		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP		
Olay Yönetim Merkezinin Aktive Edilmesi SOP		
Tıbbi triyaj yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların/ Departman/ Servis/Birimlere Nakli		

*Sağlık yetkilileri ile ve hastaları hastanelere göndermekle sorumlu komuta merkezi arasında düzenli olarak bilgi paylaşımı olmalıdır. Bilgi akışının sağlanması için Kamu Hastaneleri KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezini, diğer hastaneler İl SAKOM/ Acil Sağlık Hizmetlerini (112 KKM) Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Kayıt Formu’nu kullanarak bilgilendirmelidir (bilgi yönetimi ile ilgili kısmabakınız), • Hastane içinde sürekli bilgi paylaşımına yönelik olağan prosedürler uygulanmalıdır. (OYE’nin kararına göre özellikle Acil Servis, Ayaktan tedavi bölümü ve hastane afet triyaj alanı arasında sürekli bilgi paylaşımını sağlamak için ilgili standart operasyon prosedürlerinebakın, • Hasta kaydı ve hasta takibinin başarısı, ilgili prosedürlerin tam olarak uygulanması ve OYE ile bilgi paylaşımının sağlanmasına bağlıdır, • Diğer alan sorumluları ile birlikte hareket edilmelidir (hasta yakını alanı, medya mensupları alanı, ölenlere ve kişisel eşyalara yönelik alan).		
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
• Bulaşıcı hastalık acillerinde ya da bir epidemi durumunda, Bulaşıcı Hastalık yönetimine ilişkin olaya özel plana bakınız (hastane tarafından hazırlanmalıdır); • Kimyasal bir olay durumunda, kontamine hastalara ilişkin olaya özel plana bakınız.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Triaj Ekiplerinde Çalışan Sağlık Personeli		
Acil Servis Personeli		
Güvenlik Görevlileri, kolluk kuvvetleri		
Bölüm Sorumluları		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Triaj Alanı Durum Raporu Hastane Giriş Kayıt Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Triaj Kartları		
İZLEME		
• Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın, • Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.		
GÜVENLİK		
• Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın, • Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.		

SOP 5 Tıbbi Triyaj Yönetimi Prosedürü

TIBBİ TRIYAJ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Temel Faaliyet: Gelen her hastanın en uygun tedaviyi alması için hızlı bir şekilde muayene edilerek tıbbi durumunun değerlendirilmesini sağlamak.

Hedefler

- Gelen tüm hastaların yeterliğe sahip sağlık personeli tarafından klinik olarak değerlendirilmesini sağlamak,
- Mevcut personel ve ekipman durumunu göz önünde bulundurarak; hiç zaman kaybetmeden, mümkün olan en fazla sayıda hastaya, farklı tıbbi bakım alanlarına nakletmeden önce hayat kurtarıcı müdahaleleri uygulamak (hastaların ileri tıbbi tedavi alma önceliklerini azaltmak),
- Hastaların ileri tıbbi tedavi göreceği tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak (acilservis, ameliyathaneler, ayaktan tedavi bölümü vb.),
- Hastanenin tedavi kapasitesini aşırı zorlamamak amacıyla hastaneye yatırılan hasta sayısını mümkün olan en düşük sayıda tutmak.

SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER					Eylemin Gerçekleştirilm e Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Öncelikle Triyaj alanının hazırlanması istenir. Bir sonraki adımda ise Triaj Sorumlusu oluşturulur. Eğer gerçekleşen afet büyük bir afet ise Triaj sorumlusu kadar, Yeşil Alan Sorumlusu, Kırmızı Alan Sorumlusu, Sarı Alan Sorumlusu ve Siyah Alan Sorumlusu görevleri de oluşturulur. Trijaj ekibinde triyaj ile ilgili malzemeler, triaj kartları, ilgili dokümanların olması tercih edilir. Triaj işlemi START Sistemi(Simple Triage And Rapid Transport) felsefesine uygun şekilde yapılır.						
DÜZEY	RENK KODU	DERECESİ	MÜDAHALE SÜRESİ	ÖRNEK DURUMLAR		
Kategori 1	Kırmızı	Kritik Durum(Acil)	Hemen	Kardiyak Arrest, Solunum Sıkıntısı, Anafilaksi, Koma Durumu, Akut Solunum Sıkıntısı, Şok, Multipl Travma, Zehirlenme, Ciddi Ağnılı Durumlar, Açık Göğüs ve Batın Yaralanması, Febril İnfant,Ağır Yanıklar		
Kategori 2	Sarı	Stabil Olmayan Durum	<60 dakika	Solunum sıkıntısı,Karın Ağrısı, Çoklu veya Uzun Kemik Kırıkları, Renal Taşlar, Orta Derece Yanıklar, Ciddi Baş Ağrısı(Afebril),Glop Vezikale		
Kategori 3	Yeşil	Stabil Durum	< 2 saat	Kronik Baş ağrısı,Burkulmalar,Yara Bakımı,Sütür Atımı , Anafilaksi Oluşturmayan Böcek Isırıkları		
Kategori 4	Siyah	Olağan Durum		Ex Duhul		

Triaj sorumlusu tarafından değerlendirilen hasta durumuna göre uygun triaj kartları takılır. Kırmızı triaj kartı takılan hastalar acil serviste yer olması durumunda doğrudan acil servise, yer olmaması durumunda ise Kırmızı Triaj alanına yönlendirilirler. Sarı renk takılan 2 kategoride olan hastalar ise Sarı Triaj alanına götürülürler. 3 Kategoride olan yeşil hastalar ise ayaktan tedavi süreci işliyorsa doğrudan Ayaktan Tedavi bölümlerine yönlendirilirler. Siyah kart takılı olan hastalar ise gerekli işlemleri yapıldıktan sonra morg/geçici morga götürülürler.		
Her alan sorumlusu kendi alanında bulunan hastaları düzenli olarak kontrol etmek ve durum değişikliklerinde acil olarak Triaj sorumlusuna bilgi vermek zorundadırlar. Güvenlik tedbirlerinin alınması, personel ve hasta güvenliğinin sağlanması için güvenlik görevlisi ile birlikte çalışması sağlanır. Hastaların Acil Servis ve hastane afet triyaj alanı arasındaki nakillerini uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Gerekli durumlarda Destek Hizmetleri Sorumlusundan personel desteği istenir. Yapılan tüm tıbbi tedavi ve kararları kayıt altına alınmalıdır. Hasta kabul alanların güvenliği sağlanmak zorundadır. Bu konuda gerekli durumlarda kolluk kuvvetlerinden de yardım istenebilir. Acil Servis Sorumlu Hekimi, izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triyaj Alanına ve acil servise girmelerini engellenir. Birimler arasında belirlenen saat dilimleri içinde bilgi paylaşımı yapılmasını sağlar. Hastaların kişisel eşyalarının kayıtları tutularak, toplanıp güvenlik personeline teslim edilir, güvenli ortamda saklanır.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir) ya da Acil Servis Sorumlusu ve HAP Başkanına rapor etmek.		
KULLANILACAK MATERYAL		
Konu ile ilgili iş akış talimatları, Standart operasyon prosedürleri		
Triyaj kartları		
İşaret şeridi, tenteler ve önceden belirlenmiş diğer materyaller,		
İlaçlar ve tıbbi ekipman (afet stoğu),		
KALİTE KONTROL		
Gelen tüm hastaların triyajlarının yapılmasını ve tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak		
ZAMAN DİLİMİ		

* Hastane afet triyaj alanının aktive edilmesinden hemen sonra, * Hastalar hastaneye geldiği sürece		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP		
Hastane Afet Triage Alanı ve Gelen Hastalara Yönelik SOP		
Tıbbi Triage Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların/ Departman/ Servis/Birimlere Nakli		
Triage Sorumlusu İŞAT		
Acil Servis Sorumlusu İŞAT		
Güvenlik Sorumlusu İŞAT		
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
• Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmediği halde hastalarına refakat etmek istediği durumda konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin, • Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın net ve anlaşılır bir şekilde işaretlenip etiketlenmiş olmasını sağlayın; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Triage Ekiplerinde Çalışan Sağlık Personeli		
Acil Servis Personeli		
Güvenlik Görevlileri, kolluk kuvvetleri		
Görevlendirilen Diğer Personel		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Triage Alanı Durum Raporu Hastane Giriş Kayıt Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Hasta Eşyası Teslim Formu Triage Kartları		
İZLEME		
Ana faaliyet: tıbbi bakımın devamlılığını ve sunum kalitesini sağlayın		
GÜVENLİK		
• Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın, • Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.		

SOP 6 Acil Servis Yönetimi Ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli Prosedürü (Planı)

HAP ACİL SERVİS YÖNETİMİ VE HASTALARIN DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERE NAKLİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi ile koordinasyon içinde ilgili her Departman/Servis/Birim'in kendisine ait Müdahale Prosedürü'ne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak.		
Hedefler • OYE'nin talebi halinde Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle birlikte Yönetim zincirine (organizasyon şeması) ve koordinasyon mekanizmalarına her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi rutin çalışma şekline afet ve acil durumun çalışma şekline geçiş yapılmasını sağlamak, • Her Departman/Servis/Birim'in hizmet sunumunun kalite kriterleri doğrultusunda sürekliliğini sağlamak, • OYE'nin müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak, • Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak, • Görevli personelin iş güvenliğini ve emniyetini sağlamak, • İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek, • Departman/Servis/Birim düzeyinde gerekli Olay Eylem Planını geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
• Görevdeki Acil Servis Sorumlu Doktoru OYE ile; * Triyaj alanının yeri belirlenmesi ve triyaj yapılan hastalar ile ilgili hareket tarzları, acil servisin bu sürece nasıl destek olacağı, * Acil servisin doktor, sağlık personeli ve diğer personel bakımından ihtiyaçları, * Tıbbi cihaz, malzeme ve ilaç ihtiyaçlar, gereksinimleri hakkında görüşür.		
* Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (komuta, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla, Tıbbi bakım ve hemşire bakımı için Acil Servisdeki süreç sorumluları belirlenir ve rehber, prosedür, İş Akış Talimatlarının kullanıldığından emin olunur.		
• Acil servisi; Acil Müdahale Planına ya da Acil Servis Müdahale Prosedürüne göre yeniden organize edilmesi sağlanır.		
• Acil servisin içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaretler ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirilmiş olduğunu teyit edin, • Malzemelerin (afet stoğu) ve ekipmanların kullanıma hazır olmasını sağlar, eksik ve/veya stoğu az olan malzemeler ivedi olarak tamamlanır.		
• Personelin, ilk tıbbi ihtiyaç değerlendirmesine göre diğer servislere tahsis edilmesi sağlanır, • Dahili nakil kapasitesinin yeterli olması temin edilir (kullanılabilir sedyeler, bu amaca yönelik uygun personel), • Personeli, sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin		

• Afetin durumuna ve o an hastanede bulunan kişilere göre uygun kişiler Acil Servis Sorumlu Doktoru, Acil Servis Sorumlu Hemşiresi, tıbbi sekreter olarak görevlendirilir.		
• Gelecek 24 saat içinde görev alacak nöbetçi personel organize edilir. • Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurularak), OYE ile birlikte nihai kararı alınır.		
• Kullanılabilir sedye sayısını ve bu amaca uygun personeli belirleyin ve servislerin sorumlularını nasıl hasta alımı yapılacağı konusunda bilgilendirin, • Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre nakledilmesini sağlayın. Tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil servis, OYE'nin kararlarına uymalıdır.		
• Hastane içi trafik akışının tamamen düzenlenmesi için önceden belirlenen kontrol listesinin kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları, ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp rapor edileceği konusunda bilgilendirin, • Hastaların hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasını temin etmek için güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin, • Hastaların ve personelin geçeceği koridorların, hareketi engellemeyecek şekilde sürekli açık olmasını sağlayın,		
• Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için acil servisin bölümlerini triyaj renkleri ile ayrılmasını sağlayın. • Hastaların naklini kolaylaştırmak için tüm alanların ve Acil Servis koridorlarında aşırı yoğunluk oluşmasını önleyip, mümkün olduğunca boş olmasını sağlayın • Hastaların acil servisten etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin.		
• Personelin, hastaların nakli sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın, • Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın, • Nakil sırasında hasta kayıtlarının da transferinin yapıldığından emin olun, • Yalnızca yetkili kişilerin acil servise girmesini güvenlik görevlisi ile birlikte sağlayın.		
• Acil servis sorumlu hekiminin, izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triage Alanına ve acil servise girmelerini engelleyin, • Personel, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarının artacağını göz önünde bulundurun, • Gelen hastaların kontamine olmadığından ya da epidemi potansiyeline sahip bulaşıcı hastalık ile enfekte olmadığından emin olun.		
• Acil Servis çalışanları ile hasta naklinde görevli personelin görevli yeleği giymesini sağlayın, • Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		

• Yalnızca yetkili kişiler Acil Serviste çalışabilir, • Aile üyeleri yalnızca acil servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat edebilir (hasta başına bir kişi), • Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor etmek (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir), • Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planında belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.		
KULLANILACAK MATERYAL		
• Afet kutuları, • Afet stoğu, • Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar, • İşaretler ve posterler, • Formlar ve kontrol listeleri, • Görev yelekleri, • Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar.		
KALİTE KONTROL		
• Acil Servisin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın, • Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın yanlış yönetilmediğinden emin olun, • İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.		
ZAMAN DİLİMİ		
• Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (Acil Servisin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra), • Hastalar Acil Servise gelmeye devam ettiği sürece bu prosedürü uygulayın.		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP		
Hastane Afet Triyaj Alanı ve Gelen Hastalara Yönelik SOP		
Tıbbi Triyaj Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların/ Departman/ Servis/Birimlere Nakli		
Trijaj Sorumlusu İŞAT		
Acil Servis Sorumlusu İŞAT		
Güvenlik Sorumlusu İŞAT		
KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR		

• Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini temin edin; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin, • Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, • Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay), uygun dekontaminasyon prosedürlerinin uygulanmasını sağlayın ve OYE ile irtibata geçerek zehirlenmiş hastaların yönetimine ilişkin özel tavsiye isteyin.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Triaj Ekiplerinde Çalışan Sağlık Personeli		
Acil Servis Personeli		
Güvenlik Görevlileri, kolluk kuvvetleri		
Görevlendirilen Diğer Personel		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Acil Servis Durum Raporu		
Hastane Giriş Kayıt Formu		
Hasta Dosyası Evrakları		
Hasta Takip Formu		
Hasta Son Durum Listesi		
Hasta Eşyası Teslim Formu		
Triaj Kartları		
İZLEME		
• Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, • Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, • Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, • Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.		
GÜVENLİK		
• Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın, • Triage alanı ile acil servis arasındaki hasta akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.		

SOP 7 Departman/Birimservis Prosedürünün Aktivasyonu

DEPARTMAN/BİRİM SERVİS PROSEDÜRÜNÜN AKTİVASYONU		
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi ile koordinasyon içinde ilgili her Departman/Servis/Birim'in kendisine ait Müdahale Prosedürü'ne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak. Hedefler • OYE'nin talebi halinde Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle birlikte Yönetim zincirine (organizasyon şeması) ve koordinasyon mekanizmalarına her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi rutin çalışma şekline afet ve acil durumun çalışma şekline geçiş yapılmasını sağlamak, • Her Departman/Servis/Birim'in hizmet sunumunun kalite kriterleri doğrultusunda sürekliliğini sağlamak, • OYE'nin müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak, • Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak, • Görevli personelin iş güvenliğini ve emniyetini sağlamak, • İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek, • Departman/Servis/Birim düzeyinde gerekli Olay Eylem Planını geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Acil durum ile ilgili aktivasyon olduktan sonra, her birim sorumlusu ,Müdahale Prosedürlerinde yer alan İş Akış Talimatları, Standart Operasyon Prosedürleri, kayıtlar ve formların acil durumda ilgili personelin kullanımına hazır olup olmadığını kontrol eder, eksiklik durumunda ise ivedilikte HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusundan gerekli dokümantasyonu talep eder. Afet organizasyon şemasının o servisinde işleyiş/faaliyet bakımından içerdiğinden emin olunması gerekir. Müdahale Prosedürü'ne sahip Departman/Servis/Birim Sorumlularından aşağıdakileri kontrol etmesini isteyin, o Müdahale prosedürlerinin uygunluğu ve alınacak önlemlere/eylemlere yönelik olası sonuçları, o OYE ile koordinasyonun nasıl sağlanacağını ve bilginin nasıl paylaşılacağını, o Lojistik ile ilgili departman/servis/birim ve OYE arasında nasıl bir yaklaşım/yöntem belirleneceği; kimin ne yapacağını, o Kritik hizmetlerin güvenli bir şekilde sürdürülmesi için İş Akış Talimatları ve güvenlik prosedürlerinin doğru yerde ilgili kişiler için hazır bulunup bulunmadığını Müdahale prosedürünün mevcut acil duruma uygun olarak tasarlanıp tasarlanmadığını kontrol edilir.		
Departman/servis/birim düzeyinde bilginin (personele ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin,		

Departman/servis/birim düzeyinde bilginin (personeler ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin, Bilgi yönetimi prosedürlerinin, Acil Müdahale Planı ve Müdahale Prosedürü'nde açıklandığı gibi aktive edilmiş olmasını sağlayın (OYE ve departman/servis/birim'ler arası koordinasyona odaklı), Faaliyetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerekirse ilgili departman/servis/ birim'den Olay Eylem Planı geliştirmesini isteyin, İnsan kaynaklarının nasıl yönetileceğine karar verin (OYE ve departman/servis/birimlerin görev ve sorumlulukları), Lojistik yönetiminin yeterli olmasını sağlayın ve gerekirse düzeltici önlemler alın.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
• Departman/Servis/Birim Sorumlusu tarafından personelin emniyetini, iş güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunları değerlendirin, • Departman/Servis/Birim'lerde; yalnızca, Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'lerine ya da OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının müşterek kararına göre yetkilendirilen personelin çalışmasına izin verin, • Acil durumun süreci konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesini sağlayın, • Personelin yaka kartları takmasını ve mümkünse yelek giymesini sağlayın, • Bulaşıcı hastalıklar, pandemi ve/veya KBRN olaylarında tüm personelin koruyucu tedbirlere tamamen uymasını sağlayın, • Kritik ekipmanların bakımının ihmal edilmemesini ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayın		
KULLANILACAK MATERYAL		
• İlgili Departman/Servis/Birim'e ait Müdahale Prosedürü (Standart Operasyon Prosedürü, organizasyon şeması, İş Akış Talimatı dahil), • Bilgi yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar, • Lojistik yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar, • Uygun işe görev yelekleri.		
KALİTE KONTROL		
• İlgili Departman/Servis/Birim'in ana faaliyetleri ve kritik hizmetleri gerçekleştirdiğini kontrol edin, • Bilgi yönetiminin etkili olmasını sağlayın, • Lojistik ve güvenlik yönetiminin etkili olmasını sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
OYE, ilgili Departman/Servis/Birim'lerin sahip oldukları Müdahale Prosedürü'nün aktive edilmesiyle başlayan ve devam eden zaman dilimi.		

DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP		
Servis Müdahale SOP		
Güvenlik Hizmetleri SOP		
Lojistik Hizmetleri SOP		
Servis Sorumlusu İŞAT		
Güvenlik Sorumlusu İŞAT		
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
Personelin emniyeti, iş güvenliği ya da sağlığı tehdit altında olursa, acil düzeltici önlem için hemen OYE'ye haber verin, - İlgili departman/servis/birim'in faaliyetleri; personel, ekipman eksikliği ya da kritik altyapının kısmi kaybı (örn:elektrik kesintisi) gibi herhangi bir sebeple tehlikeye düşerse, düzeltici önlemler için hemen OYE ile irtibata geçin, - İlgili departman/servis/birim'in kısmi olarak tahliye edilmesi gerektiğinde, hemen İş Sürekliliği Özel Planı uygulanır.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
OYE Personeli		
Servis Sorumlusu		
Servis Personeli		
Destek Personeli		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Acil Servis Durum Raporu Hastane Giriş Kayıt Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Hasta Eşyası Teslim Formu Triaj Kartları		
İZLEME		

• Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, • Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, • Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, • Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.		
GÜVENLİK		
• Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sa •Trijaj alanı ile acil servis arasındaki hasta akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.		

SOP 8 HAP İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)

Temel Faaliyet :Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak.

Hedefler

- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde mevcut personelin ne yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelinin rutin çalışma şeklinden afet ve acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak,
- Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine göre Geri Çağırma Prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak,
- Geri çağırılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek,
- OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel tahsis etmek,
- Personelin emniyeti ve iş güvenliğini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak,
- Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek (örneğin; Bölüm 3'de açıklanan olaya özel planlarda kimyasal olaylar),
- Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak,
- Gerekliğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
OYE'de görevlendirilmek üzere İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili önemli kılavuz ve prosedürlerin kullanılabilirliğini hızlı bir şekilde kontrol edecek insan kaynakları sorumlusunu belirleyin		
Departman/Servis/Birim'lerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE'ye haber vermelerini isteyin (örneğin: travma konusunda nitelikli cerrah sayısı)		
Departman/Servis/Birim'lerin, Acil Servis'in ve hastane afet triyaj alanının ilerleyen saatlerdeki ihtiyaçlarını da öngörerek personel ihtiyacını değerlendirin ve ekstra personel ihtiyacı durumunda OYE'ye istekte bulunun		
İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin		
Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırmaya yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağırılan kilit personelin naklini organize edin)		
Geri çağırılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin,		
Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE'nin ve departman/servis/birim sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin,		

Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin: akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin,		
Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.),		
Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevde olmayan) sürekli güncel tutun,		
Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin,		
Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunları değerlendirin		
OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının kararına göre, ilgili Departman/Servis/Birim'lerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verin,		
Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesini sağlayın,		
Personelin yaka kartları takmasını ve mümkünse görev yeleklerini giymesini sağlayın		
Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uymasını sağlayın.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kontrol		
Görevde olan ve olmayan personeli kendilerinden beklenenler konusunda bilgilendirin,		
En acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,		
Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
İnsan Kaynakları Sorumlusu İŞAT		
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu İŞAT		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Departman Servis Yetkilileri		

Sağlık Yetkilileri		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez personelin müsait olma durumunu (nitelik ve nicelik) kontrol edin,		
Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.		

SOP 9 Bilgi Yönetimi

HAP GENEL BİLGİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ		
Temel Faaliyet: Bilgi yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.		
Hedefler • Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak, • Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak, • Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak, • Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak; • İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda olaya özel planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak, • İhtiyaç duyulduğunda farklı eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak, • Topluma yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak, • Sağlık surveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak, • Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak, • Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Normal raporlama mekanizması;birim sorumluları Durum Raporlarını Bölüm Şefine gönderirler. Bölüm Sorumlusu tarafından değerlendirilen bu bilgiler kapsamında Bölüm Durum Raporu oluşturulur ve Olay Yönetim Ekibine gönderilir/sunulur biçimindedir. Olay Yönetim Ekibi tarafından bu hareket tarzı ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
Bölümlerin durum raporlama süreleri, olayın ilk tespit edildiği ve ilk incelemenin yapıldığı an Durum Raporu Göndermek, daha sonraki 12 saat içinde 2 saatte bir ve 12 saatten sonra ise 4 saatte bir olacak biçimde kurgulanmıştır. Olay Yönetim Ekibi tarafından bu raporlama süreleri ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
İlk etapta Acil Müdahale Planında yer alan veriler dikkate alınır ve değerlendirilir.(Özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler),		
Kurumlar Arası Koordinasyon sorumlusu ile birlikte diğer hastaneler, sağlık yetkilileri ve diğer resmi kurumlarla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir.		
Halkla İlişkiler sorumlusu, basınla ve halkla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir. Ne kadar sıklıkla bilgi paylaşılacağı ve paylaşılacak bilgiler konusunda karar verilir.		

Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesini sağlar Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğini ve verilere nasıl ulaşılabileceğini konusunda HAP Sekreteryası ve Dokümantasyon Sorumlusu görevlendirilir. Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesini sağlar, Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığını kontrol edilir.		
OYE sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir: o Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunu risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilir.		
Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, bağışıklama, laboratuvar sevki ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi. Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi		
• OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir. Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, bilgi yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığını kontrol edin, • Bilgi paylaşımının, personeli ve hastaları korumayı esas almasını ve bunun aksinin olmamasını sağlayın, • Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesini sağlayın; • Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulmasını sağlayın; • Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olmasını sağlayın, • Kamuya ya da medyaya dönük bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılmasını sağlayın, • Hastanenin sağlık sürveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunmasını ve özellikle sürveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesini sağlayın (Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).		
KULLANILACAK MATERYAL		
Konu ile ilgili iş akış talimatları, Standart operasyon prosedürleri		
Takip kayıt belgeleri		
Haberleşme araçları		
Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları		

KALİTE KONTROL		
• Kritik verilerin düzenli olarak toplanmasını, işlenmesini, değerlendirilmesini, kullanılmasını ve depolanmasını sağlayın, • Ana faaliyet ve operasyonların Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde kayıt altına alınmasını sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
• OYE'nin aktive edilmesiyle başlar ve devam eder.		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tüm Standart Operasyon Prosedür'leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir)		
KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin; gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Ekibi		
Bölüm/Brim Sorumluları		
Güvenlik Personeli		
Sağlık Yetkilileri		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Durum Formları		
Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu		
Sağlık Yetkilileri ile Bilgi Paylaşım Takip Formu		
Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşım Takip Formu		
İZLEME		
• OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun: • Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun, • Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun, • Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sürveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun, • Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun		
GÜVENLİK		

Yeterli güvenlik personeli olduğunu ve gerekli önlemlerin alındığını kontrol edin

SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi

HAP LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
Temel Faaliyet: Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.		
Hedefler • Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek, • Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örn. ulaştırma araçları; haberleşme araçları; su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak, • Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak, • OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak, • Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak, • Su, enerji, kanalizasyon (atık sistemleri) sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak, • Olaya özel ekipmanların (örn. personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak, • Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iaşe) yönetimine katkıda bulunmak, • OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak, • Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak, • Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Acil Müdahale planının aktif hale geçirilmesiyle Lojistik şefinin belirlenmesiyle beraber Lojistik Şefi kendi Lojistik ekibini oluşturur.		
Afet ve acil durumunda lojistik ekibini yönetmek için kullanılacak olan mevcut prosedürleri, iş akış talimatları, kayıtları ve formları değerlendirilir ve alanda hazır bulunması sağlanır.		
Lojistik ekibi kendi birimlerinde mevcut durumları değerlendirirler ve Mevcut Durum Raporu ile briefing verirler. Bu brifing göre ilk hareket tarzı belirlenir.		
Yemekhane süreci ile ilgili olarak yemekhanenin hızlı biçimde yemek pişirme faaliyetlerine başlanması istenir. Eğer yemekhane yapısal olarak zarar gördü/hastane içinde hizmet veremeyecek duruma gelmesi durumunda protokol imzalanmış firmadan bu hizmetin verilmesi sağlanır. Yemekhane ile ilgili gıda stoklarının sadece personel için değil ekstra yoğunluk durumuna göre ayarlanır. Ayrıca içilebilir su stoğunun düzenli olarak kontrol edilmesi ve stoklardaki azalmanın hızlı biçimde giderilmesi amaçlanır.		

Eczane ve depo süreci ile ilgili bu bölümlerin stok durumları ve kapasite artışından nasıl etkileneceği tartışılır. Afet durumunda özellikle çok kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlarla ilgili stok artırmak için çalışma yapılır. İlgili firmalarla görüşülür, tedarik sürecinin kesintisiz olması için önlemler alınır. Bulunamayan malzemeler ile ilgili olarak sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlarla iletişime geçilir.		
Destek hizmetler kapsamında temizlik, çamaşırhane ve atık yönetimi ile ilgili gerekli önlemler alınır. Hastanenin çamaşırhanesinin zarar görmesi durumunda, hızlı biçimde bu tip firmalarla iletişime geçilir ve her aşamada temiz çamaşır sağlanmasına önem verilir. Hastane temizliğinin ilk andan itibaren aktif olarak yapılması için gerekli personel ve malzeme yönlendirilmesi yapılır. Atık depoları kontrol edilerek, bölümlerin atıklarının düzenli toplanması ve depolanması amaçlanır. Depoların dolması ve/veya ilgili kurumların atıkları toplamaması durumu ile ilgili yeni stratejiler geliştirir.		
Hastane genelinde zarar gören tıbbi cihazlar varsa hızlı olarak gerekli planlama yapılır. Hizmet vermeyen/ yoğun olmayan bölümlerden cihaz takviyeleri yapılabilir. Zarar gören/arızalanan cihazların hızlı biçimde onarımının yapılması amaçlanır. Bu konuda gerekirse dış destekte alınabilir. Tıbbi cihaz ihtiyaçlarında öncelikle çevredeki sağlık kuruluşlarından bu talep karşılanmaya çalışılır. Aynı zamanda tedarikçi firmalardan da kiralama/demo /satınalma yoluyla tıbbi cihaz eksikleri giderilmesi amaçlanır.		
Ulaşım süreci kapsamında , hastane araçların her zaman göreve hazır olmaları sağlanır. Dış göreve gönderilen, dış görevden gelen araçlarla ilgili kayıt tutulur.		
Afet durumu nedeniyle,gerek tedarikin ilerleyen zamanlarda aksamaması ve/veya istenilen malzemelerin bulunamama durumlarına karşı ek stok tutma durumu gerekebilir. Bu tip durumlarda ek depo alanları yaratılabilir. Bu ek depo alanlarının da malzeme saklanması için uygun olması, hırsızlık vb. olaya karşı gerekli güvenlik önlemlerinin alınması gerekir.		
Afetin her anında çalışan personel için gerekli kişisel koruyucu donanımların yeterli derecede stokta olması sağlanır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
• Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunları belirleyin, • Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir, • OYE personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır, • Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		

Kutular, Depo alanları, malzemeler		
Kişisel Koruyucu Donanımlar		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kalite Kontrol		
Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Temel Tedavi Alanlarına İlişkin Standart Operasyon Prosedürleri		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Lojistik Ekibi		
Güvenlik Personeli		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın, • Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzelterek önlemleri alın, • Eğer ulaşım ve haberleşme araçları sorunlu hale gelirse, hemen bu sorunu düzelterek önlemleri alın (öngörü), • Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzelterek önlemleri alın.		
ZAMAN DİLİMİ		
Acil Müdahale planının aktivasyonu ile süreç aktif hale geçer. İlk 12 saatte 2 saatte bir, sonraki süreçte ise 4 saatte bir Mevcut Durum raporu ile bilgilendirme yapılır.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
Düzenli bir şekilde lojistik ihtiyaçları takip edin ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkı (nicelik ve nitelik) değerlendirin.		

GÜVENLİK		
Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir.		

SOP 11 Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler

HAP ECZANE HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ		
<u>Temel Faaliyet</u> :Olay Yönetim Ekibinin verdiği karara göre, eczanede depolanan ilaç ve serumların hemen kullanıma sunulmasını sağlamak. <u>Hedefler</u> • Personel için temel ilaçlar ve serumlar bakımından eczane stoklarının ne durumda olduğunu değerlendirmek, • Mevcut durumu değerlendirip eczanenin gerekli malzemeleri ne kadar süre boyunca sağlayabileceğini değerlendirmek, • OYE tarafından gerekli malzemelerin doğru yer, zaman ve miktarda kullanıma sunulmasını sağlamak, • OYE ile koordinasyonlu bir şekilde, temel malzemeler azalmadan önce yeniden tedarik siparişi vererek önlem almak, • Eczanede depolanan temel ilaçlar ve diğer kritik malzemelerin hem rutin hastalar hem de afetzede hastalar için her zaman ulaşılabilir olmasını sağlamak, • Eğer durum özel ilaç (örn. kimyasal olaylarda yüksek miktarda antidot; büyük bir salgında antibiyotik) gerektiriyorsa hemen olaya özel önlemler almak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
<u>Görevdeki Eczacı:</u> Tedavi uygulanabilecek hasta sayısını, mevcut imkanların neler olduğunu ve ne tür ihtiyaçları karşılayacağını değerlendirmelidir, o Eczanede depolanan sınırlı miktarda ilaca ve malzemeye duyulabilecek ihtiyaçların neler olacağını değerlendirmelidir, o Bu malzemelerin acil bir şekilde elde edilmelerini veya bu mümkün değilse, yeniden tedarik edilmelerini sağlamak için eylem planı oluşturmaktadır, o Kimyasal bir olay veya bulaşıcı hastalık ihtimali varsa aşılar, antidotlar gibi diğer özel malzemeler gerektiren durumlarda gerekli tedbirleri almalıdır.		
<u>Olay Yönetim Ekibi</u> hemen, eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilip yönetilmediğini, işleri yürütmek için tüm prosedürlere, iş akış talimatlarına, kayıtlara, formlara ve varsa müdahale prosedürlerine erişimi olup olmadığını kontrol etmelidir. Eğer yönetilmiyorsa, bir eczacı devralana kadar eczaneye OYE'nin direkt kontrolü altında yöneticilik yapabilecek deneyimli bir personel atamalıdır.		

Eczane; alınan malzemelerin taşınması,eczaneden diğer bölümlere transferi nakliye gibi tedarik işlemlerinde OYE'nin lojistik şefinden yardım isteyebilir.		
Eczanede görevli personel şunları yapmalıdır: - o Bu görev OYE'nin lojistik Şefi tarafından üstlenilmemişse, civardaki hastaneler de dahil edilerek ekstra ilaçları ve sarf malzemelerini acil bir şekilde sağlayabilecek tedarikçileri belirlemelidir. - o Kamu veya özel sektördeki diğer hastanelerin eczaneleri, ilaç depoları, malzeme firmaları ile önceden yapılmış iş birliği protokollerini gözden geçirir. - o Diğer hastanelerin (özel, kamu, üniversite, vakıf ve askeri vd.) bu alandaki imkan ve kapasitelerini belirlemelidir. - o Nitelikli personel ve yardımcı personel eksikliği ile ilgili sorunları belirlemelidir. - o Eczanenin depolarının mevcut durumdan etkilenip etkilenmediğini belirlemelidir (örn. soğuk zincir), - oOYE ile koordineli olarak düzeltici önlemleri almalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
Eczane yetkili olmayan kişilerin herhangi bir müdahalesine karşı bir güvenlik personeli ve/veya güvenliği sağlayabilecek bir kişi ile korunmalıdır		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kontrol		
Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın.		
Eczane tarafından kullanıma sunulan malzemelerin OYE'nin verdiği yetki dahilinde sağlandığından emin olun		
Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Prosedürü		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Departman Servis Yetkilileri		
Eczane Sorumlusu/personeli		

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Eğer eczanede birincil öncelikteki özel malzemelerin stoğu çok sınırlıysa ve gereken miktar stok miktarını aşacaksa, bu malzemelerin yeniden tedarigi için hemen gereken önlemleri alın.		
Eğer eczane stokları da olayın tehdidi altında ise, en önemli malzemelerin güvenli bir yere taşınması veya eczanenin güvenliğinin sağlanması için Olaya Özel Planı hemen oluşturun.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez eczanenin durumu ile raporlama yapın		
Eczane tarafından kullanıma sunulan temel malzemelerin ve ekipmanın ihtiyaç duyulan yerde gerektiği ölçüde kullanıldığından emin olun, • Yeniden tedarik sisteminin malzemelerin eczanede tükenmeden önce sipariş edildiğinden ve elde edildiğinden emin olun, • Eczane deposunun güvenli olduğundan ve korunduğundan emin olun.		

SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi

HAP LABORATUVAR VE KAN BANKASI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ		
<u>Temel Faaliyet:</u> Hayati öneme sahip tıbbi faaliyetler için kritik laboratuvar analizlerinin zamanında yapılmasını ve hastanede kan bankası bulunması halinde kan teminini sağlamak.		
<u>Hedefler</u> • Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın nicel kapasitesini değerlendirmek, • Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın niteliksel kapasitesini değerlendirmek, • İlk 24 saat içerisinde kan bankasının kan sağlama kapasitesini değerlendirmek, • İlerleyen saatlerde laboratuvarın imkan ve kapasitesini afet ve acil durum için artırma imkanını değerlendirmek, • İlerleyen saatlerde kan bankasının kan sağlama kapasitesini artırma imkanını değerlendirmek, • Laboratuvar analizlerini öncelikle kritik öneme sahip olanlarla sınırlamak, • Kan teminini sadece gerçekten ihtiyacı olan hastalarla sınırlamak, • Eğer kapasitenin yetersiz olacağı ön görülüyorsa daha çok kan temini ve analiz yapma konusunda diğer alternatifleri değerlendirmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Acil Müdahale planının aktif hale geçirilmesiyle beraber Laboratuvar sorumlusundan, mesai saatleri dışında ise Laboratuvar nöbetçi personeli ile iletişime geçilerek ilk hareket tarzları belirlenir.		
Öncelikle laboratuvar sorumlusu ve/veya Laboratuvar nöbetçi personeli, Altyapı Sorumlusu / İSG Sorumlusu ile görüşülerek Laboratuvar Durum Raporunu hazırlar ve Operasyon Şefine gönderir/sunar.		
Afet ve acil durumda laboratuvar ve kan bankasını yönetmek için kullanılacak olan mevcut prosedürleri, iş akış talimatları, kayıtları ve formları değerlendirilir ve alanda hazır bulunması sağlanır.		
Afet durumunda laboratuvarın kısmen/tamamen zarar görmesi durumuna ve afetin yaşanma durumuna göre hareket tarzı belirlenir. Eğer hastane laboratuvarında bir zarar görülmemişse ve çalışmasında bir risk yoksa faaliyetine devam eder. Eğer bir zarar görme durumu varsa bu durumda farklı bir yerde faaliyetine devam edilip edilmeyeceğine ve/veya belirlenen referans laboratuvara testler gönderilir.		
Laboratuvarın mevcut hizmetine devam etmesi durumunda malzeme ve laboratuvar kitlerinin stok durumu değerlendirilir ve malzeme ihtiyacı ile ilgili önce Lojistik/Depoya; Depoda olmayan malzemeler için Satın almaya talepte bulunulur.		

Hizmetin kesintisiz devam etmesi için gerekli personel planlaması yapılır ve 24 saat kesintisiz laboratuvar hizmetinin vermesi sağlanır. Gerekli durumlarda gönüllülerden , gerekli yeterlikleri doğrulandıktan sonra laboratuvar personeli kontrolünde çalıştırılabilir.		
Hastane personelini kan ürünlerini, analizlerini ve hizmetlerini mümkün olduğu kadar ekonomik bir şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirilir.		
Kan Transfüzyon merkezinin mevcut kan/kan ürünleri stoğu değerlendirilir. İlerleyen zamanlarda ihtiyacı giderecek şekilde gerekli kan /kan ürünleri talebinde bulunulur. Talebin giderilmediği durumlarda ise gönüllülere çağrı yaparak acil kan transfüzyonu ile kan alma işlemleri yapılır.		
Özellikle kan veya vücut sıvıları ile bulaşma, insandan insana bulaşma potansiyeli olan bir epidemi durumuyla ilgili olarak laboratuvar personelinin doğru bir şekilde bilgilendirildiğinden, personel için kişisel koruyucu donanımın mevcut olduğundan ve numuneler konusunda açık talimatlar verildiğinden emin olunur.		
Laboratuvardaki tıbbi atık ve tehlikeli atık yönetimi süreçleri ile ilgili gerekli önlemler /malzemeler temin edilir.		
Laboratuvara gelen ve çalışılan kanlar ile ilgili numunelerin karışmaması için bir sistem geliştirilir, öncelikle çalışılacak testler belirlenir ve bu biçimde hareket edilir. Dış laboratuvara gönderilen kanlar ve/veya dış laboratuvardan gelen kanlar için kayıtların doğru olduğundan emin olunur.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
Laboratuvar, personel için herhangi bir sağlık sorunu oluşturmayacak şekilde yönetilmelidir.		
Kan kullanımında kan güvenliği ile ilgili ulusal rehberlere tamamen uyulmalıdır. (nakil sadece çapraz karşılaştırma ve kan kalitesi kesin olduğunda yapılmalıdır)		
Laboratuvara sadece yetkili personelin girdiğinden emin olunur.		
Laboratuvar atığı imha ve temizleme prosedürlerine tamamen uyulduğundan emin olunur.		
Kana yönelik soğuk zincirin güvence altına alındığından emin olunur.		
Analizlerin en ekonomik şekilde talep edildiğinden emin olunmalıdır.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Laboratuvar ve Kan Transfüzyon Merkezi Yönetimi Prosedürü		
Kişisel Koruyucu Donanımlar		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		

Kalite Kontrol		
Laboratuvar ve kan bankasının deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın.		
İmkân ve kapasite ile ilgili değerlendirmenin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın,		
Laboratuvarın ihtiyaç duyduğu kritik malzemelerin mevcut olduğundan emin olun,		
Hekimlerin sadece kritik analizleri talep etmesi ile ilgili olarak bilgilendirildiğinden emin olun,		
Tedarik konusunun kısa sürede ele alındığından emin olun.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Laboratuvar ve Kan Transfüzyon Merkezi Sorumluları		
Laboratuvar ve Kan Transfüzyon Merkezi Personeli		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
- Nitelikli personel eksikliği varsa, laboratuvarın sürekli olarak nitelikli personel tarafından işletilmesini ve/veya diğer laboratuvarların (örn. özel laboratuvar vb.) yardımcı olmasını sağlamak için hemen olay eylem planını oluşturun. - İnsandan insana Bulaşıcı Hastalık durumlarında, tüm iş güvenliği kurallarına tamamen uyulmasını sağlayın. - Eğer ciddi bir kan sıkıntısı olacağı düşünülüyorsa, hemen dış kaynaklardan kan tedarik etmeyi düşünün. - Eğer bir elektrik kesintisi söz konusu ise, soğuk zinciri koruyarak kan ve kan ürünlerinin kullanılabilir kalmasını sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
Acil Müdahale planının aktivasyonu ile süreç aktif hale geçer. İlk 12 saatte 2 saatte bir, sonraki süreçte ise 4 saatte bir Mevcut Durum raporu ile bilgilendirme yapılır.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
Kritik malzeme, laboratuvar kitleri ve kan/kan ürünleri için zamanında talep yapıldığından emin olun.		
Özellikle bulaşıcı hastalık durumu ile ilgili önlemlerin zamanında alındığından emin olun.		
GÜVENLİK		

Laboratuvar alanına yetkisiz kişilerin girmemesi için gerekli önlemlerin alındığından emin olun.		

SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi

HAP PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLER PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet ve acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak.		
<u>Hedefler</u> • Mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla ruh sağlığı bakımından yüksek riskli tepkileri belirlemek, • Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek, • Psikososyal destek hizmetleri kapsamında psikolojik triyaj yapmak, kesintisiz psikososyal risk ve ihtiyaç analizi yapmak, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım ile destek olmak, psikolojik bilgilendirme yapmak, paylaşım grupları ile psikoeğitim çalışmalarını yürütmek, • Gerekli görüldüğünde klinik değerlendirme ve takip amacıyla hasta, hasta yakını ve sağlık personeline ruh sağlığı hizmeti verilmesi için sevk zinciri kurmak, • Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin niceliksel ve niteliksel kapasitesini ve imkanlarını değerlendirmek, • Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak, • Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyulma olasılığını azaltmak, • Ciddi şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edilmesini sağlamak, • Öncelikle hastaların ve personelin en acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak, • Hastalar, personel, hasta yakınları vb.grupların psikososyal destek ihtiyaçlarını düşünmek ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı

OYE, afet/acil durumlarında, hastanenin, psikososyal destek hizmetlerindeki rolünü belirlemelidir, • OYE, hastane iç ve dış paydaşlarla hemen işbirliğine gitmelidir, • OYE, psikososyal destek ekibinin üyelerini ve sorumlularını belirlemelidir, Psikososyal destek ekibi aşağıdakilerden sorumludur: - o Mevcut prosedürler, iş akış talimatları, formlar ile kayıtları hızlıca değerlendirerek kullanılacak olanları seçmek, afet ve acil duruma uyumunu sağlamak, - o Psikososyal Destek ekibinin görev yapacağı alanı belirlemek ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) ekibe nasıl ulaşacağını açıkça belirtmek, - o Psikososyal açıdan özel ihtiyaç ve riskleri olan hasta, hasta yakınları ve sağlık personellerini belirlemek, - o Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl alınacağı, kaygı ve stres belirtileri, riskli belirtilerin tanınması, yüksek riskli grupların tanınması gibi bilgileri içeren basılı materyal hazırlamak ve bunu yaygın olarak erişilebilir hale getirmek. Ölü ve kayıp yönetimi ile sürekli işbirliği içinde olarak psikososyal desteğe ihtiyacı olanlar hakkındaki bilgiler de dahil olmak üzere işbirliği ve koordinasyon sağlamak,		
o Ölülerini teşhis için geldiklerinde ailelere eşlik etme konusunda psikososyal destek ekibinin hazırlıklı olmasını sağlamak,o Kaygı ve stres tepkileriyle ilgili sağlık personeline yönelik destekleyici grup çalışmaları için güvenli bir oda hazırlamak ve desteği kesintisiz sürdürmek,o OYE'ye, öncelikle afet ve acil durum halinde görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak,		
o Tüm personel ve ailelerine yönelik psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütmek, o Sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına göre psikososyal destek sağlamak, gerektiğinde ihtiyaçlarını karşılamak (kayıpların bulunması, kimliklendirme, kimsesiz ve engellilere destek verilmesi) veya kaynaklara yönlendirmek, o Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının afet ve acil durumlarda da sürdürülebilir olmasını sağlamak ve ilgili kurum ve kuruluşlarla (aile ve sosyal politikalar bakanlığı il müdürlüğü, il emniyet müdürlüğü, STK'lar vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütmek, o Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak şartıyla STK'lar, dini liderler ve toplum liderleri gibi dış paydaşlar ile iş birliği ve koordinasyon sağlamak.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		

Psikososyal destek ekibinin gereken yeterliğe sahip (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb.) personelden oluştuğundan emin olun,) • Psikososyal destek hizmetleri devam ettiği sürece görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olun, • Daha çok desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sisteminin kullanıldığından emin olun.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kontrol		
• Kaliteli hizmet sunmak için psikososyal destek ekibinin gerekli yeterliğe sahip insanlar tarafından yönetilmesini sağlayın,		
Ruhsal açıdan etkilenen hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde ve taburcu edilmelerinin hemen sonrasında takip edilmelerini sağlayın,		
• Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının en öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını sağlayın.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri veya Paydaşlar ile Koordinasyon		
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Ölü ve kayıpların yönetimi ile ilgili SOP Güvenlik ile ilgili SOP Lojistik hizmetleri SOP İnsan kaynakları yönetimi ile ilgili SOP		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hizmeti sağlayacak yetkinlik sahibi personel sayısı yetersiz ise, destek alma konusunda gerekli eylem planını oluşturun ve hemen dış paydaşlarla birlikte hareket edin, Gönüllülerin, dini liderlerin veya toplum liderlerinin desteği gerekli görülüyorsa, faaliyetlerin OYE' nin kararları ve izni çerçevesinde uygulanması ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeleri yapın.		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		

Departman Servis Yetkilileri		
Psikososyal Destek Hizmetler Personeli		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
• Psikososyal destek hizmetleri sunan personelin ikincil “mağdur” haline gelmemesini sağlayın, • Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece Olay Yönetim Ekibi’ nin kararına göre gerekli görülenlerle sınırlı kalmasını sağlayın, • Takip gerektiren hastalara ve çalışanlara hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın. İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez genel durum ile raporlama yapın.		
Güvenlik		
Çok fazla kişinin aynı alanda olması stres düzeyini yükseltebileceğinden ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alın.		

SOP 14 Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi

HAP AİLELERE YÖNELİK ALANLARIN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet:</u> Hasta ailelerini/yakınlarını yeterli şekilde bilgilendirmek, gerekli bilgileri doğru ve zamanında almalarını sağlamak.		
<u>Hedefler</u> • Acil Servise ve afet triyaj alanına girmelerine izin verilmeyen hasta refakatçilerinin, bilgi almak üzere bekleyebilecekleri güvenli bir alan oluşturmak, • Hasta ziyaretine gelen ailelerin bilgi almasını, ziyarette bulunmasını sağlamak; ziyaretçilerin hastaneye serbestçe giremeyecekleri süreler için onları güvenli bir alana yönlendirmek, • Medya ile hasta yakınlarının karşılaşmamasına dikkat etmek, • İhtiyaç duyulması halinde hastaneyi ziyaret eden ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerini planlamak, • Hastane afet triyaj alanı, acil servis ve hastane departman/servis/birimlerinin aşırı kalabalık olmasını önlemek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı

Afet durumunda hasta ailelerini/ yakınlarını bilgilendirme için uygun alanlar belirlenir. Eğer hava durumu ile ilgili bir sorun yoksa bu alan yaya ve hasta/araç trafiğini aksatmayacak şekilde hastane dışında oluşturulabilir. Ancak operasyonel nedenlerden dolayı hastane içi tercih edilir. Bu alanın hasta tedavi/ bakım işlerinin yoğun olduğu alanlardan ve acil servisten uzak olması tercih edilir. Oluşturulan bu alan için hastane içinde ve hastane yakın çevresinde gerekli bilgilendirme işaretleri ve afişler yapılır.		
Ailelere yönelik alan için gereken battaniye, sandalye gibi malzemeleri ekipman ve malzeme kontrol listesine göre hazırlanır. Ayrıca Hasta yakınlarının bu alanda uzun süre geçirebileceklerini planlayarak asgari düzeyde su hazır bulundurulur. Aynı zamanda uzun süre bekleyen hasta yakınları için belli saatlerde kumanya servisi yapılabilir.		
Hasta bekleme ve bilgilendirme alanı olarak tanımlanan bu alanın güvenli ve emniyetli olması sağlanır. Gerekliyse bu alanda kolluk kuvveti ve/veya güvenlik personeli görevlendirilir. Personel yetersizliğinden dolayı, görevlendirme yapılmaması durumunda belirli aralıklarla güvenlik personelinin buraya ziyaret atarak, şüpheli ve insanları provoke edecek kişilerin alandan uzaklaştırılması sağlanmalıdır.		
Bu alan ile ilgili bir personelin görevlendirilmesi gerekmekte olup, bu personel hem bu alanın temizliğinden ,düzeninden hem de şüpheli durumlarla ilgili güvenliğe bildirim yapması ve su/ gıda dağıtımında suistimallerin önüne geçmesi için görevlendirilir.		
Olay Yönetim Merkezi tarafından verilen ve uygun görülen bilgileri hasta yakınlar ile paylaşılması sağlanmalıdır.		
Gerekli görüldüğünde Psikososyal destek ekibi personelinin bu alanda hasta yakınlarına psikososyal destek vermek üzere görevlendirilmelidir.		
Kayıp olan veya kayıp olduğu bildirilen kişilerle ilgili bilgi yönetimine katkıda bulunun.Hastanede olmadığı belirlenen bir hastayı arayan aileleri kaydederek, kayıpla ilgili bilgi geldiğinde kendilerine ulaştırın,		
Hastalarla, aileleriyle ve ölümlerle ilgili kayıt tutulmasını ve bu bilgilerin paylaşılmasını sağlayın		
Talep gelmesi durumunda din görevlileri temin edilmesi için ilgili kurumlarla iletişime geçilir.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
- Ailelere yönelik alanlar ve geçici morg emniyet güçleri tarafından tamamen güvenlik altına alınmalıdır, - Geçici morga girişler denetim altına alınmalıdır. Sadece emniyet güçleri ve OYE tarafından izin verilenlerin girişi sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Sandalye, masa vb. oturma düzenekleri, su ve gıda malzemesi		
İşaretler, afişler		

Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kalite Kontrol		
- Ailelere yönelik alanın güvenli olmasını ve ailelere sıcak bir ortam sunulmasını sağlayın, - Ailelerin acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayın		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Psikososyal Destek Hizmetleri Prosedürü		
Sürece Dahil Kişiler		
Psikososyal Destek Hizmet Personeli		
Kolluk görevlileri, güvenlik personeli		
Hizmetli personel, bu alanla ilgili görevlendirilen idari personel		
Din personeli		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
- Bulaşıcı hastalık veya kimyasal olay durumunda, hasta ve ölümlerle ilgili olaya özel plan ve uygulamalar konusunda aileleri bilgilendirin, - Hasta ve ölü yakınları ile ilgili bir güvenlik sorunu durumunda; hemen emniyet güçlerinden ek destek isteyin.		
ZAMAN DİLİMİ		
İlk 2 saatin sonunda bu alanın kurulması ve aktif hale gelmesi amaçlanır.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
- İş güvenliği ve emniyetin tamamen sağlandığından emin olun, - Ailelerin su, yiyecek gibi temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olun, - Ölümlerin tespiti ve kimlik tespiti için yakınlarına gösterilmesini emniyet güçlerinin ve psikososyal personelin tam desteği ile gerçekleştirildiğinden emin olun.		
GÜVENLİK		
Çok fazla ailenin aynı alanda olması farklı beklentiler ve stres düzeyi nedeniyle ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle önceden emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alınmasını sağlayın.		

SOP 15 Güvenlik Yönetimi

HAP GÜVENLİK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet</u> :Temel Faaliyet: Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlanmaktadır.		
<u>Hedefler</u> Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak, Erişim yollarının hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevki için açık olmasını sağlamak, Hastane hizmetlerine ve tıbbi bakıma erişimi kolaylaştırmak, Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin güvenliğini sağlamak, Hastane afet triyaj alanı, acil servis, ayaktan tedavi alanı, kişisel eşyaların bulunduğu oda vb. gibi özel olarak oluşturulan alanların güvenliğini sağlamak, Hastaları veya personeli afet/acil durum sonucu oluşabilecek güvenlik risklerinden korumak, Acil durum süresince hastanenin ekipman ve malzemelerini korumak, Oluşabilecek her türlü güvenlik sorununun hastane güvenlik personeli tarafından emniyet güçleri ve Olay Yönetimi Ekibi ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak, Söz konusu afet ve acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturması halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Olay Yönetim Ekibi;		
Mevcut Afet/ Acil durumunun özelliklerini ve hastanenin işleyişini nasıl etkileyebileceği belirlenmelidir.		
Hastanede mevcut durumda bulunan güvenlik personeli olarak görev yapan personel görevine devam ederken, uygun kişininde Güvenlik Sorumlusu olarak belirlenmesi gerekmektedir.		
Güvenlik sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtlar hızlıca değerlendirilerek, kullanılacak olanların belirlenmesi sağlanmalıdır.		
Güvenlik sorumlusu Operasyon ekibi içinde görev alırken gerek mevcut kendi personel ihtiyacını belirler. Bu ihtiyaç mevcut güvenlik firmasından tedarik edilmesiyle giderilmesi amaçlanmalıdır. Ancak güvenlik firmasının yetersiz gelmesi durumunda kolluk kuvvetlerinden ve/veya mevcut hastane personelinden uygun olan seçilir.		
Güvenlik sorumlusunun; görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrelenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesi istenmelidir.		

Güvenlik sorumlusu mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemelidir.		
Güvenlik sorumlusu belirlenen periyotlarda mevcut durum ile ilgili Durum Raporunu Operasyon Şefine göndermelidir.		
Hastanenin de aynı zamanda olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmaları sırasında güvenlik hizmeti sağlamalıdır.		
Olay Yönetim Ekibi ve/veya Operasyon Şefinden yol ve trafik ile ilgili düzenleme talebi geldiğinde ilgili yerlerle iletişime geçmeli ve gerekli izinleri aldıktan sonra talepleri yerine getirmelidir.		
Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapmalı; güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim hazırlamalıdır.		
Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınması sağlanmalı, güvenliği sürekli olarak kontrol edilmelidir.		
Epidemi ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğinin sağlanması için özel ihtiyaçlar belirlenmeli ve hizmetin sürekliliği sağlanmalıdır.		
Bomba ihbarı, hastane içindeki bir yangın vb. gibi afet ve acil durumlarda olaya özel planlara uygun davranılması sağlanmalı, tahliye prosedürleri gözden geçirilmelidir.		
Gerektiğinde polis, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile işbirliği yapmak için gerekli önlemleri almalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
- Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı ve bu güvenlik personelinin sürekli olarak yelek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır, - Yeterli sayıda, eğitim almış ve bilgilendirilmiş güvenlik personelinin sürekli görevde olması sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar Kimlik kartları ve görev yelekleri. Güvenlik ile ilgili diğer özel ekipman		
Kontrol		
Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın. Hastane güvenlik personelinin kolluk kuvvetleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın.		

Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.

Zaman Dilimi

OYE' nin aktive edilmesinden hemen sonra başlanır ve devam eden, aynı zamanda düzenli olarak Durum Raporu gönderilir.

