



OPTİMED INTERNATIONAL ÇORLU HASTANESİ AFET ACİL DURUM PLANI 2024 YILI



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 1 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

KAVRAMSAL KISALTMA VE KARŞILIKLAR

112 AÇM: 112 Acil Çağrı Merkezi

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

AMP: Acil Müdahale Planı

AS: Acil Servis

ASKOM: Acil Sağlık Hizmetleri koordinasyon Komisyonu

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

ATB: Ayaktan Tedavi Bölümü

BT: Bilgisayarlı Tomografi

CPR: Kardiyo Pulmoner Resusitasyon

HAP: Hastane Afet Planı

HAP-KOM: Hastane Afet ve Acil Durum Planı Komisyonu

HAY: Haber Alma ve Yayma Sistemi

İL SAKOM: İl Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi

İL-SAP: İl Sağlık Afet Planı

İşAT: İş Akış Talimatı

İVP: İntravenous Pyelogram

KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer

KKM: İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezi

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme

ODD: Olağan Dışı Durum

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

TDP: Taze Donmuş Plazma

UMKE: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi

UZEM: Ulusal Zehir Danışma Merkezi

V.H.K.İ: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni

YORA: Yapısal Olan Risklerin Azaltılması

YOTA: Yapısal Olan Tehlikelerin Azaltılması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 2 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İçindekiler

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) ONAY SÜRECİ	11
DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ.....	13
TANIMLAR.....	14
BİRİNCİ BÖLÜM	17
1. GİRİŞ.....	17
2. HAP ÇERÇEVESİ	17
3. AMAÇ	18
4. HUKUKİ DAYANAK.....	18
5. KAPSAM	19
6. HAP İŞLEYİŞİ	19
6.1. HAP' ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri	19
6.2. HAP Hazırlama Komisyonu (Özel Hastane).....	19
6.3. HAP 'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi.....	33
6.4. HAP 'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı	33
6.5. Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi.....	33
7.HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI	33
7.1. HAP Eğitimleri.....	33
7.1.1. HAP Eğitici Eğitimi.....	34
7.1.2. HAP Uygulayıcı Eğitimleri.....	34
7.1.3. HAP Yönetici Eğitimi	34
7.2. HAP Tatbikatları.....	34
8.HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI	35
8.1. Mevcut Durum Analizi	35
8.2. Hastane Afet Risk Değerlendirmesi	39
8.3. Yapısal Olan Risklerin Azaltılması	39
8.4. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması	41
İKİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ	42
1. ACİL MÜDAHALE PLANI	42
2.AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ	43
2.1. Organizasyon Şeması	43
2.2. GÖREV TANIMLARI	46
A.HAP BAŞKANI.....	46
B.HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU	46

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 3 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

C.KURUMLAR ARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU.....	46
D.İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SORUMLUSU.....	46
E.TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU.....	46
F.HAP SEKRETERYASI.....	46
G.OPERASYON ŞEFİ.....	46
H.PLANLAMA ŞEFİ	49
LOJİSTİK ŞEFİ	50
FİNANS ŞEFİ.....	52

3.HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ.....52

3.1. Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi	52
3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri	53
3.1.2. Hastane Olay Yönetim Ekibinin (OYE) Oluşumu ve Görevi	54
3.2. Hastane Olay Yönetim Araçları	55
3.2.1. Standart Operasyon Prosedürü (SOP).....	55
3.2.2. İş Akış Talimatı(İŞAT).....	55
3.2.3. Servis Müdahale Prosedürü	55
3.2.4. Formlar.....	55
3.2.5. Olay Eylem Planı.....	55
3.3. Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı	55
3.3.1.Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Çalışma Şekli.....	56
3.3.2.Haberleşmenin Düzenlenmesi	56
3.3.3.Görev Yelekleri	56

4.KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI.....57

4.1.Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (Lojistik Destek)	57
4.2.Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet Triyaj Ekibi/Travma Ekibi).....	57
4.3.Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması	57

57

5.OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI (AMP) AKTİVASYONU.....57

5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı.....	57
5.2. Olay Bildirim Akış Şeması.....	58
5.3. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri	58
5.4. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri İle İlgili Temel Eylemler	61
5.5. AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi	63
5.6. Acil Renk Kodu Sistemi	63

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 4 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

5.7. Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar.....	66
6.HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ	66
6.1. TEDAVİ KAPASİTESİNİN ARTIRILMASI	67
6.1.1.Yatak Kapasite ve Kullanılabilirliği	67
6.1.2.Ekipman ve Malzemelerin Artırılması.....	67
6.1.3.Personelin Geri Çağırılması.....	67
6.1.4.Gönüllü Yönetimi	68
6.1.5.Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşlarıyla İşbirliği	68
6.2. YENİ VE ÖZEL ALANLARIN AÇILMASI, KONUMLARI.....	68
7.HASTANE AFET TRIYAJ ALANI	68
7.1. Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu.....	68
7.2. Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler	69
7.3. Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması	70
7.4. Hastaların Nakli ve Servislere Yönlendirilmesi.....	71
8.ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI.....	72
8.1. Hastanenin Acil Servis Birimi.....	72
8.1.1. Kontamine Hastalar	72
8.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (Özellikle İnsandan İnsana Bulaşma Yoluyla Epidemiyeye Bulaşma İhtimali Olan).....	72
8.1.3. Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi	72
8.1.4. Acil Serviste Temel İşlevler	72
8.2. Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları	73
8.3. Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis İçin Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)	73
8.4. Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi	73
8.5. Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları	74
9.ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ.....	74
9.1. Genel İlke ve Esaslar	74
9.1.1. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları	74
9.1.2. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi.....	75
9.2. Hasta Kaydı ve Takibi.....	75
9.3. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme.....	76
9.4. Medyayı ve Toplumu Bilgilendirme	76
9.5. Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi	76
9.6. Durum Raporları	76

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 5 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

9.7. Personel Brifingi.....	77
10.GÜVENLİK VE EMNİYET	77
10.1.Hastaneye Ulaşım.....	77
10.2.Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü	78
10.3.Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı	78
11.LOJİSTİK VE MALZEMELER.....	79
11.1. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)	79
11.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu	79
12.PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ.....	79
12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları	79
12.1.1.Psikolojik	Triyaj
80	
12.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek	81
12.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek	81
12.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları	82
13.ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER	82
13.1. Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası	82
13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı	82
13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı	82
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON	84
1.Tıbbi Kapasite Artışının Sonlandırılması	84
2.Personelin Korunması ve Desteklenmesine Yönelik Önlemler	85
3.Mevcut Durum Bilgisi ve Hasar Tespit Çalışmaları	85
4.Etkilenen ve Etkilenmeyen Alanların Değerlendirilmesi.....	85
5.Uygulamaların Kayıt Altına Alınması	86
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ	87
1.ACİL MÜDAHALE PLANI	88
2.HASTANE İÇİ YANGIN OLAYA ÖZEL PLANI	97
2.1. Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler).....	97
2.2. Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması.....	98
2.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	100
2.4. Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler	104
2.5. YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ	114
2.5.1. Hastane Çatısı Yangın Standart Operasyon Prosedürü	114

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 6 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

2.5.2.Yemekhane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	118
2.5.3.İdari Hizmetler Yangın Standart Operasyon Prosedürü	123
2.5.4.Yatan Hasta Katları Yangın Standart Operasyon Prosedürü	127
2.5.5.Poliklinikler Yangın Standart Operasyon Prosedürü	133
2.5.6.Acil Servis Yangın Standart Operasyon Prosedürü	137
2.5.7.Arşiv Yangın Standart Operasyon Prosedürü	142
2.5.8.Çamaşırhane Ve Malzeme Depolari Yangın Standart Operasyon Prosedürü	147
2.5.9. Eczane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	152
2.5.10.Laboratuvar Yangın Standart Operasyon Prosedürü	157
2.5.11.Radyoloji Bölümü Yangın Standart Operasyon Prosedürü	162
2.5.12.Teknik Alanlar Yangın Standart Operasyon Prosedürü	167
2.5.13.Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Yangın Standart Operasyon Prosedürü.....	172
2.5.14.Ameliyathane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	177
2.5.15.Genel Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü	182
2.5.16.Yenidoğan Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü.....	188

3.KBRN OLAYA ÖZEL PLANI

3.18. KBRN OLAYLARI STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ	207
3.18.1.Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	207
3.18.2.Kimyasal Dökülmelerde Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	211
3.18.3.Biyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	214
3.18.4.Radyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	218
3.18.5.Nükleer Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	222

4.HASTANE TAHLİYESİ OLAYA ÖZEL PLANI.....

4.1. Tahliye Tanımı Ve Yöntemleri	226
4.2. Tahliyede Genel İlkeler	226
4.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi	230
4.4. Tahliye Standart Operasyon Prosedürleri	231
4.4.1.İdari Kat ve Eğitim Salonu Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	231
4.4.3. Poliklinikler Tahliye Standart Operasyon Prosedürü	238
4.4.4. Doğumhane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	242
4.4.5. Acil Servis Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	247
4.4.6. Radyoloji Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	250
4.4.7. Laboratuvar Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	253
4.4.8. Eczane, Çamaşırhane, Arşiv Depolar Ve Teknik Alanlar Tahliye Standart Operasyon Prosedürü	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 7 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

256

4.4.9. Ameliyathane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	259
4.4.10. Yenidoğan Yoğun Bakım Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	263
4.4.11. Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesi Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	268

5.HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ OLAYA ÖZEL PLANI.....272

5.1. Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri.....	272
5.2. Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler	272
5.3. Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları	272
5.4. Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı	273
5.5. Hastane Pandemi Planı Çerçevesi	273
5.5.1. Hastane Pandemi Müdahale Yönetiminin Organizasyonu	274
5.5.2. Hastane Kapasitesinin Değerlendirmesi ve Artırılması	277
5.5.3. Hastanede Pandemi Vaka Yönetimi	284
5.5.4..... Hastane Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri Enfeksiyon Kontrolü İçin Standart Önlemler	293
5.5.5. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğin Sağlanması için Önlemler	300
5.5.5.1. Çalışma Ortamında Risklerin Azaltılması ile İlgili Önlemler.....	300
5.6. HASTANE PANDEMİ PLANI UYGULAMA ÖRNEKLERİ.....	303
5.6.1. Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu.....	303
5.6.2. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğin Sağlanması için Önlemler	304
5.6.3. Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi	307

6.HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ (İÇ VEYA DIŞ KAYNAKLI) OLAYA ÖZEL PLANI 309

7.HASTANEDE SEL/SU BASKINI OLAYA ÖZEL PLANI 314

8.DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ OLAYA ÖZEL PLANI.....321

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR.....328

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI EKLERİ.....335

EK 1-A İŞ AKIŞ TALİMATLARI 340

1.Hap Başkanı İş Akış Talimatı	340
2.Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı	341
3.Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı	342
4.İş Güvenliği Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	343
5.Halkla İlişkiler Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	344
6.Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Başkanı Akış Talimatı	346
7.Planlama Şefi İş Akış Talimatı	347

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 8 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

9. Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı	349
10. Personel ve Malzeme Sorumlusu İş Akış Talimatı	350
11. Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu İş Akış Talimatı	351
12. Operasyon Şefi İş Akış Talimatı.....	352
13. Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı	354
14. Tıbbi Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı	355
15. Altyapı Sorumlusu İş Akış Talimatı	355
16. Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı	357
17. Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı	358
18. Yatan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	359
19. Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	360
20. Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı	363
21. Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	364
22. Yoğun Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	366
23. Triyaj Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	367
24. KBRN Sorumlusu İş Akış Talimatı	368
25. Hastane Afet Planı Bilişim Alt Yapısı Ve Haberleşme Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	369
26. Görüntüleme Sorumlusu İş Akış Talimatı	371
27. Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı	372
28. Lojistik Şefi İş Akış Talimatı	373
29. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	375
30. İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı	376
31. İlaç Ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu İş Akış Talimatı	377
32. Cihaz Araç Ve Gereç Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	379
33. Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	380
34. Ulaştırma ve Nakil İşlemleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	382
35. Finans Şefi İş Akış Talimatı	384
36. Faturanlandırma Maliyetlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı	386
37. Satınalma Sorumlusu İş Akış Talimatı	388

EK 1-B STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ	392
1. Tedavi Kapasitesi ve Yeteneği Değerlendirme Standart Operasyon Prosedürü	393
2. Acil Müdahale Aktivasyonu Stanrat Operasyon Prosedürü.....	396
3. Olay Yönetim Ekibi, Olay Yönetim Merkezi ve Acil Müdahale Planının Aktivasyonu Standart Operasyon Prosedürü	398

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 9 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

4. Hastane Afet Triyaj Alanını Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışı Ve Hasta Naklinin Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	401
5. Tıbbi Triyaj Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	404
6. Acil Servis Yönetimi Ve Hastaların Servislere Nakli Standart Operasyon Prosedürü	407
7. Servislerin Müdahale Aktivasyonu Standart Poerasyon Prosedürü	413
8. İnsan Kaynakları Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	416
9. Bilgi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	419
10.Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Standart Standart Operasyon Prosedürü 423	
11.Eczane Yönetimi (Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman Ve Diğer Malzemer) Standart Operasyon Prosedürü	427
12. Laboratuvar Ve Kan Merkezi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	431
13. Psikososyal Destek Hizmetleri Yönetim Standart Operasyon Prosedürüleri	435
14. Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	440
15. Güvenlik Yönetimi Standary Operasyon Prosedürleri.....	444
16. Çamaşırhane, Temizlik Hizmetleri Ve Atık Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	449
17. Ölü Ve Kayıplarla İlgili Süreç Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	453
18. Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Kritik Ekipmanın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	458
19. Eğitim Programları Ve Planının Uygulanması Standart Operasyon Prosedürü	463
20. Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi	467
21. Hastanede Oluşabilecek Kalabalığın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	471
22. Siyah Kod Standart Operasyon Prosedürü.....	474
23. Gri Kod Standart Operasyon Prosedürü	476
24. Turkuaz Kod Standart Operasyon Prosedürü	478
25. Yeşil Kod Standart Operasyon Prosedürü	480
26. Mor Kod Standart Operasyon Prosedürü.....	482
27. Acil Durum Kodları Standart Operasyon Prosedürü	484
28. Siber Saldırı Durumları Standart Operasyon Prosedürü	487
29. Sabotaj Durumları Standart Operasyon Prosedürü	489
EK 1-C FORMLAR	492
EK 1-D ACİL SERVİS DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ	567
EK 1-E ORGANİZASYON ŞEMASI	574
EK 2-A (Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetim Çerçevesi).....	577
EK 2-B (Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık Ön Değerlendirme Bilgisi).....	585

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 10 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 2-C KAİSER RİSK ANALİZİ/ HAP RİSK ANALİZİ.....	636
EK 2-D COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ.....	645
EK 3-A HAP ONAY SAYFASI	667
EK 3-B HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ.....	668
EK 4 PROTOKOLLER	669
EK 5-B HAP GÖREVLİ LİSTESİ.....	685
EK 5-C HAP GÖREVLİ İLETİŞİM LİSTESİ	688
EK 5-D HASTANE DAHİLİ TELEFON NUMARALARI.....	693
EK 5-E TAHLİYE SORUMLU LİSTESİ	697
EK 7 ACİL DURUM EKİBİ GÖREV TANIMI	701
EK 8 HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ TALİMATI	704
EK 9-A ACİL DURUM VE AFET MALZEME ENVANTER LİSTESİ	710
EK 9-B MALZEME VE CİHAZ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	714
EK 9-C YANGIN OTOMASYON TABLO VE BAKIM PLANI.....	727
EK 9-D HASTANE DEPREME DAYANIKLILIK RAPORU	729
EK 10 HASTANE KAT KROKİLERİ	733

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 11 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) ONAY SÜRECİ

2024 YILI ÖZEL OPTİMED INTERNATIONAL ÇORLU HASTANESİ AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)ONAY SAYFASI

Ekte sunulan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (747) Sayfa ve Eklerden oluşan ve dijital ortamda sunulan) HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri tarafından hazırlanmış, EK '1-C de sunulan Standart İnceleme Formuna uygun olarak inceleme makamı tarafından incelenmiş, Standart Denetleme Formuna uygun olarak denetim makamı tarafından hazırlanarak İl Sağlık Müdürü onayına sunulmuştur.

Ek 3-A bölümünde bulunmaktadır.

HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ

Ek 3-B bölümünde bulunmaktadır.

DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ)

Sıra	Birim/Kurum	Ade t	Bası lı	C D
1	Hastane Afet Planı Başkanı/Hastane Afet Yöneticisi	1	X	
2	Olay Yönetim Merkezi	1		x
3	Tüm çalışanlar (online ortamda yayınlanmıştır.)	1	X	

DAĞITIM ÇİZELGESİ (DIŞ)

Sıra	Birim/Kurum	Adet	Basılı	CD
1	Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü	1		1
2				

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ

		Değişikliği İşleyen			
Sıra No	Konusu	Değişikliğin İşlendiği Tarih	Görevi/ Unvanı	Adı Soyadı	İmza
1	Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu sürüm 2'ye göre revizyon yapıldı. Organizasyon şeması gözden geçirildi.	7.01.2022	Kalite Yönetim Direktörü	Filiz ALBAYRAK	
2	Hastane Afet ve Acil Durum Planı Standart İnceleme Formu'na göre gözden geçirilerek güncellendi.	14.01.2023	Kalite Yönetim Direktörü	Filiz ALBAYRAK	
3	Onay sayısı Ek 3-A bölümüne eklendi. HAP hazırlama komisyon üyeleri Listesi Ek 3-B'ye eklendi. Organizasyon şeması hazırlama kılavuzuna uyumlu olarak revize edildi. Yedek Üyeler için organizasyon şeması oluşturuldu. Olay yönetim sisteminin temel işlevleri hastaneye uyarlandı. Hastane Olay Yönetim Ekibinin oluşumu ve görevleri hastaneye uyarlandı. Hastane olay yönetim araçları hastaneye özel hazırlandı. Kitlesel yaralanmalı olaylarda müdahale aşamaları, Hastane olay seviyeleri, Olay bildirim akış şeması, Acil müdahale planının aktivasyon seviyesi konusunda personelin bilgilendirilmesi, Tedavi kapasitesinin artırılması bölümleri hastaneye özel uyarlandı.	28.12.2023	Kalite Yönetim Direktörü	Filiz ALBAYRAK	
4	2024 yılı Hastane Afet ve Acil Durum Planı güncellendi. (Yeni tedavi alanlarının açılması ve konumları güncellendi. Triyaj alanı konumu ve genel organizasyon tanımlandı, triyaj alanı için gerekli olan ilaç, malzeme vb.) ihtiyaçlar listesi oluşturuldu. Hastaların nakli ve diğer birimlere yönlendirilmesi güncellendi. Acil müdahale planı aktivasyonunda bilgi yönetimi revize edildi. Lojistik yönetimi, psikososyal destek, ölü ve kayıplar, tıbbi kapasite artışının sonlandırılması, personelin korunması ve desteklenmesi, mevcut durum bilgisi ve hasar tespit çalışmaları süreçleri tanımlandı. Olaya özel planlar revize edildi, eksik olanlar tamamlandı. Form 43 Kurtarma-Söndürme-İlk Yardım Ekibi İletişim Formu güncellendi.	19.01.2024	Kalite Yönetim Direktörü	Filiz ALBAYRAK	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 14 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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), "Toplumsal 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 kullanılabilirdiği 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 karşılaşılabileceği, 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,.

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 15 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

AFET 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).

