

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :1/8
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
Gözden Geçirme	Gözden geçirildi.	Tüm İçerik	20.04.2017/05	Sevda SÜMBÜL/ Başhemşire
01	Revize edilen prosedürler ve süreçler nedeni ile içerik gözden geçirilerek güncellendi. Prosedürün adına "Yatan Hasta Katları" eklendi.	Tüm içerik	04.05.2020	Sevda SÜMBÜL/ Başhemşire
02	Farmakovijilans Sorumlusu eczacı olarak değiştirildi. Hasta Bakım Planları'nın adı Hemşirelik süreci Bakım Planı olarak değiştirildi. Hasta Devir Formu yayından kalktığı için 24 Saatlik Hemşire Gözlem ve İzlem Formu'na not alındığı belirtildi.	6. ve 8.sayfa	11.01.2021	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
03	Elektronik ortama geçirilen hemşirelik formları eklendi.	Tüm içerik	13.08.2021	Demet ERSOY Başhemşire Yardımcısı
04	4.11 Hasta Eğitimleri başlığı altına Yatış süresi 3 gün ve üzerinde olan 6-14 yaş arası ilköğretim seviyesindeki çocukların eğitimlerinin devamlılığı tablet üzerindeki EBA uygulaması ile sağlanarak Çocuk Hastaların Eğitim Devamlılığı Kayıt Formu ile kayıt altına alınır bilgisi eklendi.	7. sayfa	05.09.2022	Sevda SÜMBÜL Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
05	Yatan hasta izinleri ile ilgili süreç tanımlandı. Yatan hasta izin formu bilgisi eklendi.	8. sayfa	06.01.2023	Filiz Albayrak Kalite Yönetim Direktörü
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRÜ/BAŞHEMŞİRE		KALİTE YÖNETİCİSİ		BAŞHEKİM

1. AMAÇ VE KAPSAM

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :2/8
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Bu prosedürün amacı kliniklerdeki yatarak hizmet alan tüm hastaların bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak şekilde bilimsel kurallar çerçevesinde bakım hizmeti almalarını sağlamaktır. Hasta bakım sürecini kapsamaktadır.

2.TANIMLAR VE KISALTMALAR

MSDS :Güvenlik Bilgi Formu

3. REFERANS DOKÜMANLAR

Hastaların İlk ve Yeniden Değerlendirilmesi Prosedürü
Hastaya Tedavi Öncesi Hasta Eğitim Formu
Hastane Tanıtım, Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Rehberi
Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatı
Acil Servis İşleyiş Prosedürü
Hasta Transfer Prosedürü
Düşme Olaylarını Önleme ve İzleme Prosedürü
24 Saatlik Hemşire Gözlem ve İzlem Formu
Ayaktan Hasta Hekim İstem ve İlaç Uygulama Formu
Acil Servis Tıbbi Müşahede ve Muayene Kartına
İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü
Nütrisyonel Risk Skoru Değerlendirme Formu
Strong(kids) Pediatri Nütrisyonel Risk Tarama Testi Formu
Narkotik İlaç Kullanım ve Sayım Defteri
Sıcaklık Nem Takip Formu
Anestezi İçin Aydınlatılmış Onam Formu
Preoperatif Hasta Değerlendirme Formu
Preoperatif Hazırlık Talimatı
Doğru Taraf Cerrahisi Talimatı
Personele Yıllık Eğitim Planı
Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği
Elektronik İstem (Order) Ve Uygulama Talimatı
Advers Etki Bildirim Formu
Klinik-Ameliyathane Hasta Teslim Formu
Güvenli Kan Transfüzyonu Talimatı
Yaşam Sonu Hizmetler Prosedürü
Yatan Hasta İzin Formu

4. UYGULAMA

4.1. Hasta Kabulü

Hastanemize muayene için gelen hastalar doktor tarafından Hastaların İlk ve Yeniden Değerlendirilmesi

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :3/8
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Prosedürüne göre yapılır. Hasta için doktor tarafından yataklı tedavi ve/veya ameliyat kararı alınabilir. Bu durumda hasta, hasta yatış biriminde gerekli işlemleri yaptıktan sonra yataklı servise yönlendirilir. Yataklı servise transfer edilen hasta, odasına yerleştirilir. Hastanın takip ve bakımını üstlenen hemşire kendini tanıtır. Olumlu bir iletişim ortamı oluşturmak amacıyla uygun ses tonu, uygun beden dilini kullanarak mesleki terimlerden uzak uygun sözcük seçimi ile anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterir. Hastaya Tedavi Öncesi Hasta Eğitim Formu'nda belirtilen eğitimler verilir. Ayrıca tüm bu bilgilerin bulunduğu Hastane Tanıtım, Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Rehberi de odada bulunmaktadır. Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatı' na göre koluna uygun bileklik takılır. Acil servisten yatışına karar verilen hasta Acil Servis İşleyiş Prosedürü'ne göre gerekli müdahaleleri yapıp Hasta Transfer Prosedürü'ne uygun olarak transfer edilir.