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri

- Hastane afet triyaj alanı ile ilgili SOP,
- Ailelere yönelik alanlar ile ilgili SOP,
- Hizmet sunumunun devamlılığı ve kritik sistemlerin eski haline getirilmesi ile ilgili SOP,
- Acil Servis yönetimi ile ilgili SOP,
- Psikososyal destek hizmetleri ile ilgili SOP,
- Kimliği belirli ya da belirsiz ölümler ile ilgili SOP

Sürece Dahil Kişiler

Olay Yönetim Merkezi Üyeleri
Güvenlik Hizmetleri Personeli
Emniyet Güçleri

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hasta yakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek almak için gerekli prosedürü hemen uygulayın.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez güvenlik durumu ile ilgili raporlama yapın

Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,
Güvenlik personelinin aşırı risk almadığından emin olun,
Güvenlik konusunda ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olun.

SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi

TEMİZLİK HİZMETLERİ, ÇAMAŞIRHANE VE ATIK YÖNETİMİ		
Temel Faaliyet : Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi hizmet kapasitesine katkı sağlamak ve çalışanlar ile hastaların sağlığını korumak amacı ile söz konusu destek hizmetlerin yönetimini organize etmek		
Hedefler • Temizlik hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış, - o Artan Bulaşıcı Hastalık riski (özellikle insandan insana bulaş), - o Hastane afet triyaj alanı ve hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması, - o Çalışan sayısındaki eksiklik nedeniyle hizmeti sürdürmede zamanla yaşanan sorunlar, - o Yeterli miktarda tedarik yapılması ve tedarikin sürdürülebilirliği, - o Pandemi veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personellerinin enfeksiyon riskleri açısından korunması. • Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış, - o Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış, - o Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen sınırlılıklar (örn, çalışanlar, ekipman kapasitesi). • Atık yönetiminde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örn, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler), - o Hastane atıklarının toplanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması, - o Çöp taşıma hizmetinin yapılmaması gibi başka faktörlerin de hastane atık yönetimini etkilemesi, • Yemekhane hizmetlerinde karşılaşılan teoş zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak; • Normal yemekhane kapasitesi üzerinde meydana gelebilecek artış, - o Yemekhane ile ilgili yapısal meydana gelebilecek zararlar, - o Malzeme ve donanım tedariği zorlukları , - o Çalışan sayısındaki zorluklar • Bu alanlardaki sorunları önlemek için gereken olay eylem planını oluşturmak, • Lojistik yönetimi için koordinasyonu sağlamak, • Söz konusu hizmetler için personel desteğini sağlamak, • Çalışanların ve ekipmanların emniyetini ve iş güvenliğini sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri ve iş akış talimatlarını Olay Yönetim Merkezi'nde değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelini görevlendirin.		
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünü veya Standart Operasyon Prosedürlerini faaliyete geçirin ve bu hizmetlerin mevcut duruma uygun hale getirilip getirilmediğini değerlendirin; gerektiği takdirde düzeltici faaliyetlerde bulunun.		
• Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın, • İhtiyaçlara göre uygun olan personel için yeniden görev dağılımı yapın, • Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin,		

İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğinin dikkate alınmasını sağlayın, • Hizmet sunumunun zamanla sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin, • Öngörülen bir eksiklik (personel, malzemeler, ekipmanlar, lojistik) durumunda gereken olay eylem planını oluşturun,		
• Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin, • Sağlık otoriteleri ile birlikte hareket edin.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
• Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alın, • Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlığı tehdit eden riskler ve güvenlik prosedürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olun, • Sürece dâhil olan personelin kontaminasyon, bulaşıcı atıklar vb. durumlarda iş güvenliği prosedürlerine tamamiyle uyduğundan emin olun (kontamine ya da enfekte atıklarla çalışırken), • Epidemide faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kontrol		
Gerekli hizmetlerin doğru zamanda ve yeterli miktarda verilmesini sağlayın,		
Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın.		
Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Malzeme ve Depo Yönetimi Prosedürü		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Destek Hizmetleri Personeli		
Dış Paydaşlar		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsandan insana bulaşıcı hastalıklar ya da kimyasal bir olayın meydana gelmesi halinde, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın,		

Kimyasal bir olay yaşanması halinde, şebeke suyunun kontamine olmasını engellemek için dekontaminasyon alanının (dekontaminasyon için kullanılan su bu alanda bulunur) sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez destek hizmetlerinin durumu ile raporlama yapın.

SOP 17 Ölü ve Kayıplar İlgili Sürecin Yönetimi

HAP ÖLÜ VE KAYIPLARIN YÖNETİMİ-GEÇİCİ MORG PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet:</u> Hastane içinde ölü yönetiminin etkili bir biçimde organize edilmesini sağlamak.		
<u>Hedefler</u> - Cesetlerin güvenli bir geçici morg alanında muhafaza edilmesini sağlamak, - Ölen kişilerin kişisel eşyalarının güvenli bir yerde korunmasını, muhafaza edilmesini ve ailelerine teslim edilmesini sağlamak, - Ölülerin kimliğini tespit etme sürecine aktif şekilde katkı sağlamak, - Yakınını kaybeden veya ölü teşhis eden ailelere psikososyal destek sağlamak, - Ölülerin saklama koşullarından vb. kaynaklanabilecek herhangi bir halk sağlığı sorununu önlemek, - Kayıp kişilerin aranması esnasında emniyet güçlerine hastalar ve ölüler hakkında bilgi vererek kayıp yönetimine katkıda bulunmak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Beklenen ölü sayısı hastane morgunun kapasitesinin üzerinde ise; * Öncelikle belediye/kaymakamlık gibi resmi kurumlara bilgi verilerek, hastanede işlemleri tamamlanmış ancak gömülmesi için beklenen cenazeler için yardım istenmelidir. * Hemen cesetlerin toplanıp geçici olarak muhafaza edilebileceği geçici bir morg alanı oluşturulur. Bu alanın hasta trafiğini aksatmayacak uygun bir alan olması tercih edilir. * Emniyet güçlerinin yardımıyla bu alanın güvenliği sağlanır. * Bu alanın yetkisi bulunmayan kişiler tarafından erişilmez olmasını ve cesetlerin alanın dışından görünmemesini sağlar. * Bu alanla ilgili işaretleme ve yön göstermenin yapılmasını sağlar. * Alanı; emniyet güçleri ile işbirliği içinde, psikososyal destek ekibinin önerilerini dikkate alarak ve yakınları tarafından ölülerin kimliklerinin tespit edilmesini kolaylaştırabilecek şekilde hazırlayın, * İhtiyacı olanlara psikososyal destek sağlayın, * Ölen kişilere ait tüm eşyaların emniyet güçleri kontrolünde güvenli halde muhafaza edilmesini sağlayın, * Tüm faaliyetlerde emniyet güçleri ile koordinasyon halinde olun		
Cesetlerin fotoğrafını çekin (mümkünse dışları görünecek şekilde ikinci bir fotoğraf çekilmesi)		
Çeşitli departmanlar/servis/ birimler, acil servis ve hastane afet triyaj alanı için, ölü yönetimine ilişkin bilgileri hazırlayın. Bu bilgilendirmede geçici morga nakil, kimlik tespitine yardımcı olabilecek her türlü bilginin kayıt altına alınması vb. prosedürlerin olmasını sağlayın		
Bu alanın temizliği ve risk yaratmaması için gerekli önlemler alınır. Cesetlerle bağlantılı toksikolojik ya da enfeksiyona yol açabilecek herhangi bir risk oluşması halinde özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın		

Olay Yönetim Merkezi tarafından verilen ve uygun görülen bilgileri hasta yakınlar ile paylaşılması sağlanmalıdır.		
Geçici morgda, emniyet güçleri ile işbirliği içinde yeterli sayıda personelin çalışmasını sağlayın.		
Cesetlerin dini kurallara uygun şekilde ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın, Ölü ve kayıplara ilişkin ilgili sorumlularla bilgi paylaşımı yapın, Gerekirse din görevlileriyle işbirliği yapın.		
Cenazelerin hastane çıkışında Yaşam Sonu Hizmetler Prosedürüne uygun olarak hareket edilmesini sağlayın. Teslim edilen cenazelerle ilgili olarak Ex Teslim Defteri ile teslim edilen kişi ve iletişim bilgileri alınmalıdır. Ayrıca bu kişiler için Ölüm Belgesi düzenlenmelidir.		
Ceset torbası vb. lojistik ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,		
Gerekli olduğu takdirde cenaze hizmeti veren ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçin.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
• Geçici morg alanının tamamen emniyet altına alındığından ve sadece yetkisi bulunan kişilerin girişine izin verildiğinden emin olun, • Ölümlere ait kişisel eşyaların doğru bir şekilde toplanıp muhafaza edildiğinden emin olun, • Cesetlerle ilgili halk sağlığı konularının dikkate alındığından emin olun, • Sürece dahil olan personelin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaması için koruyucu tedbirlere uymasını sağlayın, • Gerekirse sürece dahil olan personele sağlık kontrolü yapın		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Exx Teslim Defteri, Ölüm Belgesi, Ex Kartı		
Fotoğraf Makinesi		
Halatlar, mahremiyet sağlanması için çadırlar, tabelalar ve posterler		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kalite Kontrol		
* Cesetlerin mahremiyet çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın, • OYE görerek teşhis etmeyi kararlaştırdıysa, mahremiyete saygı çerçevesinde ve gerekirse psikososyal destek ekipleri eşliğinde gerçekleşmesini sağlayın, • Emniyet güçlerinin ceset yönetimi sürecine dahil olmasını sağlayın.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		

Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Psikososyal Destek Hizmetleri Posedürü		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Ekibi		
Psikososyal Destek Hizmet Personeli		
Kolluk görevlileri, güvenlik personeli		
Hizmetli personel, bu alanla ilgili görevlendirilen idari personel		
Dış paydaşlar		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Ölüm sebebi bir kimyasaldan dolayı zehirlenme ya da bulaşıcı hastalığa yakalanma ise, sürece dahil olan personelin sağlığını korumak için derhal koruyucu önlemler alın, • Ölülerin çeşitli nedenlerle bir günden fazla kalması halinde söz konusu ölümlerin nakli için dış paydaş kurumlarla acilen işbirliği sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
Sürekli olarak izlenir		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
* Ölülerin ailelerine teslim edildiğinden ya da merkez morga nakledildiğinden ve ilgili formların doldurulduğundan emin olun (Cesetler hastanenin geçici morgunda 48 saatten fazla kalmamalıdır). • Ölen kişiye ait tüm kişisel eşyaların emniyet güçleri gözetiminde ailelere teslim edildiğinden emin olun.		
GÜVENLİK		
Alanda yeteri kadar güvenlik personeli olmalı, cenazeler teslim edilirken doğrulama hizmeti yapılmalıdır.		

SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi

HAP TEKNİK BAKIM HİZMETLERİNİN VE KRİTİK EKİPMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet:</u> Kritik ekipman ve hastane demirbaşlarının kullanılabilir durumda olmasını sağlamak, gereki durumlarda onarımlarını yapmak ve sorunsuz çalışmasını sağlamaktır.		
<u>Hedefler</u> • Kritik ekipmanın çalışır vaziyette olmasını ve çalışır durumda kalmasını sağlamak, • Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halindhemen tamir edilmesini sağlamak, • Elektrik, su, haberleşme vb. kritik sistemlerin sürekli çalışması için ilgili dış paydaşlarla işbirliği sağlamak, • Dış kaynaklarda bir sorun yaşanması halinde, jeneratörler, su tankları vb. yedek sistemlerin devreye girmesini sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Olay Yönetim Ekibi Operasyon görevi kapsamında Alt Yapı Sorumlusu görevlendirilir.		
Alt Yapı Sorumlusu tarafından aşağıdakiler yapılmalıdır: o Teknik hizmetler personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü, iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirir kullanılacak olanları seçer ve bunların mevcut duruma uyarlanmasını sağlar.		
Alt Yapı Sorumlusu, Tesis Sistemleri Durum Raporu ile hastane genelinde altyapı ve diğer sistemlerin ilk kontrolünü yapar,bu kontrol ile ilgili de Tesis Sistemleri Durum Raporunu Planlama Şefine gönderir. Birim sorumluları ile görüşerek arızalı/ hasar görmüş ekipmanın durumuna göre onarımları ve/veya yerine en kısa sürede giderilmesi için gerekli faaliyetleri belirler.		
Afet öncesinde jeneratörlerin bakımın ve kontrolünün tam ve zamanında yapılması/yaptırılması sağlanır. Ayrıca yeterli yakıtın her zaman olması sağlanır. Afet durumunda ise jeneratörlerin kontrolü teknik servis tarafından yapılır ve eğer zarar görmüş çalışmayacak durumda ise protokol imzalanan firmadan yedek jeneratör sağlanır. Jeneratörlerin yakıt deposunun tam dolu olması ve düzenli olarak kontrol edilmesi sağlanır.		
Tıbbi gaz sistemi ile ilgili yapısal bir sorun olmuş ve tıbbi gaz deposu hizmet veremiyorsa protokol imzalanmış firmadan ek seyyar medikal gaz tüpleri temin edilir. Eğer sistemde bir sorun yoksa bu durumda ilave stok alınarak kapasite artışı vb. durumlar için önlem alınır		
Hastanenin su deposu bir zarar görmüşse ve/veya afet sırasında kullanımdan dolayı kritik noktaya gelmişse acil belediye/itaiye vb. kurumlar ile iletişime geçilerek su ihtiyacı giderilir.		
Kullanım dışı kalan veya ek ihtiyaç duyulan ekipman ve teçhizat için tedarikçiler, paydaşlarla iletişime geçilir ve bu eksikliklerin giderilmesi sağlanır.		

* Hastane binasının zarar görmesi, kritik sistemlerin kaybı ve kritik ekipmanın kısmi ya da tamamen yok olması gibi dış kaynaklı bir olaydan hastanenin de etkilenmesi durumunda, 2 Nolu Tahliye Özel Planına göre hareket edilir ve; * Öncelikle mevcut durum tespiti yapılarak ve buna göre tahliye kararı verilir. * Tahliye edilecek uygun yer belirlenirken, eğer bu alanda da hasta bakımına devam edilecekse teknik servis bu alanda gerekli hazırlıkları yapar. * Hastaların tahliye trijına uygun olarak tahliye edilirken , belirlenen uygun tahliye yollarını kullanmaları sağlanır. Bu aşama da teknik servis transport sürecinde de yardımcı olabilir. * Tahliye edilen bölümde bulunan önemli tıbbi cihazlar ve malzemeler de hasta/personel tahliyesinden sonra tahliye edilirler. * Tahliye sonrası ve tahliye aşamasında yaşanan sorunların bildirilmesi istenir. * Tahliye sonrasında başka kuruma sevk olacak hastalar ile ilgili genel hazırlıklar yapılır. * Tahliye sonrası durum değerlendirmesi yapılır. * Yangın sonrası hizmet veremeyecek duruma veren, kapatılan bölümler ile ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınması için Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçilir.		
Hastane içinde eğer bir yangın durumu var ise 1 No' lu Yangın Özel Müdahale Planına uygun olarak gerekli müdahaleyi yapar. Bu plana göre; * Öncelikle yangın bölgesine gidip gelen asansör sistemini devre dışı bırakır ve asansörlerde kimse olup olmadığını kontrol eder. * İlgili bölümün elektriğin kesilmesini sağlar ve böylelikle olası bir elektrik kaçağının önüne geçmeyi hedefler. * Yangının daha hızlı yayılmaması için tıbbi gaz sistemini devre dışı bırakır. * İlgili bölüme müdahale için yardıma gider bu aşamada bölümün tahliye edilmesine karar verilmişse Tahliye Planlarına göre belirlenen şekilde bölümün tahliye edilmesine yardımcı olur. * Gerekli durumlarda iş güvenliği sorumlusu ve Operasyon şefi ile birlikte tahliye ihtiyacı olup olmadığı konusunda görüşür, beyanda bulunur. *Yangına müdahale sonrasında ilgili bölümün durumu ile ilgili değerlendirmeyi yapar. Bölümün hizmete geçmesi gerekli olanları belirler ve buna göre hareket tarzı belirler. * Yangın sonrası hizmet veremeyecek duruma veren, kapatılan bölümler ile ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınması için Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçilir.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
Afet öncesinde yangın sistemlerinin (dedektör,sprinkle, yangın ihbar) vb. ve yangın tüplerinin düzenli kontrolleri yapılmalı ve eksiklikler giderilmelidir.		
Afet öncesinde kritik öneme taşıyan taçhizat/ekipman ile ilgili gerekli protokoller yapılmalıdır.		

Afet sırasında kontrollere gerekli önem verilmelidir.		
Gerekli kişisel koruyucu donanım malzemeleri her zaman hazır olmalı ve kullanılmalıdır.		
Teçhizat ve ekipmanlara yapılacak müdahaleler yetkinliği bulunan kişiler tarafından gerekli önlemler alınarak yapılmalıdır.		
Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye sokmamalıdır.		
Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalıdır ve epidemi vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.		

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Dış firmalarla yapılan protokoller		
Kişisel Koruyucu Donanımlar		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		

Kalite Kontrol

Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her Departman/Servis/Birimde güvenle kullanılabilmesini sağlayın.		
Hastanenin kritik sistemlerinin çalışır durumda olmasını sağlayın.		
Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun.		
Kritik ekipmanın afet ve acil durumdan dolayı zarara uğrama riski taşımadığından emin olun.		

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri

Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Yangın Özel Planı		
Tahliye Özel Planı		

Sürece Dahil Kişiler

Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Teknik Hizmetler Personeli		
Güvenlik Personeli		
Dış Paydaşlar		

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Kritik ekipmanlar zarar gördüyse ve hemen yerine konulamıyorsa, temel hizmetlerin sunulmasına ilişkin sonuçlar hasta bakımının kalitesini azaltıyor ve tıbbi bakım sağlanması gerekenden daha az hastaya bakılmasına neden oluyorsa, iş sürekliliğine ilişkin olaya özel planı derhal faaliyete geçirin.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

- Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun,
- Kritik sistemlerin veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun

GÜVENLİK

Riskli bölgelere yetkisiz kişilerin girmemesi için gerekli önlemlerin alındığından emin olun.

SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

HAP EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLAN TATBİKATI PROSEDÜRÜ (PLANI)
<u>Temel Faaliyet:</u> Acil Müdahale Planının işlevsel olmasını sağlamak. Personelin Acil Müdahale Planı doğrultusunda harekete geçmesi ve eylemde bulunması için hazır olmasını temin etmek
<u>Hedefler</u> • Eğitim programları ve tatbikatların Acil Müdahale Planının tam anlamıyla bir parçası olmasını ve sistematik olarak organize edilmesini sağlamak, • Tatbikatları düzenli aralıklarla ve farklı senaryolarla gerçekleştirmek. Tatbikatlar aşağıdaki şekilde hazırlanmalıdır;
<u>1. Adım</u> <u>İçeriğin baştanbaşa tanımlanması:</u> Acil durum planına/planlarına göz atın, tatbikat yapılmasına yönelik ihtiyaç değerlendirmesi yapın, hastanenin tatbikat yürütme kapasitesini değerlendirin, tatbikatın amaç ve hedeflerini tanımlayın, tatbikat türünü seçin, maliyet ve sorumlulukları değerlendirin, tatbikat dokümanı oluşturun ve tatbikatın yapılacağını duyurun.
<u>2. Adım</u> <u>Tatbikatların geliştirilmesi:</u> Tatbikat için gereken kaynakları belirleyin, senaryoyu ve görev alacak personelleri içerecek tatbikat planını yapın. Simülasyon materyalini ve diğer görselleri hazırlayın ya da bir vaka çalışması geliştirin. Tatbikatı ilgili tüm departman/servis/birim ve paydaşlara uygun yöntemlerle, doğru zamanda duyurun. Hastaneyi hazırlayın ve lojistik ihtiyaçları değerlendirin. Tatbikata katılacak personeli ile kontrol sorumlusu, simüle hastalar ve değerlendiriciler gibi tatbikatı yürütecek kişileri belirleyin. Gerekli görüldüğünde tatbikatta görev alacak katılımcılara eğitim verin.
<u>3. Adım</u> <u>Tatbikatın gerçekleştirilmesi:</u> Tatbikatın yapılış şekli tatbikat türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Briefing düzenleyerek katılımcılara talimatları verin; tatbikatın senaryosu, pratik bilgiler, güvenlik, zamanlama, görevler ve komuta sistemi vb. konularda bilgilendirme yaparak, ilgili malzeme ya da ekipmanları dağıtın. Katılımcıların aktif katılım göstermelerini ve kendilerinden bekleneni yerine getirmelerini sağlayın.
<u>4. Adım</u> <u>Değerlendirme ve geribildirim:</u> Tatbikatın amacına ulaşıp ulaşmadığını belirlemek üzere hastanenin tatbikat performansını değerlendirmek zorunludur; mevcut Acil Müdahale Planının işlevselliği, uygulanan acil durum yönetim sistemi, eğitimler, personelin performansı, kullanılan ekipmanın durumu değerlendirilerek güçlü yönler ve güçlendirilmesi gereken alanlar belirlenir, iyileştirme ve geliştirme aktiviteleri planlanır.
<u>5. Adım</u> İzlem: Yapılan tatbikatların izlemleri olmadan önerilerde bulunulması, tatbikat sonuçlarından tam anlamıyla yararlanmayı engeller. İzlem tatbikatlarda en çok ihmal edilen bölümdür. Tatbikatın her süreci kontrol formlarıyla takip edilmelidir: • Amaç ve hedeflere göre (Acil Müdahale Planının hangi bölümünün ve hangi fonksiyonunun test edileceğine bağlı olarak) farklı konularda ve farklı yöntemlerin uygulandığı tatbikatlar planlanmalıdır (örn. masa başı tatbikatı, fonksiyonel tatbikat, saha tatbikatı vb.).

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
- HAP komisyonu yıllık faaliyet planında eğitim ve tatbikatları belirlemeli ve bir takvime bağlamalıdır, - Acil Müdahale Planı tatbikatı yapılırken OYE tarafından aşağıdaki tavsiyeler göz önüne alınmalıdır. Plan tatbikatı yapıldığı sırada, aşağıdakilerin kontrol edilmesi gerekir, o Olay Yönetim Ekibi'nin yapısı, görevi, sorumlulukları, temel faaliyetleri ve yetki alanı: - Her OYE üyesinin temel sorumlulukları, - Olay Yönetim Merkezi'nin bulunduğu yer ve ekipmanlar, - SOP rehberleri, İş Akış Talimatları ve bulundurulması gereken diğer formlar ve belgeler (karar almaya yönelik tüm kritik bilgiler), - OYE'nin hastane içi ve hastane dışı haberleşmesi, - OYE aktive edilerek en az yılda iki kez düzenli tatbikat yapılmalıdır, o Triyaj ve hasta kabul: Hastane afet triyaj alanının bulunduğu yerin erişim, güvenlik, asgari çalışma koşulları, hava şartları vb. açısından uygunluğunun değerlendirilmesi önemlidir. Alanın açılması ve kurulması konusunda da tatbikat yapılması gerekmektedir. Acil Müdahale Planı'nda yer alan tüm prosedürler, iş akış talimatları ve kaynakların seferber edilmesi ile ilgili tedbirlerin alınması; bilgi yönetimi ve koordinasyon ile ilgili önlemlerin alınması sağlanmalıdır		
o Acil Servis ve hastane içi trafik akışı: Planın farklı seviyelerinde hangi kaynakların ne zaman ve nasıl seferber edileceği belirlenmelidir. Meydana gelen afet ve acil durum esnasında Acil Servis'in yatak, personel ve ekipman açısından nasıl işleyeceği ve ilave edilmesi gereken ekipman, ilaçlar ve kritik malzemelerin nereden temin edileceği belirlenmelidir Özellikle Acil Servis için hazırlanan rehberler, prosedürler ve iş akış talimatları, kayıtlar ve diğer formların neler olduğu ile Acil Servisin nasıl organize edileceği, bilgi yönetiminin nasıl yapılacağı tanımlanmalıdır. Günlük acil prosedürlerinin, hasta kabulünün ve olağan ayakta tedavi konsültasyonlarının afet ve acil durumlarda nasıl yönetileceği belirlenmelidir. SOP ve iş akış talimatları vb. afet ve acil durumlara müdahalede kullanılacak malzeme ve ekipmanların hastane içinde nerede ve nasıl muhafaza edildiğinin kontrol edilmesi önemlidir.		
o İnsan kaynakları yönetimi: Personelin genel anlamda ve sağlık açısından güvenliği ve hastaneye sorunsuz erişimi sağlanmalıdır (hastanenin giriş noktalarının sayısı sınırlı tutulmalıdır). Haberleşme sistemleri ve araçları düzenli test edilmelidir. Personelin çağrı beklemeksizin hangi durumlarda acil durum görevine geleceğinin yazılı talimatı verilmeli ve uygulamanın sürdürülebilirliği için kolaylıklar sağlanmalıdır (örn, kreş açılması). Personeler koruyucu kıyafet ve donanım temin edilmeli, kullanımı sağlanmalıdır		

(örn, personele yönelik kişisel koruyucu kıyafet ve donanıma ilişkin talimatlar verilmelidir).		
o Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürleri: Departman/Servis/Birim müdahale prosedürleri, olay yönetim sistemi içinde özellikle farklı seviyelerdeki koordinasyon açısından test edilmelidir. Her departman için kullanılacak malzeme ve kaynağın zamanında temini için gerekli tedbirler alınmalıdır. Karşılıklı etkileşimde bulunacak ana departmanlar arasında çapraz eğitimler düzenlenmelidir. o Lojistik yönetimi: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir		
• Bilgi yönetimi: Tüm prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir.		
o Güvenlik: Hastane içinde meydana gelebilecek acil durumlar (örn. yangın) başta olmak üzere, müdahale etmeye yönelik güvenlik prosedürlerini düzenli olarak kontrol edin. Güvenlik hizmetlerinin kullanacağı ekipmanı uygunluk ve kullanılabilirlik açısından test edin. Emniyet güçleri, itfaiye ve diğer paydaşlarla ortak tatbikatlar hazırlayın. Herhangi bir olay, öğrenilmiş dersler açısından incelenmelidir		
o Bakım ve kritik ekipman: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemelerin erişilebilir ve güncel olması sağlanmalıdır. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir. Dış paydaşlarla düzenli tatbikatlar yapılması ve gerekli ekipmanın uygunluğunun test edilmesi gerekmektedir.		
o Eczane, Laboratuvar ve kan bankası, Temizlik hizmetleri ve atık yönetimi, psikososyal destek, ailelere yönelik alanlar, ölü ve kayıpların yönetimi: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir.		
İş güvenliği sorumlusu, düzenli olarak İnsan Kaynakları sorumlusuna bilgi vererek HAP Yönetimi Ekibi İletişim Formunun güncel olmasını sağlar. Her yıl düzenli olarak HAP Eğitim ve Tatbikat Planı ile eğitimlerin, tatbikatların tarihleri belirlenir ve ilan edilir. Verilen eğitimler HAP Eğitim Rapor Formu ile kayıt altına alınır . Yapılan tatbikatlar ise HAP Tatbikat Rapor Formu ile kayıt altına alınır.		

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
- Tatbikatların personel/hasta sağlığı ve ekipman açısından tehlike oluşturmadığından emin olun. - Tatbikatların mümkün olduğunca ilgili dış paydaşların katılımıyla gerçekleştirildiğinden emin olun.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Eğitim senaryoları, diğer eğitim ve tatbikat malzemeleri		
Kalite Kontrol		
Eğitim sonuçları ve tatbikat sonuçları incelenecek, tatbikatın başarılı durumuna göre yeni hareket tarzları belirlenecektir.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
İlgili bölüme Özel Plan Örnekleri		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Eğitim veren kişiler		
Tatbikatta görevli personel		
Dış Paydaşlar		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Gerekli bildirimlerin yapılmaması sonucu olayın yanlış değerlendirilmesi		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
Acil Müdahale Planının işlevsel olduğundan emin olun		

SOP 20 Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

HAP GENEL BİLGİ VE RİSK İLETİŞİMİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
Temel Faaliyet: Bilgi yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.		
Hedefler • Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak, • Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak, • Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak, • Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak; • İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda olaya özel planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak, • İhtiyaç duyulduğunda farklı eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak, • Topluma yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak, • Sağlık sürveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak, • Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak, • Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Normal raporlama mekanizması;birim sorumluları Durum Raporlarını Bölüm Şefine gönderirler. Bölüm Sorumlusu tarafından değerlendirilen bu bilgiler kapsamında Bölüm Durum Raporu oluşturulur ve Olay Yönetim Ekibine gönderilir/sunulur biçimindedir. Olay Yönetim Ekibi tarafından bu hareket tarzı ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
Bölümlerin durum raporlama süreleri, olayın ilk tespit edildiği ve ilk incelemenin yapıldığı an Durum Raporu Göndermek, daha sonraki 12 saat içinde 2 saatte bir ve 12 saatten sonra ise 4 saatte bir olacak biçimde kurgulanmıştır.Olay Yönetim Ekibi tarafından bu raporlama süreleri ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
İlk etapta Acil Müdahale Planında yer alan veriler dikkate alınır ve değerlendirilir.(Özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler),		
Kurumlar Arası Koordinasyon sorumlusu ile birlikte diğer hastaneler, sağlık yetkilileri ve diğer resmi kurumlarla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir.		
Halkla İlişkiler sorumlusu, basınla ve halkla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir. Ne kadar sıklıkla bilgi paylaşılacağı ve paylaşılacak bilgiler konusunda karar verilir.		

Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesini sağlanır Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğini ve verilere nasıl ulaşılabileceğini konusunda HAP Sekreteryası ve Dokümantasyon Sorumlusu görevlendirilir. Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesini sağlanır, Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığını kontrol edilir.		
OYE sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir: o Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunu risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilir.		
Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, bağışıklama, laboratuvar sevki ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi. Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi		
• OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir. Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, bilgi yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığını kontrol edin, • Bilgi paylaşımının, personeli ve hastaları korumayı esas almasını ve bunun aksinin olmamasını sağlayın, • Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesini sağlayın; • Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulmasını sağlayın; • Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olmasını sağlayın, • Kamuya ya da medyaya dönük bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılmasını sağlayın, • Hastanenin sağlık sürveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunmasını ve özellikle sürveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesini sağlayın (Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).		
KULLANILACAK MATERYAL		
Konu ile ilgili iş akış talimatları, Standart operasyon prosedürleri		
Takip kayıt belgeleri		
Haberleşme araçları		
Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları		

KALİTE KONTROL		
• Kritik verilerin düzenli olarak toplanmasını, işlenmesini, değerlendirilmesini, kullanılmasını ve depolanmasını sağlayın, • Ana faaliyet ve operasyonların Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde kayıt altına alınmasını sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
• OYE'nin aktive edilmesiyle başlar ve devam eder.		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tüm Standart Operasyon Prosedür'leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir)		
KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin; gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Ekibi		
Bölüm/Brim Sorumluları		
Güvenlik Personeli		
Sağlık Yetkilileri		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Durum Formları		
Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu		
Sağlık Yetkilileri ile Bilgi Paylaşım Takip Formu		
Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşım Takip Formu		
İZLEME		
• OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun: • Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun, • Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun, • Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sürveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun, • Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun		
GÜVENLİK		
Yeterli güvenlik personeli olduğunu ve gerekli önlemlerin alındığını kontrol edin		

SOP 21 SİYAH KOD

Hastanemizin protokol hastanesi olmasından dolayı bu tür olayların yaşanma ihtimali olabilir. Korunma planında uygulamaya yönelik önlemler alınmıştır. Güvenlik personeli ve kameralarla denetlenmektedir.

Optimed Hastanesi'nde uygulanmakta olan **"Siyah Kod"** genel olarak hastanede meydana görülebilecek herhangi bir şüpheli paket / çanta vb. durumunda paketin bulunduğu bölgenin ve çevresinin güvenliğini sağlamak için verilen alarmdır. Hastanede ve hastane çevresinde bomba tehdidi olabilecek herhangi bir şüpheli paket / çanta vb. fark edildiğinde olay yerindeki sabit telefonlar aracılığı ile 0 aranarak siyah kod verilir.

SİYAH KOD PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ: Hastanede ve hastane çevresinde, bomba tehdidi oluşturabilecek herhangi bir şüpheli paket / çanta vb. fark edilmesi durumunda paketin bulunduğu bölgenin ve çevresinin güvenliğini sağlamaktır.

2.KAPSAM: Bu prosedür hastanede bulunabilecek tüm şüpheli paket / çanta vb. durumlarını kapsar.

3.SORUMLULAR: Hastanede bu prosedürün uygulanmasından ve organizasyonundan gündüz; Hastane Yöneticisi ve Hastane Müdürü, gece; Gece Nöbetçi Amiri sorumludur.

4.TANIMLAR:

4.1.Siyah Kod: Özel Optimed Hastanesi'nde bulunan hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının patlama riski bulunan şüpheli paket / çanta vb. den korunması için güvenlik birimini harekete geçirmek üzere verilen alarmdır.

5. PROSEDÜR AKIŞI:

5.1. ÖNLEMLER:

5.1.1. Hastanede, devriyeler ve diğer bölgelerdeki güvenlik görevlilerine gerekli talimatlar verilerek bölgelerin sürekli olarak kontrol edilmesi sağlanır.

5.1.2. Monitör odasından şüpheli durumlarda olaylara anında müdahale edilebilmesi amacıyla, sürekli kamera izlemesi yapılır.

5.1.3. Hastane Ana Giriş kapılarında 24 saat güvenlik görevlisi bulundurularak, girişlerin kontrollü olarak yapılması sağlanır.

5.2. İŞLEYİŞ:

5.2.1. Hastanede hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının şüpheli paket / çanta vb. fark etmeleri halinde en yakın personel dahili telefonda "0" nolu numarayı arar.

5.2.2. Alarm verildikten sonra güvenlik ekipleri çağrı cihazlarına düşen bilgiler doğrultusunda, hızla olay yerine gelir.

5.2.3. Güvenlik görevlileri olay yerini boşaltır, gerekirse hastane tahliyesi yapılır. Emniyet şeridi çekerek bölgeye girişi engeller ve riskli bölgeyi kontrol altına alır.

5.2.4. Güvenlik amiri tarafından emniyet güçleri aranır ve gerekli bilgiler verilir.

5.2.5. Bölge, genel kolluk kuvvetleri gelene kadar koruma altında tutulur, şüpheli paket / çanta hareket ettirilmez.

5.2.6. Riskli bölge yakınlarındaki çabuk alev alan maddeler bölgeden uzaklaştırılır.

5.2.7. Olay yerine ulaşan emniyet güçlerine ve bomba imha ekiplerine gerekli destek verilir.

5.2.8. Gerekli durumlarda Güvenlik Amirleri, görevli polis memuru ile ikinci bir hastane araştırmasını organize eder. Bu araştırma, bu kez bina ve bina dışarısını da kapsar. Araştırma sonucunda hazırlanan detaylı rapor Hastane Yöneticiliği'ne sunulur.

HASTANEMİZDE OLACAK SALDIRILAR KONUSUNDA GÜVENLİKLE İLGİLİ ALINAN TEDBİRLER

1. Hastanemizin etrafı fiziki bakımdan duvarlarla çevrilidir.

2. Hastanemiz çevre aydınlatması bulunmakta ve arızaları sürekli giderilmektedir.

3. Sabotaj ve terör olaylarına maruz kalması muhtemel olan bölgelerde (Elektrik teknisyenliği, kazan dairesi, telefon santrali, oksijen dairesi) 24 saat görevli teknisyen bırakılmaktadır.

4. Hastanemizde 5188 sayılı yasa kapsamında 24 saat esasına göre sürekli güvenlik elemanları bulundurulmaktadır.

5. Hastanemiz içi ve çevresi CCTV görüntüleme sistemi kurulmuştur.
- 6.Hastane personeli (doktor, hemşire, çalışan) hastane içi ve yakın çevresinde şüphe uyandıran terk edilmiş (paket, poşet, valiz, binek otosu vb.) malzeme gördüğünde en yakın güvenlik personeline veya güvenlik merkezine haber verecektir. Güvenlik merkezi telefonu **(Tel:5014)**
6. Olası bir bomba, sabotaj ve saldırı halinde en yakın karakola haber verilecektir. **(Çorlu Emniyet Müdürlüğü)TEL: 0282 673 24 93**
7. Bu tür olaylara karşı Güvenlik firması tarafından hazırlanan ve Emniyet Müdürlüğünce onaylanan Koruma planındaki görevliler belirtilen görevleri yapacaklardır.

SOP 22 GRİ KOD

1. **AMAÇ:** Hastanede meydana gelebilecek silahlı saldırı ya da tehdit durumlarında diğer kişilerin olay yerine girişlerini engellemek ve güvenliği sağlamaktır.
2. **KAPSAM:** Bu prosedür hastanede bulunan tüm hasta, hasta yakını ve çalışanların karşılaşılabileceği silahlı saldırı ya da tehdit durumlarını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu prosedürün uygulanmasından ve organizasyonundan; gündüz, Hastane Yöneticisi ve Hastane Özel Güvenlik Yetkilisi, gece; Nöbetçi İşletme Yöneticisi sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
 - 4.1. **Gri Kod:** Özel Optimed Hastanesi'nde bulunan hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehlide maruz kalmaları halinde güvenlik birimlerini harekete geçirmek için verilen alarmdır.

5.PROSEDÜR AKIŞI:

5.1. ÖNLEMLER:

5.1.1. Hastanede, özel güvenlik görevlilerine gerekli talimatlar verilerek hastanenin sürekli olarak kontrol edilmesi sağlanır.

5.1.2. Monitör odasından şüpheli durumlarda olaylara anında müdahale edilebilmesi amacıyla, sürekli kamera izlemesi yapılır.

5.1.3. Hastane Ana Giriş kapılarında 24 saat güvenlik görevlisi bulundurularak, girişlerin kontrollü olarak yapılması sağlanır.

5.2. İŞLEYİŞ:

5.2.1. Hastanede hasta/hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehdide maruz kalmaları halinde olaya şahit olan hastane personeli en yakın dahili telefondan **0** nolu numarayı arar.

5.2.2. Alarm verildikten sonra güvenlik ekipleri çağrı cihazlarına düşen bilgiler doğrultusunda, hızla olay yerine gelir.

5.2.3. Güvenlik görevlileri olay yerine girişi engellemek amacıyla bölgeyi emniyet şeridi içine alarak suç mahallini korur.

5.2.4. Güvenlik amiri tarafından emniyet güçleri aranır ve gerekli bilgiler verilir.

5.2.5. Bölge, genel kolluk kuvvetleri gelene kadar koruma altına alınır, içeriden hiçbir şey alınmaz veya yeri değiştirilmez.

5.2.6. Silahlı saldırı gerçekleşmişse yaralı kişiye müdahale etmek üzere en yakın klinik / poliklinik'ten bir hekim çağırılarak ilk müdahalenin yapılması sağlanır.

5.2.7. Gerekli durumlarda güvenlik amirleri, görevli polis memuru ile ikinci bir hastane araştırmasını organize eder. Bu araştırma, bu kez bina ve bina dışarısını da kapsar. Araştırma sonucunda hazırlanan detaylı rapor Hastane Yöneticiliği 'ne sunulur.

Hastanemizin protokol hastanesi olmasından dolayı bu tür olayların yaşanma ihtimali olabilir. Korunma planında uygulamaya yönelik önlemler alınmıştır. Güvenlik personeli ve kameralarla denetlenmektedir.

HASTANEMİZDE OLACAK SABOTAJ- REHİN ALMA-TERÖR SALDIRILARI KONUSUNDA GÜVENLİKLE İLGİLİ ALINAN TEDBİRLER

1. Hastanemiz çevre aydınlatması bulunmakta ve arızaları sürekli giderilmektedir.

2. Sabotaj ve terör olaylarına maruz kalması muhtemel olan bölgelerde (Elektrik teknisyenliği, kazan dairesi, telefon santrali, oksijen dairesi) 24 saat görevli teknisyen bırakılmaktadır.

3. Hastanemizde 5188 sayılı yasa kapsamında 24 saat esasına göre sürekli güvenlik elemanları bulundurulmaktadır.

4. Hastanemiz içi ve çevresi CCTV görüntüleme sistemi kurulmuştur.

5. Olası bir sabotaj ve saldırı halinde en yakın karakola haber verilecektir.

(Çorlu Emniyet Müdürlüğü)TEL: [0282\) 673 24 93](tel:02826732493)

6. Bu tür olaylara karşı Güvenlik firması tarafından hazırlanan ve Emniyet Müdürlüğünce onaylanan Koruma planındaki görevliler belirtilen görevleri yapacaklardır.

SOP 23 TURKUAZ KOD:

Çoklu kazalarda, çok sayıda travma vakasının geleceği durumlarda, Travma ekibinin hastanemizde istenilen, ihtiyaç duyulan bölüme yönlendirilmesi amacıyla Turkuaz Kod çağırısı yapılır. Acil servis triyaj ekibi olay anında görev yerlerine gider. Ortopedi ve travmatoloji, Göğüs Cerrahi, Beyin Cerrahi, Kardiyoloji, Genel Cerrahi uzman hekiminin göreve çağırılması ve koordinasyonu Operasyon Şefi ile Tıbbi Bakım Sorumlusuna aittir. Turkuaz kod uygulaması başlatıldığında ihtiyaç halinde Mavi Kod ekibi de olay yerinde hazır bulunur.

1.AMAÇ: Doğal afetler, trafik kazaları, kimyasal, biyolojik ve nükleer saldırılar, toplu eylemler, terör saldırıları, spor karşılaşmaları vb. olaylar neticesinde hastane içinde veya hastane dışında meydana gelen çoklu yaralanmalara en sistemli ve hızlı şekilde müdahalede bulunabilmektir.

2.KAPSAM: Özel Optimed Hastanesi Acil Servisi'ni kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından Hastane Afet Planı Başkanı sorumludur.

4.TANIMLAR:

4.1.Turkuaz Kod: Çoklu yaralanmalara en sistemli ve hızlı şekilde müdahale edebilmek için travma ünitesinin aktif hale getirilmesidir.

4.2.Travma Ünitesi: Özel Optimed Hastanesi Acil Servisi'dir.

4.3.Çoklu yaralanma: Doğal afetler, trafik kazaları, kimyasal, biyolojik ve nükleer saldırılar, toplu eylemler, terör saldırıları, spor karşılaşmaları vb. olaylar neticesinde meydana gelen tıbbi yardıma ihtiyaç duyan insan sayısının fazla olduğu durumdur.

5.PROSEDÜR AKIŞI:

5.1.ÖNLEMLER

5.1.1. İlk andaki hazır oluşluk açısından ihtiyaç olması durumunda ek bir depo olarak kriz dolabı oluşturulabilir. Düzenli olarak check- listlerle kontrolleri yapılan bu dolabın içerisinde acil durumda kullanılacak tüm tıbbi malzemelerin yanında triaj kartları ve kol bantları bulunur.

5.2.İŞLEYİŞ

5.2.1. Çoklu yaralanma ile neticelenen olayların ve afetlerin meydana gelmesi ya da meydana gelme olasılığının ortaya çıkması halinde HAP Başkanı tarafından turkuaz kod verilir.

5.2.2. Alarm verildiğinde triaj alan sorumluları Acil Servis'teki ilgili yerlere gider. Acil Servis, HAP Acil Ünitesi Sorumlusu tarafından çoklu yaralanmalara müdahale için hazır hale getirilir.

5.2.3. Acil Servis'e hasta alımı durdurulur (Çok aciller hariç).

5.2.4. Acil Servis'te bulunan hastalardan taburcu edilebilecek olanlar ivedilikle taburcu edilir, taburcu olamayacak olanlar hastanenin ilgili bölümlerine sevk edilerek Acil Servis boşaltılır.

5.2.5. Afet triaj sistemine geçilir.

5.2.6. Afet triajına uygun olarak yeşil, sarı, kırmızı ve siyah bakı alanları düzenlenir; triaj alanı, aile bekleme-bilgilendirme ve taburculuk alanı ile gönüllü kabul ve başvuru alanı oluşturulur.

5.2.7. Triaaj alanında ilk triaaj işlemi yapılan hastalar, triaaj kartları takılarak uygun bakı alanlarına yönlendirilirler.

5.3. EĞİTİMLER

Acil Servis literatür eğitim programında ve Acil Servis hemşire / sağlık memuru oryantasyon programında, Hastane Afet Planı ve turkuazı Kod konularına yer verilir.

SOP 24 MOR KOD:

Hastane Afet Planındaki tehditlere (patlama, yangın, teknik destek ünitelerinin çökmesi, tehlikeli madde yayılımı, sabotaj, deprem, siber saldırı vb.) karşı ilgili pozisyon ve bölümlerin teyakkuz durumunda bulundurulması amacıyla Hastane Afet Planı başkanı, Lojistik ve Operasyon Bölüm Şefleri tarafından başlatılır. Kod uygulaması başlatıldığında (Lojistik, Planlama, Finans, Operasyon ve alt birim sorumluları) Hastane Afet Planındaki acil durum ekipleri başta olmak üzere fiziki koruma ve güvenlik sahne alan sorumlusuna bağlı personel ve araç timi, ekipman ve malzeme timi, Altyapı ve enerji kaynakları müdahale timi, bina hasar ve yaralı tespit ekibi, kendilerine ait araç, gereç ve malzemeleri gözden geçirerek hazır bulundurulur. Malzeme eksikliği olan bölümler ve timler eksikliklerini giderir ve hazırlıkların tamamlarlar. Hazırlıkların takibi ve yürütülmesinden Hastane Afet Planı Bölüm Şefleri ile tim ve ekip amirleri sorumludur.

1.AMAÇ: Meydana gelebilecek afet ve acil durumlar neticesinde hasta, hasta yakınları ve personelin zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirleri belirlemek ve afet ve acil durumdan etkilenen kişilere en sistemli ve hızlı şekilde tıbbi destek sağlamaktır.

2.KAPSAM: Bu prosedür, afet ve acil durum neticesinde hastane içerisinde bulunan hasta, hasta yakınları ve personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirlerin tespit edilmesini, afet ve acil durum esnasında ve sonrasında hareket tarzının belirlenmesini ile afet ve acil durum sonrası etkilenen afetzedelere verilecek tıbbi hizmetlerin düzenlenmesini kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından HAP Başkanı (Hastane Yöneticisi) sorumludur.

4.TANIMLAR:

4.1.Afet: İnsanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, insanın normal yaşantısını ve eylemlerini durduracak veya kesintiye uğratacak, imkânların yetersiz kaldığı, insan kökenli olaylara verilen genel bir isimdir.

4.2. Acil Durum: Hemen müdahale ya da reaksiyon gerektiren, beklenmeyen ve ciddi olay ya da durum.

4.3. Kod Mor: Afet ve Acil durum halinde aktive edilen hastane alarm kodudur.

5.PROSEDÜR AKIŞI:

5.1.ÖNLEMLER

5.1.1. Deprem öncesinde, sarsıntılar neticesinde hastane içerisinde meydana gelebilecek yapısal olmayan elemanlardan kaynaklanan tehlikeleri en aza indirebilmek için tehdit oluşturan mevcut eşya ve malzemenin sabitlenmesi gerekmektedir.

5.1.2. Hastane içerisindeki yapısal olmayan tehlikelerin tespit edilmesi amacıyla bir ekip oluşturulur. Bu ekip hastane içerisindeki yapısal olmayan tehlikeleri tespit ederek, tehditleri ortadan kaldıracak tedbirleri hastane yönetimine bildirir.

5.1.3.Hastane genelinde yapılan her yeni düzenlemede depreme uygun araç – gereç ve malzeme kullanılmasına gayret edilir.

5.1.4.Tüm hastane personeli, deprem anında ne şekilde hareket etmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilir.

Deprem Sonrasında Yönetim Tarafından Yapılması Gerekenler:

- Hastanedeki tüm birimler ile iletişime geçilerek, personel ve hasta durum envanterinin çıkarılması sağlanır.
- Kurtarma çalışmalarına ihtiyaç olup olmadığı belirlenir.
- Binalar içerisinde hastalar ve personel için güvenilir olmayan bölgeler belirlenerek, bu alanlara girilmesini engelleyecek tedbirler alınır.
- Olası bir tahliye işlemi için gerekli hazırlıklar ve ilgili kurumlarla görüşmeler yapılır.

5.2.İŞLEYİŞ

5.2.1. Hastane afet ve acil durumda doğrudan etkilendiyse, HAP Başkanı tarafından Hastane Afet ve Acil Durum Planı aktive edilir.

5.2.2. Operasyon Sorumlusu, Planlama Sorumlusu ve Lojistik Sorumlusu derhal hastanenin durumu hakkında bilgi toplar ve HAP Başkanı'na iletir.

5.2.3. Lojistik Direktörünün sorumluluğunda hasar gören bölümlerde elektrik, su ve gaz kesilir.

5.2.4. Hasarın boyutuna göre HAP Başkanı tarafından tahliye kararı verilir.

5.2.5. Eğer binada çatlak ve hasar varsa ve o bölüm için yatay tahliyeye karar verilmişse, hastaların nereye gönderileceğine Operasyon Sorumlusu karar verir.

5.2.6. Binada büyük oranda hasar varsa ve tamamen boşaltılması gerekiyorsa, hastalar uygun diğer hastanelere nakledileceklerdir.

5.2.7.Tahliye işlemi esnasında güvenliğin sağlanmasından ve toplanma alanlarının güvenliğinden Güvenlik Sorumlusu sorumludur.

5.2.8. Her iki halde de tüm ilgili kurumlarla iletişim Kurumlararası İrtibat Sorumlusu tarafından sağlanır.

SOP 25 TURUNCU KOD:

Hastane içerisinde kimyasal, biyolojik ve radyoaktif maddelerle çalışan personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirlerin tespit edilmesini ve KBRN ajanlarına maruz kalarak hastaneye başvuran hastaların en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine edilerek tedavilerine başlanması için yapılacak düzenlemeleri belirlemek amacıyla Turuncu Kod prosedürü düzenlenmiştir.

1.AMAÇ: Kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik kazalar neticesinde kontamine olarak hastaneye başvuran hastaları en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine etmek ve gerekli tıbbi desteği sağlamaktır.

2.KAPSAM: Bu prosedür, hastane içerisinde kimyasal, biyolojik ve radyoaktif maddelerle çalışan personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirlerin tespit edilmesini ve KBRN ajanlarına maruz kalarak hastaneye başvuran hastaların en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine edilerek tedavilerine başlanması için yapılacak düzenlemeleri kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından Hastane Afet Planı Başkanı sorumludur.

4.PROSEDÜR AKIŞI

4.1.ÖNLEMLER

4.1.1. Laboratuvar kazalarına karşı alınan korunma tedbirleri:

4.1.1.1.Laboratuvarlarda çalışma esnasında personelin yutma, soluma, direkt temas ve kesici – delicinin deriye geçişi ile kimyasal, biyolojik ve radyoaktif tehlikelere maruz kalması mümkündür. Bu tip laboratuvar kazalarından korunmak için alınacak önlemler ile personelin ve birim yetkililerinin sorumlulukları ile düzenlenmiştir.

4.1.1.2.Laboratuvarlarda kimyasal, biyolojik ve radyoaktif maddelerin kullanımı esnasında ortaya çıkabilecek tehlikelere karşı alınan korunma tedbirleri ile personel ve yüzey kontaminasyonu halinde yapılması gerekenler belirlenmiştir.

4.1.1.3.Düzenli olarak, laboratuvar güvenliği ve laboratuvarlarda kullanılan kimyasal, biyolojik ve radyoaktif maddelerin riskleri konusunda personel eğitimleri düzenlenmektedir.

4.1.2.KBRN ataklarına karşı alınan korunma tedbirleri:

Hastanemizde KBRN ünitesi bulunmamaktadır.

4.2.İŞLEYİŞ

4.2.1. Olay yerinden 112 araçları ile temiz olarak gelen hastalar hastaneye alınırlar.

4.2.2. Temiz hastaları getiren 112 servis elemanlarının sağlık durumu kontrol edilir.

4.2.3. Hasta kabulünün sona ermesiyle hastanı yattığı ünite arındırılır.

4.2.4. Ekipte yer alan personel arındırılarak, sağlık durumları izlenir.

4.2.6.Arındırma sonucuna göre ya karantinaya devam edilir ya da HAP Başkanı'nın talimatı ile normal işleyişe geri dönülür.

SOP 26 SARI KOD:

1.AMAÇ:Tahliye, iç veya dış olumsuz etkiler nedeniyle hastaları ve hasta yakınlarını korumak, hasta bakımını sürdürmek ve personelin güvenliğini sağlamak amacıyla, hastanenin bir bölümünün veya tamamının boşaltılarak hastaların, personelin, gerekli durumlarda ekipman, tıbbi kayıt ve ilaçların güvenli bölgelere nakledilmesidir.

2.KAPSAM: Özel Optimed Hastanesi tüm bölümleri kapsar.

3.SORUMLULAR:Bu prosedürün uygulanmasından Hastane Olay Yönetim Ekibi / Hastane Afet Planı Başkanı sorumludur.

4.PROSEDÜR AKIŞI:Herhangi afet ve acil durumda hastalar protokol yapılan kuruma taşınacaktır. Tahliye halinde, hastayı tanımayan personelin hastayı kolaylıkla tanıyabilmesi için tanıtım kartları kullanılacaktır. Hastalar mümkün olduğu sürece dosyaları ile birlikte tahliye edilecektir. Mümkün olmadığı takdirde hastalara, bekleme alanına tahliye edilirken ya da tahliye edildikten hemen sonra tanıtım kartları takılacaktır. Bu kartlar; ad soyad, oda numarası, servisi, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgileri (örneğin; insülin ihtiyacı olan hastaların açık bir şekilde belirtilmesi) ve hasta yakınına ait iletişim numaraları gibi önemli bilgileri içermelidir

5.KISALTMALA

SOP:Standard Operating Procedure / Standart Yönetim Prosedürü

6.İŞLEYİŞ:

Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi

Tahliyeyi gerektiren her durumda, Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilmelidir, Olay Yönetim Ekibi, tahliye faaliyetlerinin yönetimini üstlenir:

- Tahliyenin gerekli olup olmadığına ve ilgili bölümün kilit personeliyle koordinasyon sağlanarak, ne tür tahliye yapılması gerektiğine karar verir.
 - SARI renk kodu anonsu ile personele duyuru yapılır.
 - İlgili tüm bölümlerin SOP'larını faaliyete geçirmeye karar verir.
 - İlgili bölümün/bölümlerin tıbbi ve hasta bakım personeliyle koordinasyon halinde, hastaların nereye transfer edileceğine (tahliye önceliği dâhil olmak üzere) karar verir.
 - Hastanenin tamamının tahliye edilmesi durumunda hastaların taburcu edilmesinin gerekip gerekmediğine karar verir ve bu meseleyi ele alan SOP'ların uygun olup olmadığını ve bu SOP'a uyulup uyulmayacağını veya değişikliklerin uygulanması gerekip gerekmediğini değerlendirir (örneğin, başka bir tesise transfer veya taburcu edilecek hastalar için belirlenmiş toplanma alanının duruma göre yeniden belirlenmesi).
 - Faaliyete geçirilen SOP'lar, sürekli tedaviye ihtiyaç duyan hastalar için temel bakım hizmetlerinin devamlılığını sağlamalıdır. Hastalar, hastane dışında bir yere tahliye edilirse, tahliye edilen hastaların yakınlarının, hastaların yeni yerleri konusunda nasıl bilgilendirileceğine karar verir (hasta takibi)
 - Hastaların hastane dışına tahliyesi gerekiyorsa, hangi ulaşım düzenlemelerinin gerçekleştirileceğine karar verir.
 - Hastanenin tamamen tahliye edilmesi durumunda, İl SAKOM ve 112 KKM ile birlikte gerekli düzenlemeleri yapar. Tahliye ile ilgili formlar kullanılır. İhtiyaç halinde formlarda bulunmayan tahliye ile ilgili bilgilerin kaydını tutar.
 - Olay Yönetim Ekibi, aksi yönde bir karara varmadığı sürece, personel SOP'ları uygular.
 - Tahliye durumunda personel kendi bölümüne ait Standart Operasyon Prosedürünü kontrol etmeli ve aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmalıdır:
 - Kritik görevlerdeki personel, kendi İş Akış Talimatlarına uymalıdır. Sadece büyük bir güvenlik problemi oluşması durumunda kişisel inisiyatif kullanılır.
- Tıbbi personel ve hasta bakım personeli, tahliyenin nedenine göre hastanın yanında taşınacaklara karar verir (dosya, eşya vb.). Hasta, ziyaretçi ve personelin tahliye planı yapılır. Bu planda tahliye yolları belirtilir ve krokilendirilir. Tahliye yolları kullanılamaz duruma gelirse alternatif yol/yolları belirlenir. Diğer tesislere transfer edilmek üzere bekleyen hastalar için toplanma alanı belirlenir.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. Tüm hastaneye yönelik tedbir amaçlı tahliyeler, en son seçenek olmalıdır. Tedbir amaçlı tahliye yalnızca hastaların hayatını kurtarmanın ve personelin güvenliğini sağlamanın tek yolu olduğu durumlarda uygulanmalıdır.