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 (TÜRKİYEAFET 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. TAMP, ülkemizde yaşanabilecek her tür ve ölçekte afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel ve sivil kuruluşlar ile gerçek kişileri kapsamakta; ilgili tüm paydaşların görev ve sorumluluklarını, iş birliği, koordinasyon ve karşılıklı yardımlaşma esaslarını belirlemektedir. TAMP afete müdahalede verilecek hizmetlerin niteliğine göre, ulusal ve yerel düzeylerde Çalışma Gruplarının oluşturulmasını öngörmektedir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 16 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 belirlemekte

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 17 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Hastane Afet Planı hastanede karşılaşılabilecek deprem, sel, gibi doğal afetler, yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı vb. acil durumlarda insanların (hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışanlar) ve fiziksel unsurların (binanın ve enerji, su, gaz gibi alt yapının) zarar görmemesi ya da görecekları zararları en az düzeye düşürülmesi için planlanan faaliyetleri kapsamaktadır. Yapılan çalışmalar (risk analizi, acil durum ve afet planı, pandemi eylem planı, tehlikeli maddeleri, mavi kod-pembe kod-kırmızı kod-beyaz kod gibi acil durum planları) hastanenin tüm birimlerini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır.

Hastanede meydana gelebilecek herhangi bir kaybın ve bunun yol açacağı fonksiyon kaybının neden olacağı ekonomik maliyetin yanında, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ile ilgili sosyal maliyeti de yüksek olacaktır. Bu kapsamda hastanemizin hizmet sunumu ile ilgili dikkate alınması gereken önemli özellikler şunlardır:

- ✓ Farklı kullanıcı karakterlerine sahip olması: Hastanemizde yatarak tedavi gören hastalar olduğu gibi polikliniklerde ayaktan tedavi gören hastalar da mevcuttur. Hastaların yanı sıra personel, hasta yakınları ve ziyaretçiler bulunmaktadır.
- ✓ Karmaşık yapısı: Hastanemizin bünyesinde sağlık donanımının yanı sıra otel, ofis, laboratuvar, depo gibi farklı işyerlerinin yapısal ve fonksiyonel özellikleri mevcuttur.
- ✓ Kullanım özellikleri: Hastanemiz 7/24 hizmet verirler. Bu hizmetlerden farklı ihtiyaç sahibi hastalar, yaşam desteğine ihtiyaç duyan yoğun bakım hastaları, hamileler, çocuklar vb. farklı biçimlerde yararlanır. Hastanede kullanılan teçhizat ve malzeme göz önüne alındığında hastane binası yoğun ve ağır bir yük taşır.
- ✓ Altyapı hizmetlerine hayati bağımlılık: Hastanenin fonksiyonlarını sürdürebilmesi elektrik, gaz ve su gibi kritik altyapı sistem ve hizmetlerine bağlıdır. Özellikle su ve enerji kaynağı olmadan hastanemiz işlevsiz kalacaktır.
- ✓ Tehlikeli maddeler: Hastanemiz kendi kullanımları için barındırdığı çeşitli kimyasallar, gazlar ve maddelerden kaynaklanabilecek kazalara ve/veya afetlerden sonra bu maddelerin yol açtığı ikincil olaylara maruz kalabilir.
- ✓ Dışsal etkenler: Hastanemizin işlevsel olabilmesi için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Afet durumlarında yollarda oluşabilecek hasar, yıkım veya yakınlarını arayanlardan kaynaklanabilecek aşırı yoğunluk nedeni ile trafiğin kilitlenmesi gibi olaylar hastanenin hazırlıklarından bağımsız olarak, işlevini yerine getirememesine neden olabilmektedir.

Bu doğrultuda, sunduğumuz hizmetin, fonksiyonel ve yapısal özelliklerinin işlevselliği kapsamında afet ve acil durum planı hazırlanıp uygulanmaktadır.

2. HAP ÇERÇEVESİ

HAP Temsilciliği/Birimi/Ofisi hastanenin -1. Katında (Eğitim Salonu) 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 18 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

planlanan ve yapılan iyileştirmeler paylaşılmaktadır. Hastanenin mevcut durumu değerlendirilmekte gerekirse ek önlemler belirlenmekte ve takibi yapılmaktadır.

**Acil Müdahale Planı (AMP),
Olaya Özel Planları ve Olay Eylem Planı**

Bu alt planların özellikleri ve içerikleri Planın İkinci Bölümünde açıklanmaktadır.

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 görebilirliğini azaltarak, personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korumak, yatırım ve donanımın zarar görmesini 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.

Afete Hazırlık Çerçevesinde;

Afetlerde kullanılacak açık ve anlaşılır komuta ve kontrol mekanizmalarını oluşturarak, tüm birimlerin standart işleyiş ve uygulama kuralları oluşturuldu.

Tüm paydaş kişi ve kurumların afet ve acil durum görev ve sorumluluklarını tanımlandı

Afet durumunda hastanemizin ilk 72 saat kendi imkânlarımızla yetebilmemiz için gerekli düzenlemeleri oluşturuldu
Yapılan hazırlıklar ve çalışmalar ile ilgili çalışmalarımız eğitim ve tatbikatlar planlanarak, afet durumunda hazır bulunmaları amaçlandı.

Afet halinde;

- ✓ Hızlı, uygun ve etkili müdahale gerçekleştirmek,
- ✓ Rutin hizmetlerin aksamamasını, kritik hizmetlerin kesintisiz sürdürülmesini sağlamak,
- ✓ Kaynakları en iyi ve etkin şekilde kullanmak,
- ✓ Gerektiğinde kapasitenin artırılmasını sağlamak

Afet sonrasında;

- ✓ Hastanenin olağan (rutin) işleyişe hızlı ve etkili biçimde geçişini yönetmek
- ✓ İdari, fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, gerekli önlemleri almak,
- ✓ Genel sağlık müdahalesine ve halk sağlığını korumaya yönelik temel çalışmalara katkıda bulunmak.

4. HUKUKİ DAYANAK

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.

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 19 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 Hastane)

Özel Optimed International 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	İmza
1	Op.Dr. Çetin ÜÇEÇAM	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	Burak ÖZTÜRK	Acil Servis Sorumlu Hekimi		
7	Saliha KUVVET	Acil Servis Sorumlu Hemşire		
8	Hatice ŞAHİN	Güvenlikten Sorumlu Yönetici (Destek Hizmetler Yöneticisi)/ HAP Birim Temsilcisi		

9	Mehmet Emrah TEMEL	Ameliyathane Sorumlu Hekimi		
10	Ebru ŞAHİN	/Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi		
11	Mehmet Emrah TEMEL	Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi		
12	Mustafa Hadi KONBAL	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi		
13	Gizem ARABACI	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sorumlusu		
14	Demet KOKUM/	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni		
15	Emel ZEYBECİK/	HAP Ofisi/Birimi/Temsilcisi Personeli		

Gönderen :Yönetim Kurulu Başkanı Op. Dr. Ayhan ARSLAN

Konu : Görevlendirme

Tarih :01.07.2023

No :İç Yzş. _____

Sayın Dr. Çetin ÜÇEÇAM

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.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

TEBLİĞ EDEN

Op. Dr. Ayhan ARSLAN
YÖNETİM KURULU BAŞKANI

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 Yzs. 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.

Abdullah ŞAHİN

Op. Dr. Nevzat Koç
Başhekim

Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ

Konu : Görevlendirme

Tarih : 04.01.2022

No : İç yzs.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.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.

Op.Dr.Nevzat KOÇ

Başhekim

OPTIMED INTERNATIONAL
Hicran ASLAN
Başhekim

Gönderen : Başhekim Op.Dr. Nevzat KOÇ

Konu : Görevlendirme

Tarih : 14.03.2022

No : İç yzş.71

Sayın Emel ZEYBEÇİK,

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

Emel Zeybeçik

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

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



TEBLİĞ EDEN

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,

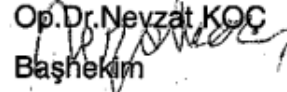
Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamaları'na göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu'na Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı tarafınıza ayrıca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

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Muhab. H. KONBAL



Op.Dr.Nevzat KOÇ
Başhekim



Gönderen : Başhekim Dr. Çetin ÜÇEÇAM

Konu : Kurul üyeliği hakkında

Tarih :16.01.2024

No :İç Yzs. 2

Sayın Mehmet Emrah TEMEL

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulamalarına göre görev yapmakta olan Acil Durum Yönetimi/HAP Hazırlama Kurulu Kurul Üyesi olarak görevlendirilmeniz uygun görülmüştür. Acil Durum Yönetimi/ HAP Hazırlama Kurulu İş/Görev Tanımı ektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.



Mehmet Emrah Temel



Dr. Çetin ÜÇEÇAM
Başhekim

Gönderen :Başhekim Dr. Çetin ÜÇEÇAM

Konu :Görevlendirme

Tarih :13.11.2023

No : İç Yzs. 76

Sayın Demet KOKUM,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları 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 tanımınız tarafınıza tebliğ edilmiştir.

Demet kokum

[Signature]

[Signature]
Dr. Çetin ÜÇEÇAM
Başhekim

Gönderen :Başhekim Dr. Çetin ÜÇEÇAM

Konu :Görevlendirme

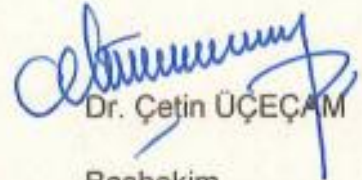
Tarih :13.11.2023

No : İç Yzs. 75

Sayın Gizem ARABACI,

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları 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 tanımınız tarafınıza tebliğ edilmiştir.

Gizem ARABACI


Dr. Çetin ÜÇEÇAM
Başhekim

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 33 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.

6.4. HAP 'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı

Hastanemizde HAP kapsamında en uygun sağlık hizmetini sunabilmek için diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık

sektörü dışında yer alan diğer kurum ve kuruluşlarla yapılan iş birlikleri üç başlık altında yer alır:

- ✓ Diğer hastaneler ile iş birliği: Sağlık hizmetinin yürütülmesinde diğer hastanelerle (kamu ve özel) iş birliği yapılması hastane kapasitesi ve uygun hizmetin sunulması için önemlidir.
- ✓ Özel Bir Nefes Hastanesi
- ✓ Sağlık kurum/kuruluşları ile iş birliği: Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde diğer sağlık kurum ve kuruluşlarına da ihtiyaç duyulur. 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.
- ✓ Diğer kurum/kuruluşlar ile iş birliği: Hastanemizin afet ve acil durumlarda sağlık hizmeti sunumunu devam ettirebilmesi için plan dahilinde (hastaneler dışında); Asbaş Ticaret (Gıda), Vardarlar Yapı (Hayat suyu), İlke Otelcilik (Konaklama), Avrasya Medikal ve EGS Medikal (Medikal malzeme ve ilaç) ile iş birliği yapılmıştır.

Planın paylaşımı iki kademededir:

- ✓ İç Paylaşım: Onaylanan plan, hastane Olay Yönetim Merkezi'nde (OYM), HAP temsilciliğinde ve hastanenin intranet sayfasında dijital ortamda ve basılı olarak bulundurulur, ilgili diğer birimler ile dijital veya basılı olarak paylaşılır.
- ✓ Dış Kurumlarla Paylaşım: HAP'ta yer alan diğer hastaneler, sağlık kurum kuruluşları ve iş birliği yapılan diğer kurum/kuruluşlarla plan onaylandıktan sonra ilgili bölümler paylaşılır.

6.5. Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

Hastane afet planı toplumu bilgilendirmek amacıyla HAP Başkanının onayı ile ön gördüğü bilgiler ve periyotlar doğrultusunda **Halk ve İlişkiler Sorumlusu** tarafından duyurulur.

Hastane Afet Planı kamuoyuna duyurmak için, Özel Optimed International Hastanesi Web sitesinde; personele duyurulması için intranette yayınlanır.

7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI

7.1. HAP Eğitimleri

Hastane Afet Planı kapsamında verilmesi gereken eğitimlerin tarihleri, **Eğitim Kurulu** tarafından belirlenerek Yıllık

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 34 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

 2024 YILI YILLIK TATBİKAT PLANI VE RAPORU					
Konusu	Tatbikat Şekli	Planlanan Tarih	Gerçekleşen Tarih	Tatbikat Yeri	Tatbikata Katılan Kurumlar
Beyaz Kod	Uygulamalı	10.09.2024		Klinik	
Mavi Kod	Uygulamalı	20.05.2024		Poliklinik	
Kırmızı Kod	Uygulamalı	27.05.2024		Ameliyathane	
Pembe Kod	Uygulamalı	24.09.2024		Klinik	
Sarı Kod	Uygulamalı	27.05.2024		Ameliyathane	
Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Masa Başı	28.05.2024		Olay Yönetim Merkezi	İl Sağlık Müdürlüğü
Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Uygulamalı	12.06.2024			İl Sağlık Müdürlüğü

Eğitim Planı ile çalışanlara duyurulur.

7.1.1. HAP Eğitici Eğitimi

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

7.1.2. HAP Uygulayıcı Eğitimleri

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 hastanenin belirlediği kişiler de HAP Uygulayıcı Eğitimlerine katılabilir.

7.1.3. HAP Yönetici Eğitimi

Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi/bu görevi üstelenen birim tarafından Yönetici Eğitimi düzenlenir. Eğitime Hastane Afet Planı Başkanı (Başhekim) 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 SKS kapsamında afet ve acil durumlara yönelik planlanan tüm eğitimler Form 44 e yazılmıştır. Yıl içerisinde gerçekleştirilen eğitimlerin bilgileri de Form 45 e işlenmektedir. İlgili formlar EK 1-C dedir.

7.2. HAP Tatbikatları

Hastane afet planı kapsamında, il sağlık müdürlüğünün belirlediği tarihlerde yılda bir defa masa başı, bir defa fonksiyonel (saha) tatbikatı düzenlenerek planın uygulanabilirliği değerlendirilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 35 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.

Hastane Binasının Fiziki Özellikleri:

Blok Sayısı	1	
Servis Sayısı	7 (Dahiliye, Cerrahi, KDS, Acil, YYB, YDYB)	
Yatak Sayısı/Olağan Durumlarda Doluluk Oranı	75 /%90; Afet ve Acil Durumlarda Kapasite %20 Oranında Arttırılabilir	
Dahiliye Servisi	14 (Yatak Sayısı)	
Cerrahi Servisi	14 (Yatak Sayısı)	
Kadın Doğum –Çocuk Servisi	14 (Yatak Sayısı)	
Doğum Salonu	3 Adet Sancı Odası	
Acil Servis	10 Adet Müşahede Yatak	
Endoskopi Ünitesi	2 Adet Hasta Dinlenme Yatağı	
Yenidoğan Yoğunbakım	13 Yatak; 5 Yatak 3. Seviye, 8 Yatak 2.Seviye	
Genel Yoğunbakım	17 Yatak; 7 Yatak 3. Seviye, 6 Yatak 2.Seviye, 4 Yatak 1.Seviye	
Ameliyathane	4 Ameliyat Salonu	
Çalışma Tarzı	Poliklinik Hizmetleri	09:00-18:00
	Acil	24 Saat
	Klinikler	24 Saat
	Tetkik ve Görüntüleme Üniteleri	24 Saat
	Yoğun Bakım Ünitesi	24 Saat

Servis, yatak sayısı, erişkin, çocuk, yeni doğan yoğunbakım yatak sayısı ve seviyeleri, ameliyathane salon sayısı ve hastanenin genel bilgileri yukarıdaki tablolarda belirtilmiştir.

Özel International Çorlu Hastanesi tek bloktan 7462m2 kapalı alanda; toplamda 11 kattan oluşmaktadır.

Bodrum 2.katta; Laboratuvar, radyoloji, eczane, depo, arşiv ve teknik alanlar,morg

Bodrum 1.katta; Ameliyathane ve acil servis

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 36 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Zemin katta; Poliklinikler

1.Ve 2. katta; Poliklinikler

3. Katta; Yetişkin yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi

4. , 5., 6, ve 7. Katlarda; 45 yatak kapasiteli hasta odası,

8.katta; Yemekhaneden oluşan bir sağlık kuruluşudur.

Atık alanları:Hastanenin dışında tıbbi atık, tehlikeli atık ve evsel atık depoları bulunmaktadır. Tıbbi atık deposu en az 48 saat atık depolayacak kapasitededir.

Morg:Hastanenin -2. Bodrum katında 3 dolaplı morg ünitesi bulunmaktadır.

Ambulans:Hastanede 1 adet hasta nakil ambulansı bulunmaktadır.

KBRN Arındırma Ünitesi: Hastanemizde bulunmamaktadır.

Heliport: Bulunmamaktadır.

Afet Deposu: Hastane dışında henüz bir afet deposu oluşturulmamıştır.

Toplama noktaları, tahliye alanı, triyaj vb. alanları, asansörler, güvenlik giriş noktaları, geçici morg alanı krokilerde belirtilmiştir.

Hastanede Hizmet Veren Departman/Servis/Birimler

Acil Servis	Kulak Burun Boğaz	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
Beslenme ve Diyet	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Radyoloji
Beyin ve Sinir Cerrahi	Genel Cerrahi	
Cildiye (Dermatoloji)	Üroloji	Endoskopi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Biyokimya Laboratuvarı
Dahiliye (İç Hastalıkları)	Kardiyoloji	Transfüzyon Ünitesi
Diş Ünitesi	Enfeksiyon Hastalıkları	Anestezi ve Reanimasyon
Ortopedi ve Travmatoloji	Nöroloji	Genel Yoğunbakım
Göz Hastalıkları	Psikiyatri	Yenidoğan Yoğunbakım

Ortalama Günlük Vaka Kabul Sayısı (2023 Yılı Verilerine Göre)

Nöbetçi Uzman Sayısı	1 Anestezi Uzmanı, 6 İlapçı Uzman Hekim
Poliklinik Günlük Başvuru Sayısı	335
Günlük Ameliyat Sayısı	18
Servis Günlük Hasta Kabul Sayısı	43
Acil Servis Günlük Başvuru Sayısı	56

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 37 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Genel Yoğunbakım Günlük Hasta Kabul Sayısı	2
Yenidoğan Yoğunbakım Günlük Hasta Kabul Sayısı	1

Mevcut Ekipman Malzeme Ve Diğer Kaynaklar

Jeneratör	2 Adet (toplam 750 kw) Jeneratör
UPS	1 Adet 200 kw Kapasite
Su Deposu	60 Ton Artılmamış, 3 Ton Artılmış Depo
Yangın	75 Adet Yangın Söndürme Tüpü,15 Adet Yangın Söndürme Dolabı (Mahallere ve ihtiyaca göre konumlandırılmıştır)
Sedye	6 Transfer Sedyesi/5 Acil Transfer Sedyesi
Tekerlekli Sandalye	21 Adet
Muayene Masası	21 Adet
Ventilatör	17 Adet
Oksijen Tüpü/Oksijen Tank Kapasitesi	19 Adet ve 1 Adet Oksijen Üretim Sistemi
Hemodia Filtrasyon Cihazı	1 Adet (Hizmet alımı)
Röntgen	1 Adet Sabit Röntgen Cihazı,1 adet portable
Manyetik Rezonans	1,5 Tesla Kapalı Mr
Tomografi	1 Adet 256 Kesit Ct
Laboratuvar	1 Adet Biyokimya,1 Adet Hormon Cihazı
Ulaştırma/Hizmet Araç Sayısı	2 Adet Binek Araç 1 Adet Ambulans
Stok İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme	İlk 72 saati karşılayabilecek şekilde
Kişisel Koruyucu Ekipman	Kişisel Koruyucu Ekipman Planında belirtilmiştir.
Haberleşme Araçları	4 Tane Telsiz,35 Dech Telefon,2 Fax,
Diğer Kişisel Koruyucu Ekipmanlar	Reflekte yelek, Baret, Toz Maskesi, Gaz Maskesi, Nitril Eldiven, Çelik Burunlu İş ayakkabısı, Çizme, Emniyet Kemer, İş Gözlüğü, İş Elbisesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 38 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kuvöz	13 Adet Kuvöz 1 Adet Transport Kuvöz

Personel Durumu

Toplam Personel Sayısı	248
Hizmet Alımı (Güvenlik)	3
Mesai Sonrası Personel Durumu	20
Personel Dağılımı	Hekim: 31 Hemşire/Ebe: 47 Tekniker/Teknisyen: 45 Hasta Hizmetleri: 14 Destek Hizmetler: 24 İdari Personel: 87

Hastane Afet Planı Personel İletişim listesi EK 5-A Personel Bilgi Formuda yer almaktadır.