4.2. Hastanın Değerlendirilmesi

Hastaların İlk ve Yeniden Değerlendirilmesi Prosedürüne göre yapılır. Hasta, HBYS üzerindeki Hemşire Tanılama /Hemşire Tanılama Formu ile birlikte;

- Order ve vital bulguların takibii,
- Bası ülseri risk değerlendirmesi
- Düşme riski değerlendirmesi,
- Ağrı şiddeti değerlendirmesi,
- Bilinç düzeyi takibi,
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi,
- Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi
- Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirilmesi
- Sosyal ve psikolojik faktörler
- Kateter bakımı ve takibi
- Ağız bakımı ve takibi

bütüncül bir şekilde klinik risklerine göre değerlendirilir.

Bu değerlendirme sonucuna göre Hemşirelik Süreci Bakım Planı doğrultusunda gerekli uygulamalar yapılarak kayıt altına alınır.

Kullanılan HBYS'deki hemşirelik modülü/ilgili matbu formlar üzerinden;

- Vital bulgular
- Ağrı Skalası
- Katater kültür izlemi
- İzolasyon İzlemi
- Beslenme,
- Hasta izlem notları
- Sıvı takibi

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :4/8
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Kan şekeri

Kullanılan malzemeler

Order takip edilir.

Eğer hastanın beraberinde getirdiği bir ilaç varsa, HBYS Hasta Tanılama/Hemşire Tanılama Formu'na kaydedilir ve hastanın üstündeki ilaçlar alınır. Alınan ilaçlar ile ilgili olarak miat kontrolü yapıldıktan sonra üzeri barkodlandıktan sonra hasta için ayrılan dolaba konur.

Kliniklerde yataklı tedavi gören hastaların düşme riskleri;

Hasta 0-18 yaş arasında ise Harizmi II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirilir.

Eğer hasta 18 yaş üstü yetişkin ise İtali II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirilir.

Bu değerlendirmelere göre hastaların düşmelerini önlemek için Düşme Olaylarını Önleme ve İzleme Prosedürü'ne göre önlemler alınır.

Açılan damar yolu üzerine tarih, hemşire ad-soyad baş harfleri yazılır. Ayrıca HBYS Kateter/Materyal Takibi/24 saatlik Hemşire Gözlem ve İzlem Formu'na kaydı yapılır.

Yatan hastaya yüksek riskli takılan kateterlerde uyarıcı olması için ilgili renkli etiket yapıştırılır.

Yatarak ve acil serviste tedavi alan hastalara ilişkin konsültasyon süreci Konsültasyon İşleyiş Prosedürü'ne göre yapılır. İstek, hastaya bakan hekim tarafından HBYS üzerinden yapılır.

Değerlendirme sonucuna göre yatışı yapılan tüm normal doğum, sezeryan, cerrahi veya medikal tedavi hastalarına bakım planları hastanın bakım ihtiyaçları dikkate alınarak yatışından itibaren en geç 8 saat içinde Hasta Bakım Planları Uygulama Prosedürü'ne göre oluşturulmaktadır. 8 saatten daha kısa süreli yatışlar için bakım planı yapılmaz.

Hastanın takip ve izlemine göre durumunda değişiklik varsa tekrardan HBYS Tanılama Formu/Hemşire Tanılama Formu ile değerlendirilip soruna yönelik bakım planı oluşturulur.

Oluşturulan bakım planı her shiftte değerlendirilir. Gelişmeler ve gözlemler Hemşirelik Süreci Bakım Planı'na ve HBYS Hasta İzleme kaydı sağlanır.

Klinik hemşiresi, hastaya tedaviyi hekim orderına göre HBYS üzerinden kaydeder. Hemşire, uygulayacağı ilacın doğru olduğundan emin olmadan tedaviyi başlatmaz. Gerekirse hekimi ile irtibata geçer. Hemşireler hastaların periyodik bulgularını alırken sık sık hastanın durumunu sözlü ve görsel olarak takip ederler.