Hastalar Tahliye Triajına göre tahliye edilir.

SOP 27 PEMBE KOD

1. AMAÇ VE KAPSAM

Optimed Sağlık Hizmetlerinde, bebek ya da çocuk kaçırmaya riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan uyarı sistemidir. Kurumdan hizmet alan bebek veya çocuk hasta/hasta yakınlarını kapsar.

2. UYGULAMA:

2.1. Pembe Kod Ekibi

Mesai saatleri içerisinde:

- Hemşirelik Hizmetleri Direktörü/Başhemşire sorumluluğunda;
- Olayın olduğu bölüme göre ilgili departmanın sorumlusu,
- Teknik servis görevlisi,
- Bilgi işlem görevlisi,
- Güvenlik görevlisi,
- Hasta hakları sorumlusu,
- Hizmetli personel,
- Hastanenin giriş kapılarında çalışan hasta danışmanları bulunur.

Mesai saatleri dışında:

- Nöbetçi İşletme Yöneticisi sorumluluğunda
- Olayın gerçekleştiği departman çalışanı,
- Hizmetli personel,
- Güvenlik görevlisinden oluşur.

2.2. Pembe Kod Ekibi Sorumlusu Sorumlulukları

Pembe kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasının sağlanması ve kontrolü

Çalışanlara verilecek eğitimler

Tatbikatların organize edilmesi

Kayıtların izlenmesi ve gerektiğinde iyileştirme çalışmalarının başlatılmasıdır.

2.3. PEMBE KOD

Optimed Sağlık Hizmetleri'nde çocuk kaybolması veya kaçırılması durumunda, bu olayın yaşandığı bölüm çalışanı olayı 3333 numarayı arayarak durumu haber verir. Santral "örnek: Pembe kod 4. Kat" diyerek anons yapar. (Anonsun böyle yapılmasının sebebi şüpheli kişinin dikkatini çekmemek ve bebeğe zarar vermesini önlemektir.) Aynı zamanda emin olunması için santral görevlisi tarafından ekip üyelerine telefonda bilgi verilir. Böylelikle ilgili kişilerin bu durumdan haberdar olması ve gerekli önlemleri alması sağlanır.

- Teknik servis görevlisi öncelikle asansörleri kontrol ederek kapatır ve çıkışlara engel olur. İhtiyaç halinde diğer ilgili yerlere destek için çağrılır.
- Güvenlik görevlisi giriş-çıkış kapılarını (1. bina zemin kat, acil servis, 2.bina -1.kat ve 2.bina 0. Kat

yangın kapılarını) kontrol ederek kapıların tutulmasını sağlar. Şüphelinin etkisiz hale getirilmesini sağlar.

- Bu sırada bilgi işlem görevlisi; bilgi işlemde kamera kayıtlarını izleyerek şüphelinin en son nerede görüldüğü ve özelliklerini güvenlik çalışanına iletir.
- Ekip lideri, pembe kod ekibinin görevlerini yerinde kontrol eder, eksik bir durumda müdahale eder.
- Ekip lideri olayın akışına göre emniyet güçlerini arama kararını verir ve aranmasını sağlar. Adli makamlar geldiği zaman ise durum ile ilgili bilgileri verir.
- Ekip lideri hizmetli personelleri yönlendirerek otoparkların kontrol edilmesini sağlar. Çıkmaya çalışan ve/veya kaçan araçları ise plakasını alarak güvenliğe bilgi verir.
- Her katta bulunan asansör önlerini ve yangın çıkışlarını o katın hizmetli personeli tutar.
- Hasta hakları sorumlusu, kaçırılan bebeğin/çocuğun aile ve akrabalarını olayın olduğu bölgeden uzak bir odaya alır, bilgi verir destek olur.

2.4. Yenidoğan Kaçırma Durumlarını Önlemek İçin Alınan Önlemler

Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibi için anne, hemşire bankosuna yakın bir odada yatırılır ve bebeğin farkındalığını ortaya koyacak ve sadece hemşireler tarafından fark edilecek bir belirteç oluşturmak için kapı süsü kurdelesinin bir tarafı kesilir.

2.5 Kurum İçinde Çocuk Kaybolması

Eğer durum bir çocuğun kaybolması veya kaybolmuş bir çocuğun bulunması ise, anons sistemi ile hastane genelinde anons edilmesini sağlar. Bulunan çocuğun ailesi hakkında bilgi alınarak iletişim kurulmaya çalışılır ve konu ile ilgili olarak adli makamlarla iletişime geçilir.

2.6 Kurumda Pembe Kod Olayı Yaşanmaması Ve Risklerini En Aza İndirmek İçin Alınan Önlemler

- Hastane genelinde kamera sistemi kurulmuştur. Böylelikle şüpheli durumlar kamera ile izlenebilmektedir. Ayrıca kamera sistemi, bu tip olaylar için de caydırıcı özellik göstermektedir.
- Güvenlik görevlileri belirli periyotlarla hastane içinde devriye görevi yaparak şüpheli kişileri saptamaktadır.
- Yenidoğan yoğun bakım ve doğumhane giriş kapıları şifrelidir.
- Çocuk servisinde görev yapan hemşireler, kata giriş çıkış yapan kişilere karşı daha dikkatli olurlar ve her giren çıkan kişiye nereye geldiklerini sorarlar.
- Yılda bir kez tüm personele pembe kod eğitimi verilir.
- Kalite departmanının katılımı ile işleyişin etkinliğini ölçmek üzere yılda bir kez tatbikat yapılarak Acil Durum Tatbikat Raporu ile kayıt altına alınır ve gerekli iyileştirmeler yapılır.

2.7 Pembe Kod Bildirim Formunda Bulunması Gereken Başlıklar

- Olayın gerçekleştiği bölüm
- Olayın başlangıç tarihi
- Çağrının yapıldığı saat
- Olayın bitiş saati
- Kaçırılan bebek ya da çocuğa ve velisine ait bilgiler
- Kaçırma girişimi/işleminin nedeni ve şekli

- Müdahalenin nasıl yapıldığı, alınan önlemlerin kapsamı
- Müdahalenin sonucu
- Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
- Olayın adli mercilere iletilmesi süreci ile ilgili bilgiler
- Formu dolduran adı soyadı ve imza

2.8 Pembe Kod Sonrası Değerlendirme

Ekip lideri tarafından yaşanan olay sonrası Pembe Kod Bildirim ve Analiz Formu doldurulur. Doldurulan formlar analiz için kalite departmanına gönderilir.

Süreçle ilgili aşağıdaki göstergeler izlenir.

- Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı
- Pembe Kod Çağırısı Sonucu Çocuğun Bulunma Oranı

Hedef değer altında kalan gösterge için iyileştirme çalışması yapılır.

Kalite departmanı gerektiğinde hastane yönetim toplantısında süreçteki aksaklıklar ve alınan önlemlere dair bilgilendirme yapmak üzere toplantı gündemi yapar.

3.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından Pembe Kod Ekip Sorumlusu, Başhekim, hastane yöneticileri sorumludur.

SOP 28 BEYAZ KOD

1. AMAÇ VE KAPSAM

Optimed Sağlık Hizmetleri'nde görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. Beyaz kod sürecini kapsamaktadır.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

Beyaz Kod : Olası bir kavga, taciz ve sağlık personeline yönelik bir tehdit olduğu zaman olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin intikal ederek olayı çözümülemesi, güvenliğin sağlanması ve kayıt altına almasıdır.

3. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

Beyaz Kod Bildirim Formu

Yıllık Eğitim Planı

Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli Kalite İyileştirme Prosedürü

4. UYGULAMA

4.1.Beyaz Kod Ekibi

Mesai saatleri içinde;

- Başhekim sorumluluğunda
- Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
- Kalite Yönetim Direktörü
- Hasta Hakları Sorumlusu
- Güvenlik Amiri/Güvenlik Görevlisi'nden oluşur.

Mesai saatleri dışında;

- Nöbetçi İşletme Yöneticisi sorumluluğunda
- Güvenlik görevlisi olay yerinde bulunur.

4.2.Beyaz Kod Ekip Sorumlusunun Sorumlulukları

Beyaz kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasının sağlanması ve kontrolü

Çalışanlara verilecek eğitimler

Tatbikatların organize edilmesi

Kayıtların izlenmesi ve gerektiğinde iyileştirme çalışmalarının başlatılmasıdır.

4.3.Beyaz Kod Durumu ve Hareket Tarzı

- Mesai saatleri içinde ve dışında hastane içerisinde ve bahçesinde oluşabilecek olası bir saldırı ya da taciz olaylarında 1111 aranarak olayın yeri net şekilde tarif edilir ve yönlendirme istenir.
- Çağrıyı alan santral görevlisi anons sisteminden olayın olduğu yeri de belirterek “ Beyaz Kod Cerrahi Servis” biçiminde 3 kez anonsta bulunur.
- Aynı zamanda Beyaz Kod Ekibinde bulunan kişileri başta Güvenlik olmak üzere arar ve bilgi verir.
- Beyaz Kod Ekibi en geç 3 dakika içinde olay yerine varmalıdır.
- Beyaz kod ekibi olay yerine geldiğinde durum değerlendirilmesi yapar, eğer olayda bir kaçırma, yaralanma gibi tehlikeli durumlar ve/veya adli durum varsa acil olarak kolluk kuvvetleri aranarak bilgi verilir.
- Olaya müdahil olan güvenlik görevlisi sağlık personelinin güvenliğini sağlamak suretiyle ilgili kişiyi olay yerinden uzaklaştırır. Kolluk kuvvetleri gelene kadar etkisiz hale getirir.
- Eğer saldırı/tacizi yapan kişi kaçtıysa kapılar kapanır.
- Olayı yaşayan sağlık personeline ilk müdahale yapıldıktan sonra derhal Sağlık Bakanlığı’ nın “113 “ numaralı telefonuna aranarak bilgi verilir ve www.beyazkod.saglik.gov.tr internet sitesinde bulunan Beyaz Kod Bildirim Formu doldurulur ve bildirimde bulunulur.
- Personelin Beyaz Kod durumunda hareket tarzını daha iyi öğrenmeleri için Yıllık Eğitim Planına göre yılda bir defa personele teorik eğitim verilir, en az bir defa da tatbikat yapılır.
- Beyaz Kod Bildirim Formunu doldururken;
 - Çağrının ne zaman yapıldığı
 - Müdahale edilen personele ve şiddet uygulayan kişiye ait bilgiler
 - Şiddet olayının nedeni
 - Müdahalenin nerede ve nasıl yapıldığı
 - Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
 - Olayın adli mercilere iletilmesi ile ilgili bilgiler
- Beyaz kod alarm ve tatbikat sonuçları İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Kurulu tarafından değerlendirilir, gerekiyorsa Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli Kalite İyileştirme Prosedürü' ne uygun olarak düzeltici ve önleyici faaliyet yapılır.

5.SORUMLULAR

Bu talimatın uygulanmasından Beyaz Kod Ekibi ve hastane yöneticileri sorumludur.

SOP 29 MAVİ KOD

1. AMAÇ VE KAPSAM

Mavi Kod; kurumda karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin bir şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı (acil tıbbi yardım) kodudur.

Bu prosedürün amacı; Optimed Sağlık Hizmetleri'nin herhangi bir bölgesinde, acil müdahale gerektiğinde işlemlerin hızlı ve aksaksız olarak yapılmasını sağlamaktır. Bu prosedür, kuruma gelen tüm hastaları ve sağlık çalışanlarını kapsamaktadır.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

CPR : Kardiyo pulmoner reesusitasyon; spontan kalp atımı, spontan solunum ve beyin fonksiyonlarının tekrar kazandırılma çabasıdır

CRA : Kardiyo pulmoner arrest; spontan dolaşım ve solunumun durmasıdır

Ventriküler: Küçük boşluk ya da kalbin alt odacıklarından her biri, karıncık.

3. REFERANS DÖKÜMANLAR:

Mavi Kod Bildirim Formu

Acil Durum Çağrısı Takip Formu

Yıllık Tatbikat Planı ve Raporu

Crash Card İlaç ve Sarf Malzeme Kontrol Listesi

Yıllık Tatbikat Planı ve Raporu

Acil Durum Tatbikat Raporu

4. UYGULAMA:

4.1.Hangi Koşullarda “Mavi Kod” çağrısı yapılır?

Kurum içindeki herhangi bir yerde herhangi bir kişinin bilincinin kaybolması, solunumunun durması veya dolaşımının durması durumlarında çağrı yapılır. Hastanede çalışan kişinin, kendini müdahale ya da aciliyeti tanımlamada yetersiz hissettiği durumlarda da oluşabilecek kayıpların önüne geçmek üzere tereddüt etmeden mavi kod çağrısı yapılabilir.

4.2.Mavi Kod Çağrısı Yapılmayan Yerler

CPR uygulayabilecek bir ekibin tam zamanlı olarak bulunduğu yoğun bakım ünitelerinden ve ameliyathaneden bu çağrı yapılmaz. Ancak birden fazla arrest durumunda ya da ekibin yetersiz kaldığı kriz durumlarında bu çağrı yapılabilir.

4.3.Mavi Kod Çağrısı Yapılmayan Hastalık Durumları

Çağrı anına kadar tedavisi bulunmayan bir hastalığın terminal dönemindeki hastalar için CPR gerekmeyeceğinden, bu durumda olduğu önceden ve kesin olarak bilinen hastalar için bu çağrıya gerek yoktur. Ayrıca beyin ölümünün kesin olarak yerleştiğinden emin olunan durumlarda bu çağrı yapılmaz.

Şüpheli durumlarda MUTLAKA çağrı yapılmalıdır.

4.4.Mavi Kod Ekibi

Mesai saatleri içinde;

- Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı sorumluluğunda olmak üzere,
- Kardiyoloji Uzmanı,
- Çocuk Hastalıkları Uzmanı,
- Anestezi Teknisyeni,
- Yoğun bakım hemşiresi,
- Mavi kod verilen bölümün sorumlu hemşiresi ve onun görevlendirdiği hemşire
- Başhemşire
- Teknik Servis Görevlisi
- Güvenlik Görevlisi yer alır.

Mesai saatleri dışında;

- Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı sorumluluğunda olmak üzere,
- Çocuk Hastalıkları Uzmanı,
- Acil Doktoru,
- Yoğun bakım hemşiresi,
- Anestezi Teknisyeni,
- Mavi kod verilen bölümde görevli yetkin hemşire ve onun görevlendirdiği hemşire,
- Nöbetçi İşletme Yöneticisi,
- Güvenlik Görevlisi yer alır.

Tıp merkezi mesai saatleri içinde;

- Dahiliye Uzmanı sorumluluğunda olmak üzere,
- Çocuk Hastalıkları Uzmanı,
- Anestezi Teknisyeni,
- Hemşire
- İdari İşler Sorumlusu yer alır

Tıp merkezi mesai saatleri dışında;

- Acil Hekimi sorumluluğunda olmak üzere,
- Hemşire yer alır.

Mavi kod ekibi CPR eğitimi almıştır. Aynı anda ikinci bir mavi kod anonsu verilmesi durumunda mesai saatleri için Başhekim ve Başhemşire, mesai saatleri dışında ise Nöbetçi İşletme Yöneticisi ilgili bölüme hekim ve hemşire yönlendirir.

Mavi Kod Ekibi Sorumlusu Sorumlulukları

Mavi kod uyarı sisteminin 24 saat etkin çalışmasının sağlanması ve kontrolü

Çalışanlara verilecek eğitimler

Mavi kod müdahale ekiplerinin belirlenmesi

Tatbikatların organize edilmesi

Kayıtların izlenmesi ve gerektiğinde iyileştirme faaliyetlerinin başlatılmasını sağlamalıdır. Bu çalışmalar kalite departmanı ile birlikte yürütürler.

4.5.Çağrı Uygulaması

4.5.1.Çağrının Başlatılması (Genel)

Bilinç kaybı, solunum durması vb durumdaki bir kişiyi gören ilk personel hemen hastane içinde 2222

numaralı Mavi Kod telefonunu tıp merkezi içinde ise 4222 numaralı acil durum kod telefonunu arar. Tüm personel 2222 numaralı Mavi Kod telefon numarasını ve 4222 Acil Durum Kod telefonunu bilmek ve tüm yöneticiler bu bilginin herkeste oluşmasından ve devamlılığından sorumludur. Mavi Kod çağrısını yapan personel, çağrıyı yaptıktan sonra yakınındaki personele haber verir ve hasta düşmüş ise, olabilecek kırık ve diğer yaralarının tehlikeli hale dönmesine olanak vermeden (Omurga hasarı gibi) hasta dikkatle sırt üstü çevrilir, sağlık personeli ise hastanın solunum yolunu açar. Görevli ekip olay yerine ulaştıktan sonra, ilk müdahaleyi yapan kişiler sorumluluğu devrederler.

4.5.2.Servis Hemşire İstasyonundaki Sorumluluklar

Servisteki herhangi bir odadan başlatılan Mavi Kod çağrısı ile bankodaki hemşire hızla Crash-cart'ı çağrının geldiği odaya/yere taşır. CPR ekibi hasta başına ulaşınca kadar serviste olayı ilk gören hemşire ve bankodaki diğer hemşire müdahaleyi başlatır.

4.5.3. Poliklinik Katlarındaki Sorumluluklar

Müdahaleyi gerektiren durumdaki hastayı gören ilk kişi Mavi Kod/Acil Durum kod telefon numarasını arayarak Mavi Kod çağrısını başlatır. Bu arada hastanın yanına dönerken çevresindeki diğer kişiler en yakın sağlık personeline haber verir. Bu işlemleri yaparken çevrede çok sayıda hasta ve hasta yakını bulunması olasılığı da yüksek olduğundan panik duygusu yaratılmamasına özen gösterilir.

4.5.4.Santral Görevlisinin Sorumlulukları

Kurumun herhangi bir yerinden Mavi Kod verilmesi ile birlikte Acil Servis Hasta Kabul Görevlisi elindeki tüm işi hemen bırakır ve anons sisteminin başına geçerek (Örneğin Mavi Kod 3.Kat diye) 3 kez Mavi Kod anonsunu tekrarlar. Mavi kod anonsu verilen katta birden fazla ünite bulunması halinde ünitenin adı ile birlikte (Örneğin -2. kat Radyoloji Ünitesi) 3 kez Mavi Kod anonsu verilir. Anonsun duyulmaması ihtimaline karşı Mavi Kod Ekibine ayrıca telefon ile haber verir. Yaptığı anonsu Acil Durum Çağrısı Takip Formu'na kaydederek aylık olarak kalite departmanına gönderilir. Hastayı değerlendiren ekip tarafından Mavi Kod'un iptaline karar verirse bu kez Mavi Kod İptal anonsu 3 kez tekrarlanır.

4.5.5.Teknik Ekibinin Sorumlulukları

Mavi Kod alarm sisteminin çalışır durumda tutulması teknik ekibin sorumluluğundadır. Anons ile birlikte asansörlerden birini kodu veren yerde kapısının açık halde durmasını sağlar.

4.6. Crash Card Bulunan Alanlar

Çorlu Hastanesi:

7.kat	Crash Kart+ Defibrilatör
6.kat	Crash Kart+ Defibrilatör
5.kat	Crash Kart+ Defibrilatör
4.kat	Crash Kart+ Defibrilatör
3.kat Yenidoğan Yoğun Bakım	Acil Çantası(En yakın defibrilatör Yetişkin Yoğun Bakım)
3.kat Yetişkin Yoğun Bakım	Crash Kart+ Defibrilatör
2.kat Endoskopi	Acil Çantası(En yakın defibrilatör Yetişkin Yoğun Bakım)
-1.kat Acil Servis	Crash Kart + Defibrilatör
-1.kat Ameliyathane	Acil Çantası + Defibrilatör
-2.kat Transfüzyon Merkezi	Acil Çantası(En yakın defibrilatör acil serviste)

4.7.Crash Card Bulunan Malzemeler

- Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve yetişkin için)
- Balon-valf-maske sistemi
- Değişik boylarda maske
- Oksijen hortumu ve maskeleri
- Entübasyon tüpü (çocuk ve yetişkin boyları)
- Yardımcı hava yolu araçları
- Kişisel koruyucu ekipman

İlaç ve ekipmanlar Crash Cart İlaç ve Sarf Malzeme Kontrol Listesinde belirtilmiştir. Bu listeler her ayın sonunda miad, fiziksel ve son kullanma tarihleri kontrol edilmektedir.

4.8. Bildirim Formunda Bulunması Gereken Başlıklar

- Çağrının ne zaman yapıldığı
- Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
- Hangi müdahalelerin yapıldığı
- Müdahalenin nerede yapıldığı
- Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
- Müdahalenin sonucu
- Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı

4.9. Mavi Kod Sonrası Değerlendirme

Hasta resüsitasyona cevap vermiş ise, ekip lideri ileri yaşam desteği uygulamaları için hastanın Ameliyathane, Yoğun Bakım Ünitesine veya ileri tetkik ve tedavi için başka bir kuruma transferine karar verir. Hastanın yoğun bakım ve ameliyathaneye transferi anestezi uzmanı, yoğun bakım hemşiresi veya anestezi teknisyeni, hizmetli personel eşliğinde, tam mönitörize olarak gerçekleşir. Hastanın transferi sırasında gerekiyorsa kalp masajı ve solunum desteği devam ettirilir. İleri yaşam destek tedavisi ilgili bölümde devam eder.

4.10. Mavi Kod Etkinliğinin Ölçülmesi

Her mavi kod bildirimi için Mavi Kod Bildirim Formu doldurulur. Mavi Kod Bildirim Formu doldurma sorumluluğu mavi kod verilen bölümde mesai saatleri içinde sorumlu hemşirede, polikliniklerde verilen mavi kodlarda form ekipteki hemşire tarafından doldurulur. Mesai saatleri dışında ise bölümdeki en yetkin hemşirededir. Doldurulan formlar kalite departmanına gönderilir. Süreçle ilgili aşağıdaki göstergeler izlenir.

- Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi
- Mavi Kodda 3 dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı
- Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı

Hedef değer altında kalan göstergeler için iyileştirme çalışması yapılır.

Yıllık Tatbikat Planı ve Raporu doğrultusunda yılda bir kez mavi kod tatbikatı yapılarak Acil Durum Tatbikat Raporu kayıt ile altına alınır ve video kayıtları ile birlikte kalite departmanında dosyalanır. Kalite departmanı gerektiğinde hastane yönetim toplantısında süreçteki aksaklıklar ve alınan önlemlere dair bilgilendirme yapmak üzere toplantı gündemi yapar.

5.SORUMLULAR

EK 1-C Formlar

Form-1 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Görevlendirme Formu

	HAP ORGANİZASYON DEĞERLENDİRME FORMU		Doküman No : AD-FR-Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 1/2	
Olay Adı:		Tarih .../.../....	Saat .. /..	Operasyonel Dönem- Tarih/Saat .../.../.... .. /..
Pozisyon	Olay Yönetim Ekibi Ad-Soyad/Kurum			
HAP Başkanı				
Halkla İlişkiler Sorumlusu				
Kurumlararası Koordinasyon Yetkilisi				
İş Güvenliği Sorumlusu				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				

Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
HAP Sekreteryası				
Operasyon Bölümü				
Operasyon Şefi				
Alan Sorumlusu				
Acil Servis Sorumlusu				
Triaj Sorumlusu				
Durum Değerlendirme Sorumlusu				
Ayaktan Tedavi Sorumlusu				
Yataklı Tedavi Sorumlusu				
Radyoloji Sorumlusu				
Laboratuvar Sorumlusu				
Ameliyathane Sorumlusu				
Yetişkin Yoğun Bakım Sorumlusu				
Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu				
Psikososyal Destek Sorumlusu				
Planlama Bölümü				
Planlama Şefi				
Teknik Hizmetler Sorumlusu				
İnsan Kaynakları Sorumlusu				
Dokümantasyon Sorumlusu				
Bilgi İşlem Sorumlusu				
Güvenlik Sorumlusu				
Santral Sorumlusu				
Lojistik Bölümü				
Lojistik Şefi				
Destek Hizmetleri Sorumlusu				
Ulaşım Sorumlusu				
Tıbbi Cihaz Sorumlusu				
Depo Sorumlusu				
Eczane Sorumlusu				
Finans Bölümü				

Finans Şefi				
Satınalma Sorumlusu				
Faturalama/Maliyetlendirme Sorumlusu				
Hukuk/Tazminat Sorumlusu				
Tahakkuk Sorumlusu				
Dış Kurum Temsilcisi (Hastane Afet Yönetim Merkezinde)				
Hastane Temsilcisi (Dış Kurumda)				
Görev Yeri				
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.				

Form-2 Brifing Formu

	HAP BRİFİNG FORMU	Doküman No :AD-FR-11 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 1/1
Olay Adı :		
Tarih /Saat:		
Olayın Hikayesi ve Mevcut Faaliyet Özeti		
Organizasyon		

Yapılan ilk müdahale bilgisi:
Yaralı Sayısı:
Ölü Sayısı:
Bilgi Veren (İlgili Kişi):
KHB Kriz Koordinasyon Merkezi Tel No: İl Komuta Kontrol Merkezi Tel No: KHB Kriz Koordinasyon Merkezi Faks No: İl Komuta Kontrol Merkezi Faks No:
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) Olayı haber alan kişi tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYE tarafından uygun görülen birim ve kişilere gönderilir.

Form-4 Operasyon Kayıt Formu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI		Doküman No :AD-FR-51 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 1/1
	OPERASYON KAYIT FORMU		
Olay adı:		Tarih .../.../....	Saat .. : ..
Bölüm/Birim		Pozisyon:	
Saat	Temel Sorunlar, Alınan Kararlar, Bidirimler		

	☐ Yok	
Yangın Uyarı Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
YangınSöndürme Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Yiyecek Hazırlama Malzemeleri	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Çamaşırhane / Çamaşır Ekipmanları	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Yapısal Unsurlar (Bina Bütünlüğü)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
HASTA BAKIMI		
Dijital Röntgen Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Sterilizasyon Ünitesi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Laboratuvar Cihazları	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Tamamen kullanılıyor	
GÜVENLİK		
Tesis Kilit Sistemleri (özel kilitli alanlar)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
KRİTİK HİZMETLER		
Elektrik Enerjisi (Öncelikli Servisler)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Elektrik Enerjisi (Jeneratörler)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Su Deposu	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	

	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Doğalgaz	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Hava Kompresörleri	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Asansörler	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Isıtma, Havalandırma, Klimalar	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Medikal Gazlar	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Oksijen	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Pnmatik Sistem	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Aydınlatmalar	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Tıbbi Atık Yönetimi Sistemi	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Kontrol Eden 1 Onaylayan Bildirimi Yapılan Birim Kontrol Eden 2		
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Hastanenin olaya maruz kalması durumunda kullanılır. 2) Olaydan etkilenen departman/servis/birim tarafından doldurulur. 3) Alt yapı sorumlusuna gönderilir.		

Olay Adı:	
Tarih/saat:	
Aktivasyon Tarihi:	
Olay Eylem Planının (OEP) Geçerlilik Süresi:	
OEP Hazırlayan/Hazırlayanlar	
OEP Onaylayan: (Görevi Adı Ve Tarih)	
OEP'in Adı :	
Mevcut durumun kısa özeti (temel zorluklar, problemler, kısıtlamalar, dahil olan ana paydaşlar, olası gelişmeler, düzenlenecek operasyonlar vb.)	
OEP'in hazırlanmasına dahil olan bölümler (görevleri ve isimleri)	
Müdahale / yönetimin amacı	
Ana hedefler (en fazla 6 amaç) önceliklerine göre numaralandırarak listeleyiniz.	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/ iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	

Haberleşme Planı (teknik detaylar; örneğin sıklık, cep telefonu numaraları vb.)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Önemli notlar:	
OLAY EYLEM PLANI: Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde müdahale, hedef ve stratejilerin belirlenmesi gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi, kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır. 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) OYE ve departman/servis/birimler tarafından kullanılır. 3) OYE' ye gönderilir. HAP başkanı tarafından onaylanmadan kullanılmaz.	

Form-7 Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu

	OLAY EYLEM PLANI TAKİP KAYIT FORMU	Doküman No :AD-FR-14 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No: 1/1

Triyaj Kodu							
Protokol No:	Tc Kimlik No						Adı-Soyadı/Engeli
Şikayeti	Vital Bulgular						Muayene Bulguları
	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Saturasyon	Ateş	
İstenilen Tetkikler	Yönlendirildiği Yer						Sonuç
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Kullanılan bir form yok ise kullanılacaktır.Hastanenin kullandığı hasta takip formunun üzerine bakıldığında ilk görülecek şekilde hasta kayıt no'su büyük puntolarla muhakkak yazılacaktır. Hastanın ilk geldiği yerde doldurulmaya başlanır, hasta ile birlikte nakledilir ve doldurulmaya devam edilir. 2) Hasta ile karşılaşılan tüm alanlarda doldurulur 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.							

Form-10 Hasta Takip Listesi Formu

		HASTA TAKİP LİSTESİ FORMU						Doküman No : AD-FR-31 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No : 1/1					
Olay Adı :										Doldurma Bölümü :			
Hasta Kayıt No	Tarih	Saat	Protokol No	Tc. Kimlik No	Adı-Soyadı/Eşgöl	Cinsiyeti / Yaşı	Geliş Şekli (Ayakta)	İstenilen Tetkikler	Ameliyata Sevk Saati	Yönlendirilen Bölüm	Sonuç ve Saati (Taburcu, Yatış,		

Ameliyathaneden Gelen	
Yataklı Servisten Gelen	
TOPLAM	
AYAKTAN	
Muayene Olan Hasta Sayısı	
Taburcu Edilen Hasta Sayısı	
TOPLAM	
ACİL SERVİS	
Muayene Edilen Hasta Sayısı	
Yatışı Yapılan Hasta Sayısı	
Müşahade de Yatan Sayısı	
Ameliyata Yönlendirilen Hasta Sayısı	
Yenidoğan Yoğun Bakıma Yönlendirilen H.S.	
Yetişkin Yoğun Bakıma Yönlendirilen H.S.	
Taburcu Edilen H.S.	
Sevk Edilen	
TOPLAM	
NOTLAR	

Form-12 Hasta Son Durum Listesi Formu

		HASTA SON DURUM LİSTESİ				Doküman No : AD-FR-21 Yayın Tarihi : 21.06.2021 Revizyon No : 00 Revizyon Tar... Sayfa No : 1/1				
Olay Adı:										
Olay Başlangıç Tarih ve Saati - Olay Bitiş Tarih ve Saati:										
Sıra No	Protokol No	Ad Soyad/Eşgal	TC Kimlik No	Cinsiyet (K/E)	Yaş	Triyaj Kodu	İstnilen Tetkikler (USG, CT, Anjio vb.)	Ameliyata Sevk Saati	Sonuç ve saati (Taburcu, Yatış,	Açıklama

									Sevk, Morg)	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

DÜZENLEYEN AD SOYAD UNVAN		ONAYLAYAN AD SOYAD UNVAN	
İMZA		İMZA	
Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Bu Form farklı birimler tarafından doldurulan Hasta Takip Listesi Formlarının birleştirilmesi ile oluşturulur. Hastane Olay İstatistik Formu ile uyumlu olmalıdır. 2) Durum değerlendirme sorumlusu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.			

Form-13 Durum Rapor (İdari Birimler) Formu

	DURUM RAPOR (İdari Birimler) FORMU		Doküman No : AD-FR-23 Yayın Tarihi : 21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.:... Sayfa No : 1/1
	Olay adı		Tarih
	Alan/Birim/Bölüm Adı		Saat
	Hazırlayan Adı Soyadı		Ad-Soyad/İmza
	İrtibat Bilgileri (telefon, E-posta)		

Mevcut Personel Durumu		Mevcut Malzeme Durumu ve İhtiyaçlar
Çalışan Personel Sayısı		
İhtiyaç Duyulan Personel Sayısı		
Uygun Görülen Personel Sayısı		
Bölüm Dışı Destek Personel Sayısı		
Yorumlar		
Talepler ve Takibi		Talep Eden Birim
1) Operasyon aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır. Aynı zaman da ihtiyaçları bildirmek amacıyla kullanılır. 2) İdari birimler tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) İlgili yerlere iletilmek üzere OYE' ye gönderilir		

Form-14 Durum Raporu (Yataklı Servis) Formu

	DURUM RAPORU (YATAKLI SERVİS) FORMU	Doküman No: AD-FR-35 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 1/1	
		Olay Adı:	Rapor No:
Alan/Servis/Ünite Adı		Tarih:	
Hazırlayan		Saat:	
İrtibat bilgileri (Telefon, E-posta)		İmza	
MEVCUT YATAK DURUMU			
Dolu Yatak Sayısı			
Boş Yatak Sayısı			

Sevk Edilebilecek Hasta Sayısı			
Taburcu Edilebilecek Hasta Sayısı			
Boşaltılabilecek Toplam Yatak Sayısı (Muhtemel Taburcu ve Sevk Olabilecek Hasta Sayısı)			
MEVCUT PERSONEL DURUMU		Mevcut Tedarik Sistemi (Lojistik Durum):	
Hemşire Sayısı			
Hekim Sayısı			
Hizmetli Personel Sayısı (Temizlik ve Diğer)			
Klinik Destek Personel Sayısı			
Klinik Dışı Destek Personel Sayısı			
TOPLAM			
<u>Görüşler</u>			
<u>Talep edilen eylem ve bunun takibi</u>			
1) Operasyon aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır.Aynı zaman da ihtiyaçları bildirmek amacıyla kullanılır. 2) Yataklı servisler tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) İlgili yerlere iletilmek üzere OYE' ye gönderilir			

Form-15 Hasta Eşyası Teslim Formu

		HASTA EŞYASI TESLİM FORMU		Doküman No: AD-FR-47 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1	
Adı-Soyadı:			Telefon:		
Adres:					
Alınan Eşyanın					
Sıra	Cinsi	Renk	Miktarı	Açıklama	

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Yukarıda cinsi , miktarı ve birimi belirtilen

Malzemeler.....tarafından

.....isimli (Hastane Polisi/Sağlık Personeli/Hastane Nöbetçi Memuruna/Hasta
yakınına) teslim edilmiştir.

Tarih : .../.../....

Saat :

Teslim Eden

Teslim Alan

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

2) Hasta girişinin olduğu tüm alanlarda doldurulur.

3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir

Form-16 Mevcut Personel Kayıt Formu

		Mevcut Personel Kayıt Formu		Doküman No: AD-FR-37 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Olay Tarihi	:	Olay Yeri		:
Olay Adı	:			
Tarih	Saat	Personelin Adı Soyadı	Personelin Çalışma Alanı	Olay Yönetim Ekibi Taraından Farklı Bir Göreve Verilen Yeni Görevi/Görev Yeri

1) Operasyon aşamasında ve sonrasında kullanılacaktır (diğer form kategorisi). Olay sürecinde hastanede çalışan personel mesai listesidir.
2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.
3) OYE 'ye gönderilir.

Form-19 Olay Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu.

	OLAY EYLEM PLANI İŞ GÜVENLİĞİ ANALİZ FORMU		Doküman No: AD-FR-16 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
	Olay Adı :	Tarih :	Saat :
Zarar Azaltma			
Var Olan / Potansiyel Tehlikeler (Biyolojik, Yapısal,Sistem,Trafik vb.)	Bölüm/Birim ve Lokalizasyon	Alınması Gereken Tedbirler	Alınan Tedbirler (İmza)

[illegible]

Form-20 Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu

Form-22 İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu

[illegible]

Talep Tarihi	:		Onay Tarihi		
Talep Saati	:		Onay Saati	:	
Talep Eden Adı	:		Onaylayan		
Soyadı,Unvanı	:		Ad Soyad	:	
İmza	:		İmza	:	

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır

Form-23 Malzeme Takip Formu

	MALZEME TAKİP FORMU				Doküman No: AD-FR-40 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1	
Olay Adı	:	Bölüm				
Tarih	:					
Malzemenin Adı	Türü	Miktarı	Durumu	Geri Teslim Zamanı	Teslim Eden	Teslim Alan

Form-24 Özel Alan Formu

			ÖZEL ALANLAR FORMU														Doküman No: AD-FR-30 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :	
Sıra No	Alan	Alan m ²	Su		Elektirik		Telefon		Telsiz		Fax		İnternet		Bilgisayar		Olağan Günde Kullanım Amacı	
			Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
1	Afet Triyaj Alanı	Acil Servis lobi/Acil Servis Önü	X		X		X		X	X		X		X		X		Hasta ve hasta yakınlarının bekleme alanı
2	Ayaktan Tedavi Bölümü	Zemin kat poliklinikler	X		X		X		X		X		X		X		X	Hasta ve hasta yakınlarının

																	beklem e alanı
3	Hasta Yakını Bilgile ndirm e Alanı	Acil servis önü	X		X		X		X		X		X		X		Otopar k
4	Medya Bilgile ndirm e Alanı	Zemin kat. Teras kafete rya	X		X		X		X		X	X			X		Kafetry a
5	Geçici Morg Alanı	Hasta ne yanınd aki depo	X		X		X		X		X		X		X		Depo
6	Perso nel Bilgile ndirm e Alanı	1-. kat Eği tim Salonu	X		X		X		X		X	X		X			Eğitim salonu
7	Hasta Eşyalar ı Muhaf aza Alanı	-1.kat Odyo metri odası	X		X		X		X		X	X		X			Odyom etri testi
8	Perso nel Yakınla rı Hazırlı k- Bilgile ndirm e Alanı	-1. Kat toplan tı odası	X		X		X		X		X	X			X		Toplan to oadası

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form-25 Finans Yönetimi Kayıt Formu

	FİNANS YÖNETİMİ KAYIT FORMU	Doküman No: AD-FR-42 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1

Olay adı:				Başlangıç Tarihi:
Yer:				
Sayfa Numarası:				
Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, Boyutu, Olası Sonuçları, Bilgi Kaynağı)	Müdahaleler (Karar verenler kimler, Kim ne yapıyor, Ne zaman, Nasıl, Zaman çizelgesi)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, Nasıl, Kiminle, Ne zaman)	İzleme, Takip ve Durum (Nasıl, Ne zaman, Kim, Ne)
Kayıt Sorumlusu				

Form-26 Lojistik Yönetimi Kayıt Formu

	LOJİSTİK YÖNETİMİ KAYIT FORMU		Doküman No: AD-FR-41 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Olay adı:		Başlangıç tarihi:	
Yer:			
Sayfa Numarası:			

Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, kaynaklar, nakil, yöntemler, ekipman, malzemeler, vb.)	Müdahale (Beklenen sonuçlar, kim ne yapıyor, ne zaman, nasıl, katkı sağlayan kişiler, tedarikçilerin irtibat bilgileri, zaman çizelgesi, vb.)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)	İzlem, Takip ve Durum (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)
Kayıt Sorumlusu				

	 YÖNETİMİ KAYIT FORMU		Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
	Olay adı:	Başlangıç tarihi:	
Yer:			
Sayfa Numarası:			

Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, kaynaklar, nakil, yöntemler, ekipman, malzemeler, vb.)	Müdahale (Karar verenler kimler, Kim ne yapıyor, Ne zaman, Nasıl, Zaman çizelgesi)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)	İzlem, Takip ve Durum (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)
Kayıt Sorumlusu				
1)Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) Departman/Servis/Birimler, Kurumlar Arası Koordinasyon, İş Güvenliği ve Halkla İlişkiler Bölümü vb. tarafından doldurulacaktır. 3) OYM 'de bulundurulur ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.				

		BİLGİ YÖNETİMİ GENEL TAKİP FORMU		Doküman No: AD-FR-49 Yayın Tarihi :21.04.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Tarih ve Saat	Paylaşılan Bilgi (Ne, nasıl ve kilit unsurlar)	Bilgi Alıcısı (Görevi ve adı, irtibat bilgileri)	Alınan Kararlar (Ne, neden, yeni irtibatın kurulma zamanı, nasıl)	Diğer İlgili Unsurlar ve Yorumlar

Olay Yönetim Ekibi tarafından kullanılır

Form-29 Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu

	HASTANE İÇİNDE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU	Doküman No: AD-FR-15 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Olay Adı		Başlangıç Tarihi:
Olay Yeri		
Sayfa Numarası:		

[illegible]

Form-30 Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu

	SAĞLIK YETKİLİLERİYLE BİLGİ PAYLAŞIMI FORMU	Doküman No: AD-FR-19 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Olay Adı		Başlangıç Tarihi:
Olay Yeri		
Sayfa Numarası		

[illegible]

	PSİKOSOSYAL RİSK ANALİZİ FORMU	Doküman No: AD-FR-32 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Ad Soyad	:	
Yaşınız / Cinsiyetiniz	:	
İkametgah Adresiniz	:	
Ev Telefonu / Cep Telefonu	:	
AÇIL BİR DURUMDA ULAŞILACAK KİŞİLERİN BİLGİLERİ		

İsim Soyisim / Telefon	:
Medeni Durumunuz	☐ Bekar ☐ Ayrı yaşıyor ☐ Dul
	☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Birlikte yaşıyor
Tedavi gerektiren psikolojik bir hastalık geçirdiniz mi?	☐ Hayır
	☐ Evet (belirtiniz.....)
Kronik ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?	☐ Hayır
	☐ Evet (belirtiniz.....)
Sürekli kullandığınız bir ilaç veya özel bir gereksiniminiz var mı?	☐ Hayır
	☐ Evet (belirtiniz.....)
Kendinize zarar verici davranışlarınız oldu mu ?(bedeninize, kollarınıza kesiler atmak gibi)?	☐ Hayır
	☐ Evet (belirtiniz.....)
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi aldınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Kullanmıyorum
Herhangi bir engeliniz var mı? Varsa engel türünü belirtir misiniz?	☐ Yok ☐ Duyma ☐ Görme
	☐ Fiziksel ☐ Zihinsel
	Varsa ihtiyaç belirtiniz.....
Hanenizde engelli birey var mı? Varsa engellilik türünü belirtiniz?	☐ Yok ☐ Duyma ☐ Görme
	☐ Fiziksel ☐ Zihinsel
	Varsa ihtiyaç belirtiniz.....
1) Planlama ve operasyon aşamasında kullanılabilir (diğer form kategorisi) 2) Çalışan tüm personel tarafından doldurulur. 3) Hastanenin insan kaynakları biriminde bulundurulur, HAP 'ın ekine konmaz .	

Form-32 Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu

	AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU	Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar:.. Sayfa No :1/3
		Tarih/...../..... Saat -/.....
Olayın Adı:		
Açıklama: Görevli pozisyonların aktivasyonu sona erdirildiğinde ve tüm kaynakların kullanımı sonlandığında doldurulacaktır. Görevli pozisyonların aktivasyonunun sona		

endirilmesi ve tüm kaynakların kullanımının sonlandırılması; sadece aşağıdaki kutucuklar doldurulduğunda, tüm malzemeler bakımları yapılmış şekilde teslim edildiğinde ve tüm dokümanlar Dokümantasyon Sorumlusu'na iletildiğinde mümkün olacaktır. Bölüm sorumluları, afet/acil durum sonlandırıldığında, formda kendilerine ayrılmış bölümü imzalamalıdır		
HAP BAŞKANI	NOT	PARAF
Tüm birimler, dallar ve servisler tahliye edildi.		
Tüm evraklar rapor oluşturulması için toplanarak gözden geçirildi.		
Personele, paydaşlara ve medyaya yönelik sonuç raporu hazırlanarak dağıtımı yapıldı.		
Tüm klinik operasyon normale/olay öncesi rutinine geri döndü.		
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı devre dışı bırakıldı.		
BASIN VE HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU	NOT	PARAF
Medya sonuç brifingi hazırlandı, onaylandı ve dağıtıldı.		
Personel ve hasta sonuç brifingleri hazırlandı onaylandı ve dağıtıldı.		
Sosyal medya son gelişmelere göre güncellendi.		
KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm paydaş ve harici kurumlara Hastane Olay Yönetim Merkezi ile Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planının devre dışı bırakıldığı ve rutin operasyon prosedürlerine döndüğü bilgisi verildi.		
İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Bina güvenliği son denetimi tamamlandı ve raporlandı.		
Tüm olası tehlikeler belirlendi ve çözüldü.		
Tüm mekanlar/tehlikeler güvenli bir şekilde tekrar kullanım için onarıldı /azaltıldı.		
Tüm ilgili düzenleyici kurumlar bilgilendirildi.		
Tüm güvenlik özellikli evraklar tamamlanarak onaya sunuldu.		
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	NOT	PARAF
Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU.....(Branş)	NOT	PARAF
Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
ALAN SORUMLUSU		
Müdahalede kullanılan tüm araç ve gereçler depoya veya müdahale öncesindeki yerine geri gönderildi.		
Tüm personel bilgilendirildi ve günlük çalışmalarına geri döndü.		
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm hasta işlemleri ve randevular tekrar takvimlendirildi.		
Tahliye edilen tüm hastalar ve aile üyeleri bilgilendirildi.		
Tüm klinik bilgilendirme/işlemler/görüşmeler elektronik sisteme kayıt edildi.		
Alternatif bakım üniteleri devre dışı bırakılarak müdahale öncesi işleyişe geridöndü.		
Müdahale sürecinde kullanılan medikal malzemeler ve ekipmanlar müdahale öncesi işleyişe geri döndü.		
Personel şefleri müdahale öncesi işleyişe tekrar geri döndü.		
Bölümlerdeki tüm birimler bilgilendirildi ve devre dışı bırakıldı.		
ALTYAPI SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm hasar tespiti tamamlanarak, sonuç raporu operasyon ve planlama sorumlularına aktarıldı.		
Operasyon Bölüm Şefi tarafından alt yapı sistemleri ve ekipmanlar onarımdan geçirilmesi sağlandı ya da yeni bir hazırlık yapıldı.		
Tüm üniteler/birimler müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
Kritik sistemler kontrol edildi.		

Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
GÜVENLİK SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tesis ve/veya kampüsün giriş ve çıkışlarının kapatılması işlemi askıya alındı.		
Güvenlik nedeniyle sayısı arttırılan güvenlik personeli bilgilendirilerek, güvenlik personeli sayısı olay öncesi sayısına indirildi.		
Müdahale süresince ek olarak kullanılan güvenlik tedbirleri artık devre dışı bırakıldı.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU	NOT	PARAF
Dekontaminasyon işleyişi sonlandırılarak tüm malzeme, ekipman ve personel müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
Dekontaminasyon sürecinde toplanan su güvenli bir şekilde toplanarak güvenli bir şekilde kontrol altına alındı.		
Tüm yetkililer dekontaminasyon sürecinde toplanan suyun uygun şartlarda tahliye edilmesi hakkında bilgilendirildi.		
Dekontaminasyon işlemine dahil olan personel tıbbi kontrolleri yapılarak, izlem altına alındı.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
İŞ SÜREKLİLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bilgi girişindeki aksaklıklar giderildi ve veriler kurtarıldı.		
HASTA YAKINI DESTEK SORUMLUSU		
Yeri değiştirilen servislerde kullanılan tüm malzeme ve ekipman geri yerleştirildi.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm izlem araçları toplanarak depoya gönderildi.		
DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm izlem araçları istiflenerek depoya gönderildi.		
DOKÜMANTASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
Müdahale esnasında oluşturulan veya kullanılan tüm evraklar teslim alındı.		
Tüm evraklar incelenmek üzere ilişkilendirildi ve kategorize edildi.		
ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
Onaylanmış afet ve acil durum sonlandırma formunda içeren evraklar, Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm iletişim ekipmanı hazırlıklı olma sürecine geri döndü. 1. Telsizler ve bataryalar şarj merkezlerine yerleştirildi. 2. Yedek afet telefonları depoya gönderildi. 3. Uydu telefonları toplandı ve şarja yerleştirildi. 4. Hastane Olay Yönetimi Merkezi iletişim ekipmanları depoya gönderildi.		
Yerleştirilen tüm bilgi teknolojisi ekipmanları toplandı, incelendi; olaya özgü tüm veriler kaldırılarak arşivlendi.		
Tüm yiyecek/su stokları günlük işleyiş seviyesine çekildi.		
Tek kullanımlık yiyecekler ve besinler menüden çıkarıldı.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Müdahalede kullanılan tüm malzeme ve ekipmanlar incelendi, temizlendi ve günlük kullanıma ya da depoya geri gönderildi.		
Kalibrasyon veya tamir gereken tüm ekipmanlar bakım sürecine girdi.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
SATINALMA SORUMLUSU	NOT	PARAF

Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm zaman çizelgeleri ve diğer dökümantasyon araçları toplanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm sigorta formları tamamlandı ve poliçelere başvuruldu (var ise).		
TAHAKKUK SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm maliyet raporları tamamlandı.		
Tüm ödenmemiş harcamalar, faturalar, satın alma talimatları, çekler, banka kartları çözümlendi.		
BÜTÜN POZİSYONLAR	UYARILAR	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Rolünüze ilişkin kullanılan tüm yanıt ve iyileşme ile ilgili tüm cihaz ve aletlerin tamiri yapıldı, şarj edildi, eksikleri tamamlandı ve depoya gönderildi.		
Günlük supervisore günlük işleyişe tekrar dönülmesiyle ilgili bilgi verildi.		
Hazırlayan Ad Soyad: _____ Görevi: _____ Tarih/Saat: _____ İMZA Uzmanlık Alanı: _____ Tesis Binası: _____		
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır (diğer kategorisinde yer alan form). 2) Formda yer alan sorumlular tarafından doldurularak imzalanır. Bu işlemin sekreteryası acil durum sonlandırma sorumlusu tarafından yürütülür. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır		

Form-33 Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu

	HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU	Doküman No: AD-FR-29 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Olay: (Bu bölüme bir veya iki cümle ile bilgi notunun hangi olay ve duruma istinaden hazırlandığı yazılacak.)		
Bilgiler:		
Olay;		
a) Meydana geldiği tarih ve saat:		
b) Bildirilme tarih ve saati:		
c) İhbarı yapan kişi /Birim:		
d) Meydana geldiği yer /Birim:		
e) Meydana geliş şekli*:		
* (Eğer olay hastane kaynaklı ise; nerede, hangi nedene/ kime /nasıl ve neye bağlı olarak meydana geldiği ile nasıl geliştiği yazılacak.)		
Olaya Müdahale Bilgisi		
a) Aktivasyon bilgileri (Buraya, hastanenin hangi birimlerinin sürece nasıl dahil olduğu yazılacak) :		

b)Olaya özgü ekipman ve araç kullanımı bilgileri:
c)Olaya müdahil edilen diğer ekip ve paydaşlara ait bilgiler (Buraya, olaya müdahil olan diğer kamu kurumu ve STK bilgileri yazılmalıdır.):
d)Olayın Sonuçları:
I. Ölü Sayısı (kimlikli ve kimliksiz) (Total sayılar yazılacak):
II. Yaralı (Total sayılar yazılacak.):
III. Başka Hastaneye sevk edilen hasta sayısı:
IV. Ameliyat edilen hasta sayısı:
V. Yoğun bakımda yatan hasta sayısı:
VI. Çalışan Sağlık Personeli Sayısı:
VII. Çalışan Hekim Sayısı:
VIII. Çalışan Destek Hizmet Personel Sayısı:
IX. Olaydan etkilenen Hastane Personel Sayısı:
X. Diğer etkiler (Buraya vaka sırasında müdahale eden sağlık personeli, malzeme ve ekipmanların gördüğü zararlar yazılacak)
Alınan Tedbirler
(Devam eden olaylarda; planlanan sağlık tedbirleri ve ihtiyaçları yazılacak.)
Sonuç
(Buraya olayın başlangıcı, sonlandırılış tarih ve saati yazılarak; toplam müdahale süresi bilgisi girilecek.)
5.Hazırlayan Personel/Yönetici
.../.../.... .../.../.... .../.../....

(Hazırlayanların raporu hazırlayıp bitirdiği saat ve tarih olarak yazılıp isimlerinin altına eklenecek.)