Protokoller

	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.

Hastanemiz tarafından yapılan afet ve acil durumlara hazırlık ve müdahaleye ilişkin protokol ve sözleşmelerin asılları EK 4- A da yer almaktadır.

8.2. Hastane Afet Risk Değerlendirmesi

Sağlık kurumlarının tüm faaliyetleri risk içermektedir. Bu bağlamda hastanemizde yapısal ve yapısal olmayan ve fonksiyonel risklerin yönetimini daha iyi sağlayabilmek için **Risk Yönetim Kurulu** oluşturulmuştur. Hastanemizde oluşturulan **Risk Yönetim Kurulu** tarafından yapısal olmayan risklerde genel risk analizi değerlendirilmesi yapılmıştır.

HAP hazırlıklarında yapılacak afet risk değerlendirme ışığında, hastanenin afet güvenliği ile ilgili çalışmalar öncelikle hastane binası ve çevresi ile ilgili yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risklerin azaltılmasını hedeflemek durumundadır. Bu doğrultuda, hastanelerde, üç temel güvenlik hedefi esas alınmalıdır. Bu hedefler, öncelik sırasıyla:

- 1) **Hayatın korunması** : Hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının can güvenliğini korumak,
- 2) **Yatırımın korunması**: Hastaneye ait yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek,
- 3) **İşleyişin korunması** : Sağlık kurumunun faaliyetlerini her durumda kesintisiz sürdürebilmesini sağlamaktır. Yapılan risk değerlendirme çalışmalarının detayları **Ek 2-C** bölümünde belirtilmiştir.

8.3. Yapısal Olan Risklerin Azaltılması

Hastanenin ana yapısal elemanları (Kolon, kiriş, duvar, döşeme vb) yapısal risklerini oluşturmaktadır.

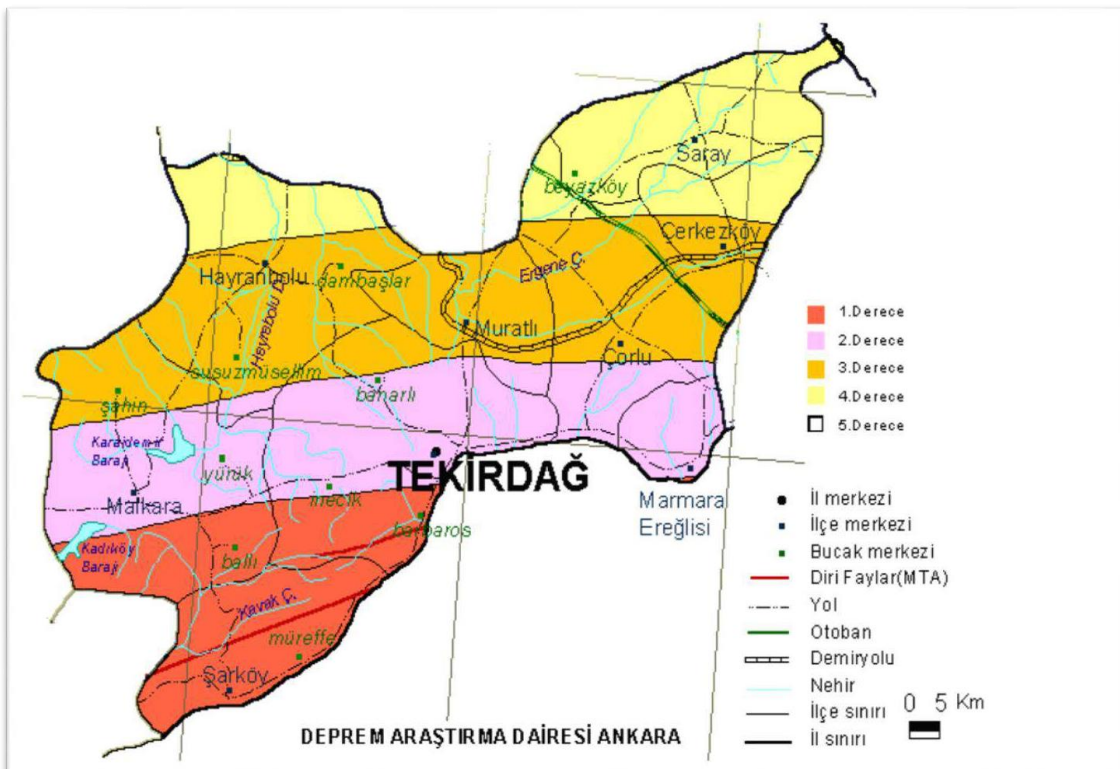
Hastanenin yapısal güvenliğini etkileyen geçmiş olaylar, binanın yapısal özellikleri, taşıyıcı sistemi ve kullanılan malzeme bakımından güvenliği kontrol edilmektedir. Yapısal olan riskler belirlenerek **Güvenli Hastane Kontrol Listesi** oluşturulmuştur, liste **Ekler** bölümünde yer almaktadır. Hastane Afet Planı çerçevesinde belirlenmiş olan **Güvenli Hastane Kontrol Listesinde** belirtilen kriterler kontrol edilerek gerekli önlemler alınmıştır. Her yıl **Güvenli Hastane Kontrol listesi** HAP Hazırlama Komisyonu tarafından güncellenmektedir.

Deprem bölgeleri başta olmak üzere mevcut ve yapılacak binalarla ilgili zorunlu asgari koşullar, 2007 tarihli Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik, ilgili diğer mevzuat, şartname ve standartlarda yer almaktadır. Ayrıca Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı'nda (UDSEP 2012- 2023), afet sonrasında kullanılması yaşamsal önem taşıyan mevcut hastanelerin, yapısal olarak deprem ve diğer afetlerde güvenliklerinin artırılması ve yeni yapılacak hastanelerde bu güvenliğin mutlaka sağlanması gerekliliği belirtilmiştir. Hastanemiz bu mevzuat kapsamından 3.derece deprem kuşağında olduğundan ilk yapım aşamasında Yapı Denetim Firması tarafından denetlenerek **Depreme Dayanıklılık Raporu** alınmıştır.

Deprem Bölgeleri Haritası



İl Deprem Bölge Haritası



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 41 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

8.4. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

Hastane binalarının taşıyıcı sistemlerini oluşturan kolon, kiriş, döşeme, duvar vb. yapısal elemanlarının dışında kalan elemanları yapısal olmayan elemanlardır. Hastanemizde afet güvenliği bakımından yapısal olmayan unsurlarla ilgili değerlendirmeler **Bina Turları ve Bölüm Bazlı Risk Analizleri** ile belirlenmektedir.

Hastanemizde Yapısal olmayan riskleri azaltmak amacı ile **Tesis Güvenliği Kurulu** kapsamında 3(Üç) aylık periyotlarda **Bina Turu Ekibi tarafından Bina Turu, Risk Yönetim Ekibi tarafından da her yıl Bölüm Bazlı Risk analizi yapılmaktadır. Bu kapsamda;**

Çorlu 3. Deprem bölgesi içinde yer almakta ve YOTA zorunluluğu olmamakla beraber Özel Optimed International Çorlu 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 sabitlemesi
3. Oksijen tüplerinin, hastane arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi
4. Ağır unsurların çalışma alanlarından uzak yerlere asılması
5. Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması
6. Ortak alanlardaki büyük ebatlı pencere camlarının kırılıp insanların üzerine düşmesini engelleyecek koruyucu film kaplanması,
- 7-Hastane jeneratörüne sismik role takılması,

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.

İKİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ

1. ACİL MÜDAHALE PLANI



Acil Müdahale Planı(AMP),Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP)önemli bir parçasıdır. AMP afet ve acil durumda müdahale organizasyonunu, yönetim sistemini ve araçları belirler.

Özel Optimed Çorlu Hastanesi'nin bulunduğu Çorlu ve civarında afet ve acil durum meydana geldiğinde;

- ✓ Hastanede Acil Müdahale Planı Aktive edilir, olağan yönetim modundan "**hastane işleyişine yönelik acil durum modu**"na geçilir ve **Olay Yönetim Ekibi (OYE)** faaliyete geçer.
- ✓ Hastane Afet Planı kapsamında Üst Organizasyon Şemasında yer alan **Olay Yönetim Ekibi** HAP Başkanının belirlemiş olduğu yerde veya **Olay Yönetim Merkezinde Olay Eylem Planını** belirlemek üzere toplanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 43 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Afetin Oluş Saati;

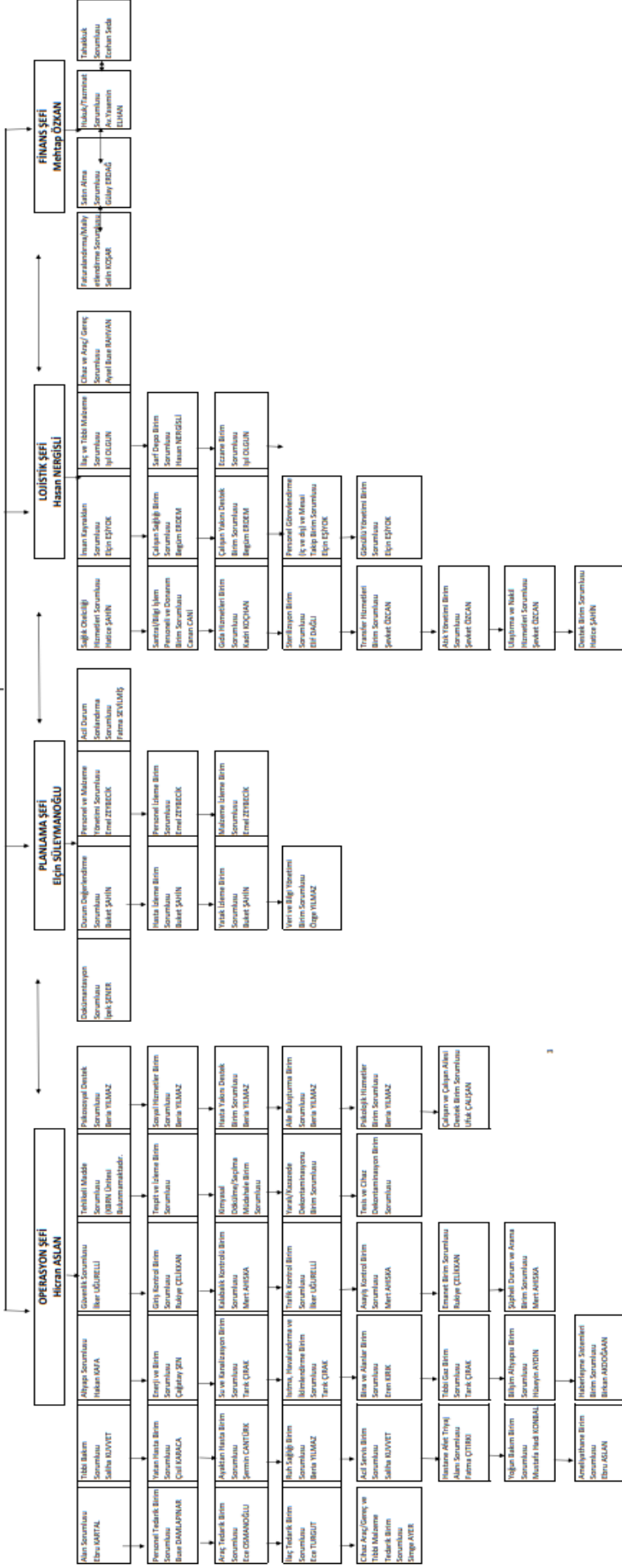
- ✓ Mesai saati içerisindeyse (08:00/18:00) , hastane afet planının işleyişi **HAP Başkanı(Başhekim)** başkanlığında, HAP Başkanı olmadığı zamanlarda en yetkili OYE üyesi tarafından görev yürütülür.
- ✓ Mesai saatleri dışında (18:00/08:00) HAP Başkanıhastaneye ulaşana kadar Nöbetçi İşletme Yöneticisi tarafından görev yürütülür.
- ✓ Bilgi akışı alttan bir üste HAP Başkanına kadar, ters yönde ise üstten altta işler.
- ✓ **HAP Başkanı;** Hastane Afet Planının uygulama içeriğini belirler.
- ✓ Olay yönetim ekibi asil üyelerde eksik olduğunda yedekler gelir, yedeklerin gelemediği durumlarda masa başındaki kişilerin görevlerine göre yer değişikliği yapılabilir veya bir kişi birden fazla görevi üstlenebilir.
- ✓ Kimse iş akış talimatı dışına çıkmaz. Olay anında herkes iş akış talimatında yazan işi yapar.
- ✓ HAP Başkanı gerektiğinde **Olay Yönetim Merkezinin** yerini değiştirme yetkisine sahiptir.
- ✓ Olağan dışı durum sırasında HAP Başkanı Planlama Şefi ile birlikte koşullara göre planda değişiklik yapabilir veya planda belirtilmemiş durumlarla ilgili yeni direktifler verebilir.
- ✓ Olay sonrası tüm bölüm şefleri bina turu yaparak hastanenin tamamen veya kısmen hasar miktarını tespit eder.
- ✓ Olay sonrası HAP Başkanı, tüm bağlı şeflerle durum değerlendirmesi yapar.
- ✓ Hastane işleyişine yönelik “**acil durum modu**” ndan çıkılarak hastane normal işleyiş sürecine geçiş yapılır.

2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ

2.1. Organizasyon Şeması

Organizasyon şemasında görevlendirme yapılırken kişilerin görevlerine uygun olmasına ve görevlerini aksamamalarına özen gösterilmiş olup, her pozisyon için yedekleme yapılmıştır. ŞEKİL 1 ORG.ŞEMASI. EK 1-E de yer almaktadır.

HAP BAŞKANI
Çetin ÜÇEÇAM



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 46 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

2.2. GÖREV TANIMLARI

A.HAP BAŞKANI

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

B.HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU

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

C.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.

D.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 bildirmekten 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.

E.TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU

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

- ✓ **Risk Yönetimi:** HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin risk yönetimi ve zarar azaltma politikaları konusunda danışmanlık hizmeti verir.
- ✓ **Biyolojik/Enfeksiyöz Olaylar:** HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, biyolojik ya da bulaşıcı hastalıklara acil müdahaleyanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.
- ✓ **Kimyasal Olaylar:** HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, spesifik kimyasal olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.
- ✓ **Radyolojik/Nükleer Olaylar:** HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, radyolojik ve nükleer olaylarla ilgili acil müdahaleyanıtı için danışmanlık hizmeti verir.

F.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.

G.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.

ALAN (Hastane Dışı Olay Yeri) SORUMLUSU:

G.1 Hastane dışında meydana gelen afet ve acil durumlarda, olay yerinde müdahale için gerekli personel, araç,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 47 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

gereç, malzeme ve ilaç gibi destek kaynaklarını organize eder ve yönetir. Lojistik Şefi ile koordinasyon içerisinde çalışır.

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:

✓ **Personel Tedarik Birim Sorumlusu**

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

✓ **Araç Tedarik Birim Sorumlusu**

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

✓ **Cihaz, Araç/Gereç ve Tıbbi Malzeme Tedarik Birim Sorumlusu**

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

✓ **İlaç Tedarik Birim Sorumlusu**

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

TIBBİ BAKIM SORUMLUSU

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

Tıbbi Bakım Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9. 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.

✓ **Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu**

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

✓ **Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu**

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

✓ **Acil Servis Birim Sorumlusu**

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

✓ **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.

✓ **Yoğun Bakım Birim Sorumluları**

Yoğun bakım birimlerini yönetir ve hizmetin 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.

✓ **Ameliyathane Birim Sorumlusu**

Ameliyathaneyi yönetir ve hizmetin 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 48 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

✓ **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.

✓ **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).

✓ **Laboratuvar Birim Sorumlusu**

Laboratuvarı yönetir ve hizmetin 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.

✓ **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 tespiti ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

✓ **Hasta Kayıt Birim Sorumlusu**

Yatan ve ayaktan hasta kayıtlarını düzenler ve yönetir.

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:

✓ **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.

✓ **Su ve Kanalizasyon Birim Sorumlusu**

Su ve kanalizasyon sistemlerinin sorunsuz çalışması için gerekli düzenlemeleri yapar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.

✓ **Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme Birim Sorumlusu**

Hastanenin ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin sorunsuz çalışmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.

✓ **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)

✓ **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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 49 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

✓ **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.

✓ **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.

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:

✓ **Giriş, Kalabalık, Trafik, Asayiş Kontrolü Birim Sorumlusu**

Hastaneye giren ve çıkan kişileri izleyerek ve kontrol ederek hastanenin, çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının emniyetini sağlar. Olay yeri güvenliğini ve kalabalığın kontrolünü sağlar hastane içi araç trafiği emniyetini düzenler ve uygular. Hastane emniyetini hastane dışından kolluk kuvvetleriyle koordine eder.

✓ **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.

✓ **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.

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.

PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU

Psikososyal Destek Sorumlusuna Bağlı Birimler

✓ **Sosyal Hizmetler Birim Sorumlusu**

Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar.

✓ **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 saatleri- nin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak; personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojik takiplerinin yapılmasından sorumludur.

H.PLANLAMA ŞEFİ

Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini;

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 50 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini, uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planının hazırlanmasını sağlar.

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. Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar.

Afet ve acil durumlarda destek için hastane stokunda mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi sağlar.

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:

✓ 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.

✓ Yatak İzleme Birim Sorumlusu

Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar.

✓ 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 Başkanı iletilmesinden sorumludur.

DOKÜMANTASYON SORUMLUSU

Afet ve acil durumlara 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.

ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU

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

LOJİSTİK ŞEFİ

Hastanenin afet ve acil durum yanıtındaki faaliyetler için gerekli hizmet, insan gücü, araç-gereç, gıda, su, ilaç, TIBBİ MALZEME VE DİĞER MALZEMELERİN SAĞLANMASINI ORGANİZE EDER VE YÖNETİR.

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:

✓ Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 51 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

✓ **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.

✓ **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.

✓ **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.

✓ **Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu**

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

✓ **Atık Yönetimi Birim Sorumlusu**

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

✓ **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.

✓ **Destek Birim Sorumlusu**

Alternatif bakım alanları, çalışma alanları, ulaşım hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi, mevcut kaynaklar ve işgücü havuzunun idamesi için gerekli çalışmaları organize eder, yönetir.

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:

✓ **Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu**

Personele lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar.

✓ **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.

✓ **Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu**

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 52 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.

✓ **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.

CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU

Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.

İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU

Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.

✓ **Sarf Depo Birim Sorumlusu**

İhtiyaç duyulan tıbbi malzemenin sağlanmasından ve stok takibinden sorumludur.

✓ **Eczane Birim Sorumlusu**

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasından stok takibinden sorumludur.

FİNANS ŞEFİ

Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.

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.

✓ **Sarf Depo Birim Sorumlusu:** Medikal ve non medikal malzemeleri temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.

FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU

Olayın maliyet analizini yaparak raporla- maktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamaktan sorumludur.

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 dokümanite edilmesinden sorumludur.

TAHAKKUK SORUMLUSU

Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.