Hastalara uygulanacak ilaç, İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü ve Elektronik İstem (Order) Ve Uygulama Talimatı'na göre uygulanır. Tedavisi başlanacak hastaya hekim tarafından günlük olarak HBYS üzerinden e-order yazılır. Acil Servis ve müşahade hastaları için ise Ayaktan Hasta Hekim İstem ve İlaç Uygulama Formu/Acil Servis Tıbbi Müşahade ve Muayene Kartına yazılı olarak gelir

Hasta odasında ilaç, serum vb. madde bulundurulmaz.

Belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda başka bir bölüme veya hastaneye sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri Hasta Transfer Prosedürüne göre yapılır.

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :5/8
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Yaşamını yitirmeden önce durumu kritik olan hasta için yakınları hekim tarafından bilgilendirilir, talep edilmesi halinde yatağında hastalarını görmesi sağlanır. Yaşam Sonu Hizmetler Prosedürü'ne göre hareket edilir.

Hastaların yaş gruplarına göre beslenme durumu değerlendirilir. Beslenme durumu ve ne zaman normal beslenmeye geçileceği HBYS NRS Değerlendirme Formu/Nütrisyonel Risk Skoru Değerlendirme ve Strong(kids) Pediatri Nütrisyonel Risk Tarama Testi Formu doktor, diyetisyen veya hemşire tarafından rasyonuna işlenir.

Yatan her hasta yaş grubuna göre bası yarası yönünden değerlendirilir. Basınç Yarısı Önleme ve Tedavisi Talimatına uygun olarak HBYS/Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Skalası üzerinden değerlendirilerek gerekli tedavi uygulanır.

4.3 İlaç Güvenliği

Kliniklerde ilaç güvenliği ile ilgili olarak İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü uygulanmaktadır. İlaçların son kullanma günü kontrolü bu prosedüre göre takip edilmektedir. Birimdeki son kullanım tarihine 2 ay kalmış olan ilaç, serum ve tıbbi malzemelerin üzerine sarı renkli "DİKKAT SON KULLANMA TARİHİ" yaklaşan ilaç etiketi yapıştırılır. Acil çantasındaki, Crash card ve servis deposundaki son kullanma tarihi yaklaşan ilaçların isimleri ve adetleri sayım sonrası bir tutanakla birim sorumlusunun imzası ile eczacıya bildirilir.

Bölümün ihtiyacına ve hasta portföyüne göre belirlenmiş olan crash card veya acil çantaları Crash Card İlaç ve Sarf Malzeme Kontrol Listesi, Anestezi Acil Çantası Kontrol İlaç ve Malzeme Stok Listesi, Acil Çantası İlaç ve Malzeme Stok Listesi, Sectio Acil Çantası İlaç ve Malzeme Stok Listesi ilgili formlar kullanılarak her ayın son cumartesi günü görevli kişi tarafından kontrolü yapılır ve dokümante edilir. Crash Cart'lar ve Acil çantaları kilitli olarak ve her zaman kullanıma hazır bulundurulur ve sadece acil durumlarda kullanılır.

Doktor orderına göre uygulanan serumların üzerine ilaç etiketi yapıştırılarak serum içindeki ilaçlar belirtilir.

Hastaya uygulanan ilaçlarda ciddi ve beklenmeyen advers etkiler yaşanması durumunda Hastane Farmakovijilans Sorumlusuna haber verilir. İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü'ne uygun olarak Advers Etki Bildirim Formu'nu doldurur ve 15 gün içinde Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Türkiye Farmakovijilans Merkezi'nde olacak biçimde kargo yoluyla gönderir. Ayrıca Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun sitesinden bildirim yapılır.

İlaçların ve kitlerin bulunduğu buzdolaplarının sıcaklık takipleri düzenli olarak yapılır ve Soğutucu İzlem Çizelgesi ile kayıt altına alınır.

İlaçların bulunduğu ortamın sıcaklığı ve nemi sürekli olarak izlenir ve Sıcaklık Nem Takip Formu ile kayıt altına alınır.

4.4 Narkotik İlaçların Kontrolü, Sayımı

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :6/8
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

Kliniklerde bulunan narkotik ilaçların kullanımında; İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü'nde belirtilen hususlara dikkat edilir. Ayrıca kullanılan ilaçlar Narkotik İlaç Kullanım ve Sayım Defteri iki hemşire kontrolünde kayıt altına alınır. Her nöbet sonunda Narkotik İlaç Kullanım ve Sayım Defteri ile kontrol edilir ve diğer nöbetçi ekibe anahtarı ile teslim edilir.