Form-34 Diyaliz Bilgisi Formu

	DİYALİZ BİLGİ FORMU				Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar:... Sayfa No :1/1
	Birim Adı	Cihaz Sayısı	Yedek Cihaz Sayısı	Sağlık Personel Sayısı	Hekim Sayısı

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. Hastane başka özellikli hizmet sunuyorsa onlar için de ayrı form oluşturmaktadır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form-35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu

OPTIMED		HASTANE YATAK-ODA BİLGİSİ FORMU				Doküman No: AD-FR-27 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1	
Departman/ Servis/Birim Adı	Yatak Sayısı	Arttırılabilir yatak Sayısı	Yer (Blok adı, kaçıncı kat vb.)	Muayen e Oda Sayısı	Ameliyathan e Sayıları	Ameliyathan e Oda Sayıları	Ameliyathan e Masası
Müşahede Servisi	12	5	7. kat				
Dahiliye Servisi	14	6	6.kat				
Cerrahi Servis	13	6	5.kat				
Kadın Doğum Servisi	6	5	4.kat				
Ameliyathane					1	4	4
Acil Servis	10	5	-1. kat				
Yetişkin Yoğun Bakım	17						
Yenidoğan Yoğun Bakım	13						

[illegible]

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form-36 Personel Bilgi Formu

OPTİMED		PERSONEL BİLGİ FORMU						Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :
Sıra No	Adı	Soyadı	Unvanı	Çalıştığı Birim	GSM Tel No	E Posta	Ev Adresi	Açıklama (Özel Durum Belirtilecek)
1	Aleyna	KUVAÇ	Odyoloji Teknikeri	Odyoloji	530 307 92 07	aleynakuvac@optimedglobal.com	SELİMPAŞA MAH. 3024.SOK NO:4/2 SİLİVRİ/İSTANBUL	
2	Aleyna	ÖZKAN	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	535 823 37 05	aleynaozkan@optimedhastanesi.com	REŞADİYE MAH. ATATÜRK BULVARI BEZGİN APT. NO:22 K1 D4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
3	Ali	ÜZBAŞ	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	546 554 69 24	aliuzbas@optimedglobal.com	GAZİLYAS MAH. ESKİ DEBBAY CAD. ONARAN APT. BLOK NO:40/3 EDREMİT/BALIKESİR	

4	Arzu Ceren	ÇİFTÇİ	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetleri	542 631 00 59	arzucerenc@gmail.com	ALİ PAŞA MAH.AHMET HAMDİ GÜRPINAR CAD.MENEKŞE A BLOK NO:7/11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
5	Aslı	ŞEMİN	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5380 2724 71	aslisemih@optimedglobal.com	CEMALİYE MAH.ŞEHİT ARİF ÇEKİÇÇİOĞLU SOK.ARDA APT.NO:48/17 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
6	Aybars	ATEŞ	Acil Tıp Teknisyeni	Hasta Hizmetleri	530 417 09 21	aybarsates14@gmail.com	ALİ PAŞA MAH.ŞELELE SOK.NO:20/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
7	AYNUR	YENİCELİ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Hizmetleri	5454 5395 83	aynuryeniceli@optimedglobal.com	ŞEYHSİNAN MAH. KARANFİL 4. SOK. NO.31/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
8	Aysel	DEMİR AYAT	Ayaktan Hasta Danışmanı	Hemşirelik Hizmetleri	538 399 48 40		ZAFER MAH.CUMHURİYET BUL.ARMADA CİTY B6 BLOK NO:5-14/19 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
9	Aysel	TEZCAN	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Hizmetleri	5388 8942 46	ayseltezcan@optimedglobal.com	HAVUZLAR MAH.KARAKAŞ CAD.GÖNEN APT.NO:8J/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
10	Aysel Buse	RAHVAN	Biyomedikal Sorum.	Teknik Servis	546 451 8418	ayselbuserahvan@optimedhastanesi.com	MUHİTTİN MAH. ATATÜRK BULV. DOĞAN APT. NO:47/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
11	Aysu	ÜNSAL	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetleri	537 055 45 74	aysuunsal@optimedglobal.com	ESENTEPE MAH. SANCAK CAD. 1.SOK YILDIRIM KENT SİTESİ UFUK APT. NO.1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12	Aysun	ÖZDEMİR	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	542 816 97 33	aysunozdemir@optimedglobal.com	MUHİTTİN MAH. FAZİLET SK. B BLOK SİTESİ N:20/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
13	Ayşe	KUŞ	Bulaşıkçı	Destek Hizmetleri	5318 2352 17	aysekus@optimedglobal.com	ÇOBANÇEŞME MAH.MUSTAFA KEMAL 1.SOK.YILMAZ APT.NO:32/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
14	Ayşe	ÖZTÜRK	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5443 3544 84	ayseozturk@optimedglobal.com	REŞADİYE MAH.KORKMAZ SOK.KAÇMAZER APT.NO:2/4-11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15	Ayşe Sena	DERE	Yatan Hasta Danışmanı	Yatan Hasta Hizmetleri	5523 0512 38	Ssenadere79@gmail.com	REŞADİYE MAH.KURŞUN SOK. EDİBE HANIM APT. NO:10/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
16	Aysegül	GENÇEL	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetleri	552 086 23 26	1aysegulkorkmaz@gmail.com	ÇOBANÇEŞME MAH.TUNAY SOK. NO:14 İÇ KAPI NO:1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
17	Ayşenur	ERDEM	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5435 0864 09	aysenurerdem@optimedglobal.com	RUMELİ MAH.CENAP ŞEHABETTİN SOK.NO:28/6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

18	Ayşe nur	GÜRBÜ Z	Ebe	Hemşire lik Hizmetl eri	543 832 28 44	aysenurgurbuz @optimedglob al.com	REŞADİYE MAH. YENİEVLER 1. SOK. SARIKONUTLAR A BLOK ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19	Ayşe nur	KENG R ACAMI	Paramedi k	Hasta Hizmetl eri	542 549 68 83	aysenurkenger acami@optime dhastanesi.co m	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. ERGENE VADİSİ B/3 D/46 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20	Aytül	KÖSTE KÇi	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5342 3475 07	aytulkostekci@ optimedglobal. com	MUHİTTİN MAH. AYDIN EVLER CAD. BAŞAK EVLERİ NO:40/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
21	Azize	ERKAR TAL	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	544 671 67 85	azizeerkartal@ optimedhastan esi.com	ALİPAŞA MAH. NURULLAH ATAÇ SOK ÇAYKENT APT. BLOK NO:14/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
22	Bahar	BALAN DI	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	5302 3433 16	baharbalandi @optimedglob al.com	ŞEYHSİNAN MAH. ÇOBAN ÇEŞME 2. GEÇİT SOK. İYILDAK APT. NO:23/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
23	Bahar	GÜLTE N	İdari Tıbbi Sekreter	İdari Tıbbi Sekreter lik	541 728 40 32	bahargulten@ optimedhastan esi.com	KAZİMİYE MAH. KARADENİZ CAD. E BLOK NO:37E/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
24	Bahar	KAYAR	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetl eri	545 587 71 90	kayarbahar532 @gmail.com	Kemalettin mah şadırvan sok no:29 Çorlu	
25	Behic e	AYBİRD İ	Paramedi k	Hemşire lik Hizmetl eri	5332 6264 94	behiceaybirdi @gmail.com	BAHÇELİEVLER MAH. LALE 1.SK ELÇİOĞLU APT. BLOK NO:4/2 MARMARAEREĞLİSİ/TEKİRDAĞ	
26	Benna	KASAP	Yatan Hasta Danışman ı	Hasta Kabul Hizmetl eri	541 793 72 18	kasapbenna@ gmail.com	MUHİTTİN MAH. YAVUZ SELİM CAD. UMUT YAPI KOOP. SİTESİ NO:14/16 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
27	Berfi n	KURTU LUŞ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	5414 3376 43	berfinkurtulus 26@gmail.com	ALİ PAŞA MAH. KÖPRÜLÜ SOK. NO:2-2/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
28	Berka n	GÜRSE S	Paramedi k	Hemşire lik Hizmetl eri	5388 6919 08	berkangurses @optimedglob al.com	AŞAĞI ZAFERİYE MAH. AHMET GÜRSOY CAD. NO:18 KEŞAN/EDİRNE	
29	Berna	BAYDA R	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	5438 1740 76	bernabaydar0 @gmail.com		
30	Berra k	SIRTAŞ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	5061 6992 22	berraksirtass@ icloud.com	BEYLİK MAH. 4. GÖÇMENLER SOK. NO:111/1 PINARHİSAR/KIRKLARELİ	
31	Beste	YORUL MAZ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetl eri	546 954 59 99	Beste18yorulm az@gmail.com	BAHÇELİEVLER MAH. SAADET SK. NO:11/3C MARMARAEREĞLİSİ/TEKİRDAĞ	

32	Beyza nur	BİLGİN	Yatan Hasta Danışman ı	Yatan Hasta Hizmetl eri	531 955 95 97	beeyzanurbilgi n@gmail.com	MUHİTTİN MAH.BAĞIÇI SOK.BAHAR EVLERİ SİTESİ A BLOK NO:16/21 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
33	Bilge	ÜNER	Paramedi k	Hemşire lik Hizmetl eri	5462 4011 71	bilgeuner@opt imedglobal.co m	KAZİMİYE MAH. DADALOĞLU CAD. AKGÜN VİLLARI NO:44 59760 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
34	Bilge n	NARİN Ç	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	545 255 73 53	bilgen_1990@ outlook.com	TÜRKGÜCÜ MAH. TÜRKGÜCÜ 5.SK NO:56/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
35	Binnu r	USLU	Yatan Hasta Danışman ı	Yatan Hasta Hizmetl eri	5423 8478 81	binnuruslu59 @gmail.com	NUSRATİYE MAH. ALİPAŞA İLKÖĞRETİM ARKA SOK. VİLDAN APT. NO:7/9 -8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
36	Buket	BAYRA KTAR	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	544 911 66 18	buketbayrakta r@optimedhas tanesi.com	REŞADİYE MAH. SEVİNÇ SOK. NO:9/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
37	Buket	ŞAHİN	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	544 861 22 42	buketsahin@o ptimedhastane si.com	HAVUZLAR MAH.KARAKAŞ CAD.GÜZESU APT.NO:60/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
38	Burç n	BAŞAR AN KIZILTE PE	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	5355 6721 59	burcinbasaran kiziltepe@opti medglobal.co m	HÜRRİYET MAH.TÜRKAN SAYLAN CAD.NO:6-8/1-6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
39	Burç n	YÜKSEL	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	5546 6186 82	burcinyuksel@ optimedglobal. com	ŞEYHSİNAN MAH.KARANFİL 3.SOK.KAZIM ER APT.NO:5/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
40	Buse	GÜNAY DIN	Paramedi k	Hemşire lik Hizmetl eri	535 656 93 77	busegunaydin @optimedhast anesi.com	MARMARACIK MAH. 1964.SK. NO:1/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
41	Buse	TALMA Z	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	542 559 17 79	busetalmaz23 @gmail.com	ŞEYHSİNAN MAHALLESİ ARPALIK 1.SOKAK DR.NECATİ SANSARCI APARTMANI NO1 KAT:5 DAİRE:25	
42	Buse	VAROL	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5317 6840 51	busevarol@op timedhastanes i.com	YEŞİLTEPE MAH. MEHMET AKİF ERSOY CAD. NO:79/3 ERGENE/TEKİRDAĞ	
43	Büşra	TUĞCU OĞLU	Laboratuv ar Tekn.	Laborat uvar	545 582 15 87	busratugcuogl u@optimedglo bal.com	MUHİTTİN MAH. SÜLEYMANPAŞA CAD. SALİHKENT B BLOK NO:9 İÇ KAPI NO:18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
44	Cans u	ERKOÇ AK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetl eri	537 515 72 49	cansuerkocak @optimedhast anesi.com	CUMHURİYET MAH.1355SK. NO:18 İÇ KAPI NO:3 ERGENE/TEKİRDAĞ	
45	Ceren	GÖÇM EN	Yatan Hasta Danışman ı	Yatan Hasta Hizmetl eri	552 451 42 35	Cerengocmen9 6@gmail.com	REŞADİYE MAH.MANDIRACI 2.ARALIK SOK.ŞENER APT.NO:1- 4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

46	Ceren	GÖRKE M	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	541 246 59 00	cerenkizilkan@optimedglobal.com	ESENTEPE MAH.ADNAN DOĞU CAD.ORKİDE BLOK NO:1M/19 ÇORLU	
47	Ceren	KESKİN	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5368 7551 53	cerenkeskin@optimedhastanesi.com	HAVUZLAR MAH. DOSTLUK CAD. NO:13/10 ÇORLU TEKİRDAĞ	
48	Ceren	ÜLKÜ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetl eri	5464 5618 24	cerenl62219@gmail.com	ŞEYHSİNAN MAH. ÇUKUR ÇEŞME SOK. KÜÇÜKOĞLU APT. NO:8/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
49	Cihan	ÇÖMLE K	Bilgi İşlem Gör	Bilgi İşlem	536 430 18 46	cihancomlek@optimedhastanesi.com	RUMELİ MAH. KUMRU CAD. BULUTLU SOK. AYDEDE 7 SİTESİ KAT:2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
50	Çiğdem	AKGÜL	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	5414 1833 16	cigdemakgul@optimedglobal.com	REŞADİYE MAH.MEHMET AĞA SOK.NO:89/K ÇORLU/TEKİRDAĞ	
51	Çilem	ESEND EMİR KARA	Sorumlu Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	542 782 22 59	cilemesendemi r@optimedhastanesi.com	ESENTEPE MAH.SANCAK 1.SOK.ALTAY SİTESİ B BLOK NO:6B-21 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
52	Daml a	AKYÜZ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetl eri	542 743 28 45	damlaak100@gmail.com	Esentepe Mahallesi Adnan Doğu Caddesi Ergene Vadisi Sitesi A3 69 Çorlu / Tekirdağ	
53	Daml a	ARTAR	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	5510 1472 87	damlaartar@optimedglobal.com	TÜRKGÜCÜ MAH.TÜRKGÜCÜ 4.SOK.NO:52/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
54	Deme t	KOKU M	Laboratuv ar Tekn.	Laborat uvar	5366 0405 23	demetkokum9 4@gmail.com	Muhittin mah. fazilet sokak ahmet hasçelik apt kat 1 d 2	
55	Ebru	ASLAN	Ameliyat hane Sor	Hemşire lik Hizmetl eri	544 723 83 29	ebruaslan@optimedhastanesi.com	Muhittin Mahallesi Zeytindalı Sokak Akasya Apartmanı Blok:25 Kat:5 Daire:11 Çorlu/Tekirdağ	
56	Ebru	KARTAL	Sorumlu Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	546 867 43 34	ebrugur_59@hotmail.com	muhtin mah. tütün sok. kınık apt. B blok no:10 daire:21 çorlu/tekirdağ	
57	Ebru	USTA	Ayaktan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetl eri	541 445 13 75	ebruusta@optimedglobal.com	NUSRATİYE MAH. MAVİLİ BAHÇE 5.SK. EVREN ÇINAR APT. BLOK NO:1/18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
58	Ece Berra k	OSMA NOĞLU	Kurumsal İletişim Uzm.	Kurums al İletişim	541 693 28 21	eceosmanoglu @optimedhastanesi.com	MUHİTTİN MAH. ANT SK. HAMZA KELEŞ APT. BLOK NO:12-14/6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
59	Ecehan	SEDA	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	542 433 12 26	ecehanseda@gmail.com	REŞADİYE MAH.YUNUS EMRE 4.SOK.KARDEŞLER APT.BLOK NO:3/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
60	Elçin	ESEN EŞİYOK	İnsan Kaynaklar	İnsan Kaynakl arı	538 568	elcinesen@optimedhastanesi.com	MUHİTTİN MAH.PLEVNE CAD.SERÇE SOK.HAMDİ	

			Uzman Yard		64 64		İBRAHİM KRİSTAL KONAKLARI D BLOK K:1 D:4 ÇORLU TEKİRDAĞ	
61	Elçin	SÜLEYMANOĞLU	İşletme Direktörü	İdari İşler	541 459 49 40	elcinsuleymanoglu@optimedhastanesi.com	Esentepe Mah, Adnan Doğu Cd. Emlak Konutları 1. Kısım, Mimoza 1 Apt. Kat 3 D.13, Çorlu	
62	Elif	AYTAÇ	Anestezi Tekn.	Anestezi	539 893 96 19	elifaytac@optimedglobal.com	ŞEHİNCAN MAH. ÖĞRETMEN EVLER CAD. 19. BLOK SİTESİ NO:25/17 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
63	Elif	KILIM	Yatan Hasta Danışmanı	Yatan Hasta Hizmetleri	5448 5433 39	elifkilim3@gmail.com	ALİPAŞA MAH.KILIÇ ALİPAŞA CAD.NO:10/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
64	Elif	TEKELİ	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5308 3363 10	eliftekeli@optimedglobal.com	ŞEHİNCAN MAH.ÇORLU PARK KONUTLARI D BLOK NO:44 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
65	Elmas	ÇAKIR	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	541 619 53 40	elmascakil@optimedglobal.com	YEŞİL TEPE MAH. YİĞİT SK. NO:3/2 ERGENE/TEKİRDAĞ	
66	Elvan	ABAK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	542 496 49 91	elvanabak@optimedhastanesi.com	KEMALLETİN MAH. MENEKŞE SOK. FERAH APT. BLOK NO:17/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
67	Emel	ÇAĞLAYAN	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	545 535 31 28	emelcaglayan@optimedhastanesi.com	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. Çağdaş Kent sitesi b/blok daire 8	
68	Emel	VURAL	Acil Tıp Teknisyeni	Hemşirelik Hizmetleri	543 466 57 51	emelvural8459@gmail.com	NUSRATİYE MAH.ALAGÜL SK. SİDAR APT. BLOK NO:26/3 ÇORLU/ TEKİRDAĞ	
69	Emel	ZEYBECİK	Hasta Hizmetleri Müdürü	Hasta Hizmetleri	542 481 23 22	emelzeybecik@optimedhastanesi.com	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. SARDUNYA 2 BLOK İÇ KAPI NO:68 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
70	Emin e	ÇABUK	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	Nöbetçi İşletme Yönetimi	541 661 80 61	eminecabuk@optimedhastanesi.com	NUSRATİYE MAH.ERDAL İNÖNÜ CAD.AKEMLER SİTESİ NO:83/7 ÇORLU	
71	Eren	KIRIK	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	541 518 01 59	erenkirik@optimedglobal.com	ALİĞAŞA MAH. TAŞKENT CAD. MERİH 2.BLOK NO:33 İÇ KAPI NO:11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
72	Ertan	DÖNMEZ	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	Nöbetçi İşletme Yönetimi	539 556 42 56	ertandonmez@optimedhastanesi.com	YAVUZ MAH.NARİN SOK.NO:12/2 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
73	Esin	SEVER	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Hizmetleri	5414 2118 17	esinsever60@gmail.com	NUSRATİYE MAH. ALİPAŞA İLKÖĞRETİM ARKA 1.SOK. NO:17/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
74	Esmenur	YILDIZ	Hemşire	Hemşirelik	537 390	esmanurkara45@gmail.com	MUHİTTİN MAH.NAKİŞ SOK.NO:21/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

				Hizmetl eri	04 68			
75	Esra	KOCAA LİOĞLU	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	5385 4831 20	esrakocaaliogl u@optimedglo bal.com	KAZİMİYE MAH. DADALOĞLU 2.ARALIK DEFNE AP. NO:8 D:8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
76	Esra	PALA	Radyoloji Tekn.	Radyolo ji	5300 9633 70	esra.pala.22@ hotmail.com	ŞEYHSİNAN MAH.ARPALIKSOK.BİLGİN APT.NO:6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
77	Esran ur	TOK	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5453 6029 22	esranuryildirim 2922@gmail.c om	ŞEYHSİNAN MAH. DERİNYOL SK. ÖZTUNALI APT. NO:16/3 ÇORLU TEKİRDAĞ	
78	Ezgi	DİNÇ	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	535 029 46 86	ezgiozduk@opti medhastanesi. com	ŞEYHSİNAN MAH.ATATÜRK BUL.NO:100/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
79	Fatm a	ÇITIRKI	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5526 4273 10	fatmacitirki@o ptimedglobal.c om	RUMELİ MAH.ŞAKAYIK SOK.C BLOK NO:4C/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
80	Fatm a	ESMER	Radyoloji Tekn.	Radyolo ji	533 567 42 92	fatmasevilmi s@optimedhast anesi.com	Muhittin mh. Zeytindalı sok. Kristal evleri C blok Kat:2 Daire:11 ÇORLU	
81	Fatm a	ŞENTÜ RK	Bulaşıkçı	Destek Hizmetl eri	5424 1382 41	fatma595951 @gmail.com	CEMALİYE MAH.KÖPRÜ SOK.KUZKAYA APT.NO:3/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
82	Fatm a Nur	ÖZEN	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	551 678 56 42	fatmanurozen @optimedglob al.com	KEMALLETİN MAH. ŞEHİT ATEŞE AHMET YÖRÜK SOK. NO:40/6 ÇORLU /TEKİRDAĞ	
83	Fehm iye	UÇAR	Radyoloji Tekn.	Hemşire lik Hizmetl eri	5436 7644 10	fehmiyeucar@ optimedglobal. com	ŞEYHSİNAN MAH. KARA SÜLEYMAN SOK. HACER HANIM AP. NO:4 KAT:2 D:5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
84	Ferah	TOKALI	Bulaşıkçı	Destek Hizmetl eri	5444 6730 83	ferahtokali@o ptimedhastane si.com	REŞADİYE MAH. ŞİNASİ KURŞUN 5.SOK.NO:8/10/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
85	Firde vs	OCAKT AR	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	5551 8487 91	firdevsocaktar @optimedglob al.com	KAZİMİYE MAH.DADALOĞLU CAD.NO:3/124 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
86	Gamz e	SERTA Ç	Ebe	Hemşire lik Hizmetl eri	534 209 30 56	gamzeatasoy@ optimedhastan esi.com	RAŞADİYE MAH. ATATÜRK 2.SK HAFİZE SULTAN BLOK NO.2-3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
87	Gazi	KURT	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	5457 8092 87	Kurtgazi444@g mail.com	ŞEYH SİNAN MAH. ORMANCI SOK.GÜRSOY APT. NO: 16/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
88	Gökç e	GÜLOĞ LU	Yatan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetl eri	538 884 84 88	gokcegulogluu @gmail.com	MUHİTTİN MAH.ARI SOK.A BLOK NO:4-2/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

89	Gökçe	ÖZKAN	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5369 7370 24	gokceozkan@optimedglobal.com	ATATÜRK MAH.324.SOK.NO:54 KÜÇÜKÇEKMECE/İSTANBUL	
90	Gözde	TÜFEKÇİ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Hizmetleri	5436 7829 09	gozdetufekci@optimedglobal.com	HATİP MAH.BEŞER SOK.TÜFEKÇİ APT.NO:7/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
91	Güler	ÖZÇELİK	Eczacı	Eczane	532 373 99 91	gulerozcelik@optimedhastanesi.com	MUHİTTİN MAH. ŞEBNEM SOK. CAN SİTESİ B BLOK NO:5-20 ÇORLU-TEKİRDAĞ	
92	Gülhan	KÜÇÜK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	545 341 23 68	gulhankucuk@optimedhastanesi.com	SAĞLIK MAH. DEDE KORKUT SK. YAMANLAR APT BLOK NO:4-1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
93	Gülşah	BEKTAŞ	Acil Tıp Teknisyeni	Hemşirelik Hizmetleri	5436 7930 95	gulsah_b.1987@hotmail.com	MUHİTTİN MAH.BAĞLARIÇI 3.SOK.ŞEHİT OĞLU APT.NO:53/16 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
94	Gülşah	ÇETİNKAYA	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5462 6001 80	gulsahcetinkaya@optimedglobal.com	REŞADİYE MAH. YUNUS EMRE ARALIĞI NO:10/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
95	Günay	SÖZLÜ	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetleri	531 622 83 87	gunaysozlu@optimedhastanesi.com	ÇOBANÇEŞME MAH.ATAY CAD.ÇİÇEKLER APT.SİTESİ NO:1/20 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
96	Güneş	KOYU	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5454 6507 44	guneskoyu@optimedglobal.com	ŞEYHSİNAN MAH.KUMYOL CAD.KÜÇÜKOĞLU APT.NO:62/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
97	Hacer	GİRGİN KILINÇ	Anestezi Tekn.	Anestezisi	545 437 47 14	anestezist_abc@hotmail.com		
98	Hakan	KAFA	Teknik Servis Sor	Teknik Servis	535 891 18 91	hakankafa@optimedhastanesi.com	KAZİMİYE MAH.DADALOĞLU CAD.B BLOK NO:62B/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
99	Hamide	CİNGÖZ	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	542 520 17 54	hamidecingoz@optimedhastanesi.com	NUSRATİYE MAH. KÖMÜRCÜ 1.SK. NO:23/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
100	Hande	ALTINAY	Acil Tıp Teknisyeni	Hasta Hizmetleri	553 479 27 76	haltinay497@gmail.com	ŞEYHSİNAN MAH. BÜLENT ECEVİT BULV. ORLU PARK SİTESİ NO:278D/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
101	Handenur	SÖNMEZ	Acil Tıp Teknisyeni	Hemşirelik Hizmetleri	5306 9070 95	h.nursonmez@outlook.com	Rumeli Mah.Bülent Ecevit Bul.Yeşil Koru Blok no:57/21 Çorlu Tekirdağ	
102	Harun	ÖNER	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	543 146 70 20	harunoner@optimedglobal.com	KARACAGÜR MAH. 5340 SK. 0 BLOK NO:7 MALKARA/TEKİRDAĞ	

103	Hasan	NERGİSLİ	Depo Sorumlusu	Lojistik / Depo	537 603 79 89	hasannergisli@optimedhastanesi.com	Ali Paşa Mah. Ahmet Hamdi Gürpınar Cad. Leylak C Blok Sitesi Leylak C Blok No:9/10 Çorlu/Tekirdağ	
104	Hasan	ŞENSOY	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5385 8625 31	hasansensoy@optimedglobal.com	SİLAHTARAĞA MAH. YALI ÇAPKINI SK. NO:3/3 ÇORLU TEKİRDAĞ	
105	Hatice	ŞAHİN	Destek Hizmetler Yöneticisi	Destek Hizmetleri	532 506 39 56	haticesahin@optimedhastanesi.com	ESENTEPE MAH. SANCAK 1.SK UFUK BLOK 6 NO:4/3 İÇ KAPI:6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
106	Hayriye	DEĞİRMENCİ	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	530 063 37 63	hayriyeyildiz1@icloud.com	KAZİMİYE MAHALLESİ ACIBADEM SOKAK NO:12 ŞELELE PARK 2 EVLERİ A BLOK KAT:1 DAİRE:9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
107	Hicran	ASLAN	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Hemşirelik Hizmetleri	532 667 17 66	hicranaslan@optimedhastanesi.com	ESENTEPE MAH.ADNAN DOĞU 2. SOK.DORUK EVLER SRTESO SİTESİ KILIÇOĞLU DORUK EVLERİ A BLOK NO:2A/19 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
108	Hilal	KALELİ	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5396 2535 67	hilalkaleli@optimedhastanesi.com	ALTINOVA MAH.ALIN TERİ SOK.EVRENOS APT. NO:12/1 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
109	Hilal	ORHAN	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5454 0215 67	hilalorhan@optimedglobal.com	ÇOBANÇEŞME MAH.MUSTAFA KEMAL 2.SOK.ÖZTUĞLU APT.NO:34/12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
110	Huriye	ÇETİN	Sorumlu Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5436 6034 10	huriyecetin@optimedglobal.com	ALİPAŞA MAH.ÇETİN EMEÇ BULV.NO:88-92/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
111	Hüseyin	AYDIN	Bilgi İşlem Gör	Bilgi İşlem	543 271 67 11	huseyinaydin@optimedhastanesi.com	KEMALLETİN MAH.ŞADIRVAN SOK.SAVAŞ 1 APT BLOK NO:11/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
112	İdan	AVCI	Anestezi Tekn.	Anestezisi	506 691 01 31	idanski@hotmail.com	KAZİMİYE MAH. SANCAK 1.SOK. ALTAY YAPI KOP.B BLK D1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
113	İpek	ŞENER	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Hizmetleri	5541 2682 87	ipekolojik@gmail.com	REŞADİYE MAH. MANDIRACI 25 ARALIK SK. AKEMLER APT. BLOK NO:13/5 ÇORLU TEKİRDAĞ	
114	İrem	AYAZ	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5459 4983 91	irem.ayaz.7@icloud.com	HACIEVHAT MAH. ÜÇLER SOK. NO:18/1 KAPI NO:4 MALKARA/TEKİRDAĞ	
115	İrem	SALKIMTAŞ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Destek Hizmetleri	5072 3911 42	iremsalkimtas@optimedglobal.com	ŞEYHSİNAN MAH.ŞAİR NEDİM 2.ARALIK SOK.NO:8/6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
116	İrem	SAYGI	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	546 893	iremsaygi@optimedglobal.com	REŞADİYE MAH. ATATÜRK BULVAR YOLU KÖSEM APT. NO:61 TEKİRDAĞ ÇORLU	

					05 43			
11 7	İrem Nur	ÖNER	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5304 2344 93	iremnrone98@gmail.com	RUMELİ MAH. BÜLENT ECEVİT BUL. NO:141/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
11 8	İsmail	UYMAZ	Paramedi k	Hemşire lik Hizmetl eri	544 783 99 43	ismailuymaz@ optimedhastan esi.com	ALİPAŞA MH.ULAŞ SK.C BLOK SİTESİ C BLOK NO:1D/8	
11 9	Kadri	KOÇHA N	Aşçı	Destek Hizmetl eri	5363 3116 52	kadrikochan@ optimedglobal. com	ULAŞ MAH.FESLEĞEN SOK.NO:15/6 ERGENE/TEKİRDAĞ	
12 0	Kadri ye	TÜRK	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	5076 8267 84	kadriyeturk@o ptimedglobal.c om	ERGENE SAĞLIK MAH.CEM SULTAN CAD.NO:24/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
12 1	Kübra	AYIK	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	5423 9165 97	1166501036@ nku.edu.tr	CEMALİYE MAH.ESKİ ÇERKEZKÖY 1.SOK.KAPLAN APT.ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 2	Kübra	BIYIK	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	530 825 12 50	kubrabiyyik@op timedglobal.co m	REŞADİYE MAH. YUNUS EMRE CAD.GÜÇLÜER APT. NO:56/18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 3	Leyla	TEKİN	Bulaşıkçı	Destek Hizmetl eri	5422 9559 80	leylatekin@opt imedhastanesi. com	HIDIRAĞA MAH.BARIŞ CAD.NO:21/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 4	Meht ap	ÖZKAN	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	534 820 11 10	mehtapozkan @optimedhast anesi.com	ŞEYHSİNAN MAH. ÖZLÜ SOK. ÇETİNKAYA APT BLOK NO:4/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 5	Mela hat	UZUN	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5388 7323 33	melahatuzun@ optimedglobal. com	RUMELİ MAH. ŞİNASİ KURŞUN CAD. SARIOĞLU SİTESİ NO:117 D:8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 6	Meld a Nur	EVİRGE N	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5426 8689 53	meldanurevirg en@optimedgl obal.com	ALİPAŞA MAH.BÜLENT ECEVİT BULV.ECE SİTESİ B BLOK NO:62/2-3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 7	Melik e	ALTUN TAŞ	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5300 4437 87	melikealtuntas @optimedglob al.com	NUSRETİYE MAH. ALİPAŞA İLKÖĞRETİM ARKA 2.ARALIK SOK. NO. 3/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 8	Melik e	KORK MAZ	Laboratuv ar Tekn.	Laborat uvar	5398 6107 60	korkmazmelike 0760@gmail.c om	HAVUZLAR MAH.SEDİR 2.ARALIK SOK.NO:12/6ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12 9	Melis	ÇELİKK AN	Radyoloji Tekn.	Radyolo ji	539 610 51 29	meliscelikkan @optimedglob al.com	ZAFER MAH. CUMHURİYET BULVARI ARMADA CİTY 1.ETAP F 2 BLOK D 3 ÇORLU TEKİRDAĞ	
13 0	Mera y	AKAR	Anestezi Tekn.	Hemşire lik Hizmetl eri	545 394 63 34	meray.celek@ gmail.com	RUMELİ MAH. ŞİNASİ KURŞUN CAD. B BLOK NO:131/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

131	Mert	GEDİK	Paramedik	Hemşirelik Hizmetleri	5395194243	mertgedik@optimedhastanesi.com	VELİMEŞE MAH.GEDİK CAD.NO:3/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
132	Mert	TEKE	Depo Görevlisi	Lojistik / Depo	5314959273	mertteke@optimedhastanesi.com	ANADOLU MAH.AMBER SOK.RİZELİ OĞLU APT.NO:12/8 ARNAVUTKÖY/İSTANBUL	
133	Merve	AVCI	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5312428696	merveavci@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH. 1330.SOK. NO:19/2 ERGENE/Tekirdağ	
134	Merve	SEVER	Laboratuvar Tekn.	Hemşirelik Hizmetleri	5438173996	mervesever@optimedhastanesi.com	HAVUZLAR MAH. YILDIZ SK. NO:3/2 ÇORLU TEKİRDAĞ	
135	Merve Nur	KÖKCÜ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Hasta Hizmetleri	5348897309	mervenurkokcu@optimedglobal.com	NUSRATİYE MAH. MİTHAT PAŞA CAD FAKAT EMİN APT. BLOK NO:25 İÇ KAPI NO:7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
136	Mine	AKGÜN	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	5342326044	mineakgun@optimedhastanesi.com	YULAFLI MAH.2604 SOK.NO:2 ERGENE/TEKİRDAĞ	
137	Mine	DOĞAN	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5438666637	minedogan@optimedglobal.com	KAZİMİYE MAH.BARBAROS 3.SOK.DOĞUKENT D BLK NO:6/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
138	Mustafa Hadi	KONBAL	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5345490073	mustafakonbal@optimedhastanesi.com	MUHİTTİN MAHALLESİ ŞİNASİ KURŞUN CADDESİ YAMAÇ APT.NO:91 KAT.1 D:2	
139	Müzeyyen Sena	ÇELİKSÖY	Paramedik	Hasta Hizmetleri	5423529440	senaceliksoy59@gmail.com	REŞADİYE MAH. ŞEHİT PİLOT ULAŞ TÜRK CAD. NO:40 D:9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
140	Nagihan	AKTAŞ	Kurumsal İletişim Uzm.	Kurumsal İletişim	5065310683	nagihanaktas@optimedhastanesi.com	Ali Paşa Mah. Ahmet Hamdi Gürpınar Cad.Şafak Ap. Kat:1 D:2 Çorlu / Tekirdağ	
141	Nagihan	DUMAN	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5550073149	nagihanduman@optimedglobal.com	KIRKKEPENEKLİ MAH.2010.SOK.NO:78/2 MURATLI/TEKİRDAĞ	
142	Nermin	AKSU	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	5454529505	nerminaksu@optimedglobal.com	ŞEYHSİNAN MAH.ORTANCA SOK.FATMA HANIM APT.BLOK NO:18/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
143	Neşe	ARSLAN	Anestezi Tekn.	Anestezi	5064461250	nesearslan@optimedhastanesi.com	NUSRADİYE MAH. ERDAL İNÖNÜ CAD. AKEMLER SİTESİ NO:83/1-2	
144	Neşe	SÜLÜŞOĞLU	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5342432992	neseslsghu@gmail.com	HAVUZLAR MAH. ORHAN KEMAL CD. NO:48/2 ÇORLU TEKİRDAĞ	
145	Niran	KURNAZ	Hemşire	Hemşirelik	552259	nirankurnaz@optimedhastanesi.com	BARBAROS MAH. TEKİN SOK. HASAN ORHAN EMEK APT.	

				Hizmetli eri	72 42		BLOK NO:3/2 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
14 6	Nur	SÜLÇÖ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetli eri	543 866 01 61	nursulcoo@gm ail.com	ALTINOVA MAH.GAZİ HASAN PAŞA CAD.NO:74/15 SÜLEYMANPAŞA	
14 7	Nurg ül	SEYREK	Anestezi Tekn.	Anestez i	542 397 18 91	nurgulseyrek@ optimedglobal. com	KEMALLETİN MAH.ESKİ ÇERKEZKÖY CAD.NO:48/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
14 8	Nurşa h	DOĞA N	Radyoloji Tekn.	Radyolo ji	543 582 92 63	nursahdogan@ optimedhastan esi.com	MUHİTTİN MAH.LEYLAĞ SOK.B BLOK SİTESİ LEYLAĞ APT. A BLOK NO:33/13 ÇORLU	
14 9	Oğuz han	ÖZYÜR ÜTEN	Hemşire	Hemşire lik Hizmetli eri	0537 2081 473	oguzhanozyoru ten@optimedh astanesi.com	SİTELER MAH. ARKA SK. NO:102/1 LÜLEBURGAZ KIRKLARELİ	
15 0	Önde r	BİNGÖ L	Hizmetli Personel	Destek Hizmetli eri	537 039 9939	onderbingol@ optimedglobal. com	TURGUT ÖZAL MAH. CUMHURİYET/3 SK. NO.4/1 KARLIOVA/BİNGÖL	
15 1	Özge	DEMİR	Yatan Hasta Danışman ı	Yatan Hasta Hizmetli eri	5413 5001 58	ozgedemr59@ gmail.com	DEREAĞZI MAH. BAĞLAR SOK. NO:20/1 MARMARAEREĞLİSİ/TEKİRDAĞ	
15 2	Özge	YILMAZ	Hemşire	Hemşire lik Hizmetli eri	553 148 09 82	ozgeyilmaz@o ptimedhastane si.com	MARMARACIK MH. 1960 SK. NO:6/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
15 3	Özge m	ÇANGA L	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetli eri	5535 4589 86	ozgem- 2011@hotmail .com	MUHİTTİN MAH.SERÇE SOK.AKEL APT.NO:12/12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15 4	Özge nur	SAPMA Z	Laboratuv ar Tekn.	Hemşire lik Hizmetli eri	5342 3687 35	ozgenursapma z@optimedhas tanesi.com	ÇOBANÇEŞME MAH.CENK SOK.E BLOK NO:14/16E İÇ KAPI:17 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15 5	Özle m	BAYAZİ T	Hemşire	Hemşire lik Hizmetli eri	534 439 06 84	ozlembayazit @optimedglob al.com	NUSRATİYE MAH. MAVİLİ BAHÇE SOK. ATILIM SİTESİ A BLOK NO:27/20 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15 6	Özle m	DEMİR	Hemşire	Hemşire lik Hizmetli eri	505 109 51 56	ozlemdemir@ optimedhastan esi.com	ALİ PAŞA MAH.AHMET HAMDİ GÜRPINAR CAD.AÇELYA B BLOK NO:11/15 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15 7	Pınar	ERGÜN	Hizmetli Personel	Destek Hizmetli eri	5365 6152 13	pinarergun@o ptimedglobal.c om	NUSRATİYE MAH.ŞERİFAĞA ARPAK SOK.NO:11/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15 8	Pınar	ÖZEN	Hasta Kabul Görevlisi	Ayaktan Hasta Hizmetli eri	533 540 02 74	ozen.pinar59@ gmail.com	MUHİTTİN MAH. BAĞLARIÇI 3.SOK AKEVLER A BLOK NO:49/18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15 9	Rasi m	ÜZÜLM EZ	Hizmetli Personel	Destek Hizmetli eri	5438 8648 63	rasimuzulmez @optimedhast anesi.com	KEMALETİN MAH. PAPATYA 1.SOK. EYÜP BEKAR APT. NO:22/19 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

160	Refiye Seren	KARTAY	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetleri	5426900419	serenkrty@outlook.com	Reşadiye Mah. Yunus Emre Cad. Dilden Apt. Blok No:27/9 Çorlu/Tekirdağ	
161	Reyhan	HASTOPRAK	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5358629549	reyhanhastoprak@optimedhastanesi.com	REŞADİYE MAH. MEHMET AĞA SK. İLKER APT. BLOK NO:62-1/1 ÇORLU TEKİRDAĞ	
162	Rugeyye	AKPOLAT	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5356172776	rugeyyeakpola@optimedhastanesi.com	Kazımiye mah. Bahçelievler 4.sk No:10 Üçler Apt K:6 D:11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
163	Sabriye	TAHTA	Eczane Görevlisi	Eczane	5389500545	sabriyetahta@optimedhastanesi.com	esentepe mahallesi adnan doğu caddesi nilufer 2 apt kat 3 daire 27 b gırısı	
164	Saliha	KUVVET	Sorumlu Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5445870617	salihakuvvet@optimedhastanesi.com	KAZİMİYE MAH.ACIBADEM SOK.C BLOK SİTESİ C BLOK NO:21-1/17 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
165	Same t	ALACA	Kurumsal İletişim Uzm.	Kurumsal İletişim	5303995900	sametalaca@optimedhastanesi.com	ŞEYHSİNAN MAH.YADİGAR SOK.NO:1/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
166	Sedat	AT	Anestezi Tekn.	Hemşirelik Hizmetleri	5388707775		ZAFER MAH.CUMHURİYET BUL.ARMADA CİTY PLAS ÇORLU/TEKİRDAĞ	
167	Sedef	KÖROĞLU	Anestezi Tekn.	Hemşirelik Hizmetleri	5394225953	sedefkoroglu@optimedglobal.com	MUHİTTİN MAH. ŞİNASİ KURŞUN CAD. GÜVENÇ EVLER C BLOK NO:63/2 ÇORLU TEKİRDAĞ	
168	Sedef Nur	BOZKURT	Hemşire	Hemşirelik Hizmetleri	5417352632	sedefnurbozkurt@optimedglobal.com	GÜNEŞ MAH. KENAR CAD. NO:69/2 LÜLEBURGAZ/KIRKLARELİ	
169	Selin	DEMİRPERÇİN	Laboratuvar Tekn.	Hemşirelik Hizmetleri	5417280599	selindemirpercin@gmail.com	ALİPAŞA MAH. 18 MART CAD. MELİH 5. BLOK D:25 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
170	Selin	FİDAN	Paramedik	Hemşirelik Hizmetleri	5548761848	seliinfidan@gmail.com	ESENTEPE MAH.ADNAN DOĞU CAD.EMLAK KONUTLARI SİTESİ A05 MİMOZA 2 BLOK NO:1V/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
171	Semanur	HİDİR	Yatan Hasta Danışmanı	Yatan Hasta Hizmetleri	5368443908	semanurhidir59@gmail.com	MUHİTTİN MAH.BAĞLARIÇI 2.SOK.NASİP APT.NO:3-5/1ÇORLU/TEKİRDAĞ	
172	Semra	GÖKÇE	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5526015967	semragokce@optimedglobal.com	KEMALETTİN MAH.DERE 1.SOK.NO:6/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
173	Sena Ayça	KURT	Anestezi Tekn.	Hemşirelik Hizmetleri	5312893410	aycakurt@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH. CENGİZ TOPEL CAD. NO:102-1/21 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
174	Sena Nur	KENT	Hizmetli Personel	Destek Hizmetleri	5511814865	senanurkent@optimedglobal.com	REŞADİYE MAH.ŞİNASİ KURŞUN 17.SOK.BİLGİN UZUNER APT.NO:7/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

175	Sena nur	ÇAKIR	Radyoloji Tekn.	Radyolo ji	554 668 08 97	senanurcakir@ optimedhastan esi.com	KEMALETTİN MAH.KOCATEPE CAMİİ SOK.ÇAKIR APT.BLOK NO:1-3/1 ÇORLU	
176	Serpil	TEMÜR	Eczane Görevlisi	Eczane	5424 6256 86	serpilumar88 @gmail.com	MUHİTTİN MAH.BAĞLAR İÇİ 4.SOK.NO:61/13 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
177	Serra	TAZEG ÜL HAYTA	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	5386 1720 75	serratazegul95 @gmail.com	ÇOBAN ÇEŞME MAH. GEDİK AHMET PAŞA CAD. A BLOK SİTESİ NO:29/2A/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
178	Seval	ÇETİN	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	5443 3238 36	sevalctn1@gm ail.com	MUHİTTİN MAH.GELİNCİK SOK.EMİNE HANIM APT.NO:34/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
179	Sevde	AYDIN	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	507 897 46 04	sevdeaydin@o ptimedglobal.c om	ZAFER MAH. GARDENYA SK. NO:5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
180	Sevgi	OFLAZ	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	546 945 73 71	sevgiakyo15534 @gmail.com	ULAŞ MAH.YILDIRIM BEYAZIT CAD. NO:17/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
181	Sevn ur	DOĞA NOĞLU	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	542 631 06 81	att_sevnur96 @hotmail.com	REŞADİYE MAH.ŞİNASİ KURŞUN 15.SOK.NO:5/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
182	Sıdika	KAHRA MAN	Eczane Görevlisi	Eczane	5464 7585 90	sidikakahrama n@optimedglo bal.com	REŞADİYE MAH.YUNUS EMRE CAD.ZEYNEP APT.NO:62/18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
183	Simg e	GÖNÜL ERİ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	546 838 83 74	simgegonuleri @optimedhast anesi.com	MUHİTTİN MAH.FİKİR ARALIĞI SOK.NO:5/15 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
184	Simg e	ÖZKAN	Anestezi Tekn.	Anestez i	531 215 95 84	simgeozkan@o ptimedhastane si.com	MUHİTTİN MAH.AHMET PİRİSTİNA SOK. BAĞLAR SİTESİ E BLOK NO:16/1 ÇORLU/Tekirdağ	
185	Simg e	YAMA N	Laboratuv ar Tekn.	Laborat uvar	545 836 48 29	simgeyaman@ optimedhastan esi.com	Nusratiye Mah. M.T.A Sok. Emek Apt. Blok No:16/3 Çorlu/Tekirdağ	
186	Song ül	MUTLU	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	5423 6954 57	songulmutlu@ optimedglobal. com	MUHİTTİN MAH.PLEVNE CAD.ASİL KENT SİT.NO:26/24ÇORLU/TEKİRDAĞ	
187	Sude	ERCAN	Paramedi k	Hemşire lik Hizmetl eri	535 823 26 24	sudeercan001 @gmail.com	VELİMEŞE MAH.RÜSTEM SOK.NO:3-2 ERGENE/TEKİRDAĞ	
188	Sühe yla	ÇELİK	Ebe	Hemşire lik Hizmetl eri	531 301 57 06	suheylacelik@ optimedhastan esi.com	NUSRATİYE MAH. MAVİLİ BAHÇE 4. SOK EREN AP.NO:7/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
189	Şebn em	PAT	Hemşire	Hemşire lik	539 283	sebnemmerve pat@optimedh astanesi.com	ALİPAŞA MAH. VARIŞ SK. NO:4/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

	Merve			Hizmetli eri	73 17			
19 0	Şehri	ŞENGÜ N	Bulaşıkçı	Destek Hizmetli eri	5462 1455 70	sehrisengun@ optimedhastan esi.com	REŞADİYE MAH.YUNUS EMRE 3.SOK.ZÜHRE APT.NO:9/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19 1	Şenay	DEMİR	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetli eri	5511 0467 44	senaydemir59 59@gmail.com	NUSRATİYE MAH. KARADENİZ CAD. TOPRAKLI APT. BLOK NO:33/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19 2	Şermin	CANTÜ RK	Yatan Hasta Danışman ı	Yatan Hasta Hizmetli eri	534 728 85 30	Sermincanturk 300@gmail.co m	ALİPAŞA MAH.YÜKSELEN CAD.NO:4/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19 3	Şevket	ÖZCAN	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetli eri	543 400 02 10	ihsanefendikah vesitekirdag@ gmail.com	ZAFER MAH.ATAÇ SOK.NO:16/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19 4	Şevval	KAYAO ĞLU	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetli eri	537 682 20 85	sevvalkayaoglu @optimedhast anesi.com	CUMHURİYET MAH. CEZAEVİ YOLU SOK. C-BLOK NO:12C İÇ KAPI NO:7 UZUNKÖPRÜ/EDİRNE	
19 5	Şeyda	DURSU N	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetli eri	530 423 57 59	seydadursun59 @gmail.com	ALİ PAŞA MAH.ÖĞREN SOK.ÇETİNER APT. BLOK NO:3/8 ÇORLU /TEKİRDAĞ	
19 6	Şule	ATEŞ	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetli eri	5378 3475 43	atessule239@g mail.com	REŞADİYE MAH.YENİ EVLER 4.SOK.SARIKAN APT.NO:28/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19 7	Taner	ÇAKAR	Hizmetli Personel	Destek Hizmetli eri	5545 7975 46	tanercakar@o ptimedglobal.c om	CUMHURİYET MAH.1434.SOK.NO:12/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19 8	Tarık	ÇIRAK	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	531 725 11 29	tarikcirak@opt imedhastanesi. com	SARILAR MAH.ÇAMLIK 7.SOK.NO:20 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19 9	Tezcan	ÇELİK	Hizmetli Personel	Destek Hizmetli eri	536 693 1408	tezcanelik@o ptimedglobal.c om	RESADİYE MAH. ATATÜRK BULV. NO.42 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 0	Tuğba	SERT	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetli eri	5303 9124 56	tugbasert@opt imedglobal.co m	KAZIYİME MAH.GELİBOLU CAD.ALSAHI SİTESİ K2D12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 1	Tülay	KESKİN	Hemşire	Hemşire lik Hizmetli eri	544 289 41 96	tulaykeskin@o ptimedhastane si.com	ŞEYHSİNAN MAH. GÜNEY CAD. NO:62/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 2	Umut	GÜRSE L	Anestezi Tekn.	Hemşire lik Hizmetli eri	5444 7439 57	umut.gursel@ hotmail.com	ŞEYHSİNAN MAH.KARDEŞ SOK.NO:28/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 3	Ünzüle	ÖZGÜL	Hizmetli Personel	Destek Hizmetli eri	5416 8495 17	unzuleozgul@ optimedglobal. com	KEMALETTİN MAH.DERE 3.SOK.KARADENİZ H.OĞULLARI BLOK NO:5/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 4	Vesile	BAYKA RA	Yatan Hasta	Yatan Hasta	538 304	vesile2999@g mail.com	REŞADİYE MAH.ATATÜRK 3.SOK DİLEK APT. BLOK NO: 7/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

			Danışman ı	Hizmetl eri	67 59			
20 5	Yaren	KORK MAZ	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	5551 8102 97	yarenkorkmaz @optimedglob al.com	RUMELİ MAH. BÜLENT ECEVİT BULVARI YEŞİL KORU 2 KAT 7 D:32 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 6	Yase min	DEMİR	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	532 069 76 35	yasemindemir @optimedglob al.com	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. EMLAK KONUTLARI 2. KISIM KARANFİL A 10 KAT 13 D 24 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 7	Yase min	TEKLİ	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul Hizmetl eri	5362 1674 56	yasemintekli09 8@gmail.com	MUHİTTİN MAH. BAĞLAR 2. SOK. KÖSELER APT. NO:7/13 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 8	Yeşim	ALGUR	Hizmetli Personel	Destek Hizmetl eri	5394 4657 90	yesimalgur@o ptimedglobal.c om	HIDIRAĞA MAH.AHMET BEY BAYIRI ARKA SOK.NO:8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20 9	Yıldız	ZEYTİN	Hemşire	Hemşire lik Hizmetl eri	531 033 21 17	hemsire.59@o utlook.com		
21 0	Zehra Minel	TOK	Ayaktan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetl eri	535 927 70 59	mineltok@opti medhastanesi. com	MUHİTTİN MAH. AHMET PİRİŞTİNA SK. AS EVLER SİTESİ A BLOK NO:12/17 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
21 1	Zeyn ep	GÜLÜS TAN	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Hizmetl eri	530 956 03 59	zeynepgulusta nn@gmail.com	HATİP MAH. MURAT SK. NO:13/A ÇORLU/TEKİRDAĞ	
21 2	Züley ha	KOÇ CANLI	Anestezi Tekn.	Anestez i	0530 207 03 61	zuleyhakoccanl i@optimedhas tanesi.com	HAVUZLAR MAH.ORHAN KEMAL 5. SOK.NO:4-6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
DÜZENLEYEN								
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.								
2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.								
3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.								

Form-37 Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu

OPTIMED				HEKİM UZMANLIK DALLARI BİLGİ FORMU											Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :			
Aile Hekimliği	Anesteziyoloji	Beyin Cer.	Biyokimya	Çocuk Cer.	Çocuk Hst	Deri-Züh.	Enfeksiyon	FTR	Cenel Cer.	Göğüs Cer	Göğüs Hst.	Göz Hst.	iç.Hst	Acil Tıp.	Kadın Hst. H	Halk Sağlığı	Diğer	TOPLAM
0	2	0	1	1	3	1	1	1	4	0	2	4	2	0	4	0	12	38
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.																		

Form 38 Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu

OPTIMED				SAĞLIK PERSONELİ UNVAN DAĞILIMI FORMU											Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :				
Hemşire	Ebe	Rönt.Tek	Radyoterapi Teknikeri	Laborant	Laboratuvar Teknikeri	Laboratuvar Teknisyeni	ATT	Paramedik	Anestezi Teknikeri	Anestezi Teknisyeni	Fizyoterapist	Toplum Sağlığı Teknisyeni	Çevre sağ Tek	Çocuk Gelişimcisi	Eczacı	Psikolog	Sosyal Çalışması	Diğer	Toplam

30	2	5				5	6	13							1	2		64
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.																		

Form 39 Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu

			TEKNİK HİZMETLER UNVAN DAĞILIMI FORMU									Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :				
Elektrik Teknisyeni	Sıhhi Tesisat									Mühendis					Diğer	Toplam

3	0									0					0	3
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.																

Form 40 Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu

			SÖZLEŞMELİ PERSONEL UNVAN DAĞILIMI FORMU								Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :	
Güvenlik	Temizlik	Veri Giriş	Karşılaştırma								Diğer	Toplam

3	0	0	0							0	3
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.											

Form 41 Firmalar Ve Kritik Tedarikçiler Bilgi Formu

		FİRMALAR VE KRİTİK TEDARİKÇİLER BİLGİ FORMU		Doküman No: AD-FR-69 Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :		
Sıra No	Firma veya Tedarikçi İsmi	Konu	Telefon No	İrtibat Kurulacak Yetkili		
				Adı Soyadı	GSM No	E-posta
01	EGS MEDİKAL TIBBİ CİHAZLAR	Tıbbi Cihaz	0212 853 52 09	Ömer Faruk KAÇAR	0533 763 75 93	egsmedikal@gmail.com
02	İLKE OTELCİLİK TURİZM İŞLETMELERİ	Konaklama	0282 717 86 86			
03	AVRASYAMED MEDİKAL	Medikal Malzeme	0212 590 42 40	Oğuzhan BALÇIK	0545 723 09 05	teknik@avrasyamedikal.com
04	ASBAŞ HİPERMARKET	Gıda	0282 726 58 73	Özkan ASBAŞ	0532 133 13 5	asbastoptan@gmail.com

[illegible]

		HAP AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ ORGANİZASYON İLETİŞİM FORMU					Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1		
Sıra No	Pozisyon	Adı Soyadı	Unvanı	Görevi	Çalıştığı Birim	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi
1	HAP Başkanı	Op.Dr. Nevzat KOÇ	Başhekim		Başhekimlik	8000	0532 293 25 73	nevzatkoc@optimedhastanesi.com	
2	Tıbbi Teknik Kurul Başkanı	Uz.Dr.Muhammet Cabir ÖZDEMİR	Dahiliye Uzmanı		Başhekimlik	8209	0530 521 33 18	muhammetcabirozdemir@optimedhastanesi.com	
3	İş Güvenliği Uzmanı	Cavit CEYLAN	İş Güvenliği Uzmanı		Kalite Yönetimi		0541 675 67 67	isg@optimedhastanesi.com	
4	HAP Sekreteri	Şermin CANTÜRK	Yatan Hasta Danışmanı		Hasta Hizmetleri	8301	0534 728 85 30	sermircanturk@optimedhastanesi.com	
5	Halkla İlişkiler Görevlisi	Nagihan AKTAŞ	Kurumsal İletişim Uzmanı		Kurumsal İletişim	8012	0506 531 06 83	nagihanaktas@optimedhastanesi.com	

[illegible]

[illegible]

Form 44 HAP 2022 Yılı Eğitim - Tatbikat Planı Formu

		HAP 2022 YILI EĞİTİM - TATBİKAT PLANI FORMU				Doküman No: AD-FR-02 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1	
Sıra No	Eğitim-Tatbikat Konusu	Yapılacağı Yer	Destek Kurumlar	Katılımcı	Kişiler	Tarih	Süresi (Gün)
1	Tehlikeli Maddeler,Sağlık Ve Güvenlik İşaretleri	Eğitim Salonu	-	Tüm Personel	-	19.06.2023-24.06.2023	40 Dakika
2	Radyasyon Güvenliği	Eğitim Salonu		Acil Servis Çalışanları, Yoğun Bakım Çalışanları, Radyoloji Çalışanları, Ameliyathane,Anjiyo Ünitesi, Temizlik Personeli		06.02.2023-11.02.2023	30 Dakika

3	Triyaj Eğitimi	Eğitim Salonu		Güvenlik, Hasta Hizmetleri, Acil Servis Çalışanları		01.05.2023-06.05.2023	30 Dakika
4	Elektriksel Güvenlik, Tıbbi Gaz Kullanım	Eğitim Salonu		Teknik Servis, Yoğun Bakımlar, Ameliyathane		04.09.2023-09.09.2023	40 Dakika
5	Hastane Afet Planı- Kod Sistemleri Eğitim, Deprem,	Eğitim Salonu		Tüm Personel		03.07.2023-08.07.2023	60 Dakika
6	Yangın- Kırmızı Kod,Hastane Tahliyesi Eğitim/Yangın Söndürme Tüpü Kullanımı	Eğitim Salonu		Tüm Personel		21.08.2023-26.08.2023	90 Dakika
7	Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi, El Hijyeni, İzolasyon Ve İzolasyonda Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımı,Kesici Delici Yaralanmalardan Korunma, Covid-19 Enfeksiyonu Ve Önlemler, Pandemik İnfluenza	Eğitim Salonu		Tüm Personel		05.06.2023-10.06.2023	40 Dakika
8	Mavi Kod, Pembe Kod, Beyaz Kod	Intranet		Tüm Personel		06.03.2023-11.03.2023	30 Dakika
9	Beyaz Kod Tatbikatı	Poliklinik				11.09.2023	
10	Mavi Kod Tatbikatı	Klinik				25.09.2023	
11	Kırmızı Kod Tatbikatı	Yoğunbakım				10.03.2023	
12	Pembe Kod Tatbikatı	Poliklinik				23.10.2023	
13	Turuncu Kod Tatbikatı	Acil Servis				27.11.2023	
14	Sarı Kod Tatbikatı	Yoğunbakım				10.03.2023	
15	Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Olay Yönetim Merkezi				24.04.2023	
16	Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Yoğunbakım				08.11.2023	

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. Yılın başında hazırlanır.
2) HAP Hazırlama Komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form 45 HAP Yılı Eğitim Rapor Formu

		HAP YILI EĞİTİM RAPOR FORMU		Doküman No: AD- FR-24 Yayın Tarihi :21.06.202 1 Revizyon No :00 Revizyon Tar:.. Sayfa No :1/1
Sıra No	Konusu	Katılan Kişi Sayısı	Eğitimi Veren Kişi /Kurum	Eğitimin Yeri
01	Radyasyon Güvenliği	50	Fatma SEVİLMİŞ/Optimed	Hastane Eğitim Salonu
02	Hastane Afet Planı Tatbikatı Eğitimi	23	Filiz ALBAYRAK/ Optimed	Hastane Eğitim Salonu
03	Triyaj Eğitimi	127	Aybüke ELMACI/Optimed	Hastane Eğitim Salonu
04	Elektriksel Güvenlik, Tıbbi Gaz Kullanımı	74	Sebahattin ÜNAL/Dış Firma	Hastane Eğitim Salonu
05	Hastane Afet Planı, Deprem, Acil Durum Kodları	146	Cemalattin KULALI/Optimed	Hastane Eğitim Salonu
06	Yangın, Hastane Tahliyesi	134	Cemalattin KULALI/Optimed	Hastane Eğitim Salonu
07	Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi, El Hijyeni, İzolasyon Ve İzolasyonda Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımı, Kesici Delici Yaralanmalarda Korunma, Covid-19 Enfeksiyonu Ve Önlemler, Pandemik İnfluenza	104	Ümmügül USTA/Optimed	Hastane Eğitim Salonu
08	Mavi Kod, Beyaz, Kod, Pembe Kod	128	Ümmügül USTA/Optimed	Hastane Eğitim Salonu
09				

1) Planlama aşamasında kullanılan raporlama formudur. Yılın sonunda hazırlanır.
2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form 46 HAP Yılı Tatbikat Rapor Formu

		HAP YILI TATBİKAT RAPOR FORMU		Doküman No: AD-FR-25 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :1/1	
Sıra No	Konusu	Tatbikatın Şekli Masabaşı/Uygulama	Katılan Kişi Sayısı Tatbikata Katılan Paydaş Kurumlar	Tatbikata Katılan Paydaş Kurumlar	Tatbikatın Yeri
1) Planlama aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır. Yılın sonunda hazırlanır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.					