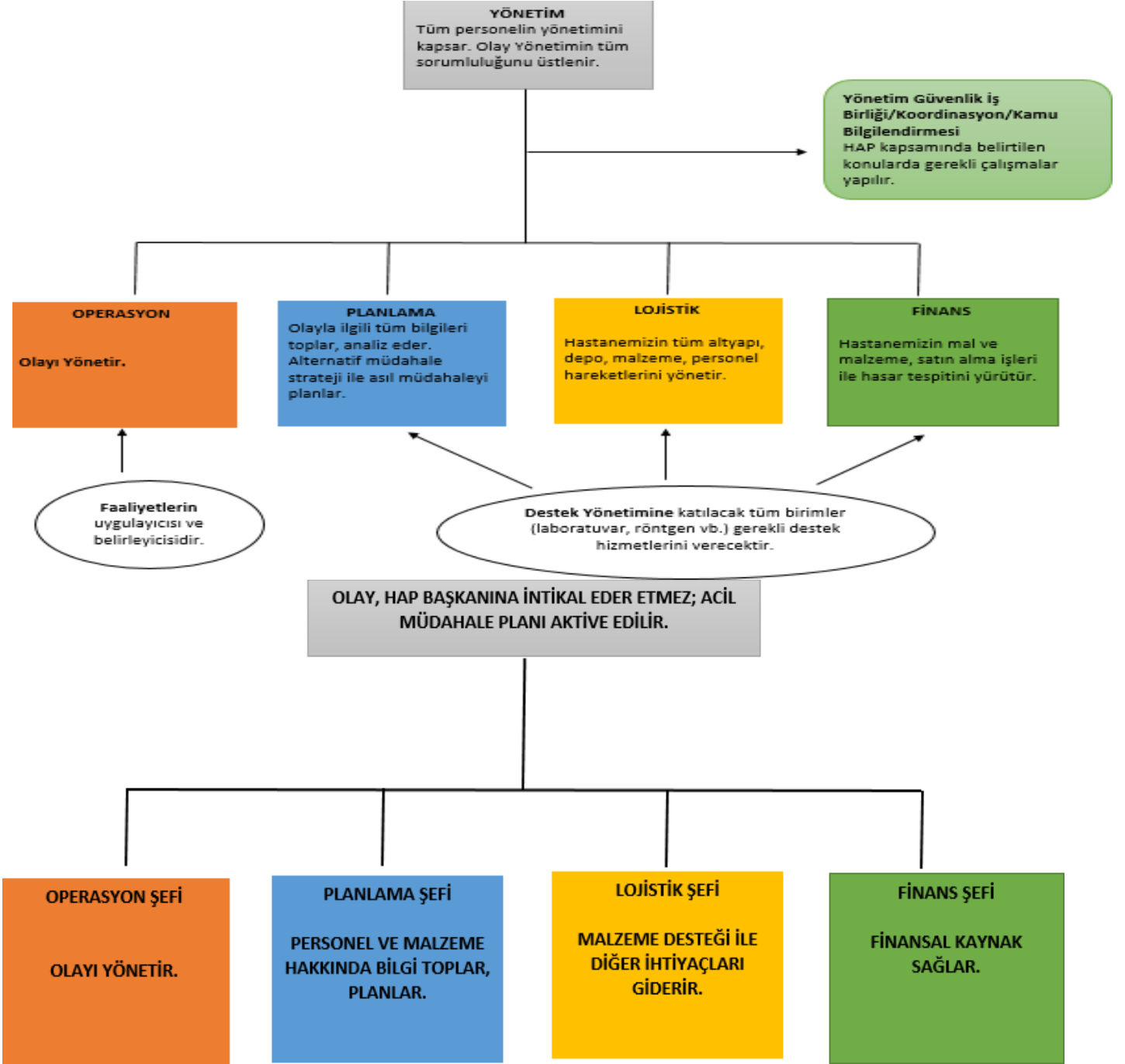
3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

3.1. Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

Afet ve acil durumlarda Olay Yönetim Merkezi tarafından organizasyon şemasında belirtilmiş olan ekipler olayın büyüklüğüne ve ihtiyaca göre aktif edilir. Hizmet sunumunda hastanenin yetersiz kaldığı durumlarda protokol

imzalanan firmalarla iletişime geçilir. İletişim önce kurum telefonu veya cep telefonu üzerinden sağlanacaktır. İletişim kurulamaması durumunda ulak ile iletişim sağlanacaktır

3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri



Şekil 2: Hastane Olay Yönetim Sistemi

A.YÖNETİM

Yönetim olay yönetim merkezinin kurulması ve durum değerlendirmesi yaparak organizasyonun etkin ve verimli yönetilmesini sağlamaktır. Afet veya acil durumlarda hastanenin mevcut durumu hakkında hızlı ve doğru bilginin toplanmasını sağlayarak planlamayı yapmalı ve yapılan plana uyulması için tüm çalışanların katılımını

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 54 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

sağlamalıdır. İhtiyaç halinde dış kurumlar ve paydaşlarla iş birliğini sağlamalıdır. Bina, hasta7hasta yakını ve çalışanların güvenliğinin sağlanmasından sorumludur. Tüm bu işleyiş sırasında kayıtların doğru tutulmasını sağlamalıdır.

B.PLANLAMA

Afet ve acil durumlarda yaşanan olayla ilgili bilgilerin toplanmasından, hastanenin mevcut kapasitesini belirleyerek alternatif müdahale planları oluşturulmasından ve ihtiyaç duyulan insan ve malzeme ihtiyacının belirlenmesi ve planlanmasından sorumludur. Yaşana afet veya acil durum sona erdikten sonra son durum raporunu olay yönetim merkezine sunmaktan sorumludur.

C.OPERASYON

Afet ve acil durum halinde olay yönetim merkezinden aldığı talimatlar doğrultusunda hasta bakım alanlarındaki işleyişin sağlanması, bina alt yapısı ile ilgili hasarları tespit ederek mümkünse işleyişin devamlılığı için gerekli faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, güvenlik önlemlerinin sağlanması ve ihtiyaç duyan hasta/hasta yakını ve çalışanlara psikososyal destek verilmesini sağlamakla sorumludur.

Operasyonun Sorumlulukları:

D.LOJİSTİK

Lojistik bölümü afet ve acil durumlarda Hap Başkanından alacağı talimat doğrultusunda depolama alanlarını kurmak ve yönetmekten, sahada ihtiyaç duyulan her türlü malzeme ve ilaç ihtiyacını karşılamaktan sorumludur. Hastanenin en az 72 saat kendi kendine yetebilmesi için tedarik zincirini yönetir gerekirse önceden protokol yapılmış firmalar ile iletişime geçer.

E.FİNANS

Afet ve acil durumlarda kısa ve uzun vadeli finansal maliyetlerin analizini ve denetimini yapmak, maddi kaynak sağlamak, yapılan ödemeleri kayıt altına almak ve bunları raporlamaktan sorumludur.

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

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

OYE, şekil 2 de gösterilen **beş temel** fonksiyonu (Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans) yerine getirmekle yükümlüdür.

OYE' ni oluşturan kişiler;

- ✓ HAP Başkanı,
- ✓ Halkla İlişkiler Sorumlusu,
- ✓ İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu,
- ✓ KurumlarArası Koordinasyon Sorumlusu,
- ✓ Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu,
- ✓ HAP Sekreteryası (HAP Birim Personeli),
- ✓ Operasyon Şefi,
- ✓ Planlama Şefi,
- ✓ Lojistik Şefi,
- ✓ Finans Şefi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 55 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastanede meydana gelen afet ve acil durumlarda Olay yönetim merkezinde ekipleri aktive etmeye yetkili tek kişi HAP Başkanı'dır. Olayın mesai saatleri dışında gerçekleşmesi durumunda ise yetkili kişi Nöbetçi İşletme Yöneticisi'dir. Ekipler HAP Başkanından aldıkları brifing doğrultusunda yaşanan olaya göre hazırlanmış olan standart operasyon prosedürleri doğrultusunda faaliyetlerini sürdürürler. Olay Yönetim Merkezinin belirlediği aralıklarla gözden geçirme toplantıları yaparak gerek görülmesi halinde ek önlemler olarak en az 72 saat boyunca hizmetlerini destek almadan sürdürmek için eylem planı geliştirirler.

3.2. Hastane Olay Yönetim Araçları

Standart Operasyon Prosedürü (SOP), İş Akış Talimatı (İŞAT), Servis Müdahale Prosedürü, Formlar (Fr) ve Olay Eylem Planından oluşmaktadır.

3.2.1. Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

Standart Operasyon Prosedürleri (SOP) belirli olayların gerçekleşmesi durumunda faaliyeti gerçekleştirecek ekipleri bilgilendirmek ve yapılması gerekenler hakkında detaylıca anlatıldığı dokümanlardır. Ekiplerin olası durumlara hazırlıklı olması ve hareket tarzlarını öğrenmeleri için hastanede her yıl farklı bir olay üzerinde tatbikatlar yapılmaktadır.

3.2.2. İş Akış Talimatı(İŞAT)

İş Akış Talimatları, bireylere özel olarak değil, fonksiyonlar ve pozisyonlar için hazırlanmıştır. Belirli bir fonksiyona yönelik gerçekleştirilmesi gereken faaliyetlerin nasıl ve ne zaman yapılacağı, kiminle koordine edilip raporlanacağına yönelik sıralı bir açıklamadır. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanmıştır.

3.2.3. Servis Müdahale Prosedürü

Servis Müdahale Prosedürü, yerine getirilecek tıbbi işlem ve hizmetlerle ilgili olarak mevcut Plan, SOP ya da İş Akış Talimatlarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Servisler sundukları hizmetler, yönetim yapıları ve işleyişleri açısından farklı özellikler gösterirler. Bu nedenle, Servislerin özgün Müdahale Prosedürleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ile uyumlu bir şekilde hazırlanır ve Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) onayıyla uygulanır.

3.2.4. Formlar

Formlar, olay sırasında bilgi ve kayıtların düzenli olarak kaydedilmesi amacıyla kullanılır. Hazırlanan dokümanlar, personele gerekli eğitimler verilip tatbikatlarda kullanılarak test edilir. Sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak formlar revize edilir ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylandıktan sonra kullanıma sunulur.

3.2.5. Olay Eylem Planı

Olay Eylem Planı (OEP) afet ve acil durumlarda belirlenen zaman dilimlerinde belirlenen hedeflere ulaşmak ve gerçekleştirilen eylemlerin kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır.

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

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

- ✓ Hastanemiz **Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM 1) yeri -1.kat Eğitim salonudur.** Bu alanda beyaz tahta ve kalemleri, bilgisayar, telsiz, aydınlatma aparatları, kırtasiye malzemeleri, afet anında kullanılabilecek basılı materyallerin kayıtlı olduğu USB bellek, bulundurulur. Hastane Afet Planı ve plan çerçevesinde kullanılacak

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 56 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

formların kayıtlı olduğu CD dolap içerisinde muhafaza edilir. Dolaplarda görev yelekleri ve sorumlulara ait tüm İşAT'lar bulunmaktadır.

- ✓ Belirlenen olay yönetim merkezinde toplanılamayacağı durumlarda **Alternatif alan** ve **Eklerde** hastane krokisinde belirtilen, **-1. Kat Acil Servis Hekim Dinlenme Odasında** toplanılır ve faaliyetler sürdürülür.

3.3.1. Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Çalışma Şekli

- ✓ Olay Yönetim Ekibinde görevlendirilmiş kişiler herhangi bir Acil Afet durumunda bulundukları yerden görev yerlerine en kısa sürede ulaşım sağlamak zorundadırlar. Olayın başlangıç ve sonlandırılmasına kadar olan süreçte çalışmalara katılım zorunludur.
- ✓ Herhangi bir Acil Afet durumunda veya HAP Başkanı talimatı ile Olay Yönetim Ekibi'nin tüm üyeleri başlangıç toplantısına katılırlar.

Başlangıç Toplantısının Amacı:

- ✓ OYE üyeleri için bilgi aktarımının nasıl sağlanacağı ve çalışma saatlerine karar verilmektedir. (Tam zamanlı, kısmi zamanlı)
- ✓ Toplantıda tüm üyeler, OYM'deki Acil Afet dolabında bulunan görevleriyle doğrudan bağlantılı olan görev yeleklerini giyerek, yeleklerinde bulunan İş Akış Talimatlarını ve SOP larını okur. HAP Başkanı tarafından verilen talimatları yerine getirir. Üyeler, faaliyetleriyle ilgili geri bildirimde bulunmak için önceden oluşturulmuş kendi görevleri ile ilgili formları doldurur veya doldurulmasını sağlar.
- ✓ 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 briefing verir.
 - ✓ Bir sonraki control ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.
 - ✓ Paydaşları bilgilendirir.

3.3.2. Haberleşmenin Düzenlenmesi

Hastanede meydana gelen acil durumlarda, tesis içi iletişim telsiz, dâhili telefon, cep telefonlarından oluşturulan whatsapp grupları aracılığı ile sağlanır. Tesis içinde **telsizi olmayan görevliler** arası iletişim cep telefonu ve dâhili telefon aracılığı ile sağlanır. Acil durum bildirimini telsiz ve telefonlarla sağlanamıyorsa sesli uyarı sistemi aracılığı ile gerçekleştirilir. Hastane Afet Planında görevli olan Tüm Personelin İletişim bilgilerini içeren ayrıca Acil Afet anlarında işbirliği ihtiyacı olabilecek (AFAD-ARAMA KURTARMA BİRLİĞİ-İTFAİYE-112 VB) bilgiler Olaya özel planların içerisinde belirtilmiştir.

3.3.3. Görev Yelekleri

HAP afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında görev alan personeller görev ve rolünü tanımlayan yeleklerini giyer. Görev yelekleri aşağıda belirtilen asgari özellikte ve renktedir.

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 57 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

sarı renktedir.

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI

Kitlesele yaralanma olaylarında hastalara yapılacak ilk müdahale hayati öneme sahip olduğu için acil servise gelen ilk yaralılara Acil Müdahale Planı'nın aktif edilmesi beklenmeden gerekli müdahaleler yapılmaktadır. Olay yönetim Merkezi en kısa sürede aktif edilerek organizasyon şemasındaki ilgili ekiplere gerekli direktifler verilerek sürecin yönetimine destek verilmesi sağlanır. İl Sağlık Müdürlüğü'nün kurum dışına görevlendirmesi halinde aşağıdaki müdahale aşamalarına göre hareket edilir.

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

İl sağlık müdürlüğü olay yerine malzeme ve ekipman talep ettiği zaman hastanenin ana deposundan minimum stok seviyesinin altına düşmeyecek şekilde talepler temin edilir. Gönderilen tüm malzeme, ilaç ve cihazlar (Form 21) ile kayıt altına alınır.

4.2. Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet Triyaj Ekibi/Travma Ekibi)

Ekipman türü ve özelliklerine göre tıbbi sarf depo, eczaneden temin edilir, eğer ekipman hastanede mevcut değil ise doğrudan temin yolu veya protokol imzalanan paydaş kurumlardan temin edilecektir. Form 21'e kayıt edilir. Ekibin kimlerden oluşacağı, istenen personel niteliğine OYM tarafından karar verilir. Personel bilgileri Form 20'ye kaydedilir. Görevlendirilen ekibin kendi arasında haberleşebilmesi cep telefonu ile sağlanacaktır. Cep telefonunun kullanılmadığı durumda ise 112 ambulans telsizi kullanılabilir yada ulak aracılığı ile sağlanacaktır. Ekip ve hastane arasında 2 saat ara ile bilgi akışı sağlanacaktır.

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

Hastanenin olaya dahil olduğu büyük çaplı etkiye sahip olaylarda III. aşamaya geçilir. Olay Yönetim Merkezi tarafından Acil Müdahale Planının aktive edilmesi durumunda aktivasyon seviyesine bakılmaksızın **112 AÇM/KKM/İL SAKOM** ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne bilgi verilir.

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

5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

Hastanede meydana gelebilecek ve verilen hizmeti sekteye uğratan, toplumun/hastaların/ çalışanların tümünü veya bir kısmını tehlikeye sokan her türlü afet ve acil durumlarda Acil Müdahale Planı aktif hale getirilir. Hastanemizde **Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirildiği olay seviyeleri, aşağıdaki gibidir;**

Olay Seviyesi: 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

- ✓ Hastanenin kendi başına müdahale edip yönetebileceği, dış kurumlardan destek almayı gerektirmeyen olaylardır. Yaşanan olay ile ilgili 112 AÇM/KKM/İL SAKOM bilgilendirilir.

Olay Seviyesi: 2 (orta çaplı etkiye sahip olay)

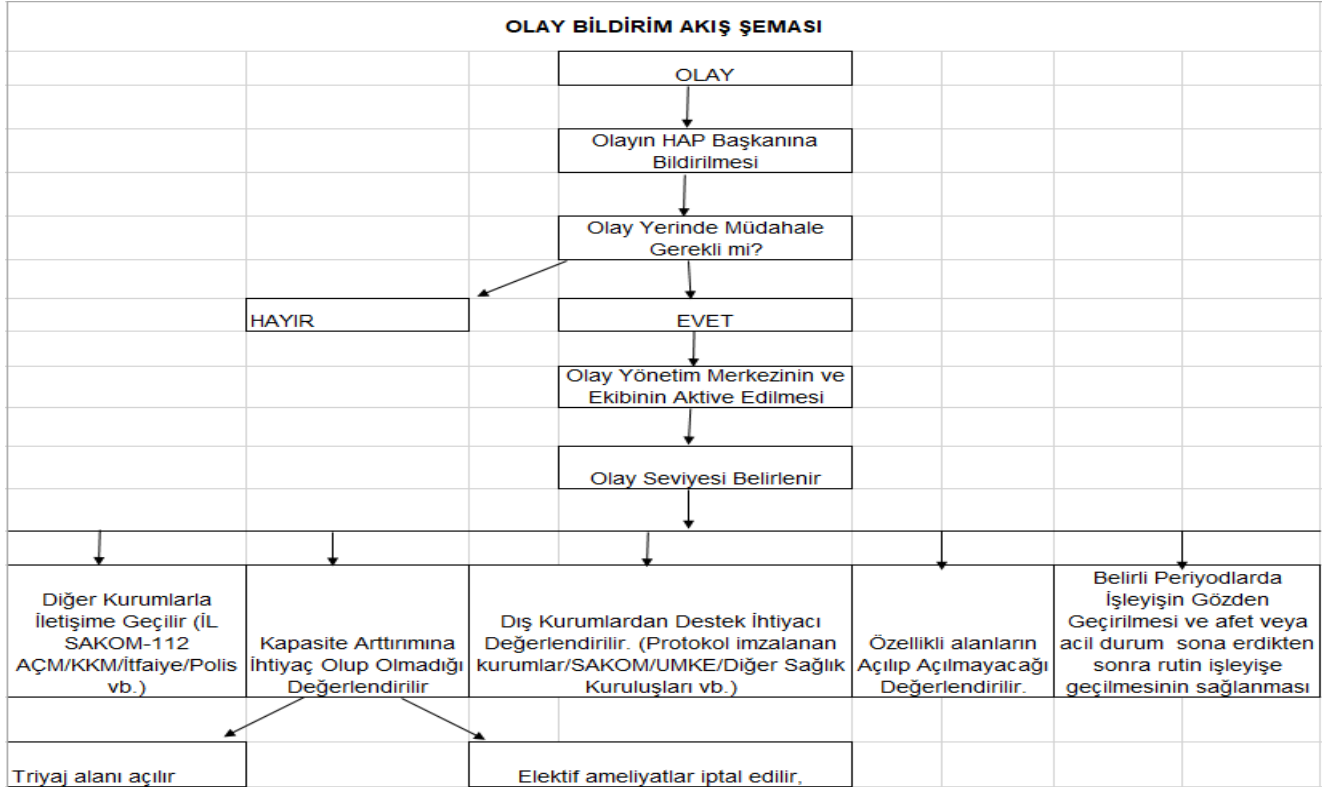
- ✓ Yaşan olayda hastane kapasitesinin ve alt yapısının yetmediği, hasyaneye yakın diğer sağlık kuruluşlarının ve diğer kurumların desteğine, iş birliğine ihtiyaç duyulmasıdır.