4.5 Sözel Order Uygulamaları

Sözel order uygulamaları HBYS üzerinden İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürüne göre yapılır. Hekim tarafından sözel istem onaylanmadan, hekime yeni order vermeye sistem izin vermez.

4.6 Hastaların Ameliyathaneye Transferi

Ameliyat olacak hastaya ameliyatı ile ilgili HBYS sistemi üzerinde tanımlı olan yaş grupları, ameliyat tipine uygun tahliller yapılır. Bu tahliller servise yatmadan ve/veya serviste iken yapılabilir. Tahlil sonuçları ameliyatı yapacak doktor tarafından değerlendirilir. Hasta daha sonra anestezi uzmanı tarafından muayene edilir, tahlilleri incelenir ve anestezi alıp almayacağı hangi anestezi tipi ile operasyonun gerçekleştirileceğine karar verilir. Tahlil sonuçları ameliyat için uygun değilse ameliyat ileri bir tarihe ertelenir veya anestezi uzmanı tarafından ilgili branş doktorundan konsültasyon istenir, Konsültasyon Formu HBYS üzerinden doldurulur.

Branş doktoru tarafından yapılacak olan operasyon hakkında hasta bilgilendirilir ve uygun onamı imzalatılır.

İlgili doktoru tarafından Anestezi İçin Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılarak bilgilendirilir. Hastanın anestezi riski Preoperatif Hasta Değerlendirme Formu'na kaydedilir. Hastanın sonuçları uygunsa, ameliyat için Preoperatif Hazırlık Talimatı'na uygun olarak diğer hazırlıklara geçilir.

Ameliyat öncesi hastanın açlık süresi operasyonuna, anestezi şekline göre ayarlanıp aç kalması sağlanır.

Ameliyat olacak hastanın operasyon bölgesi hazırlığı yapılır. Hastanın üzerinde değerli eşya, para vb. kıymetli malzemeler Hasta Mülkiyeti Teslim Formu ile teslim alınarak hemşire bankosunda kilit altında tutulur. Daha sonra ameliyat elbisesi giydirilir ve hasta ameliyathaneye nakil için hazırlanmış olunur.

Ameliyat saatlerinin ayarlanmasından anestezi uzmanı sorumlu olup, acil servisten gelen hastalara öncelik verilir.

Ameliyat olacak hastaya Doğru Taraf Cerrahisi Talimatı'na uygun olarak ameliyatın tarafı, bölgesi ve yeri doktoru tarafından işaretlenir. Cerrahi/İnvaziv İşlem Doğrulama Formuna göre kayıt altına alınır.

Ameliyathane hasta transfer edilmeden önce Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü ve Klinik-Ameliyathane Hasta Teslim Formunun klinik bölümü doldurulur.

Hasta; Hasta Transfer Prosedürü'ne uygun olarak servisten ameliyathaneye transfer edilir.

Ameliyatı biten hasta anestezi teknisyeni ve hemşire eşliğinde Klinik-Ameliyathane Hasta Teslim Formu'nun ameliyathane bölümü doldurularak klinik hemşiresine teslim edilir.

Kliniğe gelen hastanın takibi Postoperatif Hasta Bakımı Talimatı'na göre yapılır.

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :7/8
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	

4.7 Kan Transfüzyon İşlemleri

Kliniklerde kan transfüzyon işlemleri Güvenli Kan Transfüzyonu Talimatı'na uygun olarak yapılır. Kan istemleri ilgili hekim tarafından HBYS üzerinden yapılarak bankası ekranına düşer. Hasta kaydı üzerinden yine HBYS'den kullanılan ürünün kodu ile çıkış yapılır.

Hastalardan kan transfüzyonu öncesi Kan Transfüzyonu Bilgilendirmiş Onam Formu ile onamı alınır.

Transfüzyon süreci HBYS Hemşire İşlemleri Modülü /Kan İzlem Formu ile izlenir ve kayıt altına alınır.

4.8 İzolasyon Önlemleri

Klinik servislerde izolasyon hastası tespit edildiği zaman;

İzolasyon Prosedürü'ne uygun olarak gerekli önlemler alınır.

İzolasyon odasının giriş kapısına;

Solunum izolasyonunda sarı yaprak,

Damlacık izolasyonunda mavi çiçek,

Temas izolasyonunda kırmızı yıldız tanımlayıcıları kullanılır.

İzolasyon hastasının odasına girerken personel uygun Kişisel Koruyucu Donanımlarını İzolasyon Kartları'nda belirtildiği şekilde kullanılır.