Form 47 Afet Ve Acil Durum Kurum Rehberi

	AFET VE ACİL DURUM KURUM REHBERİ		Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Sıra no	Kurum Adı	Telefon	Faks
01	EGS MEDİKAL TIBBİ CİHAZLAR	0212 853 52 09	
02	İLKE OTELCİLİK TURİZM İŞLETMELERİ	0282 717 86 86	0282 717 86 88
03	AVRASYAMED MEDİKAL	0212 590 42 40	0212 590 00 15
04	ASBAŞ HİPERMARKET	0282 726 58 73	0282 725 04 52
05	VARDARLAR YAPI İNŞAAT	0282 726 89 89	0282 726 82 88
06	ÖZEL BİR NEFES HASTANESİ	0288 415 74 74	0288 415 65 95
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.			

Form 48 Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu

	YAPISAL RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU		Doküman No: AD-FR-48 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1	
Bulunduğu Yerleşim Birimi				
İnceleme Tarihi				
Sıra No	Bölüm Adı	Sorunlar (Öncelik Sırasıyla)	Önlem/Düzenleme (Uygulama birimi, tarih)	Açıklama (Durum Bilgisi)
				Binada yapısal risk bulunmamaktadır.

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form 49 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu

		YAPISAL OLMAYAN RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU		Doküman No: AD-FR-50 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Bulunduğu Yerleşim Birimi		Çorlu		
İnceleme Tarihi		10.01.2022		
İnceleyen		Bina Turu Ekibi (Başhekim, İsg Uzmanı, Kalite Yönetim Direktörü, Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü)		
İnceleme Tarihi İtibariyle Durum Bilgisi		Tamamlanmamış bulgu bulunmamaktadır.		
Sıra No	Bölüm Adı	Sorunlar (Öncelik Sırasıyla)	Önlem/Düzenleme (Uygulama birimi, tarih)	Açıklama (Durum Bilgisi)
1	Hastane geneli	Düşme ve sallanma riski olan aydınlatmaların olması	Düşme ve sallanma riski olan aydınlatma ile ilgili tesisat ve diğer unsurların tutturulması	Düşme ve sallanma riski olan aydınlatmalar sabitlenmiştir..
2	Hastane geneli	Sabit olmayan mobilyalar olması	Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi	Kurumdaki tüm dolap ve yüksek mobilyalar sabitlenmiştir. Bina turlarında mevcut durum 3 ayda bir kontrol edilmektedir.
3	Hastane geneli	Oksijen tüplerinin sabit olmaması	Oksijen tüplerinin aparat ve zincirler ile sabitlenmesi	Kurumdaki tüm oksijen tüpleri sabitlenmiştir. Bina turlarında mevcut durum 3 ayda bir kontrol edilmektedir.
4	Hastane geneli	Üst raflarda ağır cisimler olması	Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması	Rafların düzenlenmesi yapıldı. Bina turlarında mevcut durum 3 ayda bir kontrol edilmektedir.
5	Eczane ve Depo	Sarsıntıda raftaki ilaç ve malzemelerin dökülmesi	Rafların önüne file çekilerek dökülme ve saçılma olmasının engellenmesi	Raflara file konulmuştur.
6	Hastane geneli	Geniş olan merdiven sahanlıklarının herhangi bir düşme olayında risk yaratması	Merdiven hasanlığına file konulması	En az iki katta bir file konulmuştur.

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK 1-D ÖZEL OPTİMED HASTANESİ ACİL SERVİS DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ ACİL SERVİS DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRÜ (AS DMP)

1. AMAÇ: AS DMP hazırlanmasındaki amaç, hastane Acil Servisi'nde afet ve acil durum risklerinin önlenmesi ve azaltılması, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olunması; personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğinin korunması, yatırım ve donanımın zarar görmesinin önlenmesi, faaliyetin ve iş sürekliliğinin kesintiye uğramaması, müdahalenin zamanında ve etkili biçimde gerçekleştirilmesi için gerekli planlama ve uygulamalara, HAP çerçevesinde, yol gösterilmesidir.

2. KAPSAM:AS DMP Özel Optimed Hastanesi Acil Servisi'nin, HAP çerçevesinde, afet risk azaltma, afet ve acil durumlar için müdahale hazırlıklarını kapsamaktadır.

3. AFET VE ACİL DURUM RİSKDEĞERLENDİRMESİ

Hastanenin olağan işleyişinde karşılaşılabilecek meslek, iş güvenliği ve diğer risklerin yönetiminin yanı sıra, afet risklerinin yönetimi de hastanenin tüm birim ve fonksiyonları bakımından temel bir görevdir. Acil Servis Departman Müdahale Prosedürü, HAP bütünlüğü içerisinde, Departmana özel afet ve acil durum risk değerlendirmesini esas almaktadır. Bu çalışmalarla öncelikle mevcut yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi hedeflenmektedir.

Yapısal elemanların güvenliği: Acil servis binasının yapısal riskleriyle ilgili bilgiler hastanenin yapısal dayanıklılık incelemeleri kapsamında düzenli kaydedilmekte ve rapor edilmekte olup "Form 48 – Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu" işlenmektedir.

Yapısal olmayan elemanların güvenliği: Acil Servis'te yapısal olmayan elemanlarla ilgili afet ve acil durum risk değerlendirmesinde öncelikle dikkat edilmesi gereken konular:

- Ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergahlarının güvenliği,
- Kritik sistemlerin güvenli ve çalışabilir durumda olması (elektrik, telekomünikasyon, su tedariki, yangın söndürme, kanalizasyon, yakıt depolama, medikal gazlar, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri vb),
- Mimari elemanların güvenliği (çatı, baca, pencere, pervaz, korkuluk, asma ve alçı tavan, iç bölmeler, koridor, merdiven, rampa, asansör, taban döşemeleri vb),
- Ekipman ve malzeme güvenliği (AS faaliyeti için gerekli medikal ekipman ve malzemeler; genel kullanım ve depo ekipmanı, vb).

Acil servis binasının yapısal olmayan riskleriyle ilgili düzenli kaydedilmekte ve rapor edilmekte olup "Form 49 – Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu" işlenmektedir.

Fonksiyonel kapasitenin sürekliliği

- Afet ve acil durumlarda Acil Servis fonksiyonel kapasitesi, iş ve faaliyet sürekliliği güvence altında olması her zamankinden önemlidir.

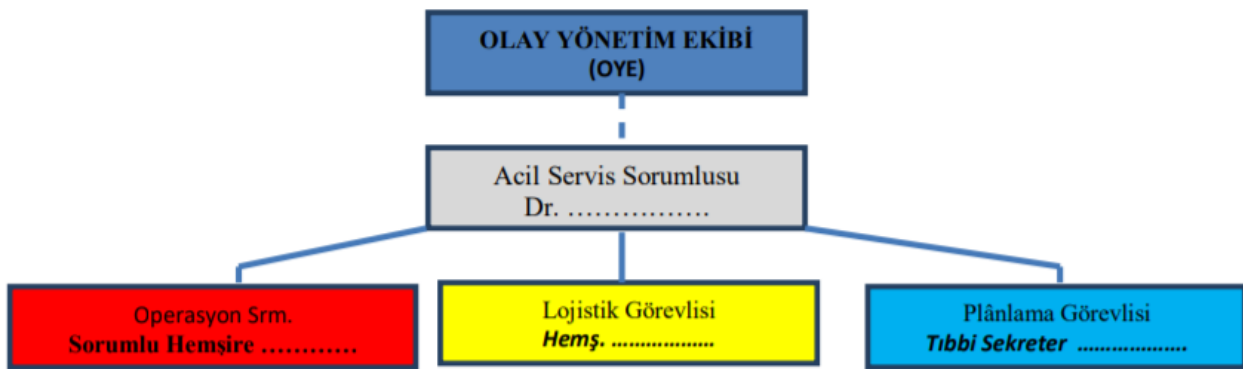
Bu çerçevede öncelikle planlama yapılması gereken konular: Acil Servis kapasitesinin (yatak, personel, ekipman ve malzeme) artan talebi karşılayabilecek şekilde artırılması ve sınırlı kaynakların etkili biçimde kullanımına hazırlık;

- Departman olay yönetimi organizasyon şemasının belirlenmesi; organizasyon şemasına göre departman içi görevlerin tanımlanması,
- Departman müdahale eylemlerine yönelik yönlendirici bilgi, prosedür, talimat ve işaretlemelerin önceden belirlenmesi, öğrenilmesi ve test edilmesi,
- Ulaşım, haberleşme ve iletişimin etkili koordinasyonu ve sürekliliğinin sağlanması, vd. Afet ve acil durumda fonksiyonel kapasiteyle ilgili yönlendirici bilgiler HAP Hazırlama Kılavuzu İkinci Bölüm’de, Acil Servis Yönetimi ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü’nde (SOP 6) yer almaktadır

4. MEVCUT DURUM

- Günlük Ortalama Vaka Kabul Sayısı
- Toplam Personel Sayısı ve Dağılımı
- Günlük Nöbet Tutan Personel Sayısı ve Dağılımı
- Mevcut Ekipman ve Malzeme Listesi Hazırlanacak listeler Prosedürün ekinde yer almalıdır.

5. DEPARTMAN OLAY YÖNETİMİ ORGANİZASYON ŞEMASI



6. DEPARTMAN GÖREV TANIMLARI

Acil Servis Departman Sorumlusu Afet ve acil durumlarda Acil Servis’in yönetimi ile ilgili tüm stratejik direktifleri verir ve yapılmasını organize eder. Ekip çalışmalarını denetler, bölümler arası haberleşmeyi sağlar, Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordineli olarak çalışır.

Operasyon Görevlisi Acil Servis’te tüm hasta bakım alanlarının organizasyonu yapar, acil servis içi hasta trafik akışını organize eder ve iş sürekliliğini sağlar.

Planlama Görevlisi: Acil Servis’te görevli tüm personelin çalışma düzenini organize eder, gerektiğinde ek personel planlamasını yapar ve Acil Servis Departman Sorumlusuna iletir. Tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini sağlar.

Lojistik Görevlisi: Acil Servis’te hasta bakımı için gerekli olan malzeme ve ekipmanın devamlılığını sağlar, personel için gıda ve barınma ihtiyacını organize eder ve yönetir. Departman organizasyon şemasında yazılacak diğer pozisyonların görev tanımları eklenmelidir.

7. ERTELENEBİLİR/VAZGEÇİLEBİLİR EYLEMLERİN BELİRLENMESİ

Afet ve acil durumlarda enjeksiyon, pansuman vb. Gibi hizmetler ile hasta kabul, taburcu ve ertelenebilir/vazgeçilebilir hizmetlerle ilgili uygulamaların hızlı biçimde gözden geçirilecek ve gerçekleştirilmesi için eylem hazırlıkları önceden yapılacaktır.

8. MÜDAHALEDE EYLEMLERİN SIRASI

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü’nün aktivasyonu AMP aktivasyonu ile başlar. Özel Alanların açılması OYE’nin özel alanları açma kararı ile açılır. Açılacak alanlara ait yapılan hazırlıklar önceden

planlanarak Form 24'e kaydedilmekte, kroki, gerekli malzeme ve ekipmanlar (depolanma alanı belirtilerek) listesi ile birlikte Prosedürün Ekler bölümünde yer almaktadır.

Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi

Departman Planlama görevlisi acil serviste bulunan mevcut personeli tespit edip, ek personel ihtiyacı hakkında Departman Sorumlusuna durum raporu verir. OYE, Acil Servis'e daha önceden planlanan diğer birimlerden personel görevlendirir. Personel görevlendirme planlaması Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

Triyaj

Triyaj ekibi/ekipleri hastane afet triyaj alanında hasta/yaralıların triyaj kartlarını doldurarak önceliklendirmeye başlar. Hasta/yaralılar verilen renk kodlarına göre uygun tedavi alanlarına nakledilir. Triyaj ekibinde görev alacak personel ve hasta taşıma personeli listeleri ektedir.

Hastaların Acil Servi tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması

Hastaların, uygun görülen yerlere personel eşliğinde nakilleri yapılır.

Kayıt ve rapor tutulması

hazırlanarak OYE'ye iletilir.

Acil Servis Durum Raporu

Hastane Giriş Kayıt Formu

Hasta Dosyası Evrakları

Hasta Takip Formu

Hasta Son Durum Listesi

Hasta Eşyası Teslim Formu

Triaj Kartları

Kalite Kontrol

- Acil Servisin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın,
- Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın yanlış yönetilmediğinden emin olun,
- İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.

İzleme

- Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin,
- Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin,
- Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin,
- Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.

Güvenlik

- Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın,
- Triyaj alanı ile acil servis arasındaki hasta akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün Sonlandırılması

Afet ve acil durumdan olağan işleyişe geçilmesi renk kodu/anons ile duyurulur.

Tahliye (Gerekirse)

Acil Servis kullanılamaz duruma geldiğinde personel, hasta/yaralı, malzeme ve ekipmanın önceden belirlenmiş alternatif bakı alanına tahliyesi gerçekleştirilir. Tahliye planı, ayrıntıları ile birlikte (personel planlaması, tahliye yolları, taşıma yöntemleri, kayıtlar vb.) Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

9.MÜDAHALE SÜRECİNDE EYLEM ZAMAN ÇİZELGESİ

- Görevdeki Acil Servis Sorumlu Doktoru OYE ile;
- * Triyaj alanının yeri belirlenmesi ve triyaj yapılan hastalar ile ilgili hareket tarzları, acil servisin bu süreçte nasıl destek olacağı,
- * Acil servisin doktor, sağlık personeli ve diğer personel bakımından ihtiyaçları
- * Tıbbi cihaz, malzeme ve ilaç ihtiyaçlar, gereksinimleri hakkında görüşür.
- * Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (komuta, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla, Tıbbi bakım ve hemşire bakımı için Acil Servisdeki süreç sorumlularını belirlenir ve rehber, prosedür, İş Akış Talimatlarının kullanıldığından emin olunur.
- Acil servisi; Acil Müdahale Planına ya da Acil Servis Müdahale Prosedürüne göre yeniden organize edilmesini sağlar.
- Acil servisin içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaretler ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirilmiş olduğunu teyit edin,
- Malzemelerin (afet stoğu) ve ekipmanların kullanıma hazır olmasını sağlar, eksik ve/veya stoğu az olan malzemeler ivedi olarak tamamlanır.
- Personelin, ilk tıbbi ihtiyaç değerlendirmesine göre diğer servislere tahsis edilmesini sağlar,• Dahili nakil kapasitesinin yeterli olmasını temin edilir (kullanılabilir sedyeler, bu amaca yönelik uygun personel),• Personeli, sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin,
- Afetin durumuna ve o an hastanede bulunan kişilere göre uygun kişiler Acil Servis Sorumlu Doktoru, Acil Servis Sorumlu Hemşiresi, tıbbi sekreter olarak görevlendirilir.
- Gelecek 24 saat içinde görev alacak nöbetçi personeli organize edilir.
- Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurularak), OYE ile birlikte nihai kararı alınır.
- Kullanılabilir sedye sayısını ve bu amaca uygun personeli belirleyin ve servislerin sorumlularını nasıl hasta alımı yapılacağı konusunda bilgilendirin,
- Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre nakledilmesini sağlayın. Tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil servis, OYE'nin kararlarına uymalıdır
- Hastane içi trafik akışının tamamen düzenlenmesi için önceden belirlenen kontrol listesinin kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları, ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp rapor edileceği konusunda bilgilendirin,
- Hastaların hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasını temin etmek için güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,
- Hastaların ve personelin geçeceği koridorların, hareketi engellemeyecek şekilde sürekli açık olmasını sağlayın,
- Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için acil servisin bölümlerini triyaj renkleri ile ayrılmasını sağlayın
- Hastaların naklini kolaylaştırmak için tüm alanların ve Acil Servis koridorlarında aşırı yoğunluk oluşmasını önleyip, mümkün olduğunca boş olmasını sağlayın
- Hastaların acil servis den etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin,
- Personelin, hastaların nakli sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın,
- Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın,

- Nakil sırasında hasta kayıtlarının da transferinin yapıldığından emin olun,
- Yalnızca yetkili kişilerin acil servise girmesini güvenlik görevlisi ile birlikte sağlayın,
- Acil servis sorumlu hekiminin, izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triyaj Alanına ve acil servise girmelerini engelleyin,
- Personel, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarının artacağını göz önünde bulundurun,
- Gelen hastaların kontamine olmadığından ya da epidemi potansiyeline sahip bulaşıcı hastalık ile enfekte olmadığından emin olun,
- Acil Servis çalışanları ile hasta naklinde görevli personelin görevli yeleği giymesini sağlayın, • Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın.

10. HABERLEŞME/İLETİŞİM

Afet ve acil durumlarda Acil Servis içinde iletişim anons, telefon, ulak, telsiz vb. ile sağlanacaktır; AS personeli amaca uygun iletişim gerekleri, işleyiş ve raporlama bilgisine sahip olmalıdır. Kullanılacak yöntemler ve nasıl işletileceği belirtilmelidir.

11. HİZMET NİTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Afet ve acil durumlarda Acil Servis hizmetinin, HAP çerçevesinde ve Acil Müdahale Planı'na (AMP) uygun olarak, yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, AS Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir, örneğin:

- Hastane Afet Triyaj Alanının açıldığından emin olun,
- Hastanenin iç ve dış trafik akışının düzenlendiğinden emin olun,
- Afet triyaj alanının ve Acil Servis'in güvenliğinin sağlandığından emin olun.

12. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURALLARI

- Yalnızca yetkili kişiler Acil Servis de çalışabilir,
- Aile üyeleri yalnızca acil servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat edebilir (hasta başına bir kişi),
- Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor etmek (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir),
- Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planında belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.

13. KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR

- Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini temin edin; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,
- Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,
- Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay), uygun dekontaminasyon prosedürlerinin uygulanmasını sağlayın ve OYE ile irtibata geçerek zehirlenmiş hastaların yönetimine ilişkin özel tavsiye isteyin.

14. KULLANILACAK SOP'LAR

Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP

Hastane Afet Triyaj Alanı ve Gelen Hastalara Yönelik SOP

Tıbbi Triyaj Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

Acil Servis Yönetimi ve Hastaların/ Departman/ Servis/Birimlere Nakli

Trijaj Sorumlusu İŞAT

Acil Servis Sorumlusu İŞAT

Güvenlik Sorumlusu İŞAT

Yazılan tüm SOP'lar, müdahale prosedürü ayrıca basılırken Prosedürün Ekler bölümünde yer almaktadır.

15. KULLANILACAK İŞAT'lar

İŞAT'lar hazırlanarak, listesi bu bölüme eklenmiştir.

16. SÜRECE DAHİL OLABİLECEK DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM /KİŞİLER

Triaj Ekiplerinde Çalışan Sağlık Personeli

Acil Servis Personeli

Güvenlik Görevlileri, kolluk kuvvetleri

Görevlendirilen Diğer Personel

17. KULLANILACAK FORM VE KAYITLAR

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü kapsamında kullanılacak kayıtlar ve formlar yazılmalıdır.

Kullanılacak kayıt ve formlar Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

- Afet kutuları,
- Afet stoğu,
- Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar,
- İşaretler ve posterler,
- Formlar ve kontrol listeleri,
- Görev yelekleri,
- Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar.

18. MÜDAHALE SÜRECİNİN SONLANDIRILMASI

Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından aktivasyonunun sonlandırılması.

19. İLK YAYINLANMA VE REVİZYONTARİHLERİ

Tarih yazılmalıdır.

.

HAP İK Yönetimi Prosedürü

HAP İK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ
Temel Faaliyet :Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak. Hedefler • Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde mevcut personelin ne yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelinin rutin çalışma şekline afet ve acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine göre Geri Çağırma Prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak, • Geri çağırılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek, • OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel tahsis etmek, • Personelin emniyeti ve iş güvenliğini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak, • Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek (örneğin; Bölüm 3'de açıklanan olaya özel planlarda kimyasal olaylar), • Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak, • Gerekliğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
OYE’de görevlendirilmek üzere İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili önemli kılavuz ve prosedürlerin kullanılabilirliğini hızlı bir şekilde kontrol edecek insan kaynakları sorumlusunu belirleyin	
Departman/Servis/Birim’lerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE’ye haber vermelerini isteyin (örneğin: travma konusunda nitelikli cerrah sayısı)	
Departman/Servis/Birim’lerin, Acil Servis’in ve hastane afet triyaj alanının ilerleyen saatlerdeki ihtiyaçlarını da öngörerek personel ihtiyacını değerlendirin ve ekstra personel ihtiyacı durumunda OYE’ye istekte bulunun	
İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin	
Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırmaya yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağırılan kilit personelin naklini organize edin),	
Geri çağırılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin,	
Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE’nin ve departman/servis/birim sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin,	
Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin: akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere Acil Müdahale Planı’nda açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin,	
Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.),	
Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevde olmayan) sürekli güncel tutun,	
Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin,	
Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunları değerlendirin	
OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının kararına göre, ilgili Departman/Servis/Birim’lerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verin,	
Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesini sağlayın,	
Personelin yaka kartları takmasını ve mümkünse görev yeleklerini giymesini sağlayın	
Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uymasını sağlayın.	
Kullanılacak Materyal	

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Kontrol	
Görevde olan ve olmayan personeli kendilerinden beklenenler konusunda bilgilendirin,	
En acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,	
Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın.	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	
Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Departman Servis Yetkilileri	
Sağlık Yetkilileri	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
İlgili listeler formlar	
İzleme	
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez personelin müsait olma durumunu (nitelik ve nicelik) kontrol edin,	
Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.	

Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Prosedürü

LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ
<u>Temel Faaliyet:</u> Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.
<u>Hedefler</u> • Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek, • Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örn. ulaştırma araçları; haberleşme araçları; su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak, • Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak, • OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak, • Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak, • Su, enerji, kanalizasyon (atık sistemleri) sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak, • Olaya özel ekipmanların (örn. personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak, • Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iache) yönetimine katkıda bulunmak, • OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak, • Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak, • Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
Acil Müdahale planının aktif hale geçirilmesiyle Lojistik şefinin belirlenmesiyle beraber Lojistik Şefi kendi Lojistik ekibini oluşturur.	
Afet ve acil durumunda lojistik ekibini yönetmek için kullanılacak olan mevcut prosedürleri, iş akış talimatları, kayıtları ve formları değerlendirilir ve alanda hazır bulunması sağlanır.	
Lojistik ekibi kendi birimlerinde mevcut durumları değerlendirirler ve Mevcut Durum Raporu ile brifing verirler. Bu brifinge göre ilk hareket tarzı belirlenir.	
Yemekhane süreci ile ilgili olarak yemekhanenin hızlı biçimde yemek pişirme faaliyetlerine başlanması istenir. Eğer yemekhane yapısal olarak zarar gördü/hastane içinde hizmet veremeyecek duruma gelmesi durumunda protokol imzalanmış firmadan bu hizmetin verilmesi sağlanır. Yemekhane ile ilgili gıda stoklarının sadece personel için değil ekstra yoğunluk durumuna göre ayarlanır. Ayrıca içilebilir su stoğunun düzenli olarak kontrol edilmesi ve stoklardaki azalmanın hızlı biçimde giderilmesi amaçlanır.	
Eczane ve depo süreci ile ilgili bu bölümlerin stok durumları ve kapasite artışından nasıl etkileneceği tartışılır. Afet durumunda özellikle çok kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlarla ilgili stok artırmak için çalışma yapılır. İlgili firmalarla görüşülür, tedarik sürecinin kesintisiz olması için önlemler alınır. Bulunamayan malzemeler ile ilgili olarak sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlarla iletişime geçilir.	
Destek hizmetler kapsamında temizlik, çamaşırhane ve atık yönetimi ile ilgili gerekli önlemler alınır. Hastanenin çamaşırhanesinin zarar görmesi durumunda, hızlı biçimde bu tip firmalarla iletişime geçilir ve her aşamada temiz çamaşır sağlanmasına önem verilir. Hastane temizliğinin ilk andan itibaren aktif olarak yapılması için gerekli personel ve malzeme yönlendirilmesi yapılır. Atık depoları kontrol edilerek, bölümlerin atıklarının düzenli toplanması ve depolanması amaçlanır. Depoların dolması ve/veya ilgili kurumların atıkları toplamaması durumu ile ilgili yeni stratejiler geliştirir.	
Hastane genelinde zarar gören tıbbi cihazlar varsa hızlı olarak gerekli planlama yapılır. Hizmet vermeyen/ yoğun olmayan bölümlerden cihaz takviyeleri yapılabilir. Zarar gören/arızalanan cihazların hızlı biçimde onarımının yapılması amaçlanır. Bu konuda gerekirse dış destek alınabilir. Tıbbi cihaz ihtiyaçlarında öncelikle çevredeki sağlık kuruluşlarından bu talep karşılanmaya çalışılır. Aynı zamanda tedarikçi firmalardan da kiralama/demo /satınalma yoluyla tıbbi cihaz eksikleri giderilmesi amaçlanır.	

Ulaşım süreci kapsamında , hastane araçların her zaman göreve hazır olmaları sağlanır. Dış göreve gönderilen, dış görevden gelen araçlarla ilgili kayıt tutulur.	
Afet durumu nedeniyle,gerek tedarikin ilerleyen zamanlarda aksaması ve/veya istenilen malzemelerin bulunamama durumlarına karşı ek stok tutma durumu gerekebilir. Bu tip durumlarda ek depo alanları yaratılabilir. Bu ek depo alanlarının da malzeme saklanması için uygun olması, hırsızlık vb. olaya karşı gerekli güvenlik önlemlerinin alınması gerekir.	
Afetin her anında çalışan personel için gerekli kişisel koruyucu donanımların yeterli derecede stokta olması sağlanır.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
• Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunları belirleyin, • Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir, • OYE personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır, • Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.	
Kullanılacak Materyal	
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Kutular, Depo alanları, malzemeler	
Kişisel Koruyucu Donanımlar	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Kalite Kontrol	
Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın.	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	
Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü	
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	
Temel Tedavi Alanlarına İlişkin Standart Operasyon Prosedürleri	
Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Lojistik Ekibi	
Güvenlik Personeli	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar	

• Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın, • Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın, • Eğer ulaşım ve haberleşme araçları sorunlu hale gelirse, hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın (öngörü), • Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın.
ZAMAN DİLİMİ
Acil Müdahale planının aktivasyonu ile süreç aktif hale geçer. İlk 12 saatte 2 saatte bir, sonraki süreçte ise 4 saatte bir Mevcut Durum raporu ile bilgilendirme yapılır.
Eylemlerin Kaydedilme Şekli
İlgili listeler formlar
İzleme
Düzenli bir şekilde lojistik ihtiyaçları takip edin ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkı (nicelik ve nitelik) değerlendirin.
GÜVENLİK
Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir.

HAP Eczane Prosedürü

HAP ECZANE PROSEDÜRÜ	
Temel Faaliyet :Olay Yönetim Ekibinin verdiği karara göre, eczanede depolanan ilaç ve serumların hemen kullanıma sunulmasını sağlamak.	
Hedefler • Personel için temel ilaçlar ve serumlar bakımından eczane stoklarının ne durumda olduğunu değerlendirmek, • Mevcut durumu değerlendirip eczanenin gerekli malzemeleri ne kadar süre boyunca sağlayabileceğini değerlendirmek, • OYE tarafından gerekli malzemelerin doğru yer, zaman ve miktarda kullanıma sunulmasını sağlamak, • OYE ile koordinasyonlu bir şekilde, temel malzemeler azalmadan önce yeniden tedarik siparişi vererek önlem almak, • Eczanede depolanan temel ilaçlar ve diğer kritik malzemelerin hem rutin hastalar hem de afettede hastalar için her zaman ulaşılabilir olmasını sağlamak, • Eğer durum özel ilaç (örn. kimyasal olaylarda yüksek miktarda antidot; büyük bir salgında antibiyotik) gerektiriyorsa hemen olaya özel önlemler almak.	
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
Görevdeki Eczacı; - o Tedavi uygulanabilecek hasta sayısını, mevcut imkanların neler olduğunu ve ne tür ihtiyaçları karşılayacağını değerlendirmelidir, - o Eczanede depolanan sınırlı miktarda ilaca ve malzemeye duyulabilecek ihtiyaçların neler olacağını değerlendirmelidir, - o Bu malzemelerin acil bir şekilde elde edilmelerini veya bu mümkün değilse, yeniden tedarik edilmelerini sağlamak için eylem planı oluşturmalıdır, - o Kimyasal bir olay veya bulaşıcı hastalık ihtimali varsa aşılar, antidotlar gibi diğer özel malzemeler gerektiren durumlarda gerekli tedbirleri almalıdır.	

Olay Yönetim Ekibi hemen, eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilip yönetilmediğini, işleri yürütmek için tüm prosedürlere, iş akış talimatlarına, kayıtlara, formlara ve varsa müdahale prosedürlerine erişimi olup olmadığını kontrol etmelidir. Eğer yönetilmiyorsa, bir eczacı devralana kadar eczaneye OYE'nin direkt kontrolü altında yöneticilik yapabilecek deneyimli bir personel atamalıdır,	
Eczane; alınan malzemelerin taşınması,eczaneden diğer bölümlere transferi nakliye gibi tedarik işlemlerinde OYE'nin lojistik şefinden yardım isteyebilir,	
Eczanede görevli personel şunları yapmalıdır:o Bu görev OYE'nin lojistik Şefi tarafından üstlenilmemişse, civardaki hastaneler de dahil gerektiğinde ekstra ilaçları ve sarf malzemelerini acil bir şekilde sağlayabilecek tedarikçileri belirlemelidir,o Kamu veya özel sektördeki diğer hastanelerin eczaneleri, ilaç depoları, malzeme frmaları ile önceden yapılmış iş birliği protokollerini gözden geçirir,o Diğer hastanelerin (özel, kamu, üniversite, vakıf ve askeri vd.) bu alandaki imkan ve kapasitelerini belirlemelidir,o Nitelikli personel ve yardımcı personel eksikliği ile ilgili sorunları belirlemelidir,o Eczanenin depolarının mevcut durumdan etkilenip etkilenmediğini belirlemelidir (örn. soğuk zincir),oOYE ile koordineli olarak düzeltici önlemleri almalıdır	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
Eczane yetkili olmayan kişilerin herhangi bir müdahalesine karşı bir güvenlik personeli ve/veya güvenliği sağlayabilecek bir kişi ile korunmalıdır	
Kullanılacak Materyal	
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Kontrol	
Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın	
Eczane tarafından kullanıma sunulan malzemelerin OYE'nin verdiği yetki dahilinde sağlandığından emin olun	
Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Prosedürü	
Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Departman Servis Yetkilileri	
Eczane Sorumlusu/personeli	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar	
Eğer eczanede birincil öncelikteki özel malzemelerin stoku çok sınırlıysa ve gereken miktar stok miktarını aşacaksa, bu malzemelerin yeniden tedariki için hemen gereken önlemleri alın;	

Eğer eczane stokları da olayın tehdidi altında ise, en önemli malzemelerin güvenli bir yere taşınması veya eczanenin güvenliğinin sağlanması için Olaya Özel Planı hemen oluşturun.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez eczanenin durumu ile raporlama yapın

Eczane tarafından kullanıma sunulan temel malzemelerin ve ekipmanın ihtiyaç duyulan yerde gerektiği ölçüde kullanıldığından emin olun,

- Yeniden tedarik sisteminin malzemelerin eczanede tükenmeden önce sipariş edildiğinden ve elde edildiğinden emin olun,
- Eczane deposunun güvenli olduğundan ve korunduğundan emin olun.

Laboratuvar Ve Kan Bankası Yönetimi Prosedürü

LABORATUAR VE KAN BANKASI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Temel Faaliyet: Hayati öneme sahip tıbbi faaliyetler için kritik laboratuvar analizlerinin zamanında yapılmasını ve hastanede kan bankası bulunması halinde kan teminini sağlamak.

Hedefler

- Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın nicel kapasitesini değerlendirmek,
- Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın niteliksel kapasitesini değerlendirmek,
- İlk 24 saat içerisinde kan bankasının kan sağlama kapasitesini değerlendirmek,
- İlerleyen saatlerde laboratuvarın imkan ve kapasitesini afet ve acil durum için artırma imkanını değerlendirmek,
- İlerleyen saatlerde kan bankasının kan sağlama kapasitesini artırma imkanını değerlendirmek,
- Laboratuvar analizlerini öncelikle kritik öneme sahip olanlarla sınırlamak,
- Kan teminini sadece gerçekten ihtiyacı olan hastalarla sınırlamak,
- Eğer kapasitenin yetersiz olacağı ön görülüyorsa daha çok kan temini ve analiz yapma konusunda diğer alternatifleri değerlendirmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
Acil Müdahale planının akti hale geçirilmesiyle beraber Laboratuvar sorumlusundan , mesai saatleri dışında ise Laboratuvar nöbetçi personeli ile iletişime geçilerek ilk hareket tarzları belirlenir.	
Öncelikle laboratuvar sorumlusu ve/veya Laboratuvar nöbetçi personeli,/ Altyapı Sorumlusu / İş Güvenliği Sorumlusu ile görüşülerek Laboratuvar Durum Raporunu hazırlar ve Operasyon Şefine gönderir/sunar.	
Afet ve acil durumunda laboratuvar ve kan bankasını yönetmek için kullanılacak olan mevcut prosedürleri, iş akış talimatları, kayıtları ve formları değerlendirilir ve alanda hazır bulunması sağlanır.	

Afet durumunda laboratuvarın kısmen/tamamen zarar görmesi durumuna ve afetin yaşanma durumuna göre hareket tarzı belirlenir.Eğer hastane laboratuvarında bir zarar görülmemişse ve çalışmasında bir risk yoksa faaliyetine devam eder.Eğer bir zarar görme durumu varsa bu durumda arklı bir yerde aaliyetine devam edilip edilmeyeceğine ve/veya belirlenen referans laboratuara testler gönderilir.	
Laboratuvarın mevcut hizmetine devam etmesi durumunda malzeme ve laboratuvar kitlerinin stok durumu değerlendirilir ve malzeme ihtiyacı ile ilgili önce Lojistik/Depoya , Depoda olmayan malzemeler için Satınalmaya talepte bulunulur.	
Hizmetin kesintisiz devam etmesi için gerekli personel planlaması yapılır ve 24 saat kesintisiz laboratuvar hizmetinin vermesi sağlanır. Gerekli durumlarda gönüllülerden , gerekli yeterlikleri doğrulandıktan sonra laboratuvar personeli kontrolünde çalıştırılabilir.	
Hastane personelini kan ürünlerini, analizlerini ve hizmetlerini mümkün olduğu kadar ekonomik bir şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirilir	
Kan Transfüzyon merkezinin mevcut kan/kan ürünleri stoğu değerlendirilir. İlerleyen zamanlarda ihtiyacı giderecek şekilde gerekli kan /kan ürünleri talebinde bulunulur. Talebin giderilmediği durumlarda ise gönüllülere çağrı yaparak acil kan transfüzyonu ile kan alma işlemleri yapılır.	
Özellikle kan veya vücut sıvıları ile bulaşma, insandan insana bulaşma potansiyeli olan bir epidemi durumuyla ilgili olarak laboratuvar personelinin doğru bir şekilde bilgilendirildiğinden, personel için kişisel koruyucu donanımın mevcut olduğundan ve numuneler konusunda açık talimatlar verildiğinden emin olunur.	
Laboratuardaki tıbbi atık ve tehlikeli atık yönetimi süreçleri ile ilgili gerekli önlemler /malzemeler temin edilir.	
Laboratuara gelen ve çalışılan kanlar ile ilgili numunelerin karışmaması için bir sistem geliştirilir, öncelikle çalışılacak testler belirlenir ve bu biçimde hareket edilir. Dış laboratuara gönderilen kanlar ve/veya dış laboratuardan gelen kanlar için kayıtların doğru olduğundan emin olunur.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
Laboratuvar, personel için herhangi bir sağlık sorunu oluşturmayacak şekilde yönetilmelidir,	
Kan kullanımında kan güvenliği ile ilgili ulusal rehberlere tamamen uyulmalıdır (nakil sadece çapraz karşılaştırma ve kan kalitesi kesin olduğunda yapılmalıdır),	
Laboratuvara sadece yetkili personelin girdiğinden emin olun,	
Laboratuvar atığı imha ve temizleme prosedürlerine tamamen uyulduğundan emin olun,	
Kana yönelik soğuk zincirin güvence altına alındığından emin olun,	
Analizlerin en ekonomik şekilde talep edildiğinden emin olunmalıdır.	

Kullanılacak Materyal	
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Laboratuvar ve Kan Transfüzyon Merkezi Yönetimi Prosedürü	
Kişisel Koruyucu Donanımlar	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Kalite Kontrol	
Laboratuvar ve kan bankasının deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın,	
İmkân ve kapasite ile ilgili değerlendirmenin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın,	
Laboratuvarın ihtiyaç duyduğu kritik malzemelerin mevcut olduğundan emin olun,	
Hekimlerin sadece kritik analizleri talep etmesi ile ilgili olarak bilgilendirildiğinden emin olun,	
Tedarik konusunun kısa sürede ele alındığından emin olun.	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	
Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü	
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	
Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Laboratuvar ve Kan Transfüzyon Merkezi Sorumluları	
Laboratuvar ve Kan Transfüzyon Merkezi Personeli	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar	
• Nitelikli personel eksikliği varsa, laboratuvarın sürekli olarak nitelikli personel tarafından işletilmesini ve/veya diğer laboratuvarların (örn. özel laboratuvar vb.) yardımcı olmasını sağlamak için hemen olay eylem planını oluşturun, • İnsandan insana Bulaşıcı Hastalık durumlarında, tüm iş güvenliği kurallarına tamamen uyulmasını sağlayın, • Eğer ciddi bir kan sıkıntısı olacağı düşünülüyorsa, hemen dış kaynaklardan kan tedarik etmeyi düşünün, • Eğer bir elektrik kesintisi söz konusu ise, soğuk zinciri koruyarak kan ve kan ürünlerinin kullanılabilir kalmasını sağlayın.	
ZAMAN DİLİMİ	
Acil Müdahale planının aktivasyonu ile süreç aktif hale geçer. İlk 12 saatte 2 saatte bir, sonraki süreçte ise 4 saatte bir Mevcut Durum raporu ile bilgilendirme yapılır.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
İlgili listeler formlar	
İzleme	

Kritik malzeme, laboratuvar kitleri ve kan/kan ürünleri için zamanında talep yapıldığından emin olun
Özellikle bulaşıcı hastalık durumu ile ilgili önlemlerin zamanında alındığından emin olun
GÜVENLİK
Laboratuvar alanına yetkisiz kişilerin girmemesi için gerekli önlemlerin alındığından emin olun.

HAP Psikososyal Destek Hizmetler Prosedürü

HAP PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLER PROSEDÜRÜ	
Temel Faaliyet :Afet ve acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak.	
Hedefler • Mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla ruh sağlığı bakımından yüksek riskli tepkileri belirlemek, • Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek, • Psikososyal destek hizmetleri kapsamında psikolojik triyaj yapmak, kesintisiz psikososyal risk ve ihtiyaç analizi yapmak, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım ile destek olmak, psikolojik bilgilendirme yapmak, paylaşım grupları ile psikoeğitim çalışmalarını yürütmek, • Gerekli görüldüğünde klinik değerlendirme ve takip amacıyla hasta, hasta yakını ve sağlık personeline ruh sağlığı hizmeti verilmesi için sevk zinciri kurmak, • Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin niceliksel ve niteliksel kapasitesini ve imkanlarını değerlendirmek, • Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak, • Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyulma olasılığını azaltmak, • Ciddi şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edilmesini sağlamak, • Öncelikle hastaların ve personelin en acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak, • Hastalar, personel, hasta yakınları vb.grupların psikososyal destek ihtiyaçlarını düşünmek ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirmek.	
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
OYE, afet/acil durumlarında, hastanenin, psikososyal destek hizmetlerindeki rolünü belirlemelidir, • OYE, hastane iç ve dış paydaşlarla hemen işbirliğine gitmelidir, • OYE, psikososyal destek ekibinin üyelerini ve sorumlularını belirlemelidir, Psikososyal destek ekibi aşağıdakilerden sorumludur: - o Mevcut prosedürler, iş akış talimatları, formlar ile kayıtları hızlıca değerlendirerek kullanılacak olanları seçmek, afet ve acil duruma uyumunu sağlamak, - o Psikososyal Destek ekibinin görev yapacağı alanı belirlemek ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) ekibe nasıl ulaşacağını açıkça belirtmek, - o Psikososyal açıdan özel ihtiyaç ve riskleri olan hasta, hasta yakınları ve sağlık personellerini belirlemek, - o Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl alınacağı, kaygı ve stres belirtileri, riskli belirtilerin tanınması, yüksek riskli grupların tanınması gibi bilgileri içeren basılı materyal hazırlamak ve bunu yaygın olarak erişilebilir hale getirmek. Ölü ve kayıp yönetimi ile sürekli işbirliği içinde olarak psikososyal desteğe ihtiyacı olanlar hakkındaki bilgiler de dahil olmak üzere işbirliği ve koordinasyon sağlamak,	

o Ölüleri teşhis için geldiklerinde ailelere eşlik etme konusunda psikososyal destek ekibinin hazırlıklı olmasını sağlamak,o Kaygı ve stres tepkileriyle ilgili sağlık personeline yönelik destekleyici grup çalışmaları için güvenli bir oda hazırlamak ve desteği kesintisiz sürdürmek,o OYE'ye, öncelikle afet ve acil durum halinde görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak,	
o Tüm personel ve ailelerine yönelik psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütmek, o Sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına göre psikososyal destek sağlamak, gerektiğinde ihtiyaçlarını karşılamak (kayıpların bulunması, kimliklendirme, kimsesiz ve engellilere destek verilmesi) veya kaynaklara yönlendirmek, o Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının afet ve acil durumlarda da sürdürülebilir olmasını sağlamak ve ilgili kurum ve kuruluşlarla (aile ve sosyal politikalar bakanlığı il müdürlüğü, il emniyet müdürlüğü, STK'lar vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütmek, o Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak şartıyla STK'lar, dini liderler ve toplum liderleri gibi dış paydaşlar ile iş birliği ve koordinasyon sağlamak.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
Psikososyal destek ekibinin gereken yeterliğe sahip (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb.) personelden oluştuğundan emin olun, • Psikososyal destek hizmetleri devam ettiği sürece görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olun, • Daha çok desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sisteminin kullanıldığından emin olun.	
Kullanılacak Materyal	
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Kontrol	
• Kaliteli hizmet sunmak için psikososyal destek ekibinin gerekli yeterliğe sahip insanlar tarafından yönetilmesini sağlayın,	
Ruhsal açıdan etkilenen hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde ve taburcu edilmelerinin hemen sonrasında takip edilmelerini sağlayın,	
• Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının en öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını sağlayın.	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	

Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Departman Servis Yetkilileri	
Psikososyal Destek Hizmetler Personel,	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
İlgili listeler formlar	
İzleme	
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez genel durum ile raporlama yapın	
Güvenlik	
- Psikososyal destek hizmetleri sunan personelin ikincil “mağdur” haline gelmemesini sağlayın, - Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece Olay Yönetim Ekibi’nin kararına göre gerekli görülenlerle sınırlı kalmasını sağlayın, - Takip gerektiren hastalara ve çalışanlara hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın.	

Güvenlik Yönetimi Prosedürü

GÜVENLİK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	
Temel Faaliyet : Temel Faaliyet: Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlanmaktadır.	
Hedefler Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak, Erişim yollarının hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevki için açık olmasını sağlamak, Hastane hizmetlerine ve tıbbi bakıma erişimi kolaylaştırmak, Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin güvenliğini sağlamak, Hastane afet triyaj alanı, acil servis, ayaktan tedavi alanı, kişisel eşyaların bulunduğu oda vb. gibi özel olarak oluşturulan alanların güvenliğini sağlamak, Hastaları veya personeli afet/acil durum sonucu oluşabilecek güvenlik risklerinden korumak, Acil durum süresince hastanenin ekipman ve malzemelerini korumak, Oluşabilecek her türlü güvenlik sorununun hastane güvenlik personeli tarafından emniyet güçleri ve Olay Yönetimi Ekibi ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak, Söz konusu afet ve acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturması halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak.	
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
Olay Yönetim Ekibi;	
Mevcut Afet/ Acil durumunun özelliklerini ve hastanenin işleyişini nasıl etkileyebileceği belirlenmelidir.	
Hastanede mevcut durumda bulunan güvenlik personeli olarak görev yapan personel görevine devam ederken, uygun kişininde Güvenlik Sorumlusu olarak belirlenmesi gerekmektedir.	

Güvenlik sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtlar hızlıca değerlendirilerek, kullanılacak olanların belirlenmesi sağlanmalıdır	
Güvenlik sorumlusu Planlama ekibi içinde görev alırken gerek mevcut kendi personel ihtiyacını belirler. Bu ihtiyaç mevcut güvenlik firmasından tedarik edilmesiyle giderilmesi amaçlanmalıdır. Ancak güvenlik firmasının yetersiz gelmesi durumunda kolluk kuvvetlerinden ve/veya mevcut hastane personelinin uygun olan seçilir.	
Güvenlik sorumlusunun; görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrelenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesi istenmelidir	
Güvenlik sorumlusu mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemelidir	
Güvenlik sorumlusu belirlenen periyotlarda mevcut durum ile ilgili Durum Raporunu Planlama Şefine göndermelidir.	
Hastanenin de aynı zamanda olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmaları sırasında güvenlik hizmeti sağlamalıdır	
Olay Yönetim Ekibi ve/veya Planlama Şefinden yol ve trafik ile ilgili düzenleme talebi geldiğinde ilgili yerlerle iletişime geçmeli ve gerekli izinleri aldıktan sonra talepleri yerine getirmelidir.	
Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapmalı; güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim hazırlamalıdır,	
Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınması sağlanmalı, güvenliği sürekli olarak kontrol edilmelidir,	
Epidemi ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğinin sağlanması için özel ihtiyaçlar belirlenmeli ve hizmetin sürekliliği sağlanmalıdır	
Bomba ihbarı, hastane içindeki bir yangın vb. gibi afet ve acil durumlarda olaya özel planlara uygun davranılması sağlanmalı, tahliye prosedürleri gözden geçirilmelidir,	
Gerektiğinde polis, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile işbirliği yapmak için gerekli önlemleri almalıdır.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
- Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı ve bu güvenlik personelinin sürekli olarak yelek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır, - Yeterli sayıda, eğitim almış ve bilgilendirilmiş güvenlik personelinin sürekli görevde olması sağlanmalıdır.	
Kullanılacak Materyal	

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Güvenlik ile ilgili diğer özel ekipman	
Kontrol	
Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın	
hastane güvenlik personelinin kolluk kuvvetleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın	
Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın	
Zaman Dilimi	
OYE' nin aktive edilmesinden hemen sonra başlanır ve devam eden, aynı zamanda düzenli olarak Durum Raporu gönderir biçimde	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	
• Hastane afet triyaj alanı ile ilgili SOP, • Ailelere yönelik alanlar ile ilgili SOP, • Hizmet sunumunun devamlılığı ve kritik sistemlerin eski haline getirilmesi ile ilgili SOP, • Acil Servis yönetimi ile ilgili SOP, • Psikososyal destek hizmetleri ile ilgili SOP, • Kimliği belirli ya da belirsiz ölümler ile ilgili SOP	
Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Güvenlik Hizmetleri Personeli	
Emniyet Güçleri	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar	
Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hasta yakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek almak için gerekli prosedürü hemen uygulayın.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
İlgili listeler formlar	
İzleme	
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez güvenlik durumu ile ilgili raporlama yapın	

Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,
Güvenlik personelinin aşırı risk almadığından emin olun,
Güvenlik konusunda ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olun.

Destek Hizmetler Prosedürü

DESTEK HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ	
Temel Faaliyet : Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi hizmet kapasitesine katkı sağlamak ve çalışanlar ile hastaların sağlığını korumak amacı ile söz konusu destek hizmetlerin yönetimini organize etmek	
Hedefler • Temizlik hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış, - o Artan Bulaşıcı Hastalık riski (özellikle insandan insana bulaş), - o Hastane afet triyaj alanı ve hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması, - o Çalışan sayısındaki eksiklik nedeniyle hizmeti sürdürmede zamanla yaşanan sorunlar, - o Yeterli miktarda tedarik yapılması ve tedarikçinin sürdürülebilirliği, - o Epidemik veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personellerinin enfeksiyon riskleri açısından korunması. • Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış, - o Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış, - o Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen sınırlılıklar (örn, çalışanlar, ekipman kapasitesi). • Atık yönetiminde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örn, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler), - o Hastane atıklarının toplanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması, - o Çöp taşıma hizmetinin yapılmaması gibi başka faktörlerin de hastane atık yönetimini etkilemesi, • Yemekhane hizmetlerinde karşılaşılan teoş zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak; - o Normal yemekhane kapasitesi üzerinde meydana gelebilecek artış, - o Yemekhane ile ilgili yapısal meydana gelebilecek zararlar, - o Malzeme ve donanım tedariği zorlukları, - o Çalışan sayısındaki zorluklar Bu alanlardaki sorunları önlemek için gereken olay eylem planını oluşturmak, • Lojistik yönetimi için koordinasyonu sağlamak, • Söz konusu hizmetler için personel desteğini sağlamak, • Çalışanların ve ekipmanların emniyetini ve iş güvenliğini sağlamak.	
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri ve iş akış talimatlarını Olay Yönetim Merkezi'nde değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelini görevlendirin	
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünü veya Standart Operasyon Prosedürlerini faaliyete geçirin ve bu hizmetlerin mevcut duruma uygun hale getirilip getirilmediğini değerlendirin; gerektiği takdirde düzeltici faaliyetlerde bulunun,	
• Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın,• - İhtiyaçlara göre uygun olan personel için yeniden görev dağılımı yapın,• - Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin,	

İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğinin dikkate alınmasını sağlayın, • Hizmet sunumunun zamanla sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin, • Öngörülen bir eksiklik (personel, malzemeler, ekipmanlar, lojistik) durumunda gereken olay eylem planını oluşturun,	
• Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin, • Sağlık otoroteleri ile birlikte hareket edin.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
• Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alın, • Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlığı tehdit eden riskler ve güvenlik prosedürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olun, • Sürece dâhil olan personelin kontaminasyon, bulaşıcı atıklar vb. durumlarda iş güvenliği prosedürlerine tamamıyla uyduğundan emin olun (kontamine ya da enfekte atıklarla çalışırken), • Epidemide faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın	
Kullanılacak Materyal	
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Kontrol	
Gerekli hizmetlerin doğru zamanda ve yeterli miktarda verilmesini sağlayın,	
Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın.	
Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	
Malzeme ve Depo Yönetimi Prosedürü	
Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Destek Hizmetleri Personeli	
Dış Paydaşlar	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar	
İnsandan insana bulaşıcı hastalıklar ya da kimyasal bir olayın meydana gelmesi halinde, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın,	
Kimyasal bir olay yaşanması halinde, şebeke suyunun kontamine olmasını engellemek için dekontaminasyon alanının (dekontaminasyon için kullanılan su bu alanda bulunur) sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
İlgili listeler formlar	
İzleme	
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez destek hizmetlerinin durumu ile raporlama yapın	

TEKNİK BAKIM HİZMETLERİNİN VE KRİTİK EKİPMAN YÖNETİMİ	
Temel Faaliyet:Kritik ekipman ve hastane demirbaşlarının kullanılabilir durumda olmasını sağlamak, gerekli durumlarda onarımlarını yapmak ve sorunsuz çalışmasını sağlamaktır.	
Hedefler • Kritik ekipmanın çalışır vaziyette olmasını ve çalışır durumda kalmasını sağlamak, • Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halindhemen tamir edilmesini sağlamak, • Elektrik, su, haberleşme vb. kritik sistemlerin sürekli çalışması için ilgili dış paydaşlarla işbirliği sağlamak, • Dış kaynaklarda bir sorun yaşanması halinde, jeneratörler, su tankları vb. yedek sistemlerin devreye girmesini sağlamak.	
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
Olay Yönetim Ekibi Planlama görevi kapsamında Teknik Hizmetler Sorumlusu görevlendirilir.	
Teknik Hizmetler Sorumlusu tarafından aşağıdakiler yapılmalıdır: o Teknik hizmetler personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü, iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirir kullanılacak olanları seçer ve bunların mevcut duruma uyarlanmasını sağlar.	
Teknik Hizmetler Sorumlusu, Tesis Sistemleri Durum Raporu ile hastane genelinde altyapı ve diğer sistemlerin ilk kontrolünü yapar,bu kontrol ile ilgili de Tesis Sistemleri Durum Raporunu Planlama Şefine gönderir. Birim sorumluları ile görüşerek arızalı/ hasar görmüş ekipmanın durumuna göre onarımları ve/veya yerine en kısa sürede giderilmesi için gerekli faaliyetleri belirler.	
Afet öncesinde jeneratörlerin bakımın ve kontrolünün tam ve zamanında yapılması/yaptırılması sağlanır. Ayrıca yeterli yakıtın her zaman olması sağlanır. Afet durumunda ise jeneratörlerin kontrolü teknik servis tarafından yapılır ve eğer zarar görmüş çalışmayacak durumda ise protokol imzalanan firmadan yedek jeneratör sağlanır. Jeneratörlerin yakıt deposunun tam dolu olması ve düzenli olarak kontrol edilmesi sağlanır.	
Tıbbi gaz sistemi ile ilgili yapısal bir sorun olmuş ve tıbbi gaz deposu hizmet veremiyorsa protokol imzalanmış firmadan ek seyyar medikal gaz tüpleri temin edilir. Eğer sistemde bir sorun yoksa bu durumda ilave stok alınarak kapasite artışı vb. durumlar için önlem alınır	
Hastanenin su deposu bir zarar görmüşse ve/veya afet sırasında kullanımdan dolayı kritik noktaya gelmişse acil belediye/itaiye vb. kurumlar ile iletişime geçilerek su ihtiyacı giderilir.	
Kullanım dışı kalan veya ek ihtiyaç duyulan ekipman ve teçhizat için tedarikçiler, paydaşlarla iletişime geçilir ve bu eksikliklerin giderilmesi sağlanır.	

•Hastane binasının zarar görmesi, kritik sistemlerin kaybı ve kritik ekipmanın kısmi ya da tamamen yok olması gibi dış kaynaklı bir olaydan hastanenin de etkilenmesi durumunda, 2 Nolu Tahliye Özel Planına göre hareket edilir ve; *Öncelikle mevcut durum tespiti yapılarak ve buna göre tahliye kararı verilir. *Tahliye edilecek uygun yer belirlenirken, eğer bu alanda da hasta bakımına devam edilecekse teknik servis bu alanda gerekli hazırlıkları yapar. *Hastaların tahliye trijına uygun olarak tahliye edilirken , belirlenen uygun tahliye yollarını kullanmaları sağlanır. Bu aşama da teknik servis transport sürecinde de yardımcı olabilir. *Tahliye edilen bölümde bulunan önemli tıbbi cihazlar ve malzemeler de hasta/personel tahliyesinden sonra tahliye edilirler. *Tahliye sonrası ve tahliye aşamasında yaşanan sorunların bildirilmesi istenir. *Tahliye sonrasında başka kuruma sevk olacak hastalar ile ilgili genel hazırlıklar yapılır. *Tahliye sonrası durum değerlendirmesi yapılır. *Yangın sonrası hizmet veremeyecek duruma veren, kapatılan bölümler ile ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınması için Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçilir.	
Hastane içinde eğer bir yangın durumu var ise 1 No' lu Yangın Özel Müdahale Planına uygun olarak gerekli müdahaleyi yapar. Bu planagöre; *Öncelikle yangın bölgesine gidip gelen asansör sistemini devre dışı bırakır ve asansörlerde kimse olup olmadığını kontrol eder. *İlgili bölümün elektriğin kesilmesini sağlar ve böylelikle olası bir elektrik kaçağının önüne geçmeyi hedefler. *Yangının daha hızlı yayılmaması için tıbbi gaz sistemini devre dışı bırakır. *İlgili bölüme müdahale için yardıma gider bu aşamada bölümün tahliye edilmesine karar verilmişse Tahliye Planlarına göre belirlenen şekilde bölümün tahliye edilmesine yardımcı olur. *Gerekli durumlarda iş güvenliği sorumlusu ve planlama şefi ile birlikte tahliye ihtiyacı olup olmadığı konusunda görüşür, beyanda bulunur. *Yangına müdahale sonrasında ilgili bölümün durumu ile ilgili değerlendirmeyi yapar. Bölümün hizmete geçmesi gerekli olanları belirler ve buna göre hareket tarzı belirler. *Yangın sonrası hizmet veremeyecek duruma veren, kapatılan bölümler ile ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınması için Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçilir.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri	
Afet öncesinde yangın sistemlerinin(dedektör,sprinkle, yangın ihbar) vb. ve yangın tüplerinin düzenli kontrolleri yapılmalı ve eksiklikler giderilmelidir.	
Afet öncesinde kritik öneme taşıyan taşıyat/ekipman ile ilgili gerekli protokoller yapılmalıdır.	
Afet sırasında kontrollere gerekli önem verilmelidir.	
Gerekli kişisel koruyucu donanım malzemeleri her zaman hazır olmalı ve kullanılmalıdır.	
Teçizat ve ekipmanlara yapılacak müdahaleler yetkinliği bulunan kişiler tarafından gerekli önlemler alınarak yapılmalıdır.	
Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye sokmamalıdır	

Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalıdır ve epidemi vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.	
Kullanılacak Materyal	
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar	
Dış firmalarla yapılan protokoller	
Kişisel Koruyucu Donanımlar	
Kimlik kartları ve görev yelekleri.	
Kalite Kontrol	
Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her Departman/Servis/Birimde güvenle kullanılabilmesini sağlayın,	
Hastanenin kritik sistemlerinin çalışır durumda olmasını sağlayın, Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun,	
Kritik ekipmanın afet ve acil durumdan dolayı zarara uğrama riski taşımadığından emin olun.	
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri	
Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü	
Yangın Özel Planı	
Tahliye Özel Planı	
Sürece Dahil Kişiler	
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri	
Teknik Hizmetler Personeli	
Güvenlik Personeli	
Dış Paydaşlar	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar	
Kritik ekipmanlar zarar gördüyse ve hemen yerine konulamıyorsa, temel hizmetlerin sunulmasına ilişkin sonuçlar hasta bakımının kalitesini azaltıyor ve tıbbi bakım sağlanması gerekenden daha az hastaya bakılmasına neden oluyorsa, iş sürekliliğine ilişkin olaya özel planı derhal faaliyete geçirin.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
İlgili listeler formlar	
İzleme	
- Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun, - Kritik sistemlerin veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun	
GÜVENLİK	
Riskli bölgelere yetkisiz kişilerin girmemesi için gerekli önlemlerin alındığından emin olun.	