Olay Seviyesi: 3 (büyük çaplı etkiye sahip olay)

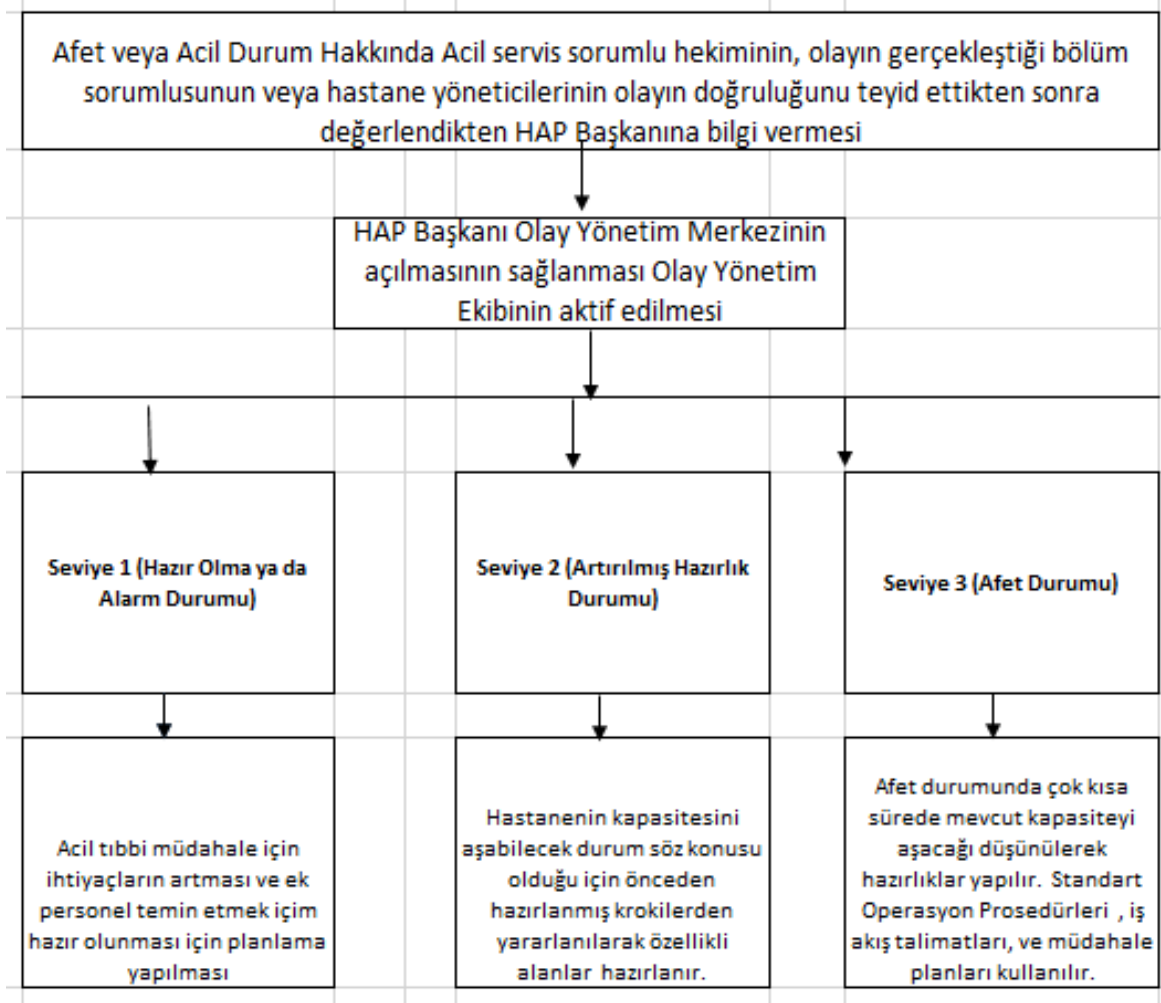
- ✓ Yaşanan olayın büyük çaplı olması nedeni ile tüm bölgeyi veya ülkeyi etkilemesi durumudur. 112AÇM/KKM/İL SAKOM koordinasyonunu ve iş birliğini gerektirebilecek olaylardır.

Olay Seviyesi 4 (çok büyük çaplı etkiye sahip olay)

- ✓ Yaşanan olayın ulusal düzeyde çok büyük çaplı etkiye sahip olmasıdır. Bu gibi durumlarda Sağlık Bakanlığının stratejik yönetimi devreye girer ve uluslararası desteğe ihtiyaç duyulabilir.

5.2. Olay Bildirim Akış Şeması**Şekil 3:** Bildirim ve Alarm Durumu Akış Şeması**5.3. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri**

Hastane kaynaklarını verimli kullanabilmek için mümkün olduğunca Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunda üç düzey tanımlanmıştır: **Hazır olma/Alarm, Hazırlığı Artırma, Afet Durumu**. Herhangi bir zamanda doğrudan üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür. Seviye 2 veya 3'den başlandığında önceki seviyelerde yer alan süreçler tamamlanır.



Şekil 4: AMP Aktivasyon Seviyeleri İçin Diyagram

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

Seviye II sadece Olay Yönetim Ekibi tarafından karar verilebilir. OYE'nin devreye sokulması ile ilgili prosedür (SOP3) ve İşAT lar uygulanır.

Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır.

Seviye II: Artırılmış Hazırlık Durumu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 60 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 yaralıları için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,

Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,

Geçici morg alanı,

Medya ve VIP için alan,

Harici trafik akış sistemi,

Personel bilgilendirme alanı,

Personel yakınlarına yönelik hazırlık,

Hasta eşyaları muhafaza vb. alanlar.

Bu alanlar için hastane tarafından hazırlanmış krokiler esas alınır.

Seviye III: Afet/Acil Durum

Acil ihtiyaçların çok kısa sürede mevcut kapasiteyi aşacağı belirgin olduğunda kullanılır.

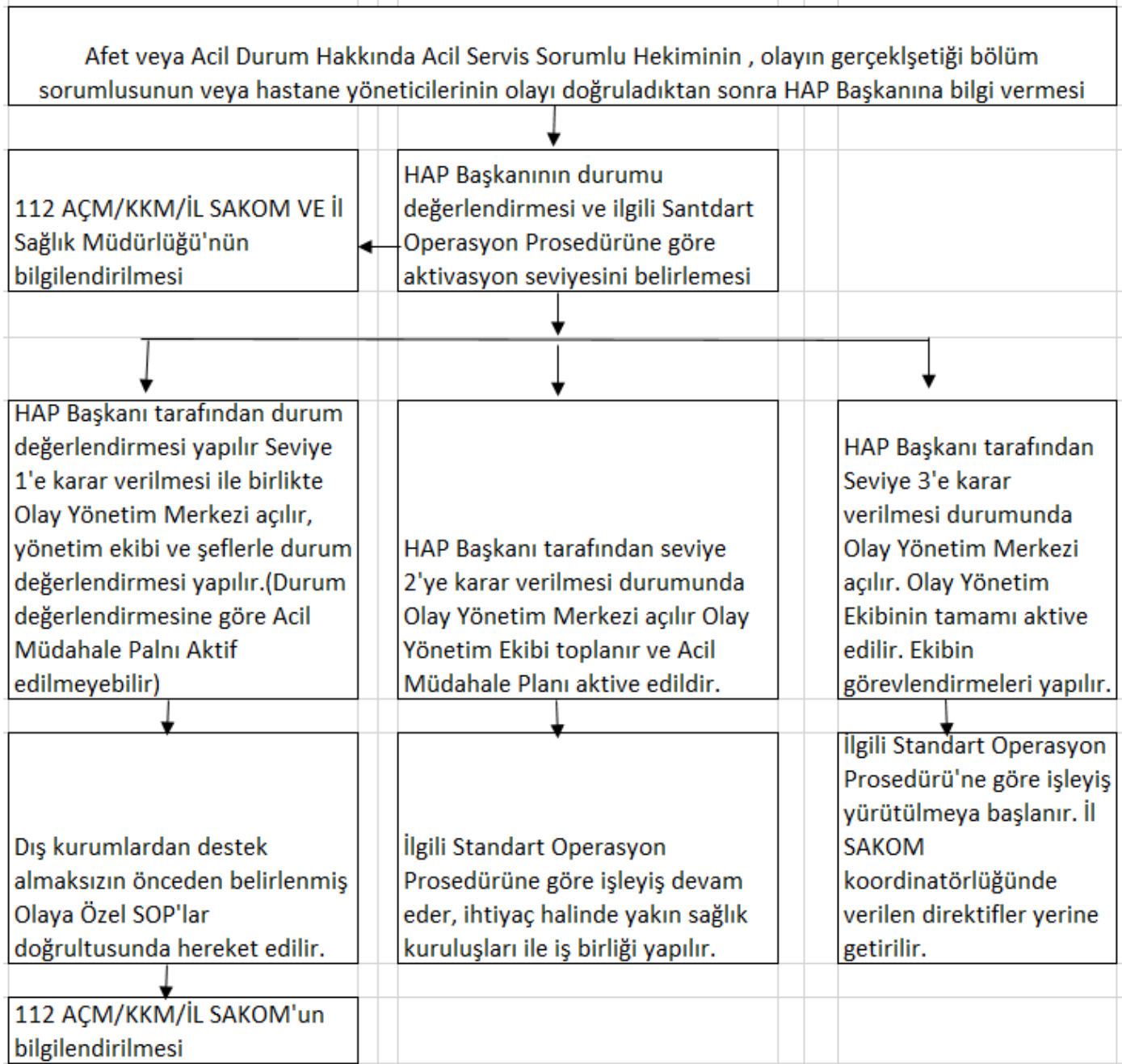
- Tüm departman/servis/birimler, ilgili İş Akış Talimatları ve Standart Operasyon Prosedürlerini kullanır.
- Tüm Departman/Servis/Birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından taburcu edilme talimatı verildiğinde durumu uygun hastalar hızlıca taburcu edilir.
- 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.

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). Olay Yönetim Ekibi'nin devreye sokulması ile ilgili prosedür (SOP 3) ve İş Akış Talimatları uygulanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 61 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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



Şekil 5: Alarm Durumunu Yönetmek ve Plan Etkinleştirilmesindeki Bağlantılara İlişkin Diyagram

Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon seviyeleri ile ilgili öncelikli eylemler aşağıda belirtilmiştir.

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)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 62 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 başvurusu 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 düzenlenir¹⁵, √ Personel yakınlarına yönelik hazırlıklar yapılır. AMP Aktivasyonunun Sonlandırılması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 63 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Olağan yönetim faaliyetlerine geçilir,
Duruma göre uygun olan personel normal çalışma düzenine geçer,
Olayın hemen ardından tüm personelden bilgi alınır,
İşleyişe dair değerlendirme toplantısı yapılır,
Rapor Formu (Form 33) doldurulur.

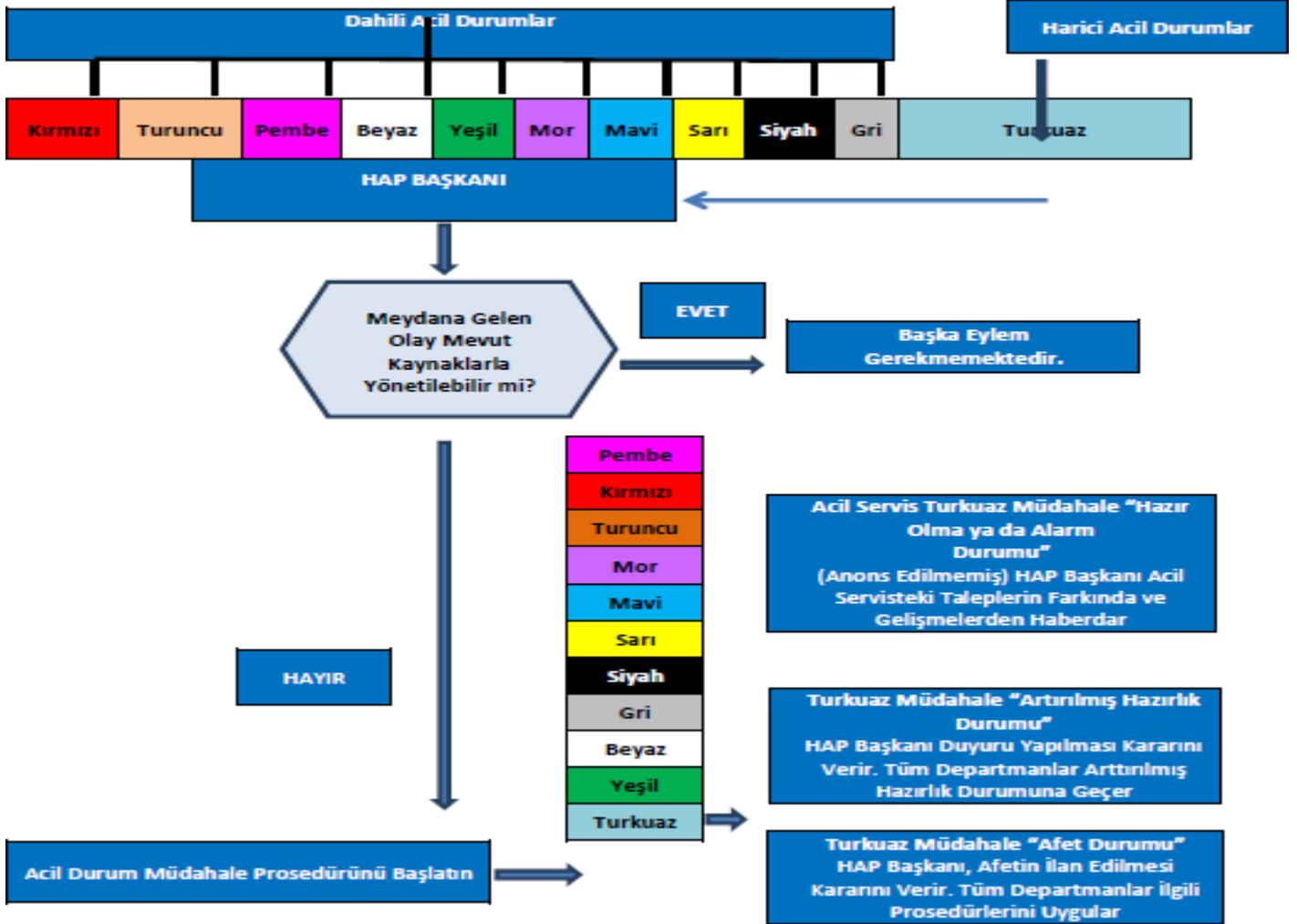
5.5. AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi

Hastanemizde Acil Müdahale Planının aktive edildiği personele acil renk kodu sistemindeki kodlar kullanılarak anons ile yapılmaktadır. Kurum dışından gelecek personel ise cep telefonu ile bilgilendirilecektir. Cep telefonu üzerinden ulaşılamayan personellere ise mümkünse ulak gönderilerek bilgilendirilmesi sağlanır. Personelin ne zaman bilgilendirileceğine Olay Yönetim Ekibi (OYE) karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve/veya görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür (SOP 9) uygulanır.

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 imkân veren genel uyarı sistemidir. Amaç, renk kodu mesajıyla, olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak anlayışı sağlamaktır.

MAVİ(2222)	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/Hayati Risk
GRI	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma
TURUNCU	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılması
PEMBE(3333)	Bebek/Çocuk Kaçırma
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
KIRMIZI(4444)	Yangın
BEYAZ(1111)	Çalışana Saldırı
SARI	Tahliye
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
SİYAH	Bomba tehdidi



Şekil 6: Renk Kodu Müdahale Aşaması

Kırmızı Kod (Yangın)

Hastanede meydana gelebilecek yangın veya yangın şüphesinin oluşması durumunda yangına ilk müdahaleyi yapacak ve/veya yangın ekiplerini haberdar edecek kırmızı kod ekibinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilmesini sağlamak amacıyla 4444 aranarak Santral tarafından KIRMIZI KOD verilir. Kırmızı Kod Talimatı EK 1-D ' dedir.

Beyaz Kod (Güvenlik - Çalışana Saldırı)

Hastanede uygulanmakta olan "Beyaz Kod" genel olarak hastane güvenlik alarmı olarak değerlendirilmektedir. Hastanede bulunan hasta / hasta yakını ve hastane çalışanlarının hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel tacize maruz kalmaları halinde olay yerindeki kişi tarafından 1111 aranarak Santral tarafından BEYAZ KOD verilir Beyaz Kod Talimatı EK 1-D dedir.

Pembe Kod (Bebek/Çocuk Kaçırma)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 65 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastanemizde uygulanmakta olan "Pembe Kod" genel olarak hastane güvenlik alarmı olarak değerlendirilmektedir. Çocuk kaçırılma ve / veya kaybolması durumlarında 3333 aranarak Santral tarafından PEMBE KOD verilir Pembe Kod Talimatı EK EK 1-D ' dedir.

Mavi Kod – (Medikal Acil / Kardiak Arrest)

Hastanede 24 saat süre ile Solunum ve/veya kardiyak arrest durumundaki bir hastanın güvenli bir şekilde resusitasyonunu sağlamak için Mavi Kod sistemi kullanılır. Mavi Kod; 2222 aranarak Santral tarafından MAVİ KOD verilir Mavi Kod Talimatı EK 1-D ' dedir.

Gri Kod – (Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu)

"Gri Kod" genel olarak hastanede meydana gelebilecek silahlı saldırı ya da tehdit ile rehine durumlarında diğer kişilerin olay yerine girişini engellemek ve güvenliği sağlamak için verilen alarmdır. Hastanede bulunan hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehdit durumlarıyla karşılaşmaları halinde olay yerindeki sabit telefonlar aracılığı ile 2018 Santral aranarak GRİ KOD verilir. Gri Kod prosedürü düzenlenmiştir. Gri Kod Prosedürü EK – 1 /B dedir..

Siyah Kod – (Bomba Tehdidi)

"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 2018 Santral aranarak SİYAH KOD verilir. Siyah Kod prosedürü düzenlenmiştir. Siyah Kod Prosedürü EK – 1 /B dedir.

Turuncu Kod (KBRN olayları)

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 Talimatı düzenlenmiştir. Turuncu Kod Talimatı "EK – 1 /D dedir.

Turkuaz Kod (Toplu Yaralanma olayları)

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 müdahalesi için yapılacak düzenlemeleri belirlemek amacıyla Turkuaz Kod prosedürü düzenlenmiştir. Turkuaz Kod Prosedürü EK – 1 /B dedir.

Mor Kod – (Acil Müdahale Planı Aktivasyonu)

Hastaneyi etkileyen iç ve/veya dış afet durumlarında; Hastane Afet ve Acil Durum Planının tamamen ya da kısmen aktive edilmesi durumunda MOR KOD ilan ediliir. Plan aktive seviyesine göre tüm birimler tarafından gereken işlemler yapılır. MorKod Prosedürü EK – 1 /B 'dedir.

Yeşil Kod – (HAP'ın Sonlandırılması)

Hastaneyi etkileyen iç ve/veya dış afet durumlarında tamamen ya da kısmen aktive edilmiş olan Hastane Afet ve Acil Durum Planı, olağanüstü durumun ortadan kalkması ile birlikte YEŞİL KOD veriler sonlandırılır.