4.9 Kısıtlama Uygulamaları

Kısıtlama gerektiren durumlarda Kısıtlama Altında Hasta Bakım Prosedürü'ne göre hareket edilir ve HBYS Kısıtlama Değerlendirme Formu/ Fiziksel Ve Farmakolojik Yöntemle Hasta Kısıtlama Ve Takip Formu ile kayıt edilir.

4.10 Nöbet Değişimleri

Nöbet değişimleri, Hemşirelik Hizmetleri Nöbet Değişimi Talimatı'na Göre nöbeti devralacak personel ile nöbeti devredecek personel arasında önce hemşire bankosunda daha sonra hasta başında gerçekleştirilerek HBYS üzerinden/ilgili formlar ile kayıt altına alınır.

Nöbet değişimlerinde, hastanın bakımı ile ilgili özel durumlar açıklanır.

4.11 Hastaların Eğitimi

Kurumda yatan ve taburcu olacak hastalara Hasta ve Hasta Yakınları Eğitim Planı'na uygun olarak hastanın tedavi öncesinde, tedavisi süresince ve tedavi sonrası olmak üzere gerekli eğitimler verilir ve ilgili formlara kaydedilir.

Yatış süresi 3 gün ve üzerinde olan 6-14 yaş arası ilköğretim seviyesindeki çocukların eğitimlerinin devamlılığı tablet üzerindeki EBA uygulaması ile sağlanarak Çocuk Hastaların Eğitim Devamlılığı Kayıt Formu ile kayıt altına alınır.

4.12. Yatan Hasta İzinleri

Yatan hastaların hastane dışına çıkması veya hastane içinde farklı alanlarda dolaşması (kafeteryada oturması vs.) doktor onayı ile olmakta ve Yatan Hasta İzin Formu ile hastadan imza alınarak kayıt altına

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-06 Yayın Tarihi :10.11.2012
	KLİNİKLER (YATAN HASTA KATLARI) İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	Revizyon No :05 Revizyon Tar.:06.01.2023 Sayfa No :8/8

alınmaktadır. Hastanın imza atmaması veya atmak istememesi durumunda sağlık personeli tarafından tutanak tutularak kayıt altına alınmaktadır.

4.13 Kişisel Koruyucu Ekipmanlar ve Kullanımı

Kişisel Koruyucu ekipmanlar ve kullanımı, Kişisel Koruyucu Kullanım ve Seçim Talimatı'na uygun olarak yürütülmekte ve personele hizmet içi eğitim verilmektedir.

Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman Kişisel Koruyucu Donanım Listesi ile belirlenmiştir.

4.14 Tıbbi Cihazların Yönetimi

Kliniklerde bulunan tıbbi cihazlar HBYS üzerinde kayıtlıdır. Cihazların kalibrasyon ve bakımları üretici firmaların ilettiği kullanım talimatına göre planlanır ve yapılır. Eğer üretici herhangi bir süre belirtmemiş ise Tıbbi Cihazların Test Kontrol Ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmeliğinde belirtildiği şekilde yılda en az 1 kez yapılır.

4.15 Tehlikeli Maddeler

Kurumda kullanılan kimyasal malzemeler ve dezenfektanların bir çoğu Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliğine göre Tehlikeli Madde sınıfına girmektedir. Bu maddeler ile ilgili MSDS (Ürün Güvenlik Bilgi Formu) firmalardan istenmekte olup, kalite programı ve intranette bulunan Tehlikeli Maddeler Rehberi içinde bu maddelerin MSDS'leri bulunmaktadır. Tehlikeli Maddeler Rehberinde bu malzemeler ile ilgili dikkat etmesi gereken konular, riskler, alınacak önlemler, depolama ve kullanma yöntemleri gibi konular bulunmaktadır. Personele Yıllık Eğitim Planı'na uygun olarak yılda bir defa Tehlikeli Maddeler, MSDS ve dikkat edilmesi gereken kuralları içeren eğitim verilmektedir.

4.16 Değerlendirme ve İyileştirme

Bölüm sorumluları aylık aksiyon raporu ile bölümündeki hizmet niteliğini artırmayı amaçlayan başlıkları aylık olarak takip eder. Ekipleriyle düzenli toplantılar ve hizmet içi eğitimler yapar. İzlenen göstergelerde hedefi aşan durumlar için iyileştirme çalışmaları gerçekleştirir.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından Hemşirelik Hizmetleri Direktörü ve tüm hemşireler sorumludur.