Yataklı Servis Ve Müdahale Prosedürü

YATAKLI SERVİS İŞLEYİŞ VE MÜDAHALE PROSEDÜRÜ
Temel Faaliyet: Afet anında yataklı servislerin işleyişinin kesintisiz sürdürülmesi ve acil duruma en doğru ve en hızlı müdahale yapılmasını sağlamak

Hedefler

- Acil Müdahale Planı' nın aktive edilmesiyle beraber servisin en hızlı biçimde acil durum çalışma şekline geçmesi
- Herhangi bir tahliye durumunda tahliye triyajının hızlı ve sorunsuz yapılması
- Tahliye triyajını hızlı biçimde yapılarak katın tahliye edilmesi,
- OYE ve Operasyon Şefiyle raporlama mekanizmasının kurulması ve devam etmesi,
- Yataklı serviste hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi

SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER**Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi**

Acil müdahale planının aktive edilmesiyle beraber Servis Sorumlusu/ Servis Kıdemli Hemşiresi servis ile ilk değerlendirmeyi Durum Raporu ile yaparak operasyon Şefine ve Yataklı Servisler Sorumlusuna gönderir/sunar.

Personele yaşanan olay ve bölümün hareket tarzı ile ilgili genel bilgilendirme yapılır.

Acil durum ile ilgili prosedür, iş akış talimatları vb. dokümanların eksik olup olmadığı kontrol edilir . Eksiklik olması durumunda HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusu ile iletişime geçilerek gerekli dokümanlar sağlanır.

Eğer bir tahliye kararı alınmışsa Hastane Tahliye Özel Planı' na uygun olarak tahliye triyajı yapılır ve Bölüm Özel Tahliye Planında belirtilen yollardan hastaların ve personelin tahliyesi yaptırılır.

Tahliye edilen hastalar ile ilgili kayıtlar ayrıca hasta yanında olması sağlanır.

Eğer bölümde bir yangın durumu yaşanıyorsa Yangın Özel Planına göre gerekli bildirimler ve müdahale yapılır.

Servisle ilgili bir yapısal vb. sorun olmayıp servis hizmete devam edecekse, hastaların durumu ile ilgili değerlendirme yapılır.

Bakımı/tedavisi ailesinin yanında devam edebilecek hastalar ile ilgili Operasyon Şefine bilgi verilir ve bu hastaların taburcu olmaları konusunda aileleri ile iletişime geçilir.

Daha önce yatışı planlanan hastalar ile ilgili olarak durumu acil olmayan hastalar ile ilgili Yataklı Servis Sorumlusu ile iletişime geçilerek , onayıyla bu yatışlar ertelenir.

Bölümdeki malzeme /ilaç vb. stok kontrol edilir, artacak hasta yoğunluğu da göz önüne alınarak ilave malzeme/ilaç vb. isteminde bulunulur.

Bölüm ile ilgili personel değerlendirmesi yapılarak, ilave personel ihtiyacı olması halinde İnsan Kaynakları Sorumlusu ile iletişime geçilir. Ayrıca nöbet hizmetleri için de gerekli personel planlaması yapılır.

İlk 12 saat için 2 saatte bir , 12 saatten sonra ise her 4 saatte bir olacak şekilde Bölüm Durum Raporu Operasyon Şefine gönderilir.

Serviste yatan hastaların tedavi ve bakımlarının hastanenin belirlemiş olduğu protokollere uygun olarak yapılması sağlanır.

Hastaların sağlık durumları ile yaşanan sorunlarda Yataklı Tedavi Birim Sorumlusu ve primer sorumlusuna bilgi verilir.

Bölümde güvenlik riski olabilecek durumlar ile ilgili Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçer ve gerekli durumlarda Güvenlik personeli talebinde bulunulur.

Acil durumun her anında malzeme, ilaç , tıbbi cihaz vb. malzemelerin ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesi için sürekli olarak Lojistik ekibi ile iletişimde bulunulur.

Servisin kapasitesini artırmak için Yataklı tedavi Sorumlusuna önerilerde bulunulur ve bu konuda çalışmalar yapılır.

Bölümde enfeksiyon vakalarının yaşanmaya başlanması durumunda Yataklı Tedavi Sorumlusu vasıtasıyla/doğrudan Tıbbi

Teknik Kurul ile görüşülerek alınması gereken önlemler belirlenerek gerekli önlemler alınır. Bölümün temizliğinin düzenli olarak yapılması, atıkların düzenli olarak toplanması sağlanır ve temizlik personeli ihtiyacında doğrudan Destek Hizmetleri Sorumlusu ile iletişime geçilir. Yemek hizmetlerinin başlamasıyla beraber serviste yatan hastalar için gerekli yemek hizmeti planlaması yapılır. Acil durumun her annda HAP ile ilgili dokümanlar aktif olarak kullanılır.	
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ	
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, • Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmeden hastalarına refakat etmek istediği durumda, konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin, • Serviste bir arıza yaşanması durumunda yetkilendirilmiş personelin müdahale etmesini sağlayın.	
KULLANILACAK MATERYAL	
• Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar, • İşaretler ve posterler, • Formlar ve kontrol listeleri, • Görev yelekleri, • Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar.	
KALİTE KONTROL	
• Yataklı servisin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın, • İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.	
ZAMAN DİLİMİ	
• Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (Yataklı Servisin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra),yapın • Raporlama sürelerinde durum raporlarınızı gönderin.	
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ	
Güvenlik Hizmetleri SOP	
Destek Hizmetleri SOP	
Lojistik Hizmetleri SOP	
Tahliye Özel Planı	
Kat Tahliye Özel Planı	
Yangın Özel Planı	
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR	

• Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmeden hastalarına refakat etmek istediği durumda, konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin, • Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, • Bölümde yaşanacak hırsızlık, çocuk kaçırma durumları için dikkatli olun	
SÜRECE DAHİL KİŞİLER	
Servis Sorumlusu	
Servis Personeli	
Destek Personel	
OYE Üyeleri	
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ	
Yataklı Servis Durum Raporu Hasta Tahliye Takip Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Hasta Eşyası Teslim Formu Personel Tahliye Takip Formu	
İZLEME	
• Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, • Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, • Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, • Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.	
GÜVENLİK	
Bölümün izlenerek güvenlik riski yaşanan durumlar yaşanması durumunda gerekli önlemlerin alınması için güvenlik ile iletişime geçin	

Yetişkin Yoğun Bakım İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü

YETİŞKİN YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ VE MÜDAHALE PROSEDÜRÜ
Temel Faaliyet: Afet anında yetişkin yoğun bakım işleyişinin kesintisiz sürdürülmesi ve acil duruma en doğru ve en hızlı müdahale yapılmasını sağlamak

Hedefler

- Acil Müdahale Planı' nın aktive edilmesiyle beraber servisin en hızlı biçimde acil durum çalışma şekline geçmesi
 - Herhangi bir tahliye durumunda tahliye triyajının hızlı ve sorunsuz yapılması
 - Tahliye triyajını hızlı biçimde yapılarak katın tahliye edilmesi,
 - OYE ve Operasyon Şefiyle raporlama mekanizmasının kurulması ve devam etmesi,
 - Yoğun bakımda hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi
- Yoğun bakımdan sevk edilecek hastalar ile ilgili hazırlıkların eksiksiz yapılması

*

SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER**Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi**

Acil müdahale planının aktive edilmesiyle beraber YYB Sorumlusu/ Servis Kıdemli Hemşiresi servis ile ilk değerlendirmeyi Durum Raporu ile yaparak operasyon Şefine gönderir/sunar.

Personele yaşanan olay ve bölümün hareket tarzı ile ilgili genel bilgilendirme yapılır.

Acil durum ile ilgili prosedür, iş akış talimatları vb. dokümanların eksik olup olmadığı kontrol edilir . Eksiklik olması durumunda HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusu ile iletişime geçilerek gerekli dokümanlar sağlanır.

Eğer bir tahliye kararı alınmışsa Hastane Tahliye Özel Planı' na uygun olarak tahliye triyajı yapılır ve Bölüm Özel Tahliye Planında belirtilen yollardan hastaların ve personelin tahliyesi yaptırılır. Tahliye sonrası hastane içinde farklı bir bölümde yoğun bakım hizmeti verilecekse, bu bölüm ile ilgili eksikliklerin ivedilikle giderilmesi sağlanır. Eğer hastane içinde bir yoğun bakım hizmeti verme durumu yoksa ve hastalar başka hastanelere sevk edilecekse Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu ile iletişime geçilerek uygun kurumlar seçilir.

Eğer bölümde bir yangın durumu yaşanıyorsa Yangın Özel Planına göre gerekli bildirimler ve müdahale yapılır.

Servisle ilgili bir yapısal vb. sorun olmayıp servis hizmete devam edecekse, hastaların durumu ile ilgili değerlendirme yapılır. Bakımı/tedavisi ailesinin yanında devam edebilecek hastalar ile ilgili Operasyon Şefine bilgi verilir ve bu hastaların taburcu olmaları konusunda aileleri ile iletişime geçilir. Durumu stabil ve yataklı serviste bakımı sürdürülebilecek hastalar için Yataklı Servis Sorumlusu ile görüşülür. Gerekli planlama yapılır ve hastanın ilgili bölüme transferi sağlanır.

Bölümdeki malzeme /ilaç vb. stok kontrol edilir, artacak hasta yoğunluğu da göz önüne alınarak ilave malzeme/ilaç vb. isteminde bulunulur.

Bölüm ile ilgili personel değerlendirmesi yapılarak, ilave personel ihtiyacı olması halinde İnsan Kaynakları Sorumlusu ile iletişime geçilir. Ayrıca nöbet hizmetleri için de gerekli personel planlaması yapılır.

İlk 12 saat için 2 saatte bir , 12 saatten sonra ise her 4 saatte bir olacak şekilde Bölüm Durum Raporu Operasyon Şefine gönderilir.

YYB' de yatan hastaların tedavi ve bakımlarının hastanenin belirlemiş olduğu protokollere uygun olarak yapılması sağlanır. Hastaların sağlık durumları ile yaşanan sorunlarda Operasyon Sorumlusuna ve primer sorumlusuna bilgi verilir. Bölümde güvenlik riski olabilecek durumlar ile ilgili Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçer ve gerekli durumlarda Güvenlik personeli talebinde bulunulur. Acil durumun her anında malzeme, ilaç , tıbbi cihaz vb. malzemelerin ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesi için sürekli olarak Lojistik ekibi ile iletişimde bulunulur. Servisin kapasitesini artırmak için Operasyon Şeine önerilerde bulunulur ve bu konuda çalışmalar yapılır. Bölümde enfeksiyon vakalarının yaşanmaya başlanması i durumunda Operasyon Şei vasıtasıyla/doğrudan Tıbbi Teknik Kurul ile görüşülerek alınması gereken önlemler belirlenerek gerekli önlemler alınır.	
Bölümün temizliğinin düzenli olarak yapılması, atıkların düzenli olarak toplanması sağlanır ve temizlik personeli ihtiyacında doğrudan Destek Hizmetleri Sorumlusu ile iletişime geçilir. Acil durumun her anında HAP ile ilgili dokümanlar aktif olarak kullanılır.	
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ	
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, • Serviste bir arıza yaşanması durumunda yetkilendirilmiş personelin müdahale etmesini sağlayın.	
KULLANILACAK MATERYAL	
• Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar, • Tıbbi Cihazlar • Formlar ve kontrol listeleri, • Görev yelekleri,	
KALİTE KONTROL	
• YYB' nin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın, • İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.	
ZAMAN DİLİMİ	
• Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (YYB ' nin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra),yapın • Raporlama sürelerinde durum raporlarınızı gönderin.	
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ	
Yataklı Servis İşleyiş ve Müdahale SOP	
Güvenlik Hizmetleri SOP	
Destek Hizmetleri SOP	
Lojistik Hizmetleri SOP	

Tahliye Özel Planı	
Kat Tahliye Özel Planı	
Yangın Özel Planı	
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR	
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,	
SÜRECE DAHİL KİŞİLER	
Servis Sorumlusu	
Servis Personeli	
Destek Personel	
OYE Üyeleri	
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ	
YYB Durum Raporu Hasta Tahliye Takip Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Personel Tahliye Takip Formu	
İZLEME	
• Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, • Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, • Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, • Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.	
GÜVENLİK	
Bölümün izlenerek güvenlik riski yaşanan durumlar yaşanması durumunda gerekli önlemlerin alınması için güvenlik ile iletişime geçin	

Yenidoğan Yoğun Bakım İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ VE MÜDAHALE PROSEDÜRÜ	
Temel Faaliyet: Afet anında yenidoğan yoğun bakım işleyişinin kesintisiz sürdürülmesi ve acil duruma en doğru ve en hızlı müdahale yapılmasını sağlamak	
Hedefler • Acil Müdahale Planı' nın aktive edilmesiyle beraber servisin en hızlı biçimde acil durum çalışma şekline geçmesi • Herhangi bir tahliye durumunda tahliye triyajının hızlı ve sorunsuz yapılması •Tahliye triyajını hızlı biçimde yapılarak katın tahliye edilmesi, • OYE ve Operasyon Şefiyle raporlama mekanizmasının kurulması ve devam etmesi, • Yenidoğan yoğun bakımda hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi * Yenidoğan yoğun bakımdan sevk edilecek hastalar ile ilgili hazırlıkların eksiksiz yapılması	
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

Acil müdahale planının aktive edilmesiyle beraber YDYB Sorumlusu/ Servis Kıdemli Hemşiresi servis ile ilk değerlendirmeyi Durum Raporu ile yaparak operasyon Şefine gönderir/sunar.

Personele yaşanan olay ve bölümün hareket tarzı ile ilgili genel bilgilendirme yapılır.

Acil durum ile ilgili prosedür, iş akış talimatları vb. dokümanların eksik olup olmadığı kontrol edilir . Eksiklik olması durumunda HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusu ile iletişime geçilerek gerekli dokümanlar sağlanır.

Eğer bir tahliye kararı alınmışsa Hastane Tahliye Özel Planı' na uygun olarak tahliye triyajı yapılır ve Bölüm Özel Tahliye Planında belirtilen yollardan hastaların ve personelin tahliyesi yaptırılır.

Tahliye sonrası hastane içinde farklı bir bölümde yoğun bakım hizmeti verilecekse, bu bölüm ile ilgili eksikliklerin ivedilikle giderilmesi sağlanır. Eğer hastane içinde bir yoğun bakım hizmeti verme durumu yoksa ve hastalar başka hastanelere sevk edilecekse Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu ile iletişime geçilerek uygun kurumlar seçilir.

Eğer bölümde bir yangın durumu yaşıyorsa Yangın Özel Planına göre gerekli bildirimler ve müdahale yapılır.

Servisle ilgili bir yapısal vb. sorun olmayıp servis hizmete devam edecekse, hastaların durumu ile ilgili değerlendirme yapılır.

Bakımı/tedavisi ailesinin yanında devam edebilecek hastalar ile ilgili Operasyon Şefine bilgi verilir ve bu hastaların taburcu olmaları konusunda aileleri ile iletişime geçilir. Durumu stabil ve yataklı serviste bakımı sürdürülebilecek hastalar için Yataklı Servis Sorumlusu ile görüşülür. Gerekli planlama yapılır ve hastanın ilgili bölüme transferi sağlanır.

Bölümdeki malzeme /ilaç vb. stok kontrol edilir, artacak hasta yoğunluğu da göz önüne alınarak ilave malzeme/ilaç vb. isteminde bulunulur.

Bölüm ile ilgili personel değerlendirmesi yapılarak, ilave personel ihtiyacı olması halinde İnsan Kaynakları Sorumlusu ile iletişime geçilir. Ayrıca nöbet hizmetleri için de gerekli personel planlaması yapılır.

İlk 12 saat için 2 saatte bir , 12 saatten sonra ise her 4 saatte bir olacak şekilde Bölüm Durum Raporu Operasyon Şefine gönderilir.

YDYB' de yatan hastaların tedavi ve bakımlarının hastanenin belirlemiş olduğu protokollere uygun olarak yapılması sağlanır. Hastaların sağlık durumları ile yaşanan sorunlarda Operasyon Sorumlusuna ve primer sorumlusuna bilgi verilir.

Bölümde güvenlik riski olabilecek durumlar ile ilgili Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçer ve gerekli durumlarda Güvenlik personeli talebinde bulunulur.

Acil durumun her anında malzeme, ilaç , tıbbi cihaz vb. malzemelerin ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesi için sürekli olarak Lojistik ekibi ile iletişimde bulunulur.

Servisin kapasitesini artırmak için Operasyon Şefine önerilerde bulunulur ve bu konuda çalışmalar yapılır.

Bölümde enfeksiyon vakalarının yaşanmaya başlanması i durumunda Operasyon Şefi vasıtasıyla/doğrudan Tıbbi Teknik Kurul ile görüşülerek alınması gereken önlemler belirlenerek gerekli önlemler alınır.

Bölümün temizliğinin düzenli olarak yapılması, atıkların düzenli olarak toplanması sağlanır ve temizlik personeli ihtiyacında doğrudan Destek Hizmetleri Sorumlusu ile iletişime geçilir.

Acil durumun her anında HAP ile ilgili dokümanlar aktif olarak kullanılır.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ	
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, • Serviste bir arıza yaşanması durumunda yetkilendirilmiş personelin müdahale etmesini sağlayın.	
KULLANILACAK MATERYAL	
• Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar, • Tıbbi Cihazlar • Formlar ve kontrol listeleri, • Görev yelekleri,	
KALİTE KONTROL	
• YDYB' nin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın, • İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.	
ZAMAN DİLİMİ	
• Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (YDYB ' nin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra),yapın • Raporlama sürelerinde durum raporlarınızı gönderin.	
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ	
Yataklı Servis İşleyiş ve Müdahale SOP	
Güvenlik Hizmetleri SOP	
Destek Hizmetleri SOP	
Lojistik Hizmetleri SOP	
Tahliye Özel Planı	
Kat Tahliye Özel Planı	
Yangın Özel Planı	
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR	
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,	
• Yoğun hasta trafiği ve güvenlik yetersizliği dolayısıyla pembe kod durumu yaşanabilir.	
SÜRECE DAHİL KİŞİLER	
Servis Sorumlusu	
Servis Personeli	
Destek Personel	
OYE Üyeleri	

EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ	
YDYB Durum Raporu Hasta Tahliye Takip Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Hasta Eşyası Teslim Formu Personel Tahliye Takip Formu	
İZLEME	
• Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, • Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, • Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, • Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.	
GÜVENLİK	
Bölümün izlenerek güvenlik riski yaşanan durumlar yaşanması durumunda gerekli önlemlerin alınması için güvenlik ile iletişime geçin	

Ameliyathane İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü

AMELİYATHANE İŞLEYİŞ VE MÜDAHALE PROSEDÜRÜ	
Temel Faaliyet: Afet anında ameliyathane işleyişinin kesintisiz sürdürülmesi ve acil duruma en doğru ve en hızlı müdahale yapılmasını sağlamak	
Hedefler • Acil Müdahale Planı' nın aktive edilmesiyle beraber servisin en hızlı biçimde acil durum çalışma şekline geçmesi • Herhangi bir tahliye durumunda tahliye triyajının hızlı ve sorunsuz yapılması • Tahliye triyajını hızlı biçimde yapılarak katın tahliye edilmesi, • OYE ve Operasyon Şefiyle raporlama mekanizmasının kurulması ve devam etmesi, • Ameliyathanede ameliyatların kesintisiz devam etmesi	
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
Acil müdahale planının aktive edilmesiyle beraber Ameliyathane Sorumlusu/ Servis Kıdemli Hemşiresi servis ile ilk değerlendirmeyi Durum Raporu ile yaparak operasyon Şefine gönderir/sunar. Personele yaşanan olay ve bölümün hareket tarzı ile ilgili genel bilgilendirme yapılır. Acil durum ile ilgili prosedür, iş akış talimatları vb. dokümanların eksik olup olmadığı kontrol edilir . Eksiklik olması durumunda HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusu ile iletişime geçilerek gerekli dokümanlar sağlanır.	

Eğer bir tahliye kararı alınmışsa Hastane Tahliye Özel Planı' na uygun olarak tahliye triyajı yapılır ve Bölüm Özel Tahliye Planında belirtilen yollardan hastaların ve personelin tahliyesi yaptırılır.

Tahliye sonrası hastane içinde farklı bir bölümde ameliyathane hizmeti verilecekse, bu bölüm ile ilgili eksikliklerin ivedilikle giderilmesi sağlanır.

Eğer bölümde bir yangın durumu yaşıyorsa Yangın Özel Planına göre gerekli bildirimler ve müdahale yapılır.

Servisle ilgili bir yapısal vb. sorun olmayıp servis hizmete devam edecekse, daha önce randevusu verilen ve durumu acil olmayan hastaların randevusu iptal edilir. Ameliyathanede ivedi yapılacak ameliyatlara ve cinsleri belirlenir.

Ameliyathane kapasitesini artıracak adımlar belirlenir ve Operasyon Şefiyle paylaşılır. Gerekli onayın gelmesiyle beraber gerekli adımlar atılır.

Bölümdeki malzeme /ilaç vb. stok kontrol edilir, artacak hasta yoğunluğu da göz önüne alınarak ilave malzeme/ilaç vb. isteminde bulunulur.

Bölüm ile ilgili personel değerlendirmesi yapılarak, ilave personel ihtiyacı olması halinde İnsan Kaynakları Sorumlusu ile iletişime geçilir. Ayrıca nöbet hizmetleri için de gerekli personel planlaması yapılır.

İlk 12 saat için 2 saatte bir , 12 saatten sonra ise her 4 saatte bir olacak şekilde Bölüm Durum Raporu Operasyon Şefine gönderilir.

Bölümde güvenlik riski olabilecek durumlar ile ilgili Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçer ve gerekli durumlarda Güvenlik personeli talebinde bulunulur.

Ameliyat sonrası servise çıkacak ve/veya yetişkin yoğun bakım servisine yatırılacak hasta ile ilgili gerekli planlamayı yapılır ve gerekiyorsa ilave setek personel istenir.

Acil durumun her anında malzeme, ilaç , tıbbi cihaz vb. malzemelerin ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesi için sürekli olarak Lojistik ekibi ile iletişimde bulunulur.

Bölümde enfeksiyon vakalarının yaşanmaya başlanması i durumunda Operasyon Şefi vasıtasıyla/doğrudan Tıbbi Teknik Kurul ile görüşülerek alınması gereken önlemler belirlenerek gerekli önlemler alınır.

Bölümün temizliğinin düzenli olarak yapılması, atıkların düzenli olarak toplanması sağlanır ve temizlik personeli ihtiyacında doğrudan Destek Hizmetleri Sorumlusu ile iletişime geçilir.

Acil durumun her anında HAP ile ilgili dokümanlar aktif olarak kullanılır.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

- Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,
- Serviste bir arıza yaşanması durumunda yetkilendirilmiş personelin müdahale etmesini sağlayın.

KULLANILACAK MATERYAL

• Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar, • Tıbbi Cihazlar • Formlar ve kontrol listeleri, • Görev yelekleri,	
KALİTE KONTROL	
• Ameliyathanenin ' nin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın, • İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.	
ZAMAN DİLİMİ	
• Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (Ameliyathane ' nin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra),yapın • Raporlama sürelerinde durum raporlarınızı gönderin.	
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ	
Yataklı Servis İşleyiş ve Müdahale SOP	
Güvenlik Hizmetleri SOP	
Destek Hizmetleri SOP	
Lojistik Hizmetleri SOP	
Tahliye Özel Planı	
Kat Tahliye Özel Planı	
Yangın Özel Planı	
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR	
• Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,	
SÜRECE DAHİL KİŞİLER	
Servis Sorumlusu	
Servis Personeli	
Destek Personel	
OYE Üyeleri	
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ	
Ameliyathane Durum Raporu Hasta Tahliye Takip Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Hasta Eşyası Teslim Formu Personel Tahliye Takip Formu	

İZLEME	
- Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, - Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, - Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, - Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.	
GÜVENLİK	
Bölümün izlenerek güvenlik riski yaşanan durumlar yaşanması durumunda gerekli önlemlerin alınması için güvenlik ile iletişime geçin	

Yenidoğan Tahliyesi Özel Planı

YENİDOĞAN TAHLİYESİ ÖZEL PLANI	
Temel Faaliyet : Afet durumunda yenidoğan yoğun bakımda hastane tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden nasıl tahliye edileceğini ve/veya diğer kat ve bölümlere nasıl transfer edileceğini belirlemektir.	
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, - Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)	
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
- Sarı Kod verilmesiyle beraber öncelikle servisteki hastaların tahliye triyajına başlanır. Tahliye triyajını Hastane Tahliye Özel Planı' da belirttiği gibi yapılır. - Yenidoğan yoğun bakımda yatan hastaların tamamı E1 yada E2 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken vantilatör ve oksijen sistemine bağlı olmayan stabil hastadan başlayarak, oksijen ve vantilatöre bağlı olan hastalara doğru tahliye işlemi gerçekleştirilir. - Solunum cihazına bağlı entübe bebek öncelikle solunum cihazından sökülür ve hemşire tarafından ambulama işlemi başlatılır. - Transport küvöz bebeğin yanına getirilerek, bebek transport küvözün içine alınır ve ambulama işlemine devam edilir. - Ambulansın bulunduğu yere götürülen bebek hemşire refakatinde ambulama işlemi devam ederek ilgili kuruma sevk edilir. - Entübe olmayıp sadece oksijen alan bebeklerde, transport küvözün yanlarında bulunan seyyar oksijen tüpleri devreye alınarak oksijen maskesi yardımı ile tahliye işlemi gerçekleştirilir.	

➤ Transport küvözün yetersiz kaldığı ya da kullanılmadığı durumlarda bebekler kucakta iki kişi yardımı ile tahliye edilir. (Bir kişi bebeği tutup ventilasyon işlemi yaparken , diğer kişi seyyar oksijen tüpünü taşır. ➤ Yenidoğan yoğun bakımın tahliyesi acil çıkış kapısı ve merdivenler vasıtasıyla yapılmaktadır. Ancak yangın ve zehirli gaz durumlarında hastane i� merdivenler kullanılamaz. Eğer itfaiyenin merdivenli (25 mt y�kseklіęe kadar çıkabilmektedir) aracı olay yerinde ise HAP Başkanının talimatıyla 4. Kat yan penceresinden(2 no' lu durum) �ıkış yapılabilir. Ancak bu iki kapıyı kullanamaması durumunda yenidoğan içinde bulunan ve dışarı açılan pencereden tahliye yapılır.(3 no' lu durum) 2 ve 3 no' lu durumlarda hastalar itfaiyenin merdivenleri ile tahliye edilir. ➤ Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur. ➤ Eğer hastane içinde başka bir alanda YDYB hizmeti verilmeyecekse, tahliye işlemi başlarken aynı zamanda Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. ➤ Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye �zel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.	
İş GüVENLİğİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ	
• Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin,	

• Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
KULLANILACAK MATERYALLER	
• Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
KALİTE KONTROL	
• Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
ZAMAN DİLİMİ	
• Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
DİĞER STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ VE/VEYA PAYDAŞLAR İLE KOORDİNASYON	
• Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, - Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu İş AT • Kat Özel Tahliye Planları	

GİRİŞ

Afet, doğa ya da teknoloji kaynaklı tehlikenin, insan faaliyetiyle olumsuz etkileşimi ile ortaya çıkan veya doğrudan insan marifetiyle meydana getirilen (siyasi, sosyal, ekonomik parametrelerle ilgili) durumların sonucunda, tehlikeye maruz kalan varlıkların baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı koşullarda, olağan yaşantının ve faaliyetlerin fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik bakımdan ağır kayıp ve zarar nedeniyle tamamen durması ya da ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır.

Günümüzde afetler tür, sayı ve kayıplar bakımından artış göstermektedir. Bu artışta, afetlerin günümüzde daha düzenli izlenebilmesi ve kaydedilebilmesi rol oynamakla birlikte, esas olarak dünya nüfusundaki artışa paralel olarak, hızlı şehirleşme ve iklim değişikliğinin, fiziksel, sosyal, ekonomik ve idari süreçlerle olumsuz etkileşimi sonucunda ortaya çıkan, istikrarsız ve güvenli olmaktan uzak koşullar belirleyici rol oynamaktadır. Afetlerin meydana gelmesinde olduğu gibi önlenmesinde de insan faaliyeti etkilidir. Bu çerçevede, afet risklerinin yönetilmesi tehlikenin riske, riskin afete dönüşmesini önleyici, engelleyici, değilse zarar azaltıcı tüm eylem, işlem ve süreçler bütünüdür.

Risk Yönetimi, bir sağlık kurumunun tüm faaliyetlerinin risk içerdiği dikkate alındığında, sağlık kurumlarında olağan işleyişin her alanı ve aşamasının temel bir bileşenidir. Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, önleme ve güncelleme uygulamaları mevzuatla belirlenmiş, olağan faaliyet ve hizmet standartları kapsamındadır ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir.

Sağlık kurumlarında olağan risklerin yanı sıra afet risklerinin yönetimi, hastanelerin afet yönetiminin tüm süreçlerindeki yeri bakımından, başka hiçbir kurumla karşılaştırılamayacak derecede önemlidir:

- Sağlık hizmetinin olağan ve olağandışı tüm durumlarda etkili ve kesintisiz sürmesi hayati önemdedir.
- Hastanelerde her zaman çok sayıda zarar görebilir insan bulunmaktadır.
- Hastaneler, düzenli korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanımla hizmet vermektedir.

Bu çerçevede, uluslararası kabul gören Güvenli Hastaneler yaklaşımı, gerek yeni hastanelerin tasarımında gerekse mevcut hastanelerin güvenliğini geliştirmede dört temel hedefi esas almaktadır:

1. Hastanelerin acil durum ve afetler sırasında ve sonrasında fonksiyonlarını sürdürebilmesi, gereken sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sağlayabilmesi;
2. Sağlık çalışanları, hastalar ve ailelerin korunması;
3. Hastane binalarının, donanımın ve kritik hastane sistemlerinin fiziksel bütünlüğünün korunması;
4. Hastanelerin, iklim değişikliği dahil gelecekteki risklere karşı güvenli ve dayanıklı hale getirilmesi. Ülkemiz hastanelerinde afetlerden korunma ve afetlere hazırlık çalışmaları 1990'lardan itibaren, BM Uluslararası Doğal Afetleri Azaltma On Yılı (IDNDR) uygulamalarının da etkisiyle gelişmeye başlamış, 1999 Marmara ve Düzce depremlerinden sonra hız kazanmıştır. Sağlık kurumlarında afet güvenliği ve afete hazırlık kapsamında sürdürülmekte olan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ve İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı geliştirme ve uygulama çalışmaları önem taşımaktadır. Bu çalışmalarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından desteklenen Güvenli Hastaneler yaklaşımı ve diğer ilgili uluslararası bilgi ve tecrübe paylaşımına önem verilmektedir. Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan

Amerikan (Amerika Kıtası) Sağlık Örgütü (PAHO) tarafından, özellikle 1970'ler sonrası Orta ve Güney Amerika ülkelerinde hastanelerin karşılaştığı ağır afet kayıp ve zararları¹ dikkate alınarak, hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve müdahaleye daha hazırlıklı olmasını desteklemek amacıyla başlatılan ve uluslararası katılımı ile geliştirilen Hastane Güvenlik Endeksi çalışmasında kullanılan değerlendirme formlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının amacı, ülkemizde Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) uygulamaları çerçevesinde, standart kontrol listesi uygulamalarının geliştirilmesine yardımcı olmak, hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğinin, dolayısıyla afet risklerinin azaltılması ve afet halinde müdahaleye hazırlık çalışmalarının mevcut durumuyla ilgili bir ön değerlendirme yapabilmelerine imkan sağlamaktır. Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının uygulama alanı aşağıdaki açıklamalar ve ilgili formlarda yer alan tanımlarla sınırlıdır; bu çalışmanın mevcut yasal düzenleme, daha kapsamlı araştırma ve denetim görev ve uygulamalarının yerine kullanılması sözkonusu değildir. Güvenli Hastane Kontrol Listesi uygulaması kurum yöneticilerine afet güvenliği konusunda hastanenin güçlü ve takviye gereken yönlerini, iyileştirmede öncelikleri hızlıca belirlemeye yardımcı ve düşük maliyetli bir araç olarak değerlendirilmelidir.

BÖLÜM 1: HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. Hastanenin adı: ÖZEL Optimed International Çorlu Hastanesi

2. Adresi: Alipaşa, Kılıç Ali Paşa Cd. 36/1, 59850 Çorlu/Tekirdağ

3. Hastane üst yöneticilerinin ad, soyad ve unvanları:

Op.Dr.Nevzat KOÇ-Başhekim-Mesul Müdür

Hicran ASLAN-Başhemşire

Elçin SÜLEYMANOĞLU-Hastane Müdürü

4. Hastane afet/acil durum yöneticilerinin ad, soyad, unvan ve irtibat bilgileri:

Op.Dr.Nevzat KOÇ-HAP Başkanı 0 532 293 25 73

Uzm.Dr.Muhammed Cabir ÖZDEMİR- Tıbbi Teknik Kurul Başkanı 0530 521 33 18

Cavit CEYLAN-İş Güvenliği Uzmanı 0 541 675 67 67

Bahar GÜLTEN-HAP Sekreteri 0554 749 0916

Nagihan AKTAŞ- Halkla İlişkiler Görevlisi 0506 5310683

Bahar GÜLTEN-Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu 0 541 728 40 32

Hicran ASLAN-Operasyon Şefi 0 543 450 01 40

Elçin SÜLEYMANOĞLU-Planlama Şefi 0 541 459 49 40

Hasan NERGİSLİ Lojistik Şefi 0 537 603 79 89

Günay SÖZLÜ –Finans Şefi 0 531 622 83 87

5. Hastane telefonu (il koduyla birlikte): 0 282 726 05 55

6. Hastane web-site ve e-posta adresi: www.optimedhastanesi.com / info@optimed.com.tr

7. Hastanenin toplam yatak sayısı: 75

8. Olağan durumlarda doluluk oranı: Kurum 2021 yılı Ekim ayı itibari ile faaliyete geçmiştir.

9. Toplam personel sayısı:

➤ Uzman Doktor:38

- Pratisyen Doktor:7
- Hemşire:30
- Ebe:2
- Laboratuvar Teknisyeni/Teknikeri:5
- Radyoloji Teknisyeni/Teknikeri:6
- Anestezi Teknisyeni/Teknikeri:2
- Diğer: 149

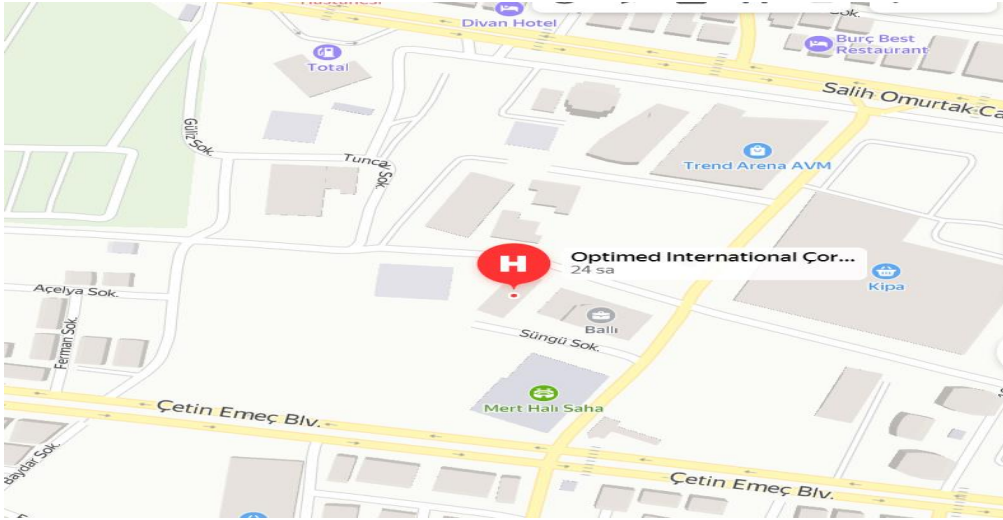
Toplam personel sayısı:239

10. Hastanenin genel tarifi:

Çorlu Optimed International Çorlu Hastanesi, Optimed Sağlık Hizm.San.Tic.A.Ş.'ye bağlıdır. Tam teşekküllü özel bir hastane olarak faaliyetini sürdürmektedir. Çorlu'da hizmet vermekte olup Çorlu' nüfusu yaklaşık 1.107.491 olup 2021 yılı Ekim ayı itibari ile faaliyete başlamıştır.

11. Hastanenin fiziksel dağılımı:

Hastane; mevcut durumda 1 bloktan oluşmaktadır. Bina zemin üstüne 8 kat ve 2 bodrum kattan oluşmaktadır.



12. Hastanenin tedavi ve ameliyat kapasitesi:

Günlük rutin hizmetler bakımından mevcut toplam yatak ve personel sayısı; acil durum ve afetlerde hizmetleri genişleterek hastanenin azami (maksimum) kapasitesine ulaşmak üzere artırılabilir. Kapasitemiz aşağıdaki gibidir

a. DAHİLİ TIP

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Dahiliye	10	20	2	2	
Pediyatri	6	12	1	1	

Kardiyoloji	2	4	1	1
Göğüs Hastalıkları	1	2	-	-
Nöroloji	1	2	-	-
Endokrinoloji	-			
Hematoloji	-			
Gastroenteroloji	-			
Dermatoloji	-	-	-	-
Yanık Ünitesi	-			
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	-	-	-	-
Psikiyatri/Psikoloji	-			
Diğer (belirtiniz)	-			
Diğer (belirtiniz)	-			
Diğer (belirtiniz)	-			
TOPLAM	20	40	6	6

b. CERRAHi

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Cerrahi	10	20	2	2	
Obstetri ve Jinekoloji	5	10	2	2	
Ortopedi ve Travmatoloji	1	2	-	-	
Üroloji	3	6	-	-	
Otolarengoloji	-	-			
Oftalmoloji	-	-	-	-	
Nörocerrahi	-	-			
Plastik Cerrahi	-	-	-	-	
Kardiyovasküler Cerrahi	-	-	-	-	
Beyin cerrahisi	1	2	-	-	
Kulak Burun Boğaz	2	4	-	-	

Çocuk Cerrahisi	3	6	-	-
TOPLAM	25	92	4	4

c. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Yoğun Bakım	17	17	12	6	
Genel Ara Yoğun Bakım	-	-			
Kardiyovasküler Yoğun Bakım	-	-	-	-	
Pediyatrik Yoğun Bakım	-	-			
Yanık Yoğun Bakım	-	-			
Yenidoğan Yoğun Bakım	13	13	12	4	
Diğer (belirtiniz)	-	-			
TOPLAM	30	30	24	10	

d. AMELİYATHANELER

Bölüm ya da Servis	Ameliyathane sayısı (rutin kapasite)	Hastanenin azami ameliyathane sayısı (afet/acil durum için)	Gözlemler
Septik ameliyathane	-	-	-
Aseptik ameliyathane	-	-	-
Pediyatrik ameliyathane	-	-	-
Obstetri ve Jinekoloji ameliyathanesi	0	0	-
Acil Durum ameliyathanesi	-	-	-
Genel Ameliyathane	4	4	-
TOPLAM	4	4	-

e. KLİNİK VE DİĞER DESTEK HİZMETLERİ

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Teşhis hizmetleri	24	8	
Kan bankası hizmetleri	1	0	
Eczane	1	1	
Medikal mühendislik ve bakım	1	1	
Bina/kritik sistemler mühendislik ve bakım	3	3	
Dekontaminasyon	1	1	
Güvenlik	3	3	
Diğer (belirtiniz)			
TOPLAM	33	33	

f. AFET ve ACİL DURUM OPERASYONLARI

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Hastane afet/acil durum operasyonları/olay yönetimi (komuta, kontrol, koordinasyon)	10	10	
Lojistik yönetimi görevlileri	15	6	
Haberleşme ve bilgi yönetimi görevlileri	3	2	
İdare (insan kaynakları, finans işleri görevlileri)		2	
Basın (medya) sözcüleri	1	1	
Ambulans görevlileri	0	0	
Sonraki sağlık kurumu/hastaneye sevk işleriyle görevli ekipler	2	0	
Diğer (belirtiniz)	20	13	
TOPLAM	51	35	

13. Operasyon kapasitesini artırabilecek alanlar

İhtiyaca göre, yeni ve özel alanların açılması, hastane kabul ve tedavi kapasitelerinin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Bu alanlar prosedürlere uygun olarak açılır. Bu alanlara, örnek olarak; hastane afet triyaj alanı, taburcu edilen hastalar için taburculuk alanı, ayaktan tedavi bölümü, aile ve medya bilgilendirme alanı, geçici morg vb. sayılabilir.

Günlük Vaka Kabul Sayısı

NÖBETÇİ UZMAN SAYISI	22
ACİL SERVİSE BAŞVURU SAYISI	80
POLİKLİNİK BAŞVURU SAYISI	400
AMELİYAT SAYISI	8

BÖLÜM 2: GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

Bu bölüm toplam dört modülden oluşmaktadır:

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik (md. 1 - 18)

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik (md. 19- 111)

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi (md. 112 - 151)

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

1.1 TEHLİKELER	TEHLİKE DÜZEYİ				Hastane bu tehlikeye karşı müdahaleye hazırlandı mı EVET ise işaretleyin	Gözlemler
	Tehlike yok	Tehlike düzeyi				
		Düşük	Orta	Yüksek		
1.1.1 Jeolojik tehlikeler						
Depremler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili deprem tehlikesi düzeyini jeoteknik zemin etütleri çerçevesinde değerlendirin. Hastanede deprem nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						Hastane 2. Derece deprem bölgesinde yer almaktadır. Deprem için yota uygulaması yapılmıştır. Ayrıca çalışanlara deprem sırasında hareket tarzı ile ilgili eğitim verilmektedir.
Volkan aktivitesi ve püskürmesi Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla volkanik tehlike düzeyini değerlendirin. Değerlendirmede hastanenin volkanlara mesafesi, volkanik aktivite, lav akışı, gaz, toz, kül yayılması bakımından tehlikeye maruzluk durumunu dikkate alın. Hastanede volkan aktivitesi ya da püskürmesi nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	x					
Kuru kütle hareketleri-Heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla heyelan (toprak/ yer kayması) tehlikesi düzeyini değerlendirin. Heyelanlara sağlam olmayan toprak yapısının neden olabileceğini dikkate alın. Hastanede heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	x					

Tsunamiler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla deniz altındaki sismik ya da volkanik hareketin yol açabileceği tsunami tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tsunami nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	x					
Diğer jeolojik tehlikeler (örnek: kaya düşmesi, toprak çökmesi, moloz kayması) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla yukarıda yer almayan diğer jeolojik olayları tanımlayın; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini belirleyin. Diğer jeolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	x					
1.1.2 Hidro-Meteorolojik tehlikeler						
1.1.2.1 Meteorolojik tehlikeler						
Kuvvetli fırtınalar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla bölgesel ve mevsimsel fırtınalar (kuvvetli rüzgar, kuvvetli fırtına, tam fırtına) bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede bölgesel, mevsimsel kuvvetli fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		x				
Tornadolar (Hortumlar) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla tornado tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tornado (hortum) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	x					
Yerel fırtınalar Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için çabuk gelişen yerel fırtınalarla birlikte şiddetli yağışın yol açabileceği sel ve diğer hasarlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede yerel fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.			x			Hastane bodrum giriş kapısına logar açılarak pompa konuldu.

Diğer meteorolojik tehlikeler (örnek: kum fırtınası, darbeli rüzgar) (Tanımlayın)..... Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için risk oluşturabilecek diğer meteorolojik tehlikelerin tür ve düzeylerini değerlendirin. Hastanede diğer meteorolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.	x					
1.1.2.2 Hidrolojik tehlikeler						
Akarsu taşkınları Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili akarsu taşkın tehlikesi düzeyini (dere ve nehir selleri) değerlendirin. Hastanede akarsu taşkınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.	x					
Ani seller Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları da dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından şiddetli yağışların yolaçabileceği ani sel tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede ani sel nedeniyle bir afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas olarak) belirleyin		x				
Fırtına dalgası Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuvvetli fırtınaların yol açabileceği fırtına dalgası tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede fırtına dalgası ve buna bağlı seller nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfus itibarıyla) belirleyin.	x					
Islak kütle hareketleri-heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla suya doymun toprağın yol açabileceği heyelan tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede suya doymun topraktan kaynaklanan heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.	x					

Diğer hidrolojik tehlikeler (örnek: dağlık alan selleri, çığlar, kıyı selleri) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, yukarıda yer almayan diğer hidro-meteorolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer hidrolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	x					
1.1.2.3 Klimatolojik tehlikeler						
Ekstrem sıcaklıklar (örnek: sıcak hava dalgası, soğuk hava dalgası, ekstrem kış koşulları) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından ekstrem sıcaklıklar ya da hava koşullarının oluşturabileceği tehlike düzeyini değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede ekstrem sıcaklıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.	x					
Büyük yangınlar (örnek: ormanlar, tarım alanları, meskun yerler) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından hızla ve çevreye yayılan büyük yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Büyük yangınlar nedeniyle hastanenin afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	x					
Kuraklık Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuraklık tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanenin kuraklık (ve yol açabileceği kıtlık) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yetersiz beslenmenin tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	x					
Diğer klimatolojik tehlikeler- İklim değişikliğiyle ilgili olanlar dahil (ör.: deniz suyu seviyesinde yükselme) (Tanımlayın)..... Tehlike haritalarını, geçmişteki olayları ve tehlike modellemelerini dikkate alarak, risk oluşturabilecek diğer klimatolojik tehlikelerin hastane bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer klimatolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde	x					

tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas olarak) belirleyin.						
1.1.3 Biyolojik tehlikeler						
Epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar Tüm risk değerlendirmelerini, hastanedeki geçmiş olayları ve spesifik patojenleri dikkate alarak epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan (emerging) hastalıkların hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da enfeksiyon hastalıkları olan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas olarak) belirleyin				x		Pandemi Eylem Planı oluşturuldu, çalışanlara enfeksiyonlar dan korunma ve izolasyon önlemleri ile ilgili eğitimler veriliyor.
Gıda kaynaklı salgınlar Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanenin bulunduğu yerdeki (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için gıda kaynaklı salgınlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede gıda kaynaklı salgınlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.		x				Dış toplu yaralanmaları a ilgili tatbikat gerçekleştirilmiştir.
Böcek istilası (örnek: enfestasyonlar) Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanedeki geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin böcek-haşere istilası veya enfestasyon (sinek, pire, kemirgenler vb.) nedeniyle tehlikelere maruz kalma düzeyini değerlendirin. Hastanede böcek istilası veya enfestasyona karşı afet/ acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.		x				
Diğer biyolojik tehlikeler (Tanımlayın)..... vs. . Tüm risk değerlendirmelerini dikkate alarak, diğer biyolojik tehlikelerin hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer biyolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da biyolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas olarak) belirleyin.	x					
İnsan kaynaklı tehlikeler						
1.1.4 Teknolojik tehlikeler						

Endüstriyel tehlikeler (örnek: kimyasal, radyolojik) Endüstriyel tesislerle ilgili bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve endüstriyel tehlikelerin yol açtığı geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin yeri ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonu ile ilgili endüstriyel tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede endüstriyel tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da endüstriyel tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin			x				Hastanemizde KBRN ünitesi yoktur. İlk müdahale için ccil servise gerekli kişisel koruyucu donanım konulmuştur.
Yangınlar (örnek: bina yangını) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında bina yangını tehlikesiyle ilgili diğer bilgileri ve bina yangınlarıyla ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede bina yangınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık hastalarının tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.				x			Yangın söndürme ekipmanlar mevcuttur. (Yangın dolabı, yangın tüpü, gaz maskesi) Periyodik kontrolleri yapılmaktadır. Çalışanlara yangın eğitimi verilmekte ve tatbikat yapılmaktadır. Ayrıca yangına müdahale için ekip oluşturulmuş ve eğitimleri verilmiştir.
Tehlikeli maddeler (kimyasal, biyolojik, radyolojik) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında tehlikeli madde tehlikesiyle ilgili (olay, kaza, ortama yayılma) diğer bilgileri ve tehlikeli madde dökülme-saçılma, sızıntısı ile ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için tehlikeli madde kaynaklı tehlikeyi ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonunu değerlendirin. Hastanede tehlikeli madde kaynaklı afet/ acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da tehlikeli maddelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	Kimyasal		x				Hastanemizde KBRN ünitesi yoktur. Olası hastalar ilk müdahale için ccil servise gerekli kişisel koruyucu donanım konulmuştur.
	Biyolojik						
	Radyolojik						

Enerji kesintileri Hastanenin bulunduğu yerde enerji kesintisiyle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için enerji kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede enerji kesintisi kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.			x				Hastanede 2 adet jeneratör mevcuttur.
Su tedarikinde kesinti Hastanenin bulunduğu yerde su tedarikinde karşılaşılan kesintilerle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için su kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede su tedarikinde kesintiden kaynaklanan afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.		x					60 tonluk su deposu mevcuttur. Afet durumunda içme suyu tedariki için protokol imzalanmıştır.
Ulaştırma kazaları (örnek: hava, kara, demir, deniz-su yolları taşımacılığı) Geçmişteki büyük taşıma kazalarının kayıtlarını dikkate alarak, hastanenin taşıma kazaları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		x					Dış toplu yaralanmalarla ilgili tatbikat gerçekleştirilmiştir.
Diğer teknolojik tehlikeler (örnek: hava kirliliği, yapı çökmeleri, gıda/su kontaminasyonu, nükleer) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için diğer teknolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede diğer teknolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer teknolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	x						
1.1.5 Toplumsal tehlikeler							
Hastane binasına ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehdidi Risk/tehdit değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi ve çalışanları etkileyen güvenlik (emniyet) olaylarını dikkate alarak, hastane ve çalışanlar için güvenlik tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastane binası ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehlikesi nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.		x					Beyaz kod ekibi oluşturulmuştur. Ekibe eğitim verilmiştir ve tatbikat yapılmaktadır.

Silahlı çatışma Silahlı çatışmalarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, silahlı çatışma bakımından hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Silahlı çatışma nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		x					
Toplumsal olaylar (gösteriler dahil) Toplumsal olaylarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, gösteriler ve toplumsal olaylarla ilgili olarak hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Gösteriler ve toplumsal olaylar nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin		x					
Kitlesel etkinlikler Kitlesel katılımlı etkinlikler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin		x					
Yerinden Olan Nüfus Risk değerlendirmelerini dikkate alarak, çatışma, toplumsal olay ve diğer sosyo-politik koşullar veya büyük ölçekli göç nedeniyle insanların yerinden olması halinde hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Yerinden olan nüfus nedeniyle hastanede acil afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.		x					
Diğer toplumsal tehlikeler (örnek: patlama, terörizm) (Tanımlayın)..... Risk değerlendirmelerini, bölgesel ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmiş olayları dikkate alarak, diğer toplumsal tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer toplumsal tehlikeler bakımından hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer toplumsal tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		x					
1.2 ZEMİNİN JEOTEKNİK ÖZELLİKLERİ							
Sıvılaşma Hastanenin kurulu bulunduğu alanın jeoteknik zemin etüdünü dikkate alarak, suya doymuş ve gevşek toprakaltından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.	x						

Killi toprak Zemin haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin killi topraktan kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.	x						
Sağlam olmayan yamaçlar Jeoloji haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yamaçların varlığından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.	x						

Modül 1/ Yorumlar-
Açıklamalar:.....
.....
.....

x

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik

2.1 HASTANE GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN ÖNCEKİ OLAYLAR	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
1. Hastane binası/binalarında geçmişte görülen ağır yapısal hasar/kusur Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar ve onarım yapılmadı; Orta = Orta hasar ve bina kısmen onarım gördü; Yüksek = Az ya da hiç hasar, veya bina tamamen onarıldı. GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.	x			

2. Hastane geçerli güvenlik standartlarına uygun yapıldı ve/veya onarıldı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük= Geçerli güvenlik standartları uygulanmadı; Orta = Geçerli güvenlik standartları kısmen uygulandı; Yüksek = Geçerli güvenlik standartları tam uygulandı			x	
3. Hastanenin yapısal davranışını etkileyecek şekil değişikliği ya da modifikasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının performansını büyük ölçüde etkileyecek büyük çaplı şekil değişikliği veya modifikasyonlar yapılmıştır; Orta = Yapının performansını az ölçüde etkileyecek orta derecede şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; Yüksek = Önemsiz şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; hiçbir modifikasyon yapılmamıştır; veya büyük çaplı şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapının davranışını güçlendirmek için yapılmıştır ya da hiçbir olumsuz etkisi yoktur.			x	
2.2 YAPI BÜTÜNLÜĞÜ				
4. Yapısal sistem tasarımı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Zayıf yapısal sistem tasarımı; Orta = Orta yapısal sistem tasarımı; Yüksek = İyi yapısal sistem tasarımı.			x	
5. Binanın durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Giriş ve ilk katlarda çatlaklar; hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı önemli bozulmalar var; Orta = Hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı bazı bozulmalar var; Yüksek = Çatlak ya da bozulma gözlenmiyor.			x	
6. Kullanılan yapı malzemesinin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kabuk döküntülü paslanma; 3mm'den büyük çatlaklar (beton), aşırı deformasyon (çelik ve ahşap); Orta = 1 ila 3 mm arası çatlaklar (beton), orta derecede ve gözle görülür deformasyon (çelik ve ahşap) veya paslanma var; Yüksek = 1 mm' den küçük çatlaklar (beton); gözle görülür deformasyon yok; paslanma yok.			x	
7. Yapısal olmayan elemanların yapıyla etkileşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bölme duvarları yapıya esnemez (rijit) biçimde bağlı, asma tavan veya fasatlar yapıyla karşılıklı etkileşimde, (yapısal olmayan) elemandaki hasarın yapı üzerinde önemli etkisi olabilir ; Orta = Yapısal olmayan elemanlardan bazıları yapıyla karşılıklı etkileşimde, hasar yapıyı etkilemeyecektir; Yüksek = Yapıyı etkileyen hiçbir yapısal olmayan eleman bulunmamaktadır.			x	
8. Binaların yakınlığı (deprem kaynaklı vurma) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5'inden az; Orta= Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5 ila 1.5'i arasında; Yüksek = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 1.5'inden fazla. HASTANE YÜKSEK/ORTA DERECELİ SİSMİK BÖLGEDE KURULU DEĞİLSE, KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.			x	
9. Binaların yakınlığı (rüzgar tüneli etkisi ve yangın) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık 5 m.den az; Orta= Aralık 5 ila 15 m. arasında; Yüksek = Aralık 15 m.den fazla.			x	
10. Yapısal yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her yönde üçten az direnç aksı var; Orta = Her yönde üç direnç aksı var ya da akslar ortogonal oryantasyona sahip değil; Yüksek = Binada her ortogonal doğrultuda üçten fazla direnç aksı var.			x	

11. Yapı ayrıntıları (bağlantılar dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Mühendislik gördüğüne dair kayıt ve kanıt yok veya eski bir tasarım standardına göre yapılmış; Orta = Önceki tasarım standartlarına göre inşa edilmiş ve geçerli standarda göre bir güçlendirme yok; Yüksek = Geçerli standarda göre inşa edilmiş.			x	
12. Kolon gücünün kiriş gücüne oranı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kirişlerin gücü kolonların gücünden belirgin biçimde fazla; Orta = Kirişlerin gücü kolonların gücüyle benzer durumda; Yüksek = Kolonların gücü kirişlerin gücünden fazla.			x	
13. Temel güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Temellerin standartlara (temel büyüklüğü, zemin etüdü) uygun tasarlandığını gösteren kanıt yok ve/veya hasar kanıtı var; hiçbir plan bilgisi yok; Orta = Temellerin standartlara uygunluğunu gösteren az sayıda kanıt (çizimler, zemin etüdü) var ve/veya orta derece hasar kanıtı var; Yüksek = Temellerin standartlara uygun tasarlandığını ve hasar olmadığını gösteren güçlü kanıtlar var			x	
14. Bina yapı planındaki düzensizlikler (rijitlik, kütle,direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Şekiller düzensiz ve yapı üniform değil; Orta = Plan üzerinde şekiller düzensiz ancak yapı üniform; Yüksek = Plan üzerinde şekiller düzenli, yapının üniform bir planı var ve burulma yaratacak unsurlar bulunmuyor.			x	
15. Bina yüksekliklerinde düzensizlikler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirgin biçimde süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde belirgin farklılıklar var; Orta = Bazı süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde bazı farklılıklar var; Yüksek = Süreksiz ya da düzensiz eleman yok, bina yüksekliklerinde küçük farklılık var ya da hiç yok.			x	
16. Kat yüksekliklerinde düzensizlikler (rijitlik, kütle ve direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kat yüksekliklerindeki farklılık yüzde 20'den fazla; Orta = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 20'den az, yüzde 5'ten fazla); Yüksek = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 5'ten az)			x	

17. Çatıların yapısal bütünlüğü Güvenlik derecelendirmesi: Düşük= Tek tarafa eğimli çatı ya da düz cam çatı ve/veya geniş saçaklar; Orta = Öndökümlü beton çatı, az meyilli beşik çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok; Yüksek = Donatıyla güçlendirilmiş beton çatı veya çok yüzeyli cam çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok.		x		
18. Çeşitli tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık (deprem ve kuvvetli rüzgar dışındaki diğer tehlikeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bulunduğu yerdeki tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık düşük; Orta = Yapısal dayanıklılık yeterli (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak); Yüksek = Yapısal dayanıklılık iyi (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak).			x	
Modül 2/ Yorumlar/Açıklamalar: (Bina tipleri, binaların yapısal sistemleri ve yaşlarını dahil edin. Hastane yerleşim planını, tüm binaların listesini ekleyin ve değerlendirme yapılan binaları işaretleyin.)				