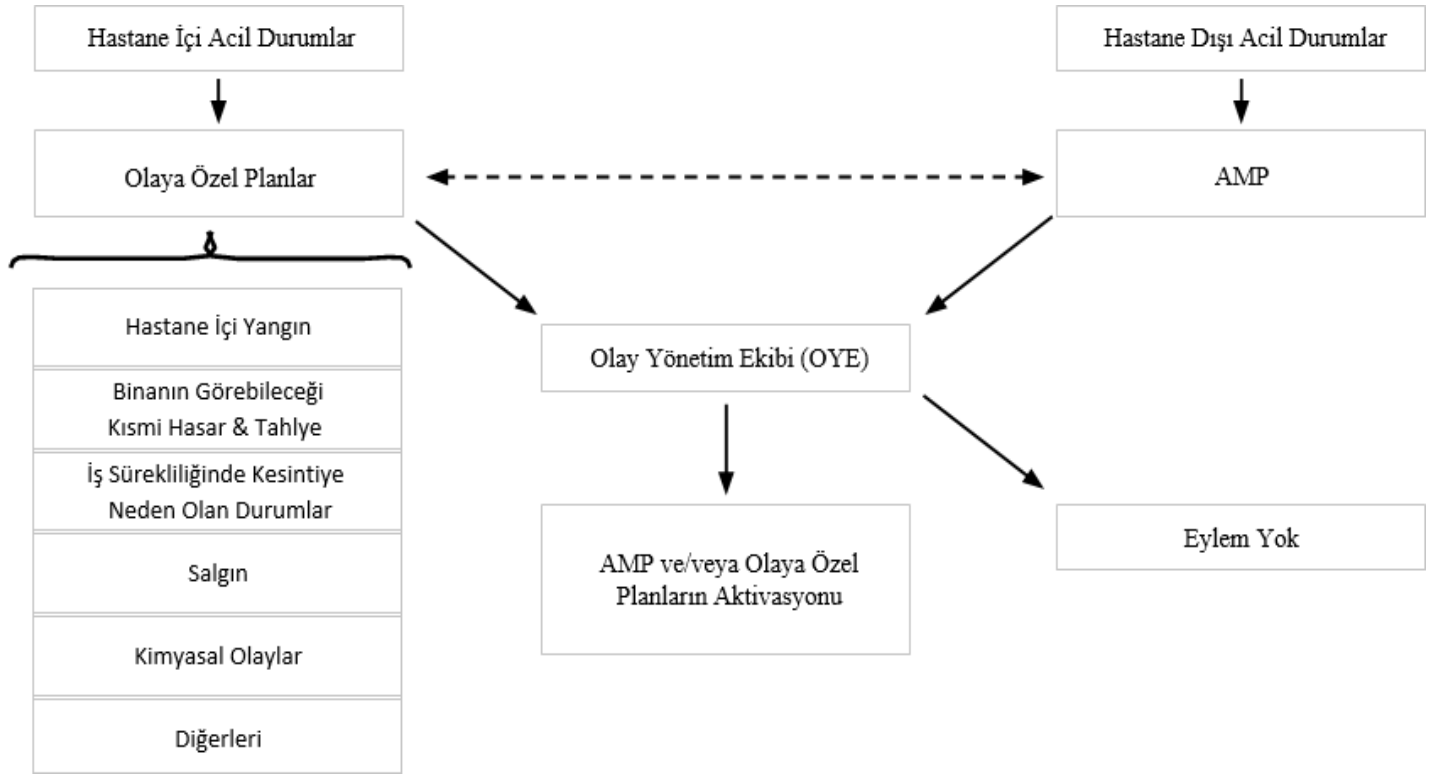
	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 66 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yeşil Kod Prosedürü EK – 1 /B dedir.

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). “olaya özel planlar”, “tamamlayıcı ayrı planlar” olarak ve Acil Renk Kodu sistemi (md. 5.6) ile uyumlu şekilde renk kodları kullanılarak tanımlanır.



Şekil 7: AMP ve Olaya Özel Planların Bağını Gösteren Diyagram

6. HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ

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

- ✓ Çeşitli servislerdeki dolu yatak sayısı,
- ✓ Kullanılabilecek boş fonksiyonel yatak sayısı,
- ✓ Mevcut personel sayısı ve bunların çeşitli servislerdeki özel uzmanlık alanları açısından yeterlilikleri

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 67 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

(örneğin, yoğun bakım, ameliyathane, eczane, laboratuvar vb.),

- ✓ Destek alanlarının mevcut kapasitesi ve yeterliliği (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.

Olay Yönetim Ekibi'nin temel stratejisi, uygun tüm kaynakların etkili bir biçimde kullanılması, yatak kapasitesinin artırılması ve hastanenin tıbbi kapasitesine katkı sağlamaktır. Bu amaçla, Olay Yönetim Ekibi ilk 72 saati kapsayacak şekilde, **Olay Eylem Planı** geliştirir.

6.1. TEDAVİ KAPASİTESİNİN ARTIRILMASI

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır. Detaylı bilgi Mevcut Durum Analizinde belirtilmiştir.

6.1.1. Yatak Kapasite ve Kullanılabilirliği

Hastanemiz 75 yatak kapasitelidir. 45 Klinik yatağı, 17 yetişkin yoğun bakım ünitesi, 13 yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatağı bulunmaktadır. Hastanemizin yatak doluluk oranı ortalama normal koşullarda %90'dır. Afet veya acil durumlarda yatak kapasitesi %20 oranında (refkatçı yatakları kullanılarak) arttırılabilir.

Afet ve acil durumlarda kullanılabilir yatakların sayımı Olay Yönetim Ekibi'nin talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her servis **Durum Rapor Formu** ile kayıt altına alarak OYE ye geri bildirimde bulunulur. OYE talep ettiği sıklıkta güncellenen kayda göre bilgileri kaydeder.

Olay Yönetim Ekibi, hastanın klinik durumuna göre ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir.

Kabul edilen hastalara herhangi bir zarar gelmeyecek şekilde SOP6 ya uygun olarak, servis kapasite ve imkanlarına göre, başka tesislere transferine OYE karar verir. Bu faaliyeti Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu (lojistik bölümü) yürütür.

6.1.2. Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

Afet ve acil durumlarda hastanenin mevcut kapasitesine göre 72 saat kendi ihtiyaçlarını karşılayacak kadar malzeme ve ilaç ana depo ve eczanede bulunmaktadır. Stok kontrolü periyodik olarak yapılmaktadır. Triyaj alanı oluşturulması durumunda Triyaj alanı malzeme listesi'nde belirtilmiştir. Olası bir durumda bu liste üzerinden alanda hazırlıklar yapılmaktadır. Ayrıca Afet ve acil durumlarda ihtiyaç duyulabilecek diğer malzemeler Ail Durum ve Envanter Listesi'nde belirtilmiştir. Ekipman ve malzeme artırımına yönelik işlemler **Lojistik Şefi'nin** bilgisi dahilinde gerçekleştirilir.

6.1.3. Personelin Geri Çağırılması

Olay Yönetim Ekibi, hangi personelin geri çağırılacağına karar verir (nitelik ve sayı bakımından) Planlama bölümü gerekli personelin çağırılmasından sorumludur. Olay Yönetim Ekibi, bu görevi ilgili birime veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini planlama şefi yönetir. Göreve gelen tüm personel İnsan Kaynakları tarafından bilgilendirilir ve kayıt altına alınır. Yaka kartları verilir. Gelen Personel ihtiyaç doğrultusunda Tıbbi Bakım

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 68 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

sorumlusu tarafından ilgili alanlara yönlendirilir.

Mesai dışında olası durumlarda nöbetçi uzman, personel ve şoför görevlendirerek gerekli durumlarda araç ile adreslerden aldırılır. Ayrıca aranmasına gerek kalmadan medyadan ya da farklı şekilde haberi alan personel hastaneye gelmekle yükümlüdür bu bilgi HAP eğitimlerinde tüm personele tebliğ edilmiştir.

6.1.4. Gönüllü Yönetimi

Herhangi bir acil ve afet durumunda toplumdan afet alanına yardıma gelen gönüllülerin yönetimi Olay Yönetim Ekibi'nce yapılır. Gönüllüler yalnızca Olay Yönetim Ekibi tarafından bu tür bir yardıma ihtiyaç duyulması halinde kabul edilir ve bu süreç insan kaynakları tarafından yürütülür.

Gönüllüleri talep etme, alma, tespit etme ve kabul etme işlemleri için ilgili prosedür (SOP 8), form ve kayıtlar kullanılır

6.1.5. Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşlarıyla İşbirliği

Hastanemiz, afet ve acil durumlarında eksik kaldığı ya da destek alması gerektiği durumlar için kurum ve kuruluşlarla iş birliği protokolleri karşılıklı olarak imzalanmıştır. Hangi kurumlarla faaliyete geçilmesi gerektiğine OYE karar verir. Hastanemizin diğer kurumlarla yapmış olduğu protokoller **EKTE** olup, gerekli durumlarda aktive edilir.

6.2. YENİ VE ÖZEL ALANLARIN AÇILMASI, KONUMLARI

OYE ekibi tarafından İhtiyaca göre yeni ve özel alanlar açılabilir. Özel alanların konumları ve toplanma alanları zemin kat krokisinde ve güvenli hastane kontrol listesi içeriğinde belirtilmiştir. Ayrıca Toplanma Alanları toplanma alanı tabelası ile işaretlenmiştir.

Özel alanlar Formu (Form 24) kullanılmaktadır.

7. HASTANE AFET TRIYAJ ALANI

Triyajın kelime anlamı, sıraya sokmak, ayıklamaktır.

Bir afet ve acil durumda ise “yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırılması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi ” şeklinde tanımlamak mümkündür. Triyajda 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 bu ilkeler Tıbbi Triyaj Yönetim Prosedüründe detaylı olarak anlatılmıştır. Triyaj uygulaması afet ve acil durumun etki derecesine, yaralı sayısına, mevcut tıbbi yapıya, kurtarma, transport ve cerrahi olanaklara göre farklılık gösterebilir.

Triyaj alanının açılması Operasyon Şefinin talimatı üzerine alan sorumlusunun görevidir.

7.1. Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu

Hastanemizde olası acil afet olaylarında Acil Servis Birimimizin yetersiz kaldığı durumlarda hastalara müdahale ve tıbbi tedavinin yapılabilmesi için hastane dışında Acil Servis Birimimizin yan tarafı **Triyaj Alanı acil servis otoparkı** olarak belirlenmiştir. Triyaj alanına temin edilecek malzemeler Triyaj alanı malzeme listesinde belirtilmiştir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 69 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kitlesel yaralanma olayı sınırlıysa ve acil servis kapasitesi gelen yaralıları karşılayacak derecede ise Acil Servis olağan işleyişine devam eder. Acil servis zarar görmüş ise triyaj alanı hemen oluşturulur. Triage alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar **Triage** alanına yönlendirilir.

- ✓ Triage alanının güvenliği güvenlik personeli tarafından sağlanır.
- ✓ Hastane Afet Triage Alanına gelen tüm hastalar triyaj yapılarak yeşil (Ayaktan Tedavi Bölümü-ATB), sarı (Acil Servis ayaktan hasta girişi), kırmızı (Acil Servis ambulans girişi), siyah (morg) alanlara yönlendirilir.
- ✓ Bulaşıcı hastalık şüphesi olan veya kontamine olan hastaların bulunduğu epidemik ve kimyasal olayların görüldüğü özeldurumlar, genel çerçevedeki Acil Müdahale Planı'nın yanı sıra hazırlanan Pandemi Olaya Özel Planında açıklanmıştır. 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 istenir.
- ✓ Hastane afet triyaj alanı açılması ve uygulanması, hastaların taşındığı araçların (ambulans) varış konumları ve diğer hususlar ile ilgili prosedürler (SOP 5, SOP 15) belirtilmiştir.
- ✓ Bu alanda görev alacak kişiler görev pozisyonuna uygun görev yeleğini kullanır. Görev yelekleri kimin hangi işten sorumlu olduğunun ayırt edilmesi için gereklidir.

7.2. Hastane Afet Triage Alanındaki Faaliyetler

A.Gelen Hastalar

Hastanemize gelen tüm hastalar için triyaj uygulaması yapılmaktadır. Eğer hasta başka bir sağlık kuruluşundan gönderildi ise orada kullanılan hasta üzerine iliştirilmiş kayıtlarlar ve etiketler kesinlikle çıkartılmamalıdır. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karar alınmasıdır. 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 kullanılır.

B.Alandaki Personel

Hastanemizde afet triyaj alanına triyaj eğitimi almış olan Acil Sağlık personelleri görevlendirilmiştir. Triage Ekibi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Triage Ölçeğine uygun olarak, Hastane Afet Triage 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 servislere naklinin yönetimine yardımcı olmak ve gerekli olduğu takdirde acil servis personeli desteklemek üzere personel görevlendirilir.

C.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. Bu karar verme düzeyi Triage alanı Sorumlu Hekim tarafından yapılır.

Diğer tüm prosedürler, acil servis biriminde veya hasta kabul eden servislere veya sevk olunan Ayaktan Tedavi Bölümü'nde gerçekleştirilir.

D.Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel

Triyaj alanında çalışan sağlık görevlileri Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından görevlendirilir. Bu kişiler, Hastane Afet Triyaj

Alanının işleyişi için, ilgili İş Akış Talimatları doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler.

E.Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması

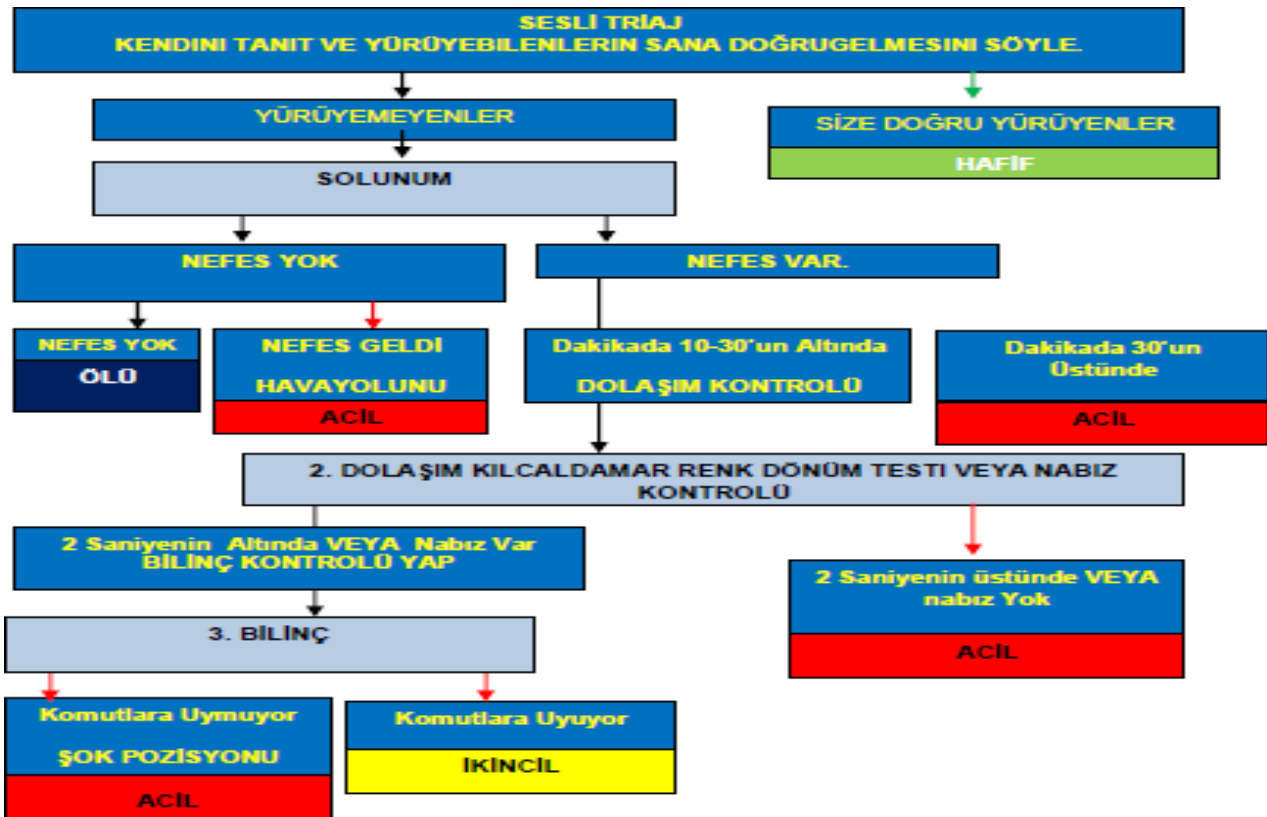
Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, Acil Servis'te ve Hastane Afet Triyaj Alanında ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılır. Hastane Afet Triyaj Alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, kayıtları ve formları (özellikle özel hasta çizelgeleri) kullanılarak kayıt altına alınır. 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.

A.Ekipman, Yelekler ve Lojistik

Triyaj faaliyetlerini yürütmek için gerekli ekipman ve sarf malzemeler, önceden listeler halinde belirlenerek hastanemizin ana deposunda ve olay yönetim merkezinde hazır bulunmaktadır. (görev yeleği, triyaj kartı, emniyet şeridi, seyyar malzeme arabasıvb.).

7.3. Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

Tiraj Modeli Şeması: Bu yöntemle göre tirajı uygulayacak kişi önce sesli tiraj yapar (ortamdaki kişileri yanına



çağırır). Yürüyebilenler hafif yaralı olarak değerlendirilir. Sonra tirajı uygulayan kişi, en yakınındaki hasta veya yaralıdan başlayarak, şekilde açıklanan yöntemi uygulayarak, hasta veya yaralıları sınıflandırır.

Şekil 8: Triyaj Şeması

Sınıflandırma (tiraj) tamamlandıktan sonra kırmızı işaretlenmiş olan hasta veya yaralılarından başlanarak gerekli yardım (ilkyardım, taşıma, tedavi) yapılır. Olaydan tüm etkilenenler mutlaka tirajdan geçirilir. Zaman içerisinde

OPTIMEDI	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 71 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

kişilerin sağlık durumunda değişiklik olabilir. Bu nedenle tiraj gerektiğinde defalarca tekrarlanır.

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.

Trijaj 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 tedavilerlekurtarılabılır.
Üçüncü	Kırmızı		Kritik yaralı	Birkaç dakika içerisinde verilen basit müdahalelerle kurtarılabılır.
Dördüncü	Siyah		Ölü/ölmekte olan yaralıları	Ölü/yaşama şansı çok düşük olan hastalar

7.4. Hastaların Nakli ve Servislere Yönlendirilmesi

- ✓ Hastalar hastane Afet Triyaj Alanından ilgili bölümlere (Acil Servis'e, kliniklere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitelerine) transfer edilir. Ayaktan tedavi gerekenler doğrudan Ayaktan Tedavi Bölümü'ne (ATB) gönderilir. Triyaj Alanından Acil Servis birimine ve diğer servislere doğru trafik akışı, ilgili prosedür (SOP 4) ve İş Akış Talimatına uygun olarak yapılır. Hastaların nakli, ilgili form ve kayıtlar kullanılarak kayıt altına alınır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 72 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

✓ 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.

8. ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI

8.1. Hastanenin Acil Servis Birimi

8.1.1. Kontamine Hastalar

Hastanemizde dekontaminasyon ünitesi **bulunmamaktadır**. Ancak Acil Servise kimyasal bulaşı olan bir vaka gelmesi durumunda; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalara dekontaminasyon işlemi uygulanması için, KBRN vakalarına bakan kurumlara (İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü tarafından belirlenen Hastanelere) sevki yapılır.

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

Pandemiyeye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemi (veya pandemi) durumunda, yapılması gerekenler için **Pandemi Olaya Özel Planı** oluşturulmuştur,

Planın amacı; olası bir pandemi durumunda hastanemizdeki triyaj gereklerini, tüm personelin, influenza pandemisini tanımlarını, rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmek üzere en uygun şekilde hazırlık yapmalarını ve pandemi durumunda hastanemize başvuran hastaların doğru yönlendirilmesini sağlamak; diğer hastalarımızı, çalışanlarımızı ve toplumu bulaşıcılıktan korumak ve hastanemizde uygulanacak önlemleri tanımlayarak sunduğumuz hizmetin kesintiye uğramamasını sağlamaktır.

Pandemi Olaya Özel Planı en uygun şekilde hazır olmayı sağlamanın yanı sıra hazırlıklı olmak için gereken asgari unsurlara ilişkin bir taslak sunabilmeyi amaçlamaktadır.

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 görevlendirilmez. Acil Servis Birim Sorumlusu, ilgili İş Akış Talimatları

8.1.4. Acil Serviste Temel İşlevler

Olası bir durumda her bir işlev, ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde, mümkün olan en kısa sürede sağlanır. Birim bazlı görev sorumlulukları aşağıda tanımlanmıştır.

Olası bir durumda her bir işlev, ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde, mümkün olan en kısa sürede sağlanır. Birim bazlı görev sorumlulukları aşağıda tanımlanmıştır.

Acil Servis Sorumlu Doktoru

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 73 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Acil Servis sorumlu doktoru Acil Afet Durumunda hastaların triyajından ilgili alanlara nakline kadar tüm işleyletten sorumludur. Acil Servis Sorumlu doktoru olmadığı durumlarda Başhekimlik tarafından görevlendirilen Uzman Dr. Vekâlet edecektir. Olay Yönetim Ekibi tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak Diğer Uzman Hekimler (Cerrahi, Anestezi vs), herhangi bir yaralı yönetimini üstlenmeyecek olup sorumlu hekimin koordinasyonunda çalışacaklardır.

Acil Servis Sorumlu Hemşiresi

Acil Servis Sorumlu Hekimi'ne bağlı olarak çalışacak ve Tıbbi ve destek personelin, güvenlik personelinin ve teknik personelin çalışmalarını koordine etmek üzere Acil Servis biriminde kalacaktır,

8.2. Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

Herhangi bir nakil aracıyla hastaneye getirilen hasta/yaralılar, Olay Yönetim Ekibi tarafından verilecek karara göre, ilk karşılama için aşağıdaki alanlardan birine yönlendirilir.

- ✓ Hastane Afet Triage Alanı,
- ✓ Acil Servise yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralılar Ayaktan Tedavi Bölümüne yönlendirilir.
- ✓ Ambulansların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana girmesi prosedürlere (SOP4) uygun olarak ve ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde Güvenlik Amirinin yönetiminde olacaktır.

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 Triage Alanı ve Acil Servis İçin Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)

- ✓ Acil servis ilaç, sarf malzemesi, ekipman acil serviste ve hastanemiz depolarında mevcuttur.
- ✓ Triage alanına Triage Alanı Malzeme Temini Kontrol Listesinde belirlenen malzemeler hazır bulundurulur.
- ✓ Hastane Afet Triage 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 (2.blok zemin kat) bulunmaktadır. Kurumumuzda yaşanabilecek bir afet anında 72 saat yetebilecek kadar ilaç ve medikal malzeme stoğu her zaman bulunmakta olup anadepo ve eczane bölümlerinde muhafaza edilmektedir. Tedarik süreci Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Prosedürü (SOP 10) doğrultusunda uygulanmaktadır.
- ✓ Afet stoğunda hali hazırda bulunmayan veya rutin prosedürlerle kısa sürede elde edilemeyecek olan gerekli malzemeler, olağan durumda kullanılan **ilaç, tıbbi sarf, demirbaş vb. talep formu** kullanılarak Olay Yönetim Ekibi'nden derhal talep edilir.

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 ilgilenilir:

- ✓ Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketleneceği, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 74 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

konusunda bilgilendirilir.

- ✓ Kişisel eşyalar için önceden belirlenen **Hasta Eşyası Teslim Formu** (Form 15) kullanılır.
- ✓ Güvenlik tarafından teslim alınan eşyalar kilitli emanet dolabına konulur.
- ✓ Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alıncaya kadar hasta eşyaları muhafaza alanında (**-1. Kat odyometri**) kilit altında muhafaza edilir.

8.5. Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları

Hastane Afet ve Acil durumunda Triyaj Alanında ve Acil Servis biriminde çalışan tüm personel, mevcut yaka kartını takıp hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında (Şekil 1) yer alan pozisyon sorumluları görev yeleklerini de giymek zorundadır. Hastanemizde 28 adet görev yeleği ve kimlik kartı Olay Yönetim Merkezinde muhafaza edilmektedir.

Acil ve Afet durumunda görevli kişilerin giymeleri için farklı renklerde görev yelekleri oluşturulmuştur. Her görev yeleğinin içerisinde personelin görevini yerine getirmek üzere hazırlanan İşAT'lar bulunmaktadır. Görev yeleklerinin renkleri;

- ✓ Yönetim ekibi **Gri**,
- ✓ Operasyon **kırmızı**,
- ✓ Finans **yeşil**,
- ✓ Planlama **mavi**,
- ✓ Lojistik ise **sarı** renktir.

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 ve sağlık denetimi vb. çok çeşitli konu ve faaliyetleri kapsar. Tüm hastane çalışanlarının iletişim bilgileri **Hastane Afet Planı Görevlileri İletişim Listesinde** belirtilmiş olup insan kaynakları tarafından takibi yapılmaktadır.

OYE ve birimler gelen-giden bilgileri kaydetmek için gerektiğinde arama kayıtları tutabilir (Form 29).

Haberleşme araçları, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılmaz.

9.1.1. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

Hastane içi veya dışı Acil Afet durumlarında yapılan her işlem önceden belirlenmiş olan prosedür ve talimatlar doğrultusunda yürütülür. Yapılan her işlem ve eylemlerin kayıtları tutularak Olay Yönetim Merkezinde toplanır. 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 75 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

tutulur ve korunur. Bu kişiler:

- ✓ Belirlenen idari görevliler,
- ✓ İdari sorumlu,
- ✓ Güvenlik sorumlusu,
- ✓ İşletme Direktörü,
- ✓ Acil servis sorumlusu,
- ✓ Santral görevlisi vb. olabilir.

Olağan dışı durumdan normal iş durumuna geçildikten sonra Olay Yönetim Ekibi tarafından son durum değerlendirmesi yapılarak gelen kayıtlar ile birlik son durum raporu hazırlanır.

Hastanede kullanılan hastane bilgi yönetim sistemlerinin kullanılmadığı durumlarda daha önceden belirlenen alternatif kayıt sistemi kullanılır.

9.1.2. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Bir olaya yönelik müdahale sırasındaki tüm eylem, talep ve karar kayıtlar hastane afet planı organizasyon şemasındaki sorumlu kişi ve ekipler tarafından tutulmakta ve dokümantasyon sorumlusu tarafından korunmaktadır. Dokümantasyon sorumlusu görevli kişilerin kayıtları eksiksiz olarak doldurulmasını ve dokümantasyon ihtiyacı duyulduğunda ilgili evrağın temin edilmesini sağlar.

Olay Yöneti Ekibi tarafından hazırlanan son durum raporu ve hastane içinde ya da dışında olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmemeli, erken izole edilmelidir. Olay yerindeki konumuyla kanıt arasındaki bağlantı korunmalıdır. İlgili üst kurum tarafından istenilinceye kadar arşivde adli vaka dolabında kilit altında arşiv görevlisinin sorumluluğunda saklanır.

Olağan dışı durumdan normal iş durumuna geçildikten sonra Olay Yönetim Ekibi tarafından son durum değerlendirmesi yapılarak gelen kayıtlar ile birlikte son durum raporu hazırlanır. Bilgi yönetim sisteminin kullanılmadığı durumlarda SOP 9 doğrultusunda hareket edilir. Form 28, 29,30 kullanılır.

9.2. Hasta Kaydı ve Takibi

Acil Müdahale Planı etkin olduğu süreçte, ilgili tüm personel sistemli bir şekilde hastalara yapılan müdahale ve işlemleri ilgili formlara yazarak kayıtlarını tutar.

Raporlama kurallarına SOP 9 da açıklandığı şekilde kesinlikle uyulmalıdır.

Hastaneye başvuruda bulunan hastaların kayıtları HBYS ile gerçekleştirilir. Sistemin devre dışı olduğu zamanlarda hasta kayıtları Form 8 ve Form 9 ile hasta takipleri Form 10 ile ex kayıtları ise Form 10 ve Form 11 ile kayıt altına alınır.

Tıbbi bakım, müdahale ve tedavi sunulan her hasta ile hastanede ölen ya da hastaneye ulaştırılan ölümlerin kayıtlarının yönetimi aşağıdaki prosedürler doğrultusunda gerçekleştirilir.

- 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 76 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- 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

Hastanemiz olası afet durumlarında hasta yakınlarına tıbbi bilgi bilgi verme yetkisi HAP Başkanı tarafından başkasına yetki verilmediği sürece hastanın doktoruna aittir. Tıbbi bilgi dışındaki bilgilendirmeler organizasyon şemasındaki Hasta Yakını Destek Birim sorumlusu tarafından verilecektir.

- ✓ Olay Yönetim Ekibi, hasta yakınlarından gelen soruları/bildirimleri almak için gerekli araçları derhal ve prosedüre (SOP 14) uygun olarak organize eder.

9.4. Medyayı ve Toplumu Bilgilendirme

Olası afet durumlarında, Valilik tarafından gerekli izinler alındıktan sonra HAP Başkanının talimatı ile halkla ilişkiler sorumlusu basın bilgilendirmesi yapabilir, halka ilişkiler sorumlusu haricinde diğer personeller medyaya herhangi bir bilgi veremez.

- ✓ Medya çalışanları, yetkilendirilmedikleri sürece, hastaneye serbestçe giremez ve herhangi bir yeri ziyaret edemezler; Halkla İlişkiler Sorumlusu, HAP Başkanı ziyaret izni verdiği takdirde medya çalışanlarına eşlik eder ve medya çalışanları kendi basın kartları ve yeleklerini giyerler.
- ✓ Toplumu bilgilendirmek gereken durumlarda hastane web sayfası veya sosyal medya hesapları kullanılarak toplumla paylaşılacak istenilen bilgiler topluma sunulur.
- ✓ Medya bilgilendirme alanı Ek-4/A Krokiler bölümünde belirtilmiştir.

9.5. Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

Özellikle insandan insana bulaşarak epidemiye dönüşme ihtimali olan bulaşıcı hastalıklar ve pandemi vakalarında **Hastane Pandemi Müdahale Yönetimi Planı** uygulanır. Olay Yönetim Ekibi, gerekli verileri toplaması ve işlemesi için bir ekip veya bir kişi görevlendirir.

Hastaların hastaneyle ilk temas noktası olan alanlarda çalışan özellikli personel, derhal Birim Sorumlusunu ve Olay Yönetim Ekibini bilgilendirir, olay yönetim ekibinin vereceği karar doğrultusunda hareket eder.

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 yükümlülüğümüz olduğu için durum raporlarını düzenli olarak tamamlamamız gerekmektedir. 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 veya Halk Sağlığı Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.

Olay Yönetim Ekibi, acil durum ve afet sonunda durum raporlarını ilgili bölüm sorumlularından ister, raporlama

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 77 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

sıklığı Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili birim sorumlusuna bildirilir, acil durum sonrası Olay Yönetim Ekibi bölümlerden durum raporlarını toplar ve acil durum afet durumunun analizini yaparak genel raporu hazırlar, Durum raporunda başlıca şu başlıklar bulunur;

- ✓ 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, hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi anons ile bildirilmektedir. Personelin çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı durumlar vb. ilgili yeterli bilgi, Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu veya Olay Yönetim Ekibinin görevlendireceği kişi tarafından verilir.

Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine tayin edilmişlerse) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verilir.

- ✓ Olay süresince personel hastaneye ve/veya departmana uygun yöntemler ile süreç hakkında periyodik olarak bilgilendirilir. Personel bilgilendirme alanı Ek-4/A Krokiler bölümünde belirtilmiştir.

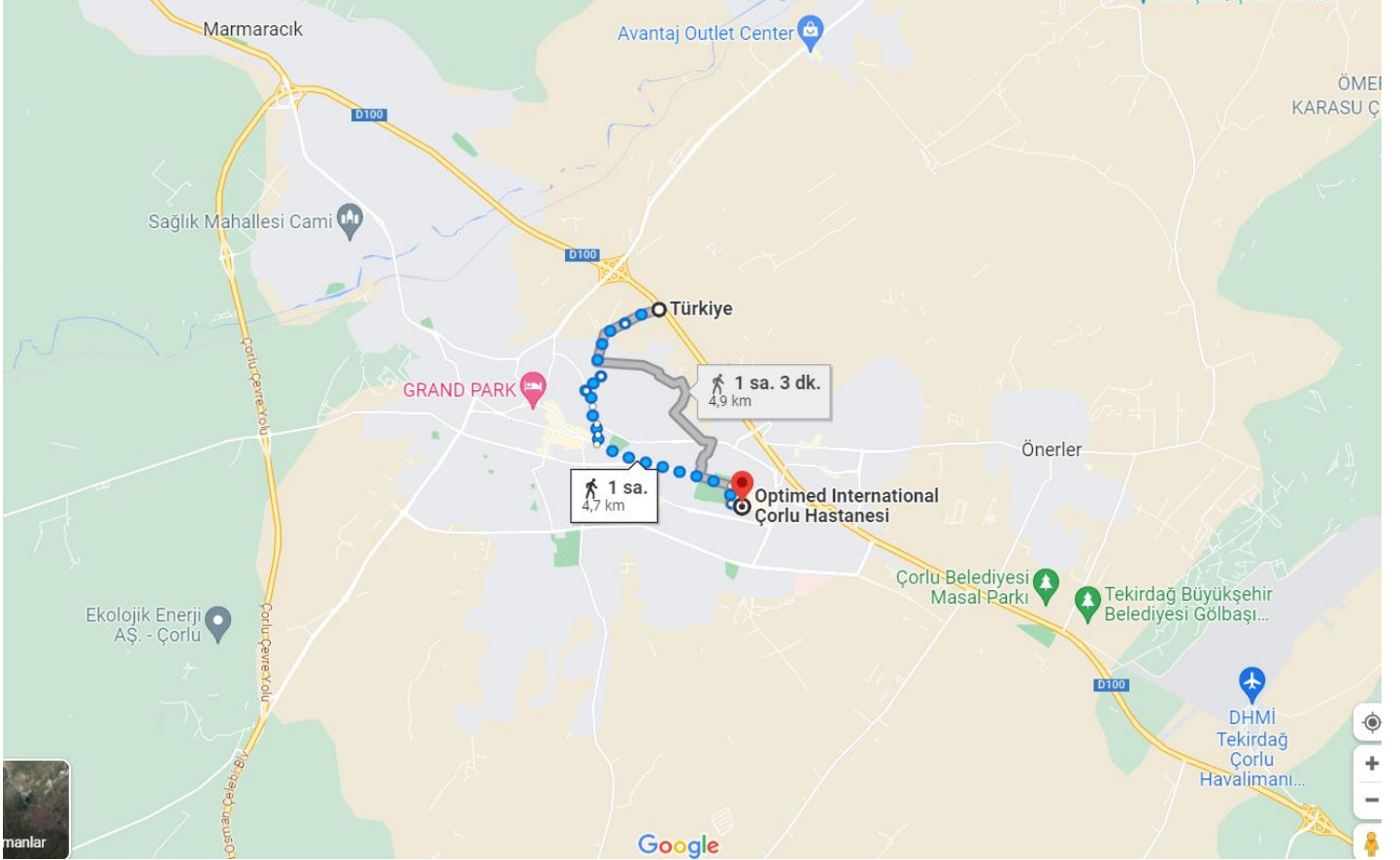
10. GÜVENLİK VE EMNİYET

10.1. Hastaneye Ulaşım

- ✓ Acil Durum ve Afet yaşanması durumunda erişim yalnızca güvenlik personeli kontrolünde ve belirli araçlarla sınırlandırılır. Hastaneye girişin her zamankinden farklı olması durumunda trafik akışı yönlendirme tabelalarıyla belirtilir.
- ✓ Gerekli prosedürlerin uygulanması için güvenlik amirine Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılması gerekenler bildirilir.
- ✓ Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personeller İnsan kaynakları Sorumlusu tarafından görevli personel formuna (Form 17) kayıt edilir ve ilgili alanların sorumlularına bilgi verilerek yönlendirilir.
- ✓ Ambulans için geliş ve gidiş güzargahı belirlenerek ring alanı tabelalarla yönlendirilir.
- ✓ Gelen ve giden araçlar için trafik akışını rahatlatmak üzere, gerekli görüldüğü takdirde hastanede çalışan personelin arabalarını çekmeleri talep edilebilir.
- ✓ Personeller, yaka kartlarını her zaman yanlarında taşır.
- ✓ Asansör erişimi, öncelikli olarak hastaların ulaşımı için kullanılmalıdır.
- ✓ Medya çalışanları, güvenlik görevlileri tarafından basın ve medya için ayrılan alana yönlendirilir.
- ✓ Hasta yakınları ve aile fertleri, güvenlik görevlileri tarafından aile ve yakınları için ayrılan alana yönlendirilir.
- ✓ Ayaktan tedavi faaliyetlerinin bir bölümü geçici bir süreliğine askıya alınabileceği için, Ayaktan Tedavi

Bölümüne gelen hastaların tümü, bölümlerin kullanılabilirliği hakkında bilgi alabilecekleri karşılama/ yönlendirme personeli tarafından yönlendirilir. Yaralı sayısının çok olduğu durumlarda olay yönetim ekibi tarafından alternatif lanalar belirlenecektir.

- ✓ Afet bölgesinden kendi imkânlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, hastane afet triyaj alanına yönlendirilerek gerekli tedavileri başlatılır.



10.2. Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

- ✓ Acil servis girişi hasta ve hasta nakil ambulanslarının kabul edileceği giriş olarak kullanılır. Acil servisin kullanılmadığı durumlarda oluşturulan triyaj alanına hastaları yönlendirecek şekilde ambulans için geliş ve gidiş güzargahı belirlenerek tabelalarla yönlendirir.
- ✓ Hastaneye giriş ve çıkış tek güzergâh üzerinden gerçekleştiği için erişim yolunun daima açık olmasını sağlamak amacıyla yol dubalarla ayrılır, yolun iki yanına araç park edilmesine izin verilmez. Gerekli görüldüğü durumlarda Olay Yönetim Ekibi kolluk gücünden yardım talep eder.
- ✓ Tahliye, taburcu veya sevk için hastaları almaya gelen aile fertleri ve/veya araçlar, trafik akışını engellemeyecek şekilde güvenlik amiri tarafından OYE 'nin belirlediği alana alınır.
- ✓ Trafik akışı, Güvenlik Yönetimi Prosedürü (SOP 15) uygun olarak güvenlik personeli tarafından organize edilir.

10.3. Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı

- ✓ Hastane içerisinde kullanılan tüm tıbbi cihazların kalibrasyon talimatına uygun olarak, tıbbi cihaz envanter, bakım ve kalibrasyon planı kapsamında, belirlenen aralıklarda yetkili firma tarafından kalibrasyonları yapılır, sertifikaları ilgili alanlarda ve biyomedikal biriminde bulunur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 79 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Kalibrasyondan geçmeyen yada yarı geçen cihazlar kullanım alanından çekilir.
- ✓ Acil afet durumunda kullanılan ekipman ve malzemelerde yaşanan arıza durumlarında ilgili alan sorumlusu Olay Yönetim Ekibine bilgi verir.
- ✓ Olay yönetim ekibi cihaz ve araç gereç sorumlusuna arıza bildiriminde bulunur, ekipman ve malzemedan sorumlu personel, arızalı cihazın kontrollerini yapar çözebileceği bir sorun ise kendisi, çözemeyeceği durumlarda ise cihazın bakım anlaşması olan yetkili firma ile görüşerek sorunu çözmeye çalışır.
- ✓ Arızanın giderilemediği durumlarda Envanter Listesinden kontrol ederek, başka alanda kullanılmayan cihazla değişimini yapar. Olay Yönetim ekibine **Tesis Sistemleri Durum Formu** ve **Afet Eylem Planı İş Güvenliği Analizi Formunu** kullanarak rapor verir.