.....

.....

.....

.....

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):.....

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik

3.1 MİMARİ ELEMANLARIN GÜVENLİĞİ	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
19. Yapısal olmayan elemanlarda ağır hasar ve onarım Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar var ve tamamlanmış onarım yok; Orta = Orta hasar var, bina kısmen onarım görmüş; Yüksek = Az hasarlı ya da hasarsız veya bina tümüyle onarım görmüş. GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				Hastane çevresinde böyle bir olay yaşanmamıştır.
20. Kapı, çıkış ve giriş yerlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kapılar, çıkış ve girişler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; giriş genişliği 115 cm'den az; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; veya giriş genişliği 115 cm'den az; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; ve giriş genişliği 115 cm. ya da daha büyük.			x	
21. Pencere ve panjurların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Pencere ve panjurlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir (örnek: pencere camlarının dayanıklı olmaması); Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; kritik servislere koruyucu cam (örnek: polikarbon cam, parçalanmayı önleyici film) takviyesi yapılmış.		x		

22. Diğer bina zarfı elemanlarının durumu ve güvenliği (örnek: cephe elemanları, dış duvarlar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina zarfı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.			x	
23. Çatının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çatı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.			x	
24. Korkuluk ve parapetlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Korkuluk ve parapetler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.		x		
25. Bina etrafındaki duvar ve çitlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina çevresindeki duvar ve çitler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.			x	
26. Diğer mimari elemanların durumu ve güvenliği (örnek: pervazlar, süslemeler, bacalar, işaretlemeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Diğer mimari eleman(lar) kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini,			x	

sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.				
27. Hastane binalarının dışında hareket güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılamaması veya zarar görmesi binalara ulaşımı engelleyecek ya da yayalar için tehlike yaratacaktır; Orta = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılamaması veya zarar görmesi yaya ulaşımını engellemeyecek ancak araç ulaşımını engelleyecektir;Yüksek = Herhangi bir engel, yaya ya da araç ulaşımını sekteye uğratabir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.			x	Hastanete araç ile ulaşım için birkaç farklı alternatif yol mevcuttur.
28. Hastane binası içinde hareket güvenliği (örnek: koridor, merdivenler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Engeller ve elemanların zarar görmesi bina içinde hareketi engelleyecek ve bina içindekiler için tehlike yaratacaktır; Orta = Engeller ve elemanların zarar görmesi insanların hareketini engellemeyecek ancak sedye, tekerlekli ekipman hareketini engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, insanların ya da tekerlekli ekipmanın hareketini sekteye uğratabir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.		x		
29. İç duvarlar ve bölmelerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç duvarlar ve bölmeler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.			x	
30. Asma ve alçı tavanların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alçı ve asma tavanlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu. HASTANEDE		x		

ALÇI YA DA ASMA TAVAN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN; AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
31. Asansör sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Asansör sistemi kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. HASTANEDE ASANSÖR YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.		x		
32. Merdiven ve rampaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kötü durumda, zarar görebilir veya kullanım engellerinin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve engellerin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. HASTANEDE MERDİVEN VE RAMPA YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.		x		
33. Taban döşemelerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Taban döşemeleri kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.			x	
3.2 ALTYAPININ KORUNMASI, ERİŞİMİ VE FİZİKİ GÜVENLİĞİ				

34. Yerel tehlikeler bakımından hastane kritik servislerinin ve donanımının hastane binası içindeki yerleşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir koruyucu önlem yok; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, aksaması ve kesintiye uğraması sözkonusu; Orta = Kritik servisleri yerel tehlikelerden korumak üzere kısmen önlemler alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, bazı kesintilere uğraması sözkonusu; Yüksek = Kritik servisleri koruyucu çok sayıda önlem alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının büyük olasılıkla kesintiye uğramadan ya da sınırlı ölçüde kesintiyle sürdürülmesi sözkonusu.		x		
35. Hastaneye erişim güzergahları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve engellerin varlığı erişimi, diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve bazı engellerin varlığı erişimi ve işlevi sekteye uğratmaz; Yüksek = Diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel engel ya da zarar sözkonusu.		x		
36. Acil çıkışlar ve tahliye yolları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmemiş ve çoğu tıkalı durumda; Orta = Çıkış ve tahliye güzergahlarının bazıları işaretlenmiş ve çoğunda engeller kaldırılmış; Yüksek = Tüm çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmiş ve engelsiz.			x	
37. Bina, donanım, çalışanlar ve hastaların fiziki güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir bir önlem yok; Orta = Bazı fiziksel koruma önlemleri alınmış (örnek: malzeme ve ekipmanın kilitli depolarda olması, mal varlığı izleme ve envanter denetimi); Yüksek = Geniş bir yelpazede güvenlik önlemleri bulunuyor (örnek: tasarım ve plan, fiziksel bariyerler, kontrollü erişim ve kapı güvenlik sistemleri, kilitli depolar)			x	
3.3 KRİTİK SİSTEMLER				
3.3.1 Elektrik sistemi				

38. Alternatif elektrik kaynaklarının kapasitesi (örnek: jeneratörler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynak(lar) yok ya da kritik alanlarda talebi karşılama düzeyi yüzde 30'dan az veya sadece elle çalıştırılabilir; Orta = Alternatif kaynak(lar) kritik alanlardaki talebi yüzde 31-70 düzeyinde karşılıyor ve kritik alanlarda 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor; Yüksek = Alternatif kaynak(lar) 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor ve kritik alanlardaki talebi karşılama düzeyi yüzde 70'ten fazla.			x	
39. Alternatif elektrik kaynaklarının kritik alanlarda düzenli denetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tam kapasite test aralığı 3 ay ve üzeri; Orta = Tam kapasite test aralığı her 1-3 ay; Yüksek = Her ay en az bir kez tam kapasite test ediliyor.	x			
40. Alternatif elektrik kaynaklarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; jeneratörler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Jeneratörler kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Jeneratörler iyi durumda, iyi korunuyor ve acil durumlarda düzgün çalışabilir vaziyette.			x	
41. Elektrik ekipmanı, kablolar, kablo borularının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları iyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.			x	
42. Yerel elektrik tedarik sistemi için yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yerel enerji tedarik sistemine sadece bir giriş var; Orta = Yerel enerji tedarik sistemine iki giriş var; Yüksek = Yerel enerji tedarik sistemine ikiden fazla giriş var.			x	
43. Kontrol paneli, aşırı yük şalteri ve kabloların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.			x	
44. Hastanenin kritik alanları için aydınlatma sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aydınlatma düzeyi düşük; koruyucu önlemler yok; Orta = Kritik alanlardaki aydınlatma yeterli, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Aydınlatma iyi düzeylerde ve koruma önlemleri mevcut.			x	

45. İç ve dış aydınlatma sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç ve dış aydınlatma sistemleri kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.			x	
46. Hastane alanında bina dışında elektrik sağlayan sistemlerin varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin taleplerini karşılamak üzere kurulu destek elektrik birimleri yok; Orta = Hastane alanında kurulu destek elektrik birimleri var, ama zarara veya kesintiye uğrayabilir; hastaneye yeterli enerji sağlamamaktadır; Yüksek = Elektrik destek birimleri var, iyi korunuyor ve hastaneye afet/acil durum halinde yeterli enerji sağlamaktadır.			x	
47. Elektrik tedariki ve alternatif kaynaklar için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.			x	
48. Antenlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Antenler ve bağlantıları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Antenler ve bağlantıları kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Antenler ve bağlantıları iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut. HASTANEDE ANTEN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.			x	
49. Düşük/çok düşük voltajlı sistemlerin durumu ve güvenliği (internet ve telefon) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düşük voltajlı sistemler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Düşük voltajlı sistemler kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Düşük voltajlı sistemler iyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.		x		
50. Alternatif haberleşme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif haberleşme sistemleri yok, kötü durumda ya da çalışmıyor; Orta = Hastane çapında alternatif haberleşme sistemi kullanılabilir durumda, ama her yıl test edilmiyor; Yüksek = Alternatif haberleşme sistemi iyi durumda, en az her yıl test ediliyor.				
51. Telekomünikasyon ekipmanı ve kablolarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon ekipmanı ve kabloları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman ve kablolar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve tehlikele - rden korunuyor.			x	

52. Hastane dışındaki telekomünikasyon sistemlerinin hastanenin haberleşmesine etkisi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastanenin haberleşmesinde önemli ölçüde parazit (enter - ferans) yaratmaktadır; Orta = Dışarıdaki telekomünikasyon sistem - leri hastane haberleşmesinde orta derecede parazit yaratmaktadır; Yüksek = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haber - leşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.			x	
53. Telekomünikasyon sistemlerinin bulunduğu alanların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon sistemler - ine ayrılan alanlar kötü durumda; tehlikeler nedeniyle aksama riski yüksek; koruyucu önlemler yok; Orta = Alanlar kullanılabilir durum - da, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi du - rumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.			x	
54. Bina içi haberleşme sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç haberleşme sistemleri yok ya da kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = İç haberleşme sistemleri kullanılabilir durumda, ama alternatif sistemler yok; Yüksek = İç haberleşme ve yedekleme sistemleri iyi çalışır durumda.		x		
55. Standart ve alternatif haberleşme sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.		x		
3.3.3 Su tedarik sistemi				
56. Hastane servis ve hizmetleri için gereken su rezervi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süreyle yeterli veya su tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat yeterli.			x	
57. Su depolama tanklarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Su depolama tankların bulun - duğu alanda hizmetin aksama riski yüksek (örnek: yapısal, mimari ve/ veya sistemsel zarar görülebilirlik); Orta = Alan orta derecede aksama riskiyle karşı karşıya (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Yüksek = Alan görsel olarak tanımlanabilen risklere ma - ruz değil (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik).			x	

HASTANEDE SU DEPOLAMA TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
58. Su dağıtım sisteminin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilir durumda; Orta =Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir;Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda.			x	
59. Ana dağıtım şebekesine alternatif su tedarik sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30'dan azını karşılar; Orta = Afet/ acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30-80'ini karşılar; Yüksek = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 80'den fazlasını karşılar.			x	
60. İlave (yedek) pompalama sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yedek pompa yok ve faal kapasite günlük minimum talebi karşılamıyor; Orta = İlave pompalar kullanılabilir durumda ama günlük minimum su talebini karşılamıyor; Yüksek = Tüm ilave pompalar ve yedek sistemler faal ve minimum su talebini karşılıyor.			x	
61. Su tedarik sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.			x	
3.3.4 Yangından korunma sistem				
62. Yangından korunma (pasif) sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi işlevi engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.		x		
63. Yangın/duman belirleme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya bakım ve testleri sıklıkla yapılmıyor; Yüksek = Sistem kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor.			x	

64. Yangın söndürme sistemleri (otomatik ve elle kullanılan) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; denetim yapılmıyor; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya sistem kurulmuş, ama bakım ve test yapılmıyor; denetim eksik ve hükümsüz; Yüksek = Sistem tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.			x	
65. Yangın söndürme için su tedariki Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı yok; Orta = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı var; kullanım kapasitesi sınırlı ve bakım ve test yapılmamış; Yüksek = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli ve kayda değer kapasiteye sahip bir tedarik kaynağı var; düzenli bakım ve sıklıkla test yapılıyor.			x	
66. Yangından korunma sistemi için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.			x	
3.3.5 Atık yönetimi sistemleri				
67. Tehlikeli olmayan atıksu sistemlerinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli olmayan atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Atıksu bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.			x	
68. Tehlikeli atıksu ve sıvı atık güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.			x	
69. Tehlikeli olmayan katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.			x	Lisanlı firmalara veriliyor.

70. Tehlikeli katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
71. Hastane atık yönetimi sistemlerinin tüm türleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri (gaz, benzin, dizel vb.)				
72. Yakıt rezervleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süre için yeterli ya da yakıt tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat süreyle yeterli olması teminat altında				Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır
73. Yer üstü yakıt tankları ve/veya silindirlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt tankları kötü durumda; sabitleme ya da çevrili alan yok; tanklar tehlikeler dikate alınarak yerleştirilmemiş; Orta = Yakıt tankları kullanılabilir durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında yetersiz; tankın bulunduğu çevrili alanda bazı güvenlik ve emniyet önlemleri var; Yüksek = Yakıt tankları iyi durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında iyi durumda; tankın bulunduğu çevrili alanda uygun güvenlik ve emniyet önlemleri var. HASTANEDE BU HİZMETLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır
74. Hastane binalarının uzağında güvenli yakıt depolama yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt depolama erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan bir yerde yapılıyor; Orta = Depolama alanının durumu ve tehlikeler bakımından yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu ve yeri iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; yakıt tanklarına				Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır

erişim mümkün. HASTANEDE YAKIT TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
75. Yakıt dağıtım sisteminin durumu, güvenliği (vana, hortum, bağlantı) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı güvenli hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 90 düzeyinde iyi hizmet verebilir ve otomatik kapatma vanaları var; Yüksek = Sistemin yüzde 90'dan fazlası iyi çalışır durumda ve otomatik kapatma vanaları var. HASTANEDE YAKIT DAĞITIM TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır
76. Yakıt rezervleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır
3.3.7 Tıbbi gazlar				
77. Tıbbi gaz depolama alanlarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi gazların depolanması için önceden belirlenmiş yerler yok, ya da tıbbi gaz depolama alanlarında tehlikeler nedeniyle hizmetin aksaması riski yüksek; koruyucu önlemler yok ve depolama alanına erişim mümkün değil; Orta = Ayrılan alanların durumu ve yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; depoya erişim mümkün.			x	
78. Tıbbi gaz tankları ve/veya tüpleri için güvenli depolama yerleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; personelin tıbbi gaz ve yangın söndürme ekipmanı eğitimi yok; Orta = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; personele ekipman kullanma eğitimi verilmiş; Yüksek = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede; tıbbi gaz ve yangın			x	

söndürücü ekipman kalifiye personel tarafından kullanılıyor.				
79. Tıbbi gaz dağıtım sisteminin durumu ve güvenliği (vana, hortum, bağlantılar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Sistemin yüzde 80'den fazlası iyi çalışır durumda.			x	
80. Tıbbi gaz tankları, tüpleri ve ilgili ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; Orta = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede.			x	
81. Alternatif tıbbi gaz kaynaklarının varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; Orta = Alternatif kaynaklar var ancak malzeme tedarik süresi 15 günden fazla; Yüksek = Kısa sürede (15 günden az) devreye girecek yeterli alternatif kaynaklar var.			x	İhtiyaç halinde tedarik edilebilir.
82. Tıbbi gaz sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.			x	
3.3.8 Isıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri / HVAC (Heating, Ventilation, Air-Conditioning)				

83. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin uygunluğu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan yerlerde bulunuyor; koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, bulundukları yerler güvenli; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, bulundukları yerler güvenli ve tehlikelere karşı korunuyor.			x	
84. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanına erişim mümkün değil; ekipmanın güvenli çalışması ve bakımı için koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanına erişim mümkün, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanına erişim mümkün, geniş bir yelpazede koruyucu önlemler mevcut.			x	
85. HVAC ekipmanlarının güvenliği , çalışma durumu (ör: kazan, boşaltım) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı kötü durumda, bakım yapılmıyor; Orta = HVAC ekipmanı kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, düzenli bakım yok; Yüksek = HVAC ekipmanı iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış); bakım, denetim ve ikaz sistemi testleri düzenli yapılıyor.			x	
86. Sistem kanallarının uygun destekli, bina bölüm geçişlerinde kanal ve boru esnekliklerinin denetimli olması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Destek önlemleri yok ve bağlantılar esnek değil; Orta= Destekler kabul edilebilir durumda veya bağlantılar esnek; Yüksek = Destekler iyi durumda ve bağlantılar esnek.			x	
87. Borular, bağlantılar ve vanaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Boruların yüzde 60'ından azı iyi durumda; tehlikelere karşı sınırlı koruma var; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi durumda; tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelere karşı korunuyor.			x	
88. İklimlendirme (air-conditioning) ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İklimlendirme ekipmanı kötü durumda, emniyet altında değil; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut (örnek: sabitleme ve destek kalitesi yetersiz); Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış).			x	

89. İklimlendirme (air-conditioning) sisteminin çalışması (negatif basınç alanları dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Air-condition sisteminin hastanede bölge (zone) kurma kapasitesi yok; Orta = Air-condition sistemi bölge oluşturabilir, ancak hastanenin yüksek risk alanları ile diğer alanları arasında hava sirkülasyonunu ayırabilecek kapasitesi yok; Yüksek = Air-condition sistemi hastanenin yüksek risk alanlarından gelen havayı izole edebilir; negatif basınç odaları mevcuttur.			x	
90. HVAC sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.			x	
3.4 EKİPMAN VE MALZEME				
3.4.1 Ofis ve depo mobilyası ve bilgisayar donanımı dahil (seyyar, sabit) ekipman				
91. Raflar ve raf malzemesinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Raflar güvenli biçimde yerleştirilmemiş (veya deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde rafların yüzde 20'sinden azı duvara sabitlenmiş); Orta= Raflar güvenli biçimde yerleştirilmiş (ve deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde raflar duvara sabitlenmiş) ve rafardaki malzeme yüzde 20 ila 80 düzeyinde emniyete alınmış; Yüksek = Rafların yüzde 80'den fazlası ve raflardaki malzeme güvenli biçimde yerleştirilmiş, duvara sabitlenmiş ve malzeme emniyet altında.			x	
92. Bilgisayar ve yazıcıların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bilgisayarları tehlikeden korumak için alınan önlem yok; Orta = Bilgisayarların yerleri güvenli, tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Bilgisayarların yerleri güvenli, emniyet altında ve yeterli koruma önlemleri mevcut.			x	
3.4.2 Teşhis ve tedavide kullanılan kullanılan tıbbi ekipman, laboratuvar ekipmanı, malzemesi				
93. Ameliyathane ve post-op uyandırma odasındaki tıbbi ekipmanın güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ameliyathanelerin yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	

94. Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipmanın yeri güvenli, kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipmanın yeri güvenli ve iyi durumda, emniyet altındave koruyucu önlemler mevcut.			x	
95. Laboratuvar ekipman ve malzemesinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Biyogüvenlik önlemleri zayıf, laboratuvar ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	
96. Acil Servis ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	
97. Yoğun bakım ve ara yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	
98. Eczane bölümündeki ekipman ve mobilyanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eczane ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	
99. Sterilizasyon ünitelerindeki tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	

100. Acil obstetrik müdahale ve yenidoğan bakım ünitesindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	
101. Yanıklarda acil bakım için gerekli tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.			x	
102. Nükleer tıp ve radyasyon terapisi ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliğinin Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut. HASTANEDE BU SERVİSLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				Hastanede nükleer tıp ve radyasyon terapisi bulunmamaktadır.
103. Diğer servislerdeki medikal ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipmanın %30'dan fazlası materyal ya da fonksiyon kaybı riski altındadır ve/veya ekipman tüm servisin faaliyeti için doğrudan ya da dolaylı risk oluşturmaktadır; Orta= Ekipmanın %10-30 kadarı kayıp riski taşımaktadır; Yüksek = Ekipmanın %10'dan azı kayıp riski taşımaktadır.		x		
104. İlaçlar ve malzemeler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			x	
105. Steril enstrüman ve diğer materyal Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			x	
106. Özellikle afet/acil durum halinde kullanılan tıbbi ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.		x		

107. Tıbbi gaz mevcudu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İhtiyacı karşılama süresi 10 günden az; Orta = İhtiyacı karşılama süresi 10 ila 15 gün; Yüksek = İhtiyacı karşılama süresi en az 15 gün.			x	
108. Mekanik volüm ventilatörleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			x	
109. Elektro-medikal ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			x	
110. Yaşam destek ekipmanı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			x	
111. Kardiyopulmoner arrest için malzeme, ekipman veya acil müdahale arabaları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipman (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda, ancak maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipmanın (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda olması teminat altında ve gereken malzeme maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli.			x	

Modül 3/ Yorumlar-

Açıklamalar:.....
.....

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı,
imzası):.....

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetim

4.1 AFET ve ACİL DURUM YÖNETİMİ FAALİYETLERİNİN KOORDİNASYONU	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
112. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Komisyonu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok, ya da 1-3 departman ya da disiplin temsil edilmektedir; Orta = Komisyon var, 4-5 departman ya da disiplin temsil ediliyor, ancak fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getirmiyor; Yüksek = Komisyon var, 6 ya da daha fazla departman ya da disiplin temsil ediliyor ve fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getiriyor.			x	
113. Komisyon üyelerinin sorumlulukları ve eğitimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok ya da üyeler bu konuda eğitilmiş değil ve sorumluluklar belirlenmemiş; Orta = Komisyon üyeleri gerekli eğitimi almış ve resmi olarak görevlendirilmiş; Yüksek = Tüm üyeler eğitim almış ve kendi rol ve sorumluluklarını aktif olarak yerine getiriyor.		x		
114. Hastane Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanı (koordinatörü) atanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanede afet/acil durum yönetimi koordinatörü olarak tanımlanmış bir yönetici yok; Orta = Afet/acil durum yönetimi koordinasyon görevi bir yöneticiye verilmiş ancak bu onun ana görevi değil; Yüksek = Ana görevi afet/acil durum yönetimi koordinasyonu ile ilgili görevler olarak tanımlanmış bir yönetici var ve hastanenin hazırlık programının uygulanması rolünü yerine getiriyor.	x			
115. Afet ve acil duruma müdahaleyi ve iyileştirmeyi güçlendirmek için hazırlık programı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program yok ya da varsa da uygulanan hazırlık faaliyeti yok; Orta = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program var ve bazı faaliyetler uygulanıyor; Yüksek = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program HAP komisyonu yönlendiriciliğinde tam olarak uygulanıyor.	x			
116. Hastane olay yönetim sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane olay yönetim sistemi için bir düzenleme yok; Orta = Olay yönetim sistemi çerçevesinde kilit pozisyonlar için görevlendirme yapılmış ancak fonksiyonların yerine getirilmesi için yazılı prosedürler yok; Yüksek = Hastane olay yönetim sistemi prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.			x	

117. Acil durum operasyon merkezi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezin yeri tanımlanmamıştır veya güvenli ya da emniyetli olmayan bir mekandır; Orta = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır, ancak acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesi sınırlıdır; Yüksek = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır ve acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesiye sahiptir.			x	
118. Yerel afet/acil durum yönetimi kurumları ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.		x		
119. Sağlık hizmetleri ağı ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyoneldir.			x	
4.2 HASTANE AFET/ACİL DURUM MÜDAHALE VE İYİLEŞTİRME PLANLAMASI				
120. Hastane afet ve acil durum müdahale planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.			x	
121. Hastanenin olaya özel alt planları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Olaya özel müdahale alt planları belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, ancak kolayca erişilmemektedir ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.			x	
122. Planları aktive ve deaktive prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir ama prosedürler güncellenmemekte ya da yıllık olarak test edilmemektedir; Yüksek = Prosedürler günceldir, personele eğitim verilmiştir ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.			x	
123. Hastane afet ve acil durum müdahale planı tatbikatları, değerlendirme ve düzeltme faaliyetleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı ve alt planlar test edilmemektedir; Orta = Müdahale planı ve alt planlar test edilmektedir, ancak yılda en az iki kez test edilmemektedir; Yüksek = Müdahale planı ve alt planlar yılda en az iki kez test edilmekte ve tatbikat sonuçlarına göre güncellenmektedir.			x	
124. Hastane iyileştirme planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İyileştirme planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/ güncellenmektedir			x	
4.3 HABERLEŞME ve BİLGİ YÖNETİMİ				

125. Acil durumda iç ve dış haberleşme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezi iç ve dış haberleşme sistemi istikrarsız ya da eksik çalışmaktadır; operatörler acil durum haberleşmesi için eğitilmemiştir; Orta = Sistem düzgün çalışmaktadır, operatörler acil durum haberleşmesi ile ilgili bazı eğitimler almıştır, yılda en az bir kez sistem testler yapılmamaktadır; Yüksek = Sistem tam olarak çalışmaktadır, operatörler acil durumda kullanım için tam eğitilmiştir, sistem testleri yılda en az bir kez yapılmaktadır.		x		
126. Dış paydaş rehberi (telefon-adres) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dış paydaş rehberi yok; Orta = Rehber var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Rehber var, bilgiler güncel ve acil müdahalede kilit görevleri olan personel muhafaza ediyor.			x	
127. Halk ve medya ile iletişim prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok, sözcü görevlendirmesi yapılmamış; Orta = Prosedürler var ve görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş; Yüksek = Prosedürler var, görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.			x	
128. Hasta bilgisi yönetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için prosedürler yok; Orta = Acil durumlar için prosedürler var, personel eğitim verilmiş ancak kaynak mevcut değil; Yüksek = Acil durumlar için prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve uygulama için kaynaklar mevcut.			x	
4.4 İNSAN KAYNAKLARI				
129. Personel irtibat listesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İrtibat listesi yok; Orta = Liste var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Liste var ve bilgiler güncel.			x	
130. Personel mevcudiyeti Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her departmanın yeterli çalışabilmesi için gereken personelden hazır bulunan yüzde 50'den az; Orta = Personelin yüzde 50-80'i hazır; Yüksek = Personelin yüzde 80-100'ü hazır.		x		
131. Afet/acil durum halinde personelin seferber ve takviye edilmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak acil durumlar için insan kaynakları hazır değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir ve acil durum için öngörülen ihtiyaçları karşılayacak insan kaynakları hazır.			x	
132. Personelin afet/acil duruma müdahale ve iyileştirme görevlerinin tanımlanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum görevleri tanımsız ya da belgelendirilmemiş; Orta = Görevler tanımlanmıştır, bazı personel (hepsi değil) yazılı görevlendirme ve eğitim almıştır; Yüksek = Görevler yazılı olarak bildirilmiştir ve tüm personel için yılda en az iki kez eğitim ya da tatbikat yapılmaktadır.		x		
133. Afet/acil durum sırasında hastane personelinin desteklenmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ayrılmış bir yer ve belirlenmiş önlemler yok; Orta = Yer belirli, ama önlemler 72 saatten az süreyi kapsıyor; Yüksek = Önlemler en az 72 saati kapsıyor.			x	
4.5 LOJİSTİK ve FİNANS				

134. Afet/acil durum için yerel tedarikçi ve satıcılarla anlaşmalar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.			x	
135. Acil durum sırasında ulaştırma Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ambulanslar ve diğer araç ve ulaştırma yolları mevcut değil; Orta = Bazı araçlar mevcut, ama sayıları büyük bir afet/acil durumda yeterli değil; Yüksek = Afet/acil durum sırasında kullanılacak uygun araçlar yeterli sayıda mevcut.		x		
136. Acil durumda gıda ve içme suyu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için gıda ve içme suyu prosedürleri yok; Orta = Prosedürler var, gıda ve içme suyu tedariki 72 saatten az süre için teminat altında; Yüksek = Acil durumlarda gıda ve içme suyu tedariki en az 72 saat için teminat altında.			x	
137. Afet/acil durumlar için mali kaynaklar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum bütçesi ya da acil durum fonlarına erişim mekanizması yok; Orta = Fonlar bütçelendirilmiş ve mekanizmalar mevcut ancak 72 saatten az süre için geçerli; Yüksek = Yeterli fonlar 72 saat ve sonrası için teminat altında.			x	
4.6 HASTA BAKIM ve DESTEK HİZMETLERİ				
138. Acil ve kritik bakım hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.			x	
139. Temel klinik destek hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.			x	
140. Kitlesel yaralanmalı olaylarda kullanılabilir alanın genişletilmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Genişletme için alan tanımlanmamıştır; Orta = Alan tanımlanmıştır, genişletme için donanım, malzeme ve prosedürler mevcuttur ancak test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve alan genişletmek için donanım, malzeme ve diğer kaynaklar mevcut.			x	
141. Büyük çaplı afet ve acil durumlarda triyaj Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Triyaj için ayrılmış bir yer ya da prosedürler yok; Orta = Triyaj alanı ve prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş, ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Tanımlı alan ve prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durum halinde hastanenin maksimum kapasitede çalışması için gerekli kaynaklar mevcut.			x	
142. Kitlesel yaralanmalı olaylar için triyaj kartları, diğer lojistik malzeme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Malzeme yok; Orta = Malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında.			x	

143. Hasta kademeli sevk, transfer ve kabul sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sa - deca kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir , ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.			x	
144. Enfeksiyon sürveyans, önleme ve kontrol prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirlenmiş politika ve pro - sedürler yok; enfeksiyon önleme ve kontrol için standart önlemler rutin olarak uygulanmıyor; Orta = Politika ve prosedürler var, stan - dart önlemler rutin olarak uygulanıyor, personele eğitim verilmiş, ancak epidemiler dahil afet/acil durumda gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Politika ve prosedürler var, enfeksiyon ön - leme ve kontrol önlemleri tam, personele eğitim verilmişve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.			x	
145. Psikososyal hizmetler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim veril - miş, ancak afet/acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.			x	
146. Kitlesele ölümlü olaylarda ölüm sonrası (otopsi) prosedürler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kitlesele ölümlü olay - larla ilgili prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/ acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulan - ması için gerekli kaynaklar mevcut.		x		
4.7 TAHLİYE, DEKONTAMİNASYON ve GÜVENLİK				
147. Tahliye planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Plan yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Plan var, personele prosedürlerle ilgili eğitim verilmiş , ancak düzenli test edilmiyor; Yüksek = Plan mevcut, personele eğitim verilmiş ve yılda en az bir kez tahliye tatbikatı yapılıyor.			x	
148. Kimyasal ve radyolojik tehlikeler için dekontaminasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerektiğinde hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir dekontaminasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor; Yüksek = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve uygulaması yılda en az bir kez yapılıyor.		x		

149. Bulaşıcı hastalık ve epidemilerde kişisel koruyucu ekipman ve izolasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerekirse hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir izolasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek malzeme var, ama malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında ve tekrar tedarik için alternatif kaynaklar var, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel için yılda en az bir kez prosedür eğitimi ve uygulaması yapılıyor.			x	
150. Acil güvenlik (emniyet) prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Yazılı prosedürler var ve personele acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri eğitimi verilmiş, ancak her yıl test edilmiyor; Yüksek = Personele eğitim verilmiş ve yazılı prosedürler her yıl en az bir kez test ediliyor.			x	
151. Bilgisayar sistemi ağ güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bilgisayar güvenlik sistemi plan ve prosedürleri yok; Orta = Hastanenin temel siber güvenlik sistemi planı var ama düzenli izlenmiyor ve güncellenmiyor; Yüksek = Hastanenin siber güvenlik planı uygulanıyor ve düzenli güncelleniyor.			x	

Modül 4/ Yorumlar-

Açıklamalar:.....

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):.....

EK 2-C KAISER RİSK ANALİZİ

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)			HAZIRLIK			RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLK E ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaş ma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yo k	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yo k	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yo k	0 - 100%

Kuvvetli/Tam Fırtına	2	1	1	1	2	2	2	33%
Hortum	0	3	3	2	3	2	2	0%
Gökgürültülü Şiddetli Fırtına , Sağanak	2	2	2	2	2	2	2	44%
Kar Yüğü, Çığ	0	2	2	2	2	2	2	0%
Kar Fırtınası (Tipi)	1	2	1	1	2	2	2	19%
Buz Fırtınası	0	2	2	2	2	2	2	0%
Deprem	2	2	2	2	2	1	1	37%
Tsunami, Kıyı Dalgası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Sıcaklık Uç Değerleri	1	1	1	0	1	2	1	11%
Kuraklık	1	0	2	0	1	1	1	9%
Sel	2	1	2	2	1	1	1	30%
Büyük Yangın (Orman, Tarım Alanı, Yerleşim)	1	2	2	2	2	2	1	20%
Heyelan	0	0	0	0	0	0	0	0%
Baraj Taşkını	0	0	0	0	0	0	0	0%
Volkan Aktivesi	0	0	0	0	0	0	0	0%
Epidemi	2	2	1	2	2	1	1	33%
ORTALAMA SKOR	0,88	1,25	1,31	1,13	1,38	1,25	1,13	12%

*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

$$\text{RISK} = \text{OLASILIK} * \text{ŞİDDET}$$

0,12 0,29 0,41

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)			HAZIRLIK			RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0 - 100%
Elektrik Arızası	1	1	1	1	1	1	0	9%
Jeneratör Arızası	1	0	0	1	1	1	1	7%
Ulaştırma Sorunu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Yakıt Yokluğu	0	0	0	0	0	0	0	0%
Doğalgaz Yokluğu	1	0	1	1	1	1	1	9%

Su Yokluğu	1	0	0	0	1	1	1	6%
Kanalizasyon Arızası	1	0	1	1	1	1	1	9%
Buhar Arızası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Yangın Alarm Arızası	2	0	1	0	1	1	1	15%
Haberleşme Kesintisi	1	0	1	1	1	1	1	9%
Tıbbi Gaz Arızası	2	2	1	1	1	1	1	26%
Tıbbi Aspirasyon Hatası	1	2	1	1	1	1	1	13%
İklimlendirme Sistemi (HVAC) Arızası	1	0	1	0	1	1	1	7%
Bilgi Sistemleri Kesintisi	1	0	1	1	1	1	1	9%
Yangın (Ç)	1	2	2	2	1	1	1	17%
Sel (İç)	1	0	1	1	1	1	1	9%
Tehlikeli Maddeye Maruzluk	1	1	1	1	1	1	1	11%
Malzeme /Kaynak Yokluğu	1	0	1	0	1	1	1	7%
Yapısal Hasar	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	1,00	0,53	0,84	0,74	0,89	0,89	0,84	9%

*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

RISK = OLASILIK * ŞİDDET		
0,09	0,33	0,26

- - - -

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0 - 100%
Kitlesel Yaralanmalı Olay (Travma)	1	2	0	1	1	1	1	11%
Kitlesel Yaralanmalı Olay (Tıbbi/Enfeksiyöz)	1	2	1	1	1	1	1	13%
Terör Olayı/Biyolojik	1	2	1	2	1	1	1	15%
VIP Durumu	1	1	1	1	1	1	1	11%

Bebek Kaçırılması	1	0	0	1	1	1	1	7%
Rehin Alınma Durumu	1	1	0	1	1	1	1	9%
Toplumsal Olaylar	1	1	0	1	1	1	1	9%
İş Eylemi	2	0	0	2	1	1	1	19%
Adli Başvurular	1	1	1	1	1	1	1	11%
Bomba Tehditi	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	1,10	1,10	0,50	1,20	1,00	1,00	1,00	12%

*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

RISK = OLASILIK * ŞİDDET		
0,12	0,37	0,32

- - - -

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL EVENTS INVOLVING HAZARDOUS MATERIALS

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLK E ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0 - 100%
Tehlikeli Maddeye Bağlı Kitlesele Yaralanmalı Olay (Kurumdaki Geçmiş Olayda >=5 kurban)	0	1	1	1	1	1	1	0%
Tehlikeli Maddeye Bağlı Kitlesele Yaralanmalı Olay (Kurumdaki Geçmiş Olayda <5 kurban)	1	1	1	0	1	1	1	9%
Kimyasal Maddeye Maruzluk (dış)	1	1	0	0	1	1	1	7%

Küçük-orta çaplı dökülme saçılma (iç)	1	0	1	0	1	1	1	7%
Büyük çaplı dökülme saçılma (dış)	1	2	1	1	1	1	1	13%
Terör Olayı Kimyasal	1	1	0	1	1	1	1	9%
Radyolojik Maruziyet (iç)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Radyolojik Maruziyet (dış)	0	1	0	0	1	1	1	0%
Terör Olayı Radyolojik	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	0,78	1,00	0,67	0,56	1,00	1,00	1,00	8%

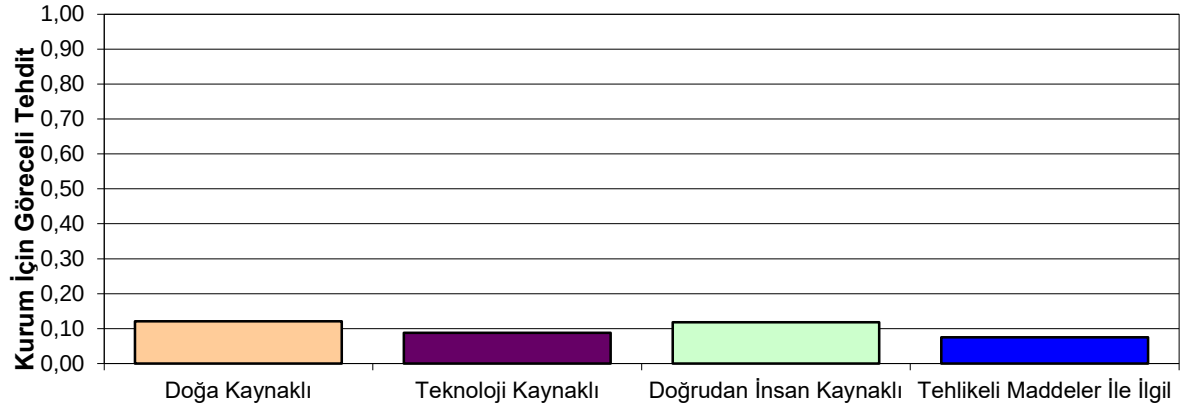
*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

RISK = PROBABILITY * SEVERITY		
0,08	0,26	0,29

HASTANE TEHLİKE ANALİZ ÖZETİ

	Doğa Kaynaklı	Teknoloji Kaynaklı	Doğrudan İnsan Kaynaklı	Tehlikeli Maddeler ile İlgil	Kurum İçi Toplam
Olasılık	0,29	0,33	0,37	0,26	0,31
Şiddet	0,41	0,26	0,32	0,29	0,32
Tehlikeye Özgü Göreceli Risk	0,12	0,09	0,12	0,08	0,10

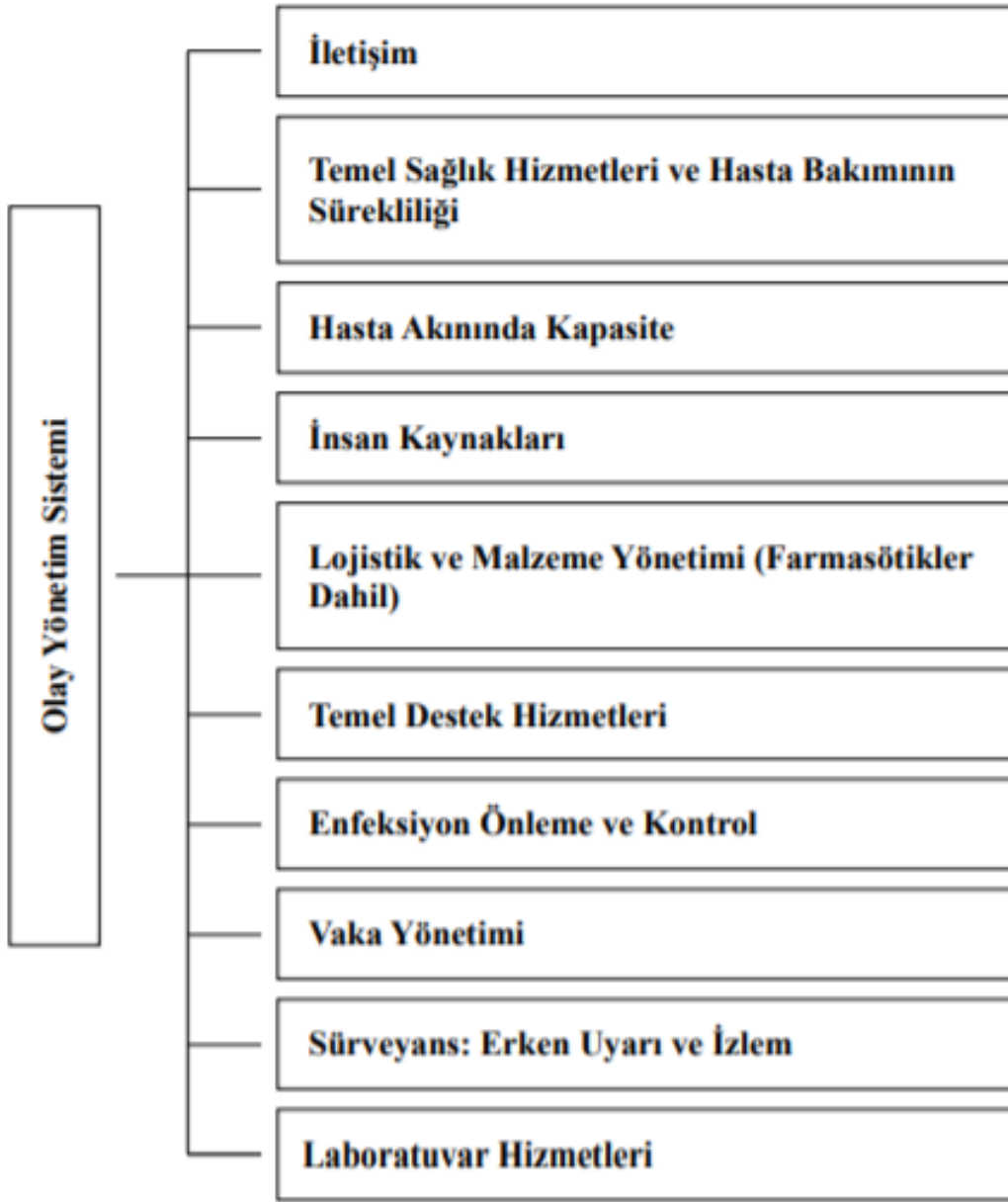
Hastane İçin tehlikeye Özgü Göreceli Risk



EK 2-D COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ

Bu kontrol listesi COVID-19 salgınına karşı hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatmada, hastane yöneticileri ve acil durum planlaması ile ilgili görevlileri desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Kontrol listesi 11 ana bileşenden oluşmaktadır ve her bileşen başlığı altında önerilen eylemlerin uygulanma durumu sorulmaktadır. Bir araç olarak bu kontrol listesinde anahatlarıyla yer verilen ilke ve önerilerin çoğu genel niteliktedir ve olası diğer acil durumlar için de uygulanabilir. Kontrol listesi kapsamlı, tüm tehlikeleri dikkate alan, çok-sektörlü hastane acil durum hazırlık planlaması programlarının yerine değil, onları tamamlama düşüncesiyle hazırlanmıştır.

COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi Ana Bileşenleri:



I . OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

Acil durum operasyonlarının etkili biçimde yönetilebilmesi için hastane Olay Yönetim Sisteminin (OYS) iyi işlemesi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane Acil Müdahale Planınız (AMP) var mı? Cevabınız Evet ise, planı aktive edin. Değilse, geçici çözüm olarak acil durum müdahale operasyonlarını yönetmekten sorumlu bir OYS oluşturun.	☐	☐	☒
Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM) oluşturun, bu amaçla hastanenin tüm acil durum müdahale faaliyetlerinin bir arada ve koordine biçimde yürütüleceği, sorunsuz çalışan iletişim (haberleşme) donanımına sahip özel bir yer hazırlayın.	☐	☐	☒
Bu dokümanda belirtilen her ana bileşen için bir sorumlu belirleyerek ilgili müdahale faaliyetlerinde gereken koordinasyonu ve yönetimi sağlayın.	☐	☐	☒
Her durumda karar verme ve kaynak yönetimi sürekliliğini güvence altına almak için yöneticiler ve irtibat kişilerinin yerine geçebilecekleri belirleyin.	☐	☐	☒
COVID-19 salgını karşısında hastanenin etkili ve sonuç alıcı yönetimini sağlamak için, COVID-19'un yönetimiyle ilgili iç ve dış kaynaklı temel dokümanları önceden inceleyin.	☐	☐	☒

II. HASTA AKINI DURUMUNDA TIBBİ KAPASİTE ARTIŞI

Hasta akını durumunda tıbbi kapasite artışı, sağlık hizmetinin artan klinik bakım talebini karşılamak üzere normal kapasitesinin ötesinde genişleme kabiliyetidir. COVID-19 vakaları zamana yayılan hızlı bir talep artışına (ani gelişen bir afetle ortaya çıkan “büyük patlama”nın aksine “yükselen gelgit” şeklinde artışa) yol açabilir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Azami vaka kabul kapasitesini hesaplayın, yatak sayısının yanı sıra yararlanılabilir insan kaynaklarını, tesis alanının kritik bakım, izolasyon, özellikli gruplama (kohort) için kullanılabilirliğini, mekanik ventilatörlere erişim ve mevcut diğer kaynakların elverişlilik durumunu dikkate alın.	☐	☐	☒
COVID-19 salgını sırasında hastane hizmetlerine yönelik talep artışını tahmin etmek için mevcut planlama varsayımlarını ve araçlarını kullanın.	☐	☐	☒
Hastanenin yatan hasta kapasitesini (fiziksel alan, personel, malzeme ve işleyiş dahil) artırmanın yollarını belirleyin.	☐	☐	☒
Sağlık hizmetinin, özellikle kritik bakım hizmetinin, sağlanmasında ortaya çıkabilecek eksiklikleri belirleyin; bu eksikliklerin giderilmesi için yetkililer ve yakındaki hastanelerle koordinasyon sağlayın.	☐	☐	☒
Kritik olmayan hastalar için uygun alternatif tedavi yerlerinde (örneğin, hafif rahatsızlıklar için evde, kronik bakım gerektiren hastalar için uzun dönemli bakım kurumlarında) dış kaynaklı bakım sağlayarak, hastane için ek kapasite oluşturun.	☐	☐	☒
Yerel makamlarla koordinasyon sağlayarak, hasta bakım ünitesine dönüştürülebilecek ek mekanları (örneğin, oteller, okullar, toplum merkezleri, spor salonları) belirleyin.	☐	☐	☒
Gereken durumlarda zorunlu olmayan hizmetleri (örneğin, elektif cerrahi vakalar) iptal edin.	☐	☐	☒
Kabul ve taburcu kriterlerini belirleyin. Hastalara ve klinik müdahalelere, mevcut tedavi kapasitesi ve talebe göre öncelik verin.	☐	☐	☒

III.ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL

Hastalara, hastane çalışanlarına ve ziyaretçilere sağlık hizmetiyle ilgili enfeksiyon bulaşma riskini asgariye indirmek için operasyonel bir Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programı gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Sağlık çalışanları, hastalar ve ziyaretçilerin solunum, el hijyeni ve sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyonların önlenmesiyle ilgili bilgisi olduğundan emin olun. Sözlü talimat/açıklama, bilgilendirme afişleri, kartlar vb. sağlayın. Mümkünse, hastanenin stratejik noktalarına el hijyeni noktaları (su, sabun, kağıt havlu, alkollü el temizleyici) ve atık kutuları yerleştirin.	☐	☐	☒
Sağlık çalışanlarının standart önlemleri tüm hastalara uygulamasını sağlayın.	☐	☐	☒
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 vakaları için önerilen damlacık ve temas önlemleri bulunmaktadır. Bu önlemler hasta asemptomatik duruma gelinceye kadar sürmelidir.	☐	☐	☒
Hastalar havalandırması yeterli (hasta başına 60 L /saniye) tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Tek kişilik oda yoksa, COVID-19 şüphesi olan hastalar birlikte gruplanmalıdır. Şüpheli ve teyit edilmiş vakaları birbiriyle karıştırmayın.	☐	☐	☒
Hastalarda COVID-19 şüphesi olup olmadığına bakılmaksızın yataklar arasında bir metre mesafe olmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Ekipmanın tek kullanımlık ve atılabilir olduğundan ya da hastalar için ortak kullanılan ekipmanın (örneğin, stetoskoplar, kan basıncı ölçer bileklikler, termometreler, yemek tepsileri) her hasta için kullanımdan önce temizlendiği ve dezenfekte (örneğin, %70 etil alkol ile) edildiğinden emin olun.	☐	☐	☒
Hastanın temas ettiği yüzeyleri düzenli temizleyin ve dezenfekte edin. Ambulansların rutin temizliği ve dezenfeksiyonunda COVID-19 için önerilen standart ve kılavuzlara uygun yöntemleri uygulayın.	☐	☐	☒
Sağlık çalışanlarının şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 hastalarının odasına girmeden önce damlacık ve temas önlemlerini almasını sağlayın.	☐	☐	☒
Sağlık çalışanlarının trakeal entübasyon, noninvaziv ventilasyon, trakeotomi, kardiyopulmoner resüsitasyon, entübasyon öncesi manuel ventilasyon, bronkoskopi, nazofarengeal sürüntü/aspirasyon ve otopsi gibi aerosola neden olan işlemlerde havayla ilgili önlemleri almasını sağlayın.	☐	☐	☒

Mümkünse, bulaşma riskini azaltmak üzere, bir sağlık çalışanları ekibini sadece şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 bakımını yapmak üzere görevlendirin. Ekibin (sağlık çalışanları, temizlik personeli) standart, temas, damlacıklar, havayla ilgili önlemler (Kişisel Koruyucu Ekipmanın -KKE- doğru kullanımı, takma ve çıkarma, uygun maskeler, el hijyeni, solunum hijyeni vb) hakkında eğitim almasını sağlayın.



Çalışanların uygun kişisel koruyucu ekipmana (örneğin, tıbbi/cerrahi ve N95/FFP2 maskeler, eldivenler, önlükler, göz koruyucular) kolayca erişimini sağlayın. Eğer KKE sayısı sınırlı ise vaka bakımı yapanlara öncelik tanıyın.



Tibben gerekmedikçe hastaları odalarından ya da bulundukları alandan çıkarmayın ve nakil yapmayın. Belirlenmiş seyyar röntgen (X-ray) donanımı ve/veya belirlenmiş diğer tanı ekipmanını kullanın. Nakil gerekirse, çalışanlar, diğer hastalar ve ziyaretçiler için maruzluğu asgariye indirecek şekilde önceden belirlenmiş güzergahı kullanın ve hastanın uygunsa medikal maske takmasını sağlayın ya da solunum hijyenini güçlendirin. Hastaların naklini yapan sağlık çalışanlarının el hijyenine dikkat etmesini ve gerekli KKE kullanmasını sağlayın. Hastayı kabul edecek alandakileri almaları gereken önlemler konusunda hasta alana varmadan mümkün olduğunca önce bilgilendirin.



Ziyaretçi sayısını hastaya destek için gerekli kişilerle sınırlandırın. Ziyaretçilerin damlacık ve temasla ilgili önlemlere uymasını sağlayın.



Hastanın odasına giren tüm kişilerin, tüm çalışanlar ve ziyaretçiler dahil, kaydını tutun.



Laboratuvar örnekleri, çamaşırhane, yemek servis malzemeleri ve tıbbi atıkları Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programında belirtilen rutin güvenlik prosedürlerine göre yönetin.