11. LOJİSTİK VE MALZEMELER

11.1. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)

- ✓ Lojistik yönetimi, afet anında sahanın ihtiyaç duyduğu malzemeleri ve hizmetleri içerir.
- ✓ Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde tüm hastane personeli, lojistik yönetimi için, belirlenen prosedür ve talimatlara göre hareket eder. Bölümler ihtiyaç duyduğu ilaç ve malzemeleri Malzeme Talep Formu ile yapar. Hastane stoğunda mevcut kapasiteye göre en az 72 saat yetecek ilaç ve malzeme stoğu hastane depolarında bulunmaktadır. Hastane stoğunun yetersiz olduğu durumlarda lojistik Şefinin talimatı ile temel ihtiyaçlar için önceden imzalanmış protokoller için firma yetkilileri ile iletişime geçilir.

11.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

- ✓ Hastane deposundaki stoğun yetersiz gelmesi durumunda Lojistik Şefi, Olay Yönetim Ekibini bilgilendirerek dışardan temin etme yoluna gidebilir veya protokol yapılan firmalardan ihtiyaçlarını temin edebilir. Alımı yapılan tüm ilaç ve malzemelerin kayıtları eksiksiz tutularak ödeme için satınalma şefine iletilir.
- ✓ Özel veya ekstra malzemelere (örneğin, ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) yönelik tüm talepler, malzemelerin sağlanması konusundaki önceliklerle ilgili karar vermek için, Lojistik tarafından Olay Yönetim Ekibi'ne iletilir.

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Acil müdahale planının aktive edilmesi ile birlikte olay yönetim ekibinin talimatı ile psikososyal destek ünitesi aktif hale getirilir. Afet ve acil durumlarda çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının yaşanan olaydan etkilenme durumlarının değerlendirilerek gerekli durumlarda destek sağlanması ve hızlı toparlanmasını sağlamaktır.
- ✓ Hastanemizde psikososyal destek hizmetleri sorumlusu olarak psikolog görevlendirilmiştir, psikoloğun olmadığı durumlarda psikiyatrist bu görevi yürütecektir.
 - ✓ Psikososyal destek ünitesi -1.kat idari ofisler 1. Oda olarak belirlenmiştir, Sosyal Hizmet Biriminin kullanılmadığı durumlarda Olay Yönetim Ekibi tarafından yer belirlemesi yapılacaktır.
 - ✓ Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmıştır.
 - Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek,
 - Hasta ve Hasta yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek,
 - Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 80 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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

12.1.1. Psikolojik Triage

Psikolojik triyaj alanında uzman kişiler tarafından yapılmalıdır. Afet anında uzman kişi (psikolog/psikiyatri uzmanı vb.) görevlendiremez ise Olay yönetim ekibi tarafından görevlendirilen ekibe aşağıdaki eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.

Psikososyal Destek Kapsamında Verilecek Eğitimler
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

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 hastaneye 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. Afetzede ajitasyona ve eksitasyona meyilli ise mutlaka güvenlik desteği aranmalı ve istenmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken herajite 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:

Dış görünümün Değerlendirilmesi: Hastanın nasıl görüldüğü değerlendirilmektedir. Örneğin hastanın dağınık, bakımsız, iyi görünüm, mevsime uygun giyinip giyinmediği değerlendirilmektedir.

Duygulanımın Değerlendirilmesi: Duygulanımı düz, hüzünlü, ağlamaklı, stresli veya kaygılı olup olmadığı, duygu dışavurumlarının hızla değişip değişmediği, duygulanımının söylediği şeylerle örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmektedir.

Tutumların Değerlendirilmesi: Hastanın aşırı huzursuz, ürkek, garip, tuhaf veya

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 81 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

kestirilemez eylemleri değerlendirilmektedir. Aynı zamanda oryante ve koopere olup olmadığı, tepkileri, düşmanca tavırlar sergileyip sergilememesi de öncelikli değerlendirme kriterleri arasındadır.

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.

Psikolojik triyaj, AMP'nin aktivasyonu ile birlikte, hasta karşılama, tıbbi triyaj, bekleme alanları gibi hastaların gruplar halinde bekledikleri alanlarda, eğitimini alan başta psikososyal destek hizmetler sorumlusu olmak üzere, gerektiğinde eğitimini alan tüm sağlık çalışanları tarafından uygulanmaya başlanır. Psikolojik triyaj tek seferlik değildir ve hasta, hasta yakını ve çalışanlarla ilgili tekrar tekrar psikolojik triyaj yapılır.

12.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

- ✓ Psiko sosyal destek sorumlusu, afet ve acil durum halinde görev yapacak personelin ihtiyaçlarıyla ilgili Olay Yönetim Ekibi ile sürekli iletişim halinde olur ve gerektiğinde sağlık personeline psikososyal destek verir.
- ✓ Sağlık personeline psikososyal desteğin temelinde öncelikle görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda Olay Yönetim Ekibini yönlendirme ve önerilerde bulunur.
- ✓ Personelin psikososyal risk ve psikososyal ihtiyaçlarına göre (yalnız yaşamak, engeli bulunmak vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi Olay Yönetim Ekibi tarafından koordine edilir.
- ✓ Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan personeller tespit edilerek doğrudan personele veya yakınlarına yönelik psikososyal destek yapılarak, gerektiğinde diğer kurumlarla işbirliği sağlanır.
- ✓ Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla psikolojik bilgilendirme ve psikoeğitim çalışmalarına hastanedeki tüm personel dahil edilir.
- ✓ Afet ve acil durum sonrasında personelin normal aktivitelerine geri dönmelerine yardımcı olacak paylaşım grupları ile sosyal faaliyetlerin düzenli olarak yerine getirilmesi desteklenir.
- ✓ Psikososyal destek sunulan ve takip edilen vakaların kayıt ve takibi Psikososyal Destek Sorumlusu tarafından yapılır.

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 başvurulara yönelik olarak yürütülür.
- ✓ Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanına yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır.
- ✓ Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dâhil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için veya kayıp aramak için hastaneye başvuran ailelere psikososyal destek sunulacaktır.
- ✓ Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için gereken ilaçların teminine yönelik gerekli önlemler alınacak ve gerektiğinde hastaların sevki sağlanacaktır.
- ✓ Hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için gelen ailelere uzun süreli psikososyal destek ihtiyacı doğduğunda gerekli tedaviler planlanacaktır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 82 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Psikososyal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulacaktır.

12.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

- ✓ Hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına göre (kayıp, kimliği belirlenemeyen, kimsesi olmayan, engeli bulunan vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilir. Afet ve acil durumlarda yürütülecek sosyal hizmet uygulamaları, AMP aktivasyonu sonlanana kadar Psikososyal Destek Ünitesi kapsamında uygulamalarını yürütür.
- ✓ Afet ve acil durumlardan etkilenecek hastaneye başvuran engelli, kimsesiz, yoksul, kimliği belirlenemeyen veya afetin doğası gereği oluşabilecek psikososyal riski yüksek bireylerin afet ve acil durumlar halinde hastaneye başvuruda bulunabileceği göz önünde bulundurulur.
- ✓ Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütülür.
- ✓ Afetlerden önce personele “Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları” eğitimi HAP 2024 Yılı Eğitim Tatbikat Planı Formunda (Form 44) belirtilmiştir.
- ✓ Afetlerden sonra yürütülecek sosyal hizmet uygulamalarının kayıt altına alınması ile ilgili gerekli tüm tedbirler alınacaktır.

13. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER

13.1. Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

Hastanede ölenlerin sayısı 3 kişiden fazla olduğu durumlarda, ölülerin Belediye veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nün belirlediği geçici morga transfer edilir. Transfer edilemediği durumlarda yan binadaki depo geçici morg alanı olarak kullanılır.

- ✓ Hastane, ölülerin kimliğinin tespit edilmesi yine bu alanda girişte yapılacaktır.
- ✓ Ölülerin muhafazası için acil serviste yeterli sayıda ceset torbası bulundurulacaktır.
- ✓ Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili bilgilendirilecektir.

13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı

- ✓ Hastanemizdeki geçici morg alanı olarak belirlenen yan binadaki depo OYE'nin kararı ile açılır.

Alan, ilgili prosedüre Ölü Ve Kayıpların Yönetimi tamamen uygun olarak işaretlerle belirtilir, güvenli hale getirilir ve yönetilir. Geçici morg alanı Ek-4/A Krokiler bölümünde belirtilmiştir.

13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı

- ✓ Hastanemiz tarafından ölülerin kimliklendirilmesi için ilgili kurumlara destek verilir. Ölülerin kimliklendirilmesi ve transfer edilmesi sürecinde Kurumlar arası koordinasyon ve Halkla ilişkiler sorumlusu ilgili kurumlarla (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz işbirliği sağlar.
- ✓ Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi OYE tarafından belirlenir. Ölü ve kayıpların takibi için Form 11-12 kullanılır.
- ✓ Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölülerin tamamı triyaj kartı ile kimliklendirilecektir. Bunun

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 83 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 belirlenmiştir.

Bu alan hasta yakınlarının birçok cansız bedeni görmek zorunda kalmayacakları şekilde organize edilmiştir.

✓ Psikososyal destek ekibi görsel teşhis sürecinde hasta yakınlarına eşlik ederek gerektiğinde psikososyal destek sunacaktır. İlde Cumhuriyet Başsavcılığı'nın onayı olmadan, ölülerin yakınlarına verilmesine izin verilmez.

✓ Kimliği belirlenemeyen kişiler için ilgili Kurumlar arası koordinasyon şefi ilgili kurumlara bildirim yapar.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 84 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON

İyileştirme çalışmaları afetin sona ermesinden sonra başlayan çalışmalardır. İyileştirme çalışmaları müdahaleyi izleyen **ön iyileştirme** ve daha sonraki süreçlerde gerçekleştirilen **kalıcı iyileştirme** uygulamaları olarak gruplandırılmıştır.

Afet ve acil durumdan etkilenen kişilerin normal yaşantılarını sürdürebilmeleri için 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 atılır. Diğer bir deyişle, ön iyileştirme çalışmaları aynı zamanda, kalıcı iyileştirme planlaması ve uygulamaları için elverişli zemin oluşturmak bakımından önemli ve özenle yürütülmesi gereken çalışmalardır.

Planın çerçevesinde, afet sonrası iyileştirme süreçleri esas olarak, kısa dönemde tamamlanabilecek ön iyileştirme koşullarını tanımlanmıştır. Hastanemiz düzeyinde bu koşullar, mevcut yapıların ayakta kaldığı; hizmet verilen mevcut yapıların terk edilmesinin, sağlık hizmetlerinin zorunlu olarak başka yapılarda sürdürülmesinin gerekmediği durumlardır. Hastanemiz, 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 fonksiyonlarımızla sürdürebilirse 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 geçirilir; fiziksel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, önlemler alınır.

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

1. Tıbbi Kapasite Artışının Sonlandırılması

- ✓ Hastaneye başvuran yaralı ve hasta sayısı hastanenin rutin işleyişindeki sayılara ulaşması ve ek personel ihtiyacı duyulmaması durumunda tıbbi kapasite Olay Yönetim Ekibinin kararı ile normale dönebilir.
- ✓ Olay esnasında kullanılan ilave ekipman, malzeme ve ilaçlar mümkün olan en kısa sürede olay öncesi normal seviyelerine döndürülür.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 85 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

2. Personelin Korunması ve Desteklenmesine Yönelik Önlemler

- ✓ Çalışanların görevlerini yerine getirirken çalıştığı ortamdaki iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin alınması İş Güvenliği Uzmanı gözetiminde sağlanır.
- ✓ Yine İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı tarafından çalışanların kişisel koruyucu donanımları kullandığından emin olunur. Düzenli olarak alan ziyaretleri yapılır. Bulaşıcı bir hastalığa maruz kalma durumları söz konusu ise söz konusu personele olası semptom ve bulgularla ilgili bilgi verilir.
- ✓ Görevini yerine getirirken yaralanan yada hastalanan personele maddi ve psikolojik destek verilmesi sağlanır. İmkanlar dahilinde kendisi ve ailesi için konaklama desteği sağlanır.
- ✓ Görev esnasında hayatını kaybeden personel için İK tarafından iş kanunu kuralları uygulanır.
- ✓ Hastalanan veya hayatını kaybeden personel olması halinde, iş arkadaşlarının da bu durumdan kısa ve uzun sürede olumsuz etkilenebileceği düşünülerek gerekirse diğer çalışanlara Psikososyal Destek Sorumlusu tarafından psikososyal destek verilir.
- ✓ Acil durum sona erdiğinde görev yapan hastane personeline ve gönüllülere yönetim tarafından personele teşekkür vb. motivasyon artırıcı uygulamalar yapılır.
- ✓ Afet ve acil durumlarda görev yapan personelin işle ilgili tehlike algısı ve ailelerine yönelik endişeleri olay sırasında veya sonrasında işe devamsızlık hatta istifa ile sonuçlanabilmektedir. Bu kapsamda personelle düzenli, etkili bir iletişim/etkileşim kurulması; personel, personel ailesi ve gönüllülere psikososyal destek verilmesine önem verilir.

3. Mevcut Durum Bilgisi ve Hasar Tespit Çalışmaları

Yaşanan acil durum veya afet sonrası en kısa sürede hastanenin faaliyetlerini sürdürebilmesi için Operasyon Şefi tarafından hasar tespiti yapılması sağlanır. Hastaanenin mevcut durumdaki kapasitesi ise Planlama Şefi tarafından tespit edilerek Olay Yönetim ekibinde bilgi verilmesi sağlanır. Acil durum ve afetin sona ermesinden sonra yine hastanenin mevcut durumu ve faaliyetini sürdürebilirliği açısından tesis yeniden değerlendirilir. Değerlendirme sonucu HAP Başkanı tarafından acil durum sonlandırılabilir. Kayıtlar ilgili formlarla kayıt altına alınır.

4. Etkilenen ve Etkilenmeyen Alanların Değerlendirilmesi

Hasar ve zarar tespitinden sonra, öncelikle çevre koşullarında istikrar sağlanır. (örneğin, binanın tümü ve tek tek bölümlerde kritik sistemlerde güvenlik kontrolü vb.)

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:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 86 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ 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 yapılır. İyileştirme süresini kısaltmak amacıyla ihtiyaç halinde dışarıdan hizmet alımı ile temizlik gerçekleştirilir/gerçekleştirilebilir .
- ✓ 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 uygun şekilde yapılır. 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.) yönetim tarafından ayrıntılı olarak belirlenir.

5. Uygulamaların Kayıt Altına Alınması

- ✓ Afet sonrası iyileştirme uygulamaları ile ilgili İkinci Bölümde Görev Tanımları (md. 2.2) başlığı altında ve izleyen diğer madde başlıkları altında müdahalenin yanı sıra afet/ acil durum sonrası iyileştirme görevleri ve uygulamalarıyla ilgili bilgilere yer verilmiştir. Bu uygulamalar faaliyeti gerçekleştiren, ilgili bölüm tarafından kayıt altına alınır.
- ✓ 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 87 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ

GİRİŞ

Acil müdahale planlamaları ve müdahaleye yönelik hazırlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde temel bileşenler arasında yer almaktadır. 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 kapsamaktadır. 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 hazırlığı, afet ve acil durumlara müdahalede hazırlık süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Olaya Özel Plan hazırlığı, aynı zamanda, hastanenin acil önceliklerinin tespit edilmesi için önemli bir fırsattır. Olaya Özel Plan mevcut ve olması gereken kaynaklara göre ne yapılabileceğini tartışmaktadır. Örneğin, bir kimyasal olay ile ilgili Olaya Özel Plan'da, eğer koruyucu ekipman mevcut değilse personelin koruyucu ekipman kullanmasından bahsedilemeyecek ve bu eksikliğin giderilmesi gündeme gelecektir.

Olaya Özel Plan yaklaşımı, üç grup plan ve uygulamayla bütünlük içerisinde ele alınmaktadır:

- 1) Olayın seyrine, gidişata göre gerçekleştirilecek **Olay Eylem Planı**,
- 2) **İş Sürekliliği** prosedür ve uygulamaları,
- 3) Olay sonrası **İyileştirme** plan ve uygulamaları.

HAP Hazırlama Komisyonu tarafından göz önünde bulundurulmuş ve hazırlanan Olaya Özel Plan konu başlıkları:

- ✓ **Yangın**
- ✓ **KBRN**
- ✓ **Biyolojik, Radyolojik, Nükleer Olaylar**
- ✓ **Tahliye Gerektiren Durumlar**
- ✓ **Pandemi**
- ✓ **İş Sürekliliğinde Kesinti**
- ✓ **Sel/Su Baskını**
- ✓ **Deprem**

1. ACİL MÜDAHALE PLANI

AMP toplum sağlığına ciddi tehdit oluşturan olaylarda, hastane ve ambulanslarda düzenlemelere sebep olacak sayıda yaralanmalı olaylarda kullanılır.

- ✓ OYM Hap sekreteryası tarafından açılır. HAP Başkanı tarafından SOP 2 VE SOP 3 e göre OYE ve OYM aktive edilir.
- ✓ Belirlenen oturma planına göre doküman ve yelekler masada hazır hale getirilir.

HAP Başkanı	
Operasyon Şefi	HAP Sekreteryası
İş Güvenliği Uzmanı	Planlama Şefi
Lojistik	Finans
Halkla İlişkiler Sorumlusu	Kurumlar Arası Koordinasyon Şefi
Tıbbi Teknik Danışma Kurulu	

Tablo 1: Oturma Planı

- ✓ HAP Başkanı, OYE' yi göreve çağırırken yukarıda verilen ekipte görevli olan personeller arasından önceliklendirme yapma hakkına sahiptir. Örneğin Lojistik ve Finans olayın büyüklüğüne ve ihtiyaca göre daha sonradan aktive edebilir.
- ✓ Afet ve/veya acil durumlarında HAP başkanı ilk değerlendirmeyi yaptıktan sonra OYE' yi göreve çağırmak istediğinde öncelikle çağrı merkezinden OYE' nin OYM' de toplanması için oluşturulmuş olan whatsapp grubundan çağrı mesajı gönderilir. Bu durum gerçekleştirilemeyeceği hallerde anons ile çağrı yapar. Toplanma gerçekleşmezse özel telefonlardan tek tek aranarak ekibin toplanması sağlanır. Bu durumda gerçekleştirilemiyorsa çağrı merkezi OYE personellerine ulak ile toplanma konusunda sözel olarak ekibi göreve çağırır.
- ✓ Organizasyon şemasında görevlendirilen personeller acil durum ve/veya afet hallerinde İşAT larına uygun şekilde görevlerini yerine getirir, olayın durumuna göre ihtiyaç halinde; söndürme, kurtarma, koruma ve ilk yardım ekipleri destek olarak görevlendirilir.
- ✓ Olayın durumuna göre Olaya Özel Planlar (Deprem, Yangın, Sel-Su Baskını, Tahliye vb.), ilgili SOP ları ve var ise algoritmaları açılır.

Triyaj Yönetimi ile ilgili olarak aşağıdaki adımlar takip edilir ;

- ✓ Triage alanı acil durum krokisinde belirlenmiş olan alana kurulur. Bu alan hastane acil bölümünün yan tarafındadır. Bu alan kullanılmadığında bina içerisinde acil bölümünün polikliniklere giden koridora kurulur. Bu iki durumda gerçekleştirilemediği zamanlarda OYE' nin öngördüğü alana kurulur.
- ✓ Triage alanının kurulması için triyaj sorumlusu görevlendirilir. Görevlendirilen personel Tıbbi Bakım Sorumlusu ile birlikte alanın kullanıma hazır hale getirilmesini sağlar. (Defibrilatör, crash card, monitör, tedavi arabaları, tıbbi ve sarf malzemeler ve triyaj önceliğini belirleyen renkli brandalar vb.)Bu alana teknik ekipmanları sağlama görevi de Alt Yapı Sorumlusuna bağlı olan kişiler tarafından yapılır. (Jeneratör