IV. VAKA YÖNETİMİ

COVID-19 akut solunum enfeksiyonunda yeterli tedavinin sağlanması için sonuç alıcı, doğru bir triyaj sistemi ve organize bir yatan hasta yönetimi stratejisi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Triyaj, erken tanı ve kaynak kontrolü için uygulama mekanizmalarını sağlayın (COVID-19 şüphesi olan hastaları izole ederek)	☐	☐	☒
Sağlık tesisinin girişinde, eğitilmiş personelin bulunduğu, yeterli donanıma sahip bir triyaj noktası oluşturun. Semptomatik hastaların durumlarını sağlık çalışanlarına bildirmelerini sağlamak amacıyla kamusal alanlarda güncel vaka tanımına göre belirlenen anketlerin kullanımını sağlayın ve bilgilendirici afişler asın.	☐	☐	☒
Sağlık çalışanlarının klinik şüphe düzeyinin yüksek olmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Solunum semptomları ve/veya ateşi olan kişiler için ayrı bir bekleme ve muayene alanı belirleyin. Bu alan çok iyi havalandırılmalı, geçişler az olmalı ve güvenliği sağlanmalıdır. Bu gruptaki hastalar arasında solunum sıkıntısı semptomları ve önceden mevcut ciddi sorunu olanlara tıbbi değerlendirmede öncelik tanıyın.	☐	☐	☒
Hastaneye gelen hastaların triyajı için, mümkünse hastane dışında, ek alanlar oluşturmayı dikkate alın.	☒	☐	☐
Tüm triyaj operasyonlarının gözetim/denetiminden sorumlu bir triyaj sorumlusu atayın.	☐	☐	☒
Akut solunum enfeksiyonu vakalarının belirlenmesini sağlayacak bir triyaj protokolü oluşturun. COVID-19 şüphesi olan vakalar için yeterli mesafenin gözetildiği bir alan gereklidir.	☐	☐	☒
Standart ve damlacıkla ilgili önlemlerin her zaman uygulanmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Yerel sağlık makamlarıyla koordinasyon sağlayarak, hastanenin şiddetli akut solunum yolu enfeksiyon hastalarının yatış, iç nakil, sevk ve taburcu stratejisini, ilgili kriterler ve operasyonel protokollere uygun olarak, uygulayın.	☐	☐	☒
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu hafif vakalarda, COVID-19 için ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olmayan kişiler için evde bakımı değerlendirin. Tercihen bir aile üyesini bakım veren olarak belirleyin.	☐	☐	☒
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarında, COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olanları hastaneye yatırın.	☐	☐	☒

COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesine bakılmaksızın destek bakım ve vital bulguların sürekli/düzenli izlenmesini gerektiren ağır COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarının yatışı için yeterli sayıda yatağın hazır olmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Vital bulguların (örneğin; vücut ısısı, kan basıncı, nabız, solunum hızı, bilinç düzeyi, dehidrasyon ya da şokla ilgili klinik işaretler) ve oksijen saturasyonunun (nabız oksimetre veya kan gazı analizleri) düzenli izlenmesini sağlayın.	☐	☐	☒
Entübe hastalar için oksijen, solunum desteği araçları ve yeterli sedasyon sağlayın. Oksijen maskeleri ve nazal kanüller tek kullanımlık olmalıdır.	☐	☐	☒
Hasta bakımında ulusal ve uluslararası kılavuzları izleyin. Tüm çalışanların vaka yönetimiyle ilgili ulusal ve uluslararası kılavuzlardan haberdar olmalarını sağlayın.	☐	☐	☒
İlgili hastane personeline, hasta nakledecek hastanelere, kliniklere, birinci basamak sağlık hizmetlerine, ambulans servislerine hasta kabul kriterleri ve triyaj lojistiği (örneğin, konum, giriş/çıkış yolları) hakkında iletişim kurun.	☐	☐	☒
Sağlık personelinin, ilaçların lisans dışı kullanımının ilgili protokollere göre yapıldığını ve çıktılarının standardize değişkenlere göre kayıt edildiğini bildiğinden emin olun.	☐	☐	☒

V. İNSAN KAYNAKLARI

İnsan kaynakları yönetimi, belirlenmiş temel hizmetler devam ederken, insan kaynaklarına artan talep karşısında yeterli çalışan kapasitesini ve operasyonların sürekliliğini sağlamak üzere şekillenmelidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Çalışanların temas/iletişim bilgilerini güncelleyin.	☐	☐	☒
Çalışanların devamsızlık (görev başında olmama) durumunu önceden tahmin edin ve düzenli olarak izleyin.	☐	☐	☒
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 olan ya da teyit edilmiş, olası veya şüpheli COVID-19 hastasıyla karşılaşmış çalışanların izlenmesi ve yönetimi için net bir politika belirleyin (bu politika, maruz kalma seviyelerini tanımlamalıdır).	☐	☐	☒
Her departman/servis/birimin yeterli hizmet vermesini sağlamak için gereken asgari sağlık çalışanı ve diğer çalışan sayısını belirleyin.	☐	☐	☒
Çalışan ihtiyacını departman/servis/birime göre önceliklendirin ve personel dağılımını da bu şekilde yapın.	☐	☐	☒

Öngörülen ihtiyaca göre, mevcut çalışanlara ek çalışanlar (örneğin, emekli personel, ihtiyat askeri personel, üniversite ilgilileri/öğrencileri, toplum gönüllüleri) belirleyin ve eğitim verin.	☐	☐	☒
Hasta akınında destek olarak, departman/servis/birim çalışanlarını talebin yüksek olduğu alanlarda (örneğin, enfeksiyon hastalıkları, acil ve yoğun bakım üniteleri) çalışmaya hazırlayın.	☐	☐	☒
Çalışanların yetkinliğini ve güvenliğini geliştirmek için, enfeksiyon önleme ve kontrol, klinik yönetimi dahil, ihtiyaç duyulan alanlarla ilgili eğitim ve tatbikatlar düzenleyin.	☐	☐	☒
Çalışanların vardiyalı ve daha uzun süreli çalışma saatleri için esnek davranabilmelerini sağlamak üzere aile destek önlemlerini (örneğin, seyahat, çocuk bakımı, hasta ya da engelli aile bireylerinin bakımı) belirleyin ve çalışma saatleri dışındaki zamanı iyileştirin.	☐	☐	☒
Çalışanların aileleri ve hastalar için, sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar, tercümanlar, din görevlileri dahil, multi-disipliner psikososyal destek ekiplerinin hizmet vermesini sağlayın.	☐	☐	☒
Uzmanlık alanları dışında çalışma durumundaki personelle ilgili yükümlülük, sigorta (mesleki zorunluluk sigortası vb.) ve geçici lisans konularını çözün.	☐	☐	☒
Gönüllü çalışanların yönetimi (güvenlik araştırması, kabul etme, red etme, yükümlülük konuları vb.) için belirlenmiş politikaların yürütülmesini sağlayın.	☐	☐	☒
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu komplikasyonları bakımından yüksek riskli personelin yeniden görevlendirilmesini dikkatle değerlendirin.	☐	☐	☒

VI. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA BAKIMININ SÜREKLİLİĞİ

COVID-19 salgını temel medikal ve cerrahi bakım (örneğin, acil servisler, acil cerrahi operasyonlar, ana ve çocuk sağlığı) için var olan gereksinimini ortadan kaldırmayacaktır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanenin tüm hizmetlerini öncelik sırasına göre listeleyin.	☐	☐	☒
Hastanenizin her zaman ve her koşulda sağlaması gereken hastane hizmetlerini belirleyin ve sürdürün.	☐	☐	☒
Tanımlanan temel hastane hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için gereken kaynakları (insan kaynakları ve lojistik) belirleyin.	☐	☐	☒
Sağlık hizmetine talebin yüksek olduğu diğer olası acil durumları (örneğin, afetler, kitlesel yaralanmalı olaylar) dikkate alarak yerel sağlık hizmetleri ağındaki hazırlık mekanizmaları hakkında bilgi edinin.	☐	☐	☒

VII. SÜRVEYANS: ERKEN UYARI VE İZLEM

Sağlık tesislerinde olağandışı sağlık olaylarını (örneğin, vaka kümeleri, atipik klinik görünüm vb.) fark eden ve hemen bildiren sağlık çalışanları erken uyarı fonksiyonunun önemli bileşenidir. Erken uyarı fonksiyonuna hizmet etmenin yanı sıra, sistematik olarak toplanan ve analiz edilen laboratuvar ve epidemiyoloji verileri, sağlık yöneticilerinin COVID-19'un seyrini izlemesini ve ciddi sonuçlar bakımından en risklilere yönelik yapılması gereken müdahalelerle ilgili bilgilendirmeyi mümkün kılmakta ve hastane yöneticilerinin duruma uygun plan yapmasına yardımcı olmaktadır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanede bir epidemiyolojisti erken uyarı ve sürveyansla ilgili tüm faaliyetlerden sorumlu olarak görevlendirin.	☐	☐	☒
Toplanması gereken tüm bilgileri belirleyin ve bilginin kullanım amaçlarını tanımlayın.	☐	☐	☒
Olağandışı sağlık olaylarının (COVID-19) sağlık çalışanları tarafından rapor edilmesini, hastane içinde ve sağlık yöneticileri ile iletişim kanalları ve prosedürler oluşturarak, geliştirin.	☐	☐	☒
Ulusal sağlık politikası ve talimatları doğrultusunda veri toplama ve raporlama mekanizmaları geliştirin.	☐	☐	☒
Standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele alın.	☐	☐	☒
Sağlık çalışanlarının olağandışı sağlık olayı raporlarını ve/veya izlem faaliyetleri sırasında belirlenen olağandışı bulguları derhal araştırın.	☐	☐	☒
İzlem faaliyetleri ve/veya olağandışı sağlık olaylarının ve/veya bulgularının araştırılması ile sağlanan bilginin hastanedeki klinik uzmanlar, ön safta çalışanlar ve diğer ilgili karar vericilerle hemen paylaşılmasını sağlayın.	☐	☐	☒
COVID-19 için hastaneye yatan kişilere test yapılırken, standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygunluğunu sağlayın.	☐	☐	☒
Tüm çalışanların standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonu belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele almalarını ve aldıkları eğitimle olağandışı sağlık olaylarını ayırt etmelerini sağlayın.	☐	☐	☒

VIII. İLETİŞİM

Doğru ve zamanında iletişim, bilgiye dayalı karar verme, etkili destek ve işbirliği, kamu farkındalığı ve güvenin sağlanması bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane yönetimi, departman/servis/birim sorumluları ve hastane çalışanları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırıcı iletişim mekanizmalarını oluşturun.	☐	☐	☒
Hastane çalışanlarına OYS çerçevesinde COVID-19'un yönetimindeki rol ve sorumlulukları hakkında brifing verin.	☐	☐	☒
İlgili tüm çalışanlar ve paydaşların klinik triyaj, hasta önceliklendirmesi (örneğin, uygulanan yatış ve taburcu kriterleri), enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri, vaka yönetimi ile ilgili politikalar ve hastane epidemiyolojisi hakkındaki tüm kararlardan haberdar olmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Bilgi toplanması, işlenmesi ve üst yönetici paydaşlara (örneğin, sağlık yöneticileri) rapor edilmesi ve onlar aracılığıyla yakındaki hastanelere, özel sağlık çalışanlarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine iletilmesini sağlayın.	☐	☐	☒
Farklı hedef kitleler (örneğin, hastalar, ziyaretçiler, çalışanlar, toplum, medya) için hazırlanacak COVID-19 ile ilgili çeşitli senaryolarda verilecek ana mesajları önceden belirleyin.	☐	☐	☒
Kamu, medya ve sağlık makamları ile iletişimi koordine etmek üzere bir kamu bilgilendirme sözcüsü belirleyin.	☐	☐	☒
Haberleşme sistemlerinin asıl ve yedeklerinin (örneğin, sabit hatlar, internet, mobil cihazlar, çağrı cihazları, uydu telefonları, çift yönlü telsiz ekipmanı, rehberde olmayan numaralar) güvenilirliğini ve sürdürülebilirliğini sağlayın, güncel temas/iletişim listelerini hazır bulundurun. Temas listesini düzenlerken kişileri belirtmek yerine görevleri belirtin.	☐	☐	☒
Ulusal düzeyde mevcut sevk mekanizmalarını ve ilgili haberleşme mekanizmalarını öğrenin.	☐	☐	☒

IX. LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ (FARMASÖTİKLER DAHİL)

Hastane hizmetlerinin sürekliliği ve farmasötikler dahil temel ekipman ve malzemelerin hazır olması için kaynak ve tesis yönetimine proaktif bir yaklaşım gerekmektedir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Tüm ekipman, malzemeler ve farmasötikler için güncel bir envanter geliştirin ve kullanın; eksiklikler için ikaz ve yeniden sipariş mekanizması oluşturun.	☐	☐	☒
Olası bir salgınla ilgili senaryoya dayanarak temel ekipman, malzeme ve farmasötik tüketimini (örneğin, haftalık kullanım miktarını) hesaplayın.	☐	☐	☒
Temel ilaç ve malzemenin sürekli tedarikini sağlamak üzere (örneğin, kurumsal ve merkezi stoklar, yerel tedarikçilerle acil durum sözleşmeleri, bağışlar) yetkililerle görüşün.	☐	☐	☒
Olası acil durumlarda kullanılacak malzemeyi satın alırken önce kalitesini kontrol edin, kalitenin belgelendirilmesini isteyin.	☐	☐	☒
Tedarikçilerle olası acil durumlar için anlaşmalar (örneğin, mutabakat anlaşması, karşılıklı yardım sözleşmesi) yaparak, yokluğu halinde ekipman, malzeme ve diğer kaynakların en kısa sürede temini ve teslimini sağlayın.	☐	☐	☒
İlave malzemeyi depolamak ve stoklamak için hastane içerisinde bir fiziki alan belirleyin. Bu alanın, erişilebilirlik, güvenlik, uygun ısı, havalandırma, aydınlatma düzeyi ve nem dahil, özelliklerine dikkat edin. Soğutma gerektiren temel maddeler için kesintisiz soğuk zincir sağlayın.	☐	☐	☒
Gerekli malzeme ve farmasötikleri belirtilen talimatlara uygun şekilde depolayın. Stoklanmış maddelerin zamanında kullanımını sağlayın, tüketim tarihinin geçmesi nedeniyle kayıpları önleyin.	☐	☐	☒
Hastane eczanesinin evde ya da diğer alternatif tedavi alanlarında/mekanlarında tedavi gören vakalara farmasötik sağlamadaki rolünü tanımlayın.	☐	☐	☒
Temel hizmetler için gerekli ekipmanın kullanıma hazır bulunması ve anında onarımı için bir mekanizma oluşturun. Diğer ekipmanın bakım ve onarımını erteleyin.	☐	☐	☒
Hasta nakillerinin sürekliliğini sağlamak üzere, ambulans ekipleri belirlemek gibi bir olası acil durum nakil stratejisi oluşturmak üzere hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle koordinasyon sağlayın (salgın büyüdükçe stratejinin değişmesi gerekebilir).	☐	☐	☒
Medikal malzeme, çalışanlar için gıda vb. bağışların yönetimi için politika belirleyin.	☐	☐	☒

X . LABORATUVAR HİZMETLERİ

Temel laboratuvar hizmetlerinin sürdürülmesi hem pandemi hem diğer hastalar ve aynı zamanda COVID-19 ile ilgili hastane tabanlı süveyans için gerekli klinik yönetimi bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Temel laboratuvar testlerinin (örneğin, tam kan testi, biyokimya profili, elektrolitler, kan gazı analizi, kan kültürü ve balgam incelemesi) sürekliliğini sağlayın.	☐	☐	☒
Temel laboratuvar malzemeleri ve kaynaklarını belirleyin ve sürekli mevcut olmalarını sağlayın.	☐	☐	☒
Laboratuvar personeli için yedekleme yapın ve/veya alternatif laboratuvar hizmetlerini belirleyin.	☐	☐	☒
Hastane tabanlı sürveyans için, laboratuvar verilerinin klinik yönetiminden ve sürveyanstan sorumlu hekimlere ve sağlık makamlarına hemen iletilmesi için gerekli mekanizmaları belirleyin.	☐	☐	☒
Klinik gereklilik ve hastane tabanlı sürveyans ihtiyaçlarına göre solunum virüsleri (örneğin, COVID-19) testlerinin yapılmasına öncelik verin. Gerektiğinde, farklı tanılar için bir solunum patojenleri paneli kullanın.	☐	☐	☒
COVID-19'un belirlenmesi, teyidi ve izlemi için (virüs karakteristiklerinde virülans, bulaş ve antivirüs rezistans gibi değişiklikler dahil) laboratuvarı izlenecek bir yönlendirme yolu belirleyin.	☐	☐	☒
Örneklerin sevki konusunda, ulusal ve uluslararası taşıma düzenlemeleri ve gereklerine uygun olarak, paketleme ve taşıma prosedürleri oluşturun ve çalışanları bilgilendirin.	☐	☐	☒

XI. TEMEL DESTEK HİZMETLERİ

COVID-19 salgını sırasında hasta bakımını optimize etmek için temel destek hizmetlerini (örneğin, çamaşırhane, temizlik, atık yönetimi, beslenme hizmetleri ve güvenlik) belirlemek ve sürdürmek gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Destek hizmetleri için gereken ilave malzemeleri hesaplayın ve bu malzemelerin sürekli mevcut olması için bir mekanizma geliştirin.	☐	☐	☒
Destek hizmetlerini artan taleple baş edebilecek şekilde uyumlu hale getirin.	☐	☐	☒
COVID-19'un hastanenin gıda malzemelerine muhtemel etkisini öngörün; gıdanın sürekliliğini sağlamak için pro-aktif önlemler alın.	☐	☐	☒

Su, enerji ve oksijen gibi temel alt yapılar için gereken yedekleme/destek düzenlemelerini sağlayın.	☐	☐	☒
Potansiyel güvenlik sorunlarını belirlemede ve tesise erişim, temel farmasötik stoklar, hasta akışı, trafik, park konularını optimize etmede hastane güvenliğinin girdilerinden yararlanın.	☐	☐	☒
Geçici morg olarak kullanılmak üzere bir alan belirleyin; yeterli sayıda ceset torbası ve kefen/örtü bulunmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Ölüm sonrası hizmetler konusunda ilgili paydaşlarla (örneğin, cenaze hazırlık ve defin hizmetleri) bir olası acil durum planı yapın.	☐	☐	☒

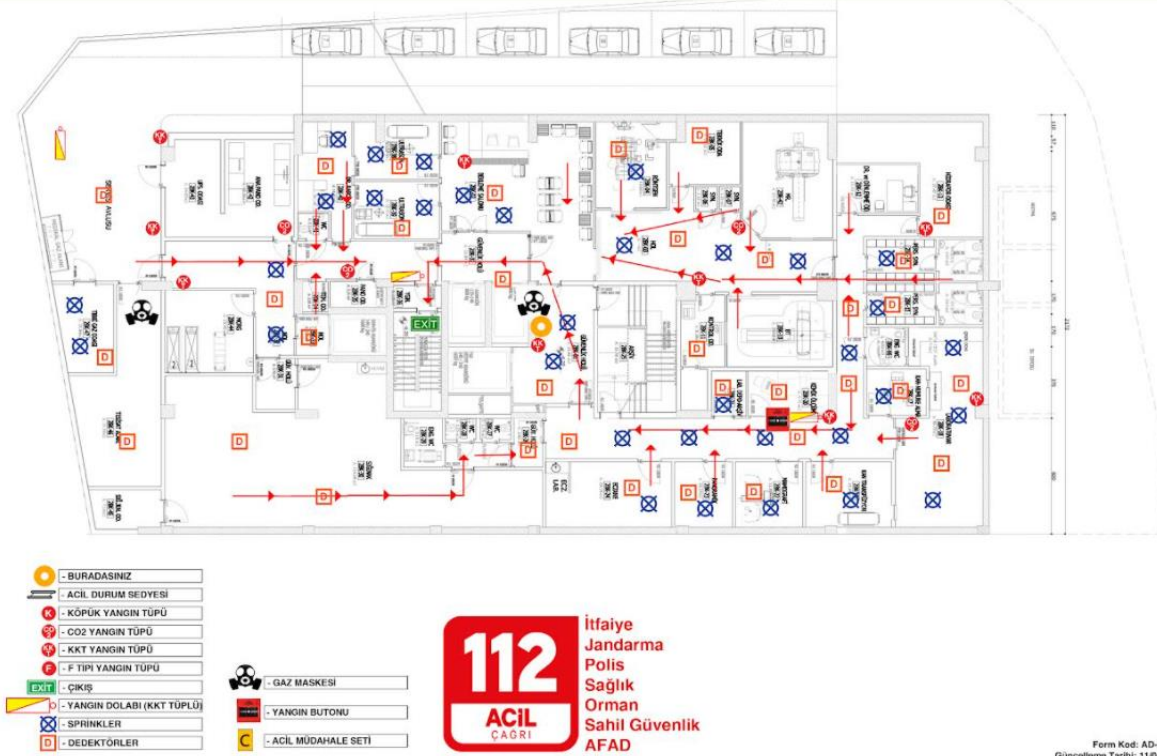
EK – 4 / A KROKİLER/PLANLAR

-2.KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

-2. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
Temel Faaliyet :Afet durumunda total hastane tahliyesi ve/veya -2. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin ve eczanenin /kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak,
- Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak,
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Bu katta hastanenin eczane ve personel soyunma odaları bulunur.
- Bu katta 2 farklı tahliye yolu bulunmakta olup, acil durumun bulunduğu yere bağlı olarak HAP Başkanı ve Planlama Şefi tarafından uygun görülen noktadan personel/ malzeme tahliyesi işlemi yapılacaktır.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber hangi tahliye yolunun kullanılacağını da belirlenmesiyle beraber personel bu kattan tahliye olur.
- Bu katın boşaltılması durumunda eczane hizmetleri ile ilgili Eczane Sorumlusu Lojistik Şefi ile birlikte uygun bir eczane alanı tespit eder, Olay Yönetim Ekibine sunar ve onaylanmasıyla o alanı eczane olarak kullanılır.
- Eczane tahliye edilirken öncelikle narkotik ve acil durumda kullanılacak ilaçlar tahliye edilirken, yeterli zaman ve personel bulunması durumunda diğer ilaçlarda tahliye edilecektir.
- Bu katta tahliye edilirken aynı zamanda bu katta bulunan bay ve bayan soyunma odaları kontrol edilerek içinde başka birisinin kalıp kalmadığı kontrol edilir.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Planlama Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir.

- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Tahliye edilen ile personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;

- Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;
 - Elektrikli cihazlar kapatılır.
 - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.
 - Açık olan pencere varsa kapatılır.
- Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlemeden bırakılır.
- Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır.
- Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz.
- Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir.
- Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır.
- Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez.
- Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır.
- Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir.
- Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,
- Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi’ ne rapor edin,
- Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.

-1. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

-1. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

Temel Faaliyet : Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya -1. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak,
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak,
- Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak,
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Form Kod No: AD-PL-13
Rev.No:00 / Rev.Tar.: ...

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Bu kod hastanenin poliklinik katı olmakta olup, acil serviste bu katta bulunmaktadır. Bu kattaki hastalar genelde T0 ve T1, olarak kabul edilirken acil servisteki hastalar sağlık durumlarına bağlı olarak T0,T1,T2 ve T3 hasta olarak kabul edilirler.
- Bu katta 3 farklı tahliye yolu bulunmakta olup, acil durumun bulunduğu yere bağlı olarak HAP Başkanı ve Operasyon Şefi tarafından uygun görülen noktadan tahliye işlemi yapılacaktır. Ancak acil servisinde durumu göz önüne alınarak acil servis tarafındaki acil çıkışın tercih edilmemesi gerekmektedir.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber hangi tahliye yolunun kullanılacağını da belirlenmesinden sonra poliklinik bekleme alanındaki ve lobideki öncelikle T0 olarak değerlendirilen ayakta ve herhangi bir sorunu olmayan hastalar, daha sonra ise T1 olarak değerlendirilen gebe hastalar ve tekerlekli sandalyedeki hastalar tahliye edilir.
- Acil serviste ise ilk olarak yardıma ihtiyacı olmayan, kendisi yürüyebilen E0 kategorisi olarak adlandırılan hastalar tahliye edilir. Bu tip hastalar genelde grup halinde servisten indirilir ve grup sonu ile grup başına bir öncü bir artçı personel verilir.
- Yürüyebilen hastalardan sonra E1 kategorisinde olan durumu çok ağır olmamakla beraber bir kişinin yardımıyla yürüyen hastalar tahliye edilir.

- E1 kategorisinde olan hastalar bittikten sonra, durumu ağır olan yürüyemeyen ancak obez veya kompleks transport olmayan E2 kategorisindeki hastalar tahliye edilir. Bu hastaların tahliyesinde en 2 personel gerekli olmaktadır.
- Son olarak da obez veya kompleks transport olan hastalar tahliye edilir. Bunların tahliyesinde en az 3 personel gerekmektedir. Ayrıca bir cihaza bağlı iseler hasta yakın bir kuruluşa transfer oluncaya kadar gerekli olan malzeme ve donanım çıkarılmalıdır.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir
- Eğer hastane içinde başka bir alanda yataklı servis hizmeti verilmeyecekse, tahliye işlemi başlarken aynı zamanda Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur.

- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir.
- Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;

- a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;
 - Elektrikli cihazlar kapatılır.
 - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.
 - Açık olan pencere varsa kapatılır.
- b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlenmeden bırakılır.
- c. Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır.
- d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz.
- e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir.
- f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır.
- g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez.
- h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambülans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır.
- i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir.
- j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.

<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Sedyeler • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Hastane Tahliyesi Özel Planı • Acil Servis Sorumlusu İŞAT • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

Z. KAT TAHLİYE ÖZEL PLANI

Z. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya Z. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

- Bu kod hastanenin poliklinik katı olmakta olup, herhangi bir yatan hasta bulunmamaktadır. Bu kattaki hastalar T0 ve T1 hastalar olarak değerlendirilmektedir.
- Bu katta 3 farklı tahliye yolu bulunmakta olup, acil durumun bulunduğu yere bağlı olarak HAP Başkanı ve Operasyon Şefi tarafından uygun görülen noktadan tahliye işlemi yapılacaktır.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber hangi tahliye yolunun kullanılacağıının da belirlenmesiyle beraber öncelikle T0 olarak değerlendirilen ayakta ve herhangi bir sorunu olmayan hastalar, daha sonra ise T1 olarak değerlendirilen gebe hastalar ve tekerlekli sandalyedeki hastalar tahliye edilir.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir.

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

• Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır. <u>Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler</u> Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir; a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa; • Elektrikli cihazlar kapatılır. • Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır. • Açık olan pencere varsa kapatılır. b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlenmeden bırakılır. c. Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır. d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz. e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir. f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır. g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez. h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır. i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir. j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.	
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi’ ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	

<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

1. KAT TAHLİYE ÖZEL PLANI

1. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya 1. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Form Kod: AD-PL: 11
Güncelleme Tarihi: 11/01/2022

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Bu kod hastanenin poliklinik katı olmakta olup, herhangi bir yatan hasta bulunmamaktadır. Bu kattaki hastalar T0 ve T1 hastalar olarak değerlendirilmektedir.
- Bu katta 3 farklı tahliye yolu bulunmakta olup, acil durumun bulunduğu yere bağlı olarak HAP Başkanı ve Operasyon Şefi tarafından uygun görülen noktadan tahliye işlemi yapılacaktır.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber hangi tahliye yolunun kullanılacağını da belirlenmesiyle beraber öncelikle T0 olarak değerlendirilen ayakta ve herhangi bir sorunu olmayan hastalar, daha sonra ise T1 olarak değerlendirilen gebe hastalar ve tekerlekli sandalyedeki hastalar tahliye edilir.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir.

- Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

- Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;
- a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;
 - Elektrikli cihazlar kapatılır.
 - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.
 - Açık olan pencere varsa kapatılır.
 - b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlenmeden bırakılır.
 - c. Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır.
 - d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz.
 - e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir.
 - f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır.
 - g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez.
 - h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır.
 - i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir.
 - j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,
- Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir,
- Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi’ ne rapor edin,
- Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.

<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

2. KAT TAHLİYE ÖZEL PLANI

2. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya 1. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Form Kod: AD-PL: 10
Güncelleme Tarihi: 11/01/2022

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Bu kod hastanenin poliklinik katı olmakta olup, herhangi bir yatan hasta bulunmamaktadır. Bu kattaki hastalar T0 ve T1 hastalar olarak değerlendirilmektedir.
- Bu katta 3 farklı tahliye yolu bulunmakta olup, acil durumun bulunduğu yere bağlı olarak HAP Başkanı ve Operasyon Şefi tarafından uygun görülen noktadan tahliye işlemi yapılacaktır.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber hangi tahliye yolunun kullanılacağını da belirlenmesiyle beraber öncelikle T0 olarak değerlendirilen ayakta ve herhangi bir sorunu olmayan hastalar, daha sonra ise T1 olarak değerlendirilen gebe hastalar ve tekerlekli sandalyedeki hastalar tahliye edilir.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir.

- Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

- Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;
- a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;
 - Elektrikli cihazlar kapatılır.
 - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.
 - Açık olan pencere varsa kapatılır.
 - b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlenmeden bırakılır.
 - c. Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır.
 - d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz.
 - e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir.
 - f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır.
 - g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez.
 - h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır.
 - i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir.
 - j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,
- Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir,
- Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi’ ne rapor edin,
- Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.

<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

YENİDOĞAN TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

YENİDOĞAN TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> : Afet durumunda yenidoğan yoğun bakımda hastane tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden nasıl tahliye edileceğini ve/veya diğer kat ve bölümlere nasıl transfer edileceğini belirlemektir.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Sarı Kod verilmesiyle beraber öncelikle servisteki hastaların tahliye triyajına başlanır. Tahliye triyajını Hastane Tahliye Özel Planı' da belirttiği gibi yapılır.
- Yenidoğan yoğun bakımda yatan hastaların tamamı E1 yada E2 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken vantilatör ve oksijen sistemine bağlı olmayan stabil hastadan başlayarak, oksijen ve vantilatöre bağlı olan hastalara doğru tahliye işlemi gerçekleştirilir.
- Solunum cihazına bağlı entübe bebek öncelikle solunum cihazından sökülür ve hemşire tarafından ambulama işlemi başlatılır.
- Transport küvöz bebeğin yanına getirilerek, bebek transport küvözün içine alınır ve ambulama işlemine devam edilir.
- Ambulansın bulunduğu yere götürülen bebek hemşire refakatinde ambulama işlemi devam ederek ilgili kuruma sevk edilir.
- Entübe olmayıp sadece oksijen alan bebeklerde, transport küvözün yanlarında bulunan seyyar oksijen tüpleri devreye alınarak oksijen maskesi yardımı ile tahliye işlemi gerçekleştirilir.
- Transport küvözün yetersiz kaldığı ya da kullanılmadığı durumlarda bebekler kucakta iki kişi yardımı ile tahliye edilir. (Bir kişi bebeği tutup ventilasyon işlemi yaparken , diğer kişi seyyar oksijen tüpünü taşır.
- Yenidoğan yoğun bakımın tahliyesi acil çıkış kapısı ve merdivenler vasıtasıyla yapılmaktadır. Ancak yangın ve zehirli gaz durumlarında hastane içi merdivenler kullanılamaz. Eğer itfaiyenin merdivenli (25 mt yüksekliğe kadar çıkabilmektedir) aracı olay yerinde ise HAP Başkanının talimatıyla 4. Kat yan penceresinden(2 no' lu durum) çıkış yapılabilir. Ancak bu iki kapıyı

kullanamaması durumunda yenidoğan içinde bulunan ve dışarı açılan pencereden tahliye yapılır.(3 no' lu durum) 2 ve 3 no' lu durumlarda hastalar itfaiyenin merdivenleri ile tahliye edilir. ➤ Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur. ➤ Eğer hastane içinde başka bir alanda YDYB hizmeti verilmeyecekse, tahliye işlemi başlarken aynı zamanda Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. ➤ Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.	
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu İş AT Kat Özel Tahliye Planları	

3. KAT ÖZEL PLANI

3. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya 3. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Form Kod: AD-PL-09
Güncelleme Tarihi: 11/01/2022

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Sarı Kod verilmesiyle beraber öncelikle servisteki hastaların tahliye triyajına başlanır. Tahliye triyajını Hastane Tahliye Özel Planı' da belirttiği gibi yapılır.
- İlk olarak yardıma ihtiyacı olmayan, kendisi yürüeyen E0 kategorisi olarak adlandırılan hastalar tahliye edilir. Bu tip hastalar genelde grup halinde servisten indirilir ve grup sonu ile grup başına bir öncü bir artçı personel verilir.
- Yürüeyen hastalardan sonra E1 kategorisinde olan durumu çok ağır olmamakla beraber bir kişinin yardımıyla yürüyen hastalar tahliye edilir.
- E1 kategorisinde olan hastalar bittikten sonra, durumu ağır olan yürüyemeyen ancak obez veya kompleks transport olmayan E2 kategorisindeki hastalar tahliye edilir. Bu hastaların tahliyesinde en 2 personel gerekli olmaktadır.
- Son olarak da obez veya kompleks transport olan hastalar tahliye edilir. Bunların tahliyesinde en az 3 personel gerekmektedir. Ayrıca bir cihaza bağlı iseler hasta yakın bir kuruluşa transfer oluncaya kadar gerekli olan malzeme ve donanım çıkarılmalıdır.
- İki farklı tahliye yolu bulunmakta olup, olayın türüne göre servis sorumlusu ve operasyon şefinin kararıyla iki yoldan uygun olanı kullanılarak tahliye işlemi yapılır.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.

- Eğer hastane içinde başka bir alanda yataklı servis hizmeti verilmeyecekse, tahliye işlemi başlarken aynı zamanda Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir.
- Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;

- a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;
 - Elektrikli cihazlar kapatılır.
 - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.
 - Açık olan pencere varsa kapatılır.
- b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlenmeden bırakılır.
- c. Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır.
- d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz.
- e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir.
- f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır.
- g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez.
- h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır.
- i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir.
- j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,
- Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir,
- Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin,
- Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.

<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT - Kat Özel Tahliye Planları	

4.KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

4. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya 4. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Form Kod: AD-PL: 08
Güncelleme Tarihi: 11/01/2022

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Sarı Kod verilmesiyle beraber öncelikle servisteki hastaların tahliye triyajına başlanır. Tahliye triyajını Hastane Tahliye Özel Planı' da belirttiği gibi yapılır.
- İlk olarak yardıma ihtiyacı olmayan, kendisi yürüyebilen E0 kategorisi olarak adlandırılan hastalar tahliye edilir. Bu tip hastalar genelde grup halinde servisten indirilir ve grup sonu ile grup başına bir öncü bir artçı personel verilir.
- Yürüyebilen hastalardan sonra E1 kategorisinde olan durumu çok ağır olmamakla beraber bir kişinin yardımıyla yürüyen hastalar tahliye edilir.
- E1 kategorisinde olan hastalar bittikten sonra, durumu ağır olan yürüyemeyen ancak obez veya kompleks transport olmayan E2 kategorisindeki hastalar tahliye edilir. Bu hastaların tahliyesinde en 2 personel gerekli olmaktadır.
- Son olarak da obez veya kompleks transport olan hastalar tahliye edilir. Bunların tahliyesinde en az 3 personel gerekmektedir. Ayrıca bir cihaza bağlı iseler hasta yakın bir kuruluşa transfer oluncaya kadar gerekli olan malzeme ve donanım çıkarılmalıdır.
- İki farklı tahliye yolu bulunmakta olup, olayın türüne göre servis sorumlusu ve operasyon şefinin kararıyla iki yoldan uygun olanı kullanılarak tahliye işlemi yapılır.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.

- Eğer hastane içinde başka bir alanda yataklı servis hizmeti verilmeyecekse, tahliye işlemi başlarken aynı zamanda Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir.
- Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;

- a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;
 - Elektrikli cihazlar kapatılır.
 - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.
 - Açık olan pencere varsa kapatılır.
- b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlemeden bırakılır.
- c. Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır.
- d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz.
- e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir.
- f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır.
- g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez.
- h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambülans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır.
- i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir.
- j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.

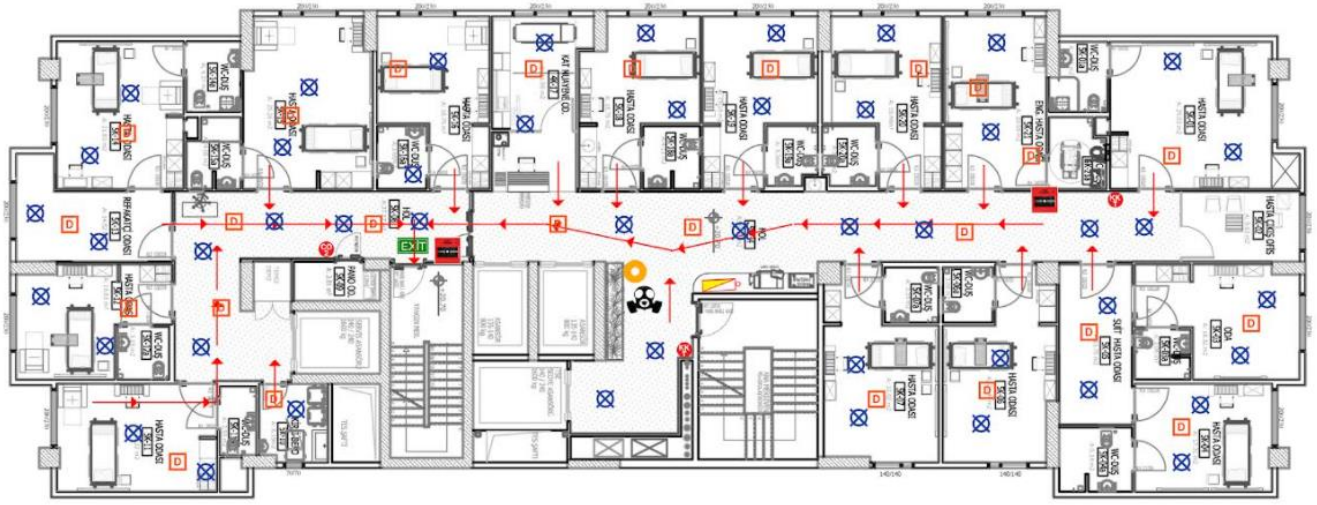
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,
- Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir,
- Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin,

• Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

5. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

5. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya 5. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



- - BURADASINIZ
- - ACİL DURUM SEDYESİ
- Ⓚ - KÖPÜK YANGIN TUPU
- Ⓢ - CO2 YANGIN TUPU
- Ⓟ - KKT YANGIN TUPU
- Ⓡ - F TİPİ YANGIN TUPU
- EXIT - ÇIKIŞ
- Ⓢ - YANGIN DOLABI (KKT TUPU)
- Ⓢ - SPRINKLER
- Ⓢ - DEDEKTÖRLER

- Ⓢ - GAZ MASKESİ
- Ⓢ - YANGIN BUTONU
- Ⓢ - ACİL MÜDAHALE SETİ



Form Kod: AD-PL-07
Güncellenme Tarihi: 11/01/2022

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Sarı Kod verilmesiyle beraber öncelikle servisteki hastaların tahliye triyajına başlanır. Tahliye triyajını Hastane Tahliye Özel Planı' da belirttiği gibi yapılır. Bu bölümde hem ameliyathane hem de yoğun bakım bulunmaktadır.
- Ameliyathane tahliyesi ile ilgili olarak;
 - Ameliyat odasındaki hastanın tahliyesinden primer sorumlu ekip o odada ve o hasta başında çalışmakta olan kişilerdir :
 - ❖ Operatör doktor
 - ❖ Anestezi uzmanı
 - ❖ Anestezi teknisyeni
 - ❖ Ameliyat hemşireleri
 - ❖ Ameliyathane personeli
 - Diğer odalarda hasta yoksa veya hasta başında olmayan başka bir kişi varsa ihtiyaç olan odaya yardım eder.
 - Ameliyat devam etmekte ise ve bitirilebilmesi için yeterli süre mümkün değilse hastanın kanama kontrolü vs gibi en acil müdahalesi tamamlanır tamamlanmaz :
 - ❖ Cerrahi bölge steril batın / yeşil ile örtülür
 - ❖ Hasta derhal sedyeye alınır
 - ❖ Hasta sedye üstünde sıkıca bağlanarak tespit edilir.
 - ❖ Hasta entübe ise ambuya geçilerek ve aralıksız ambulansla emniyetli bölgeye kadar taşınır.
 - ❖ Taşıma esnasında hastanın monitörleri fişten çıkarılarak hastanın bağlantısı devam ettirilir. (monitörlerin iç bataryası ile 1 saat hasta izlemi mümkün olmaktadır.)

Güvenli bölgede

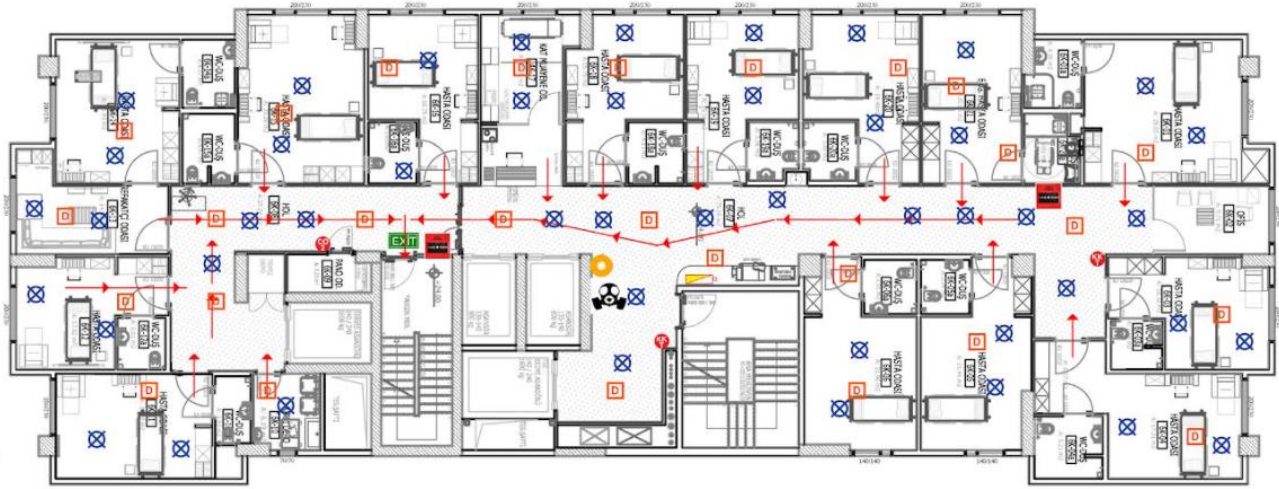
- Şarjlı bir aspiratör bulunmalıdır.
- Dedantör başlığı hazır, dolu O2 tüpleri bulunmalıdır.
- Steril bohça ve setler bulunmalıdır.
- Işık kaynağı bulunmalıdır.(Bu sayede kanama vs. gibi acil müdahalelerle ilk etapta kontrol edilebilir.)
- Yoğun bakım tahliyesi ile ilgili olarak;
 - Yoğun bakımda yatan hastaların tamamı E2, E3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan , şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır.
 - Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökülür (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dk dır)
 - Hastanın damar yolu açık kalır
 - Hasta takibinin yapıldığı monitör yerinden sökülerek portable monitör görevini alır. (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dk dır)
 - Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlanır, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatılır.
 - Transfere hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstü örtülür, mevcut yatağı ile beraber transferine başlanır. (Yoğun bakım yatakları transfer için uygundur)
 - Transfer esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da anestezi teknikeri refakat eder.
 - Transfer esnasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantası transfer süresince taşınır.(Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vs malzemeler bulunur)
 - Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulansın yanına götürülür.
 - Monitöre bağlı elektrod kabloları sökülerek, ambulans monitörüne bağlanır.
 - Perfüzyon cihazlarının takılı olduğu yatak askısı sökülerek ambulans sedyesine takılır.
 - Hasta iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alınır.
 - Yoğun bakım ünitesinin tahliyesi acil çıkış kapısıyla yapılır.
- İki farklı tahliye yolu bulunmakta olup, olayın türüne göre servis sorumlusu ve operasyon şefinin kararıyla iki yoldan uygun olanı kullanılarak tahliye işlemi yapılır.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.
- Eğer hastane içinde başka bir alanda yataklı servis hizmeti verilmeyecekse, tahliye işlemi başlarken aynı zamanda Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur.
- Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir.

- Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. - Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır. <u>Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler</u> Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir; - Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa; - Elektrikli cihazlar kapatılır. - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır. - Açık olan pencere varsa kapatılır. - Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlenmeden bırakılır. - Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır. - Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz. - Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir. - Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır. - Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez. - Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambülans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır. - Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir. - Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.	
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> - Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, - Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, - Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi’ ne rapor edin, - Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
<u>Kullanılacak Materyaller</u> - Tekerlekli sandalyeler, - Yataklar, - Sedyeler, - Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	

<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Yetişkin Yoğun Bakım İşleyiş ve Müdahale SOP • Ameliyathane İşleyiş ve Müdahale SOP • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

6.KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

6. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya 6. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



- - BURADASINIZ
- - ACİL DURUM SİYERİ
- - KÖPÜK YANGIN TUPU
- - CO2 YANGIN TUPU
- - KKT YANGIN TUPU
- - F TİPİ YANGIN TUPU
- EXIT - ÇIKIŞ
- - YANGIN DOLABI (KKT TUPU)
- - SPRİNKLER
- - DEDEKTÖRLER

- - GAZ MASKESİ
- - YANGIN BUTONU
- - ACİL MÜDAHALE SETİ



Form Kod: AD-PL-06
Güncelleme Tarihi: 11/01/2022

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Bu katta herhangi bir hasta/hasta yakını bulunmamakta olup sadece personelin çalışma ofisleri bulunmaktadır.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber, acil durumun olduğu bölüme bağlı olarak iki farklı tahliye yolundan uygun olanı seçilerek bölüm tahliye edilir..
- Bu bölümde hastanenin finans bölümü olduğu için , değerli kağıt, mücevher vb. şeyler güvenlik altına alınmalıdır.
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Tahliye edilen personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;

- a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;
 - Elektrikli cihazlar kapatılır.
 - Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.

• Açık olan pencere varsa kapatılır. b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlemeden bırakılır. c. Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır. d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma, düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz. e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir. f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır. g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez. h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır. i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir. j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.	
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm katın tamamen tahliyesi, tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

7. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

7. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
Temel Faaliyet : Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya 7. Kat tahliye kararı verilmesi durumunda personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
Hedefler • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Bu kat hastanenin yataklı hasta servisi olarak geçer.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber öncelikle servisteki hastaların tahliye triyajına başlanır. Tahliye triyajını Hastane Tahliye Özel Planı' da belirttiği gibi yapılır.
- İlk olarak yardıma ihtiyacı olmayan, kendisi yürüyebilen E0 kategorisi olarak adlandırılan hastalar tahliye edilir. Bu tip hastalar genelde grup halinde servisten indirilir ve grup sonu ile grup başına bir öncü bir artçı personel verilir.
- Yürüyebilen hastalardan sonra E1 kategorisinde olan durumu çok ağır olmamakla beraber bir kişinin yardımıyla yürüyen hastalar tahliye edilir.
- E1 kategorisinde olan hastalar bittikten sonra, durumu ağır olan yürüyemeyen ancak obez veya kompleks transport olmayan E2 kategorisindeki hastalar tahliye edilir. Bu hastaların tahliyesinde en 2 personel gerekli olmaktadır.
- Son olarak da obez veya kompleks transport olan hastalar tahliye edilir. Bunların tahliyesinde en az 3 personel gerekmektedir. Ayrıca bir cihaza bağlı iseler hasta yakın bir kuruluşa transfer oluncaya kadar gerekli olan malzeme ve donanım çıkarılmalıdır.
- İki farklı tahliye yolu bulunmakta olup, olayın türüne göre servis sorumlusu ve operasyon şefinin kararıyla iki yoldan uygun olanı kullanılarak tahliye işlemi yapılır.
- Birim Sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur.
- Eğer hastane içinde başka bir alanda yataklı servis hizmeti verilmeyecekse, tahliye işlemi başlarken aynı zamanda Kurumlararası

Koordinasyon Sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. ➤ Eğer tahliye aşamasında Standart Operasyon Prosedürleri ve Kat Tahliye Özel Planları uygulamaları içermiyorsa, Operasyon Şefi ve Olay Yönetim Ekibi tarafından bu uygulamalarda değişiklik yapılarak yeni hareket tarzları geliştirilir • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili Tahliye Edilen Hasta Formu, personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır. <u>Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler</u> Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir; - Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa; • Elektrikli cihazlar kapatılır. • Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır. • Açık olan pencere varsa kapatılır. - Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlemeden bırakılır. - Mümkünse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır. - Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz. - Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir. - Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır. - Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez. - Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır. - Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir. - Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.	
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi’ ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	

<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, • Servis Sorumlusu İş AT ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

8. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI

8. KAT TAHLİYESİ ÖZEL PLANI
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet durumunda total hastane tahliye ve/veya yemekhane katının tahliye kararı verilmesi durumunda personelin hastaneden/kattan güvenli tahliye edilmesini sağlamaktır.
<u>Hedefler</u> • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından)



- - BURADASINIZ
- - ACİL DURUM SEDYESİ
- - KÜPÜK YANGIN TUPU
- - CO2 YANGIN TUPU
- - KKT YANGIN TUPU
- - F TİPİ YANGIN TUPU
- EXIT - ÇIKIŞ
- - YANGIN DOLABI (KKT TUPU)
- - SPRINKLER
- - DEDEKTÖRLER

- - GAZ MASKESİ
- - YANGIN BUTONU
- - ACİL MÜDAHALE SETİ



Form Kod: AD-PL: 14
Güncelleme Tarihi: 11/01/2022

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin Gerçekleştirilmesi ve Raporlama İçin Zaman Çizelgesi

- Bu kat yemekhane katı olarak geçmektedir.
- Sarı Kod verilmesiyle beraber, acil durumun olduğu bölüme bağlı olarak iki farklı tahliye yolundan uygun olanı seçilerek bölüm tahliye edilir.
- Yemekhane Sorumlusu tarafından Durum Raporu hazırlanır ve Lojistik Şefi ile bilgi paylaşımında bulunulur.
- Bu katta herhangi bir tahliye olmaması durumunda gıda depolarının yetkisiz /yabancı kişilerin girmemesi ve hırsızlık için gerekli önlemler alınır.
- Hastanenin başka bir alanında yemekhane hizmeti verilecekse , yemekhanede bulunan ve taşınabilen malzemeler bu alana taşınır. Bu durumda hastane içinde yemekhane deposu için uygun bir alan ayarlanır.
- Yemekhane hizmetinin verilememesi durumunda, protokol imzalanmış firma ile iletişime geçilerek yemek hizmeti verilmesi sağlanır.
- Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için Güvenlik Ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Tahliye edilen personel için Tahliye Edilen Personel Formu ,cihazlar için ise Tahliye Edilen Malzeme /Ekipman Formu kullanılmalıdır.

Tahliye Durumunda Yapılması Gerekenler

Tahliye kararı alındığı zaman aşağıdaki adımlar izlenir;

a. Eğer boşaltma sırasında yaşanacak gecikme tehlike yaratmıyorsa;

- Elektrikli cihazlar kapatılır.
- Tehlikeli malzemeler emniyetli konuma alınır.
- Açık olan pencere varsa kapatılır.

b. Odadan çıkılır ve kapısı kapatılır. Daha sonra girmesi muhtemel kurtarma ekiplerinin kolayca girebilmesi için kapı kilitlenmeden bırakılır.

c. Mümkinse acil çıkış kapılarına doğru ilerlerken güzergah üzerindeki odalardaki insanlar uyarılır. d. Acil çıkışa ilerlerken, daha sonra aynı yoldan geçecek insanların kayma,düşme ve yaralanmalarını engellemek için elde yiyecek ve içecek taşınmaz. e. Eğer çıkış için iki farklı güzergah varsa rüzgarın geldiği yöndeki çıkış tercih edilir. f. Çıkış sırasında her personel hasta ve yakınlarına refakat etmeye çalışır. g. Binadan çıkıldıktan sonra durum normale dönmedikçe bina içine tekrar girilmez. h. Kaçış güzergahı üzerinde görev yapan ambulans ve kurtarma personeline her zaman öncelik tanınır. i. Çalışma alanı terk edilirken, tehlikeli olarak çalışmaya devam eden cihazlar kurtarma ve müdahale ekiplerine mutlaka bildirilir. j. Kurtarma ve müdahale ekiplerinden “alarm geçti” ikazı gelinceye kadar emniyetli bölge terk edilmez.	
<u>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</u> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi’ ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
<u>Kullanılacak Materyaller</u> • Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniler, • Krokiler, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).	
<u>Kalite Kontrol</u> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın	
<u>Zaman Dilimi</u> • Tüm katın tamamen tahliyesi, tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
<u>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</u> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin Özel Plan, • Güvenlik Sorumlusunun İş AT, ➤ Kat Özel Tahliye Planları	

EK – 5 / A PROTOKOLLER

TARİH 17/11/2021

PROTOKOL

Optimed Sağlık Grubu Hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında oluşan olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda; hastanede bulunan çalışan, taşeron , hasta ve misafirlerin ihtiyacı olacak medikal sarf malzeme ve tıbbi cihazların hastane içinde ulaşmaması durumunda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin tedariki konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 17.11.2021 tarihinde imzalanmış, taraflarca itiraz olmaz ise her yıl kendiliğinden yenilecektir.

EGS MEDİKAL TIBBİ CİHAZLAR
İTHALAT-İHRACAT
Oruç Reis Cad. No: 10
Tekstilkent A25 Kat: 203 Etiler/İST.
Abonelik No: 21189446362

TARİH 17/11/2021

PROTOKOL

Optimed Sağlık Grubu Hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında oluşan olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda; hastanede bulunan çalışan, taşeron , hasta ve misafirlerin ihtiyacı olacak medikal sarf malzeme ve tıbbi cihazların hastane içinde ulaşmaması durumunda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin tedariği konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 17.11.2021 tarihinde imzalanmış, taraflarca itiraz olmaz ise her yıl kendiliğinden yenilecektir.

AVRASYAMED MEDİKAL
Tıbbi Cihazlar, Ekipmanlar ve Sanayi Tic. Ltd. Şti.
Gökeviye Mah. 503. Sokak Kat: 3 ESENİYURT / İST.
Tel: 0212 590 41 10-41 Faks: 0212 590 00 15
Tic. Sicil No: 264755 ESENİYURT V.D.: 1050577780

TARİH 17/11/2021

PROTOKOL

Özel Optimed İnternational Çorlu Hastanesi içerisinde ya da hastane dışında oluşan olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda; hastanede bulunan çalışan, taşeron , hasta ve misafirlerin ihtiyacı olacak genel gıda ihtiyaçları hastane içinde ulaşılmaması durumunda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin tedariği konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 17.11.2021 tarihinde imzalanmış, taraflarca itiraz olmaz ise otomatik yenilecektir.

ASBAS  **TİCARET**

TOPTAN PAKETLENDE GAKKOLITS

DEKAN ASBA

Jansyon Mili M Hakikat Ugras, No. 37 Cankarog TEKİRDAĞ

Tel & Fax: (282) 726 04 73 • (282) 726 04 52

Mersis No: ~~34803145000901~~ / Tarih Sayı No: ~~6442~~

FD No. 24580214298

PROTOKOL

Özel Optimed Hastanesi içerisinde ya da hastane dışında oluşan olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda; hastanede bulunan çalışan, taşeron, hasta ve misafirlerin ihtiyacı olacak konaklama ihtiyaçları otelimizin müsaitlik durumuna göre talep edilen tarihteki güncel fiyatlardan fatura edilmek şartı ile firmamız gerekli desteği verecektir.

Firma Adı:

Adres:

Yetkili İmza/Kaşe:


İLKE OTELÇİLİK TURİZM İŞLETMELERİ
TİCARET ANONİM ŞİRKETİ
İsmetpaşa Mah. Bulent Ecevit Cd.33.Sic.No:3
Kapaklı / TEKİRDAĞ - Tic.Sic.No:625
Çerkezköy V.D. 473 005 0501
Mersis No: 0 4730 0505 0100016



Tarih:12.01.2020

PROTOKOL

Özel Optimed Hastanesi içerisinde ya da hastane dışında oluşan olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda; hastanede bulunan hastaların il dışı bir hastaneye tahliye edilmesi durumunda hastanemiz gerekli desteği verecektir.

Bir Nefes Sağlık Hizmetleri A.Ş.

Adres:Siteler Mahallesi Nazif Balkan
Caddesi No: 35/37
Lüleburgaz Kırklareli

BİR NEFES SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.
Lüleburgaz V.D. No: 177 059 1754 Tic. Sic. No: 4711
Mersis No: 0177 0591 7540 0001
Siteler Mah. Nazif Balkan Cad. No: 35-37
Lüleburgaz/KIRKLARELİ
Tel: 0288 415 74 74 Faks: 0288 415 65 95
www.birnefes.com.tr

SU TEDARİK HİZMET ALIM SÖZLEŞMESİ

*BU SÖZLEŞME VARDARLAR YAPI İNŞAAT HAFRİYAT FİRMASI İLE ÖZEL OPTİMED HASTANESİ ARASINDA KARŞILIKLI MUTABAKATA DAYANILARAK OLUŞTURULMUŞTUR.

* VARDARLAR YAPI İNŞAAT HAFRİYAT FİRMASI , ÖZEL OPTİMED HASTANESİNE ACİL VE İHTİYAÇ DUYULAN DURUMLARDA SU TEDARİĞİ GÖREVİNİ YERİNE GETİRMİYİ TAAHHÜT ETMEKTEDİR.

*SÖZLEŞME BİR YIL OLARAK YAPILMIŞTIR, TARAFLARDAN BİRİ BİR AY ÖNCEDEN HABER VERMEK KOŞULU İLE SÖZLEŞMEYİ FESİH ETME HAKKINA SAHİPTİR.

*SÖZLEŞME İPTAL EDİMEDİĞİ SÜRECE KENDİNİ BİR YIL İLERİYE DÖNÜK OLARAK YENİLEYECEKTİR.

VARDARLAR YAPI İNŞAAT HAFRİYAT

TEL: 0(532)281 11 18

ADRES: Fevzipaşa Mah.H.Batur Cad.İsa Çavuş

Sk. No:9

Çerkezköy/TEKİRDAĞ

Vardarlar
YAPI-İNŞAAT HAFRİYAT-MAKİNE DAYANIMLI DAYANIMSIZ
TUK. MAL. TUK.İZM. TEKSTİLİDA SOS. HİZM. TİC.LTD.ŞTİ.
Yazışma Tel: 0 282 726 89 89
Fevzipaşa Mah. H.Batur Cad. İsa Çavuş Sk.No:9 ÇERKEZKÖY
Çerkezköy Y.D. 922 035 2388

ÖZEL OPTİMED HASTANESİ

TEL: 0 (282) 726 05 55

ADRES: Atatürk cad. No: 118

Çerkezköy/TEKİRDAĞ

OPTİMED
SAĞLIK HİZMETLERİ TİC. A.Ş.
ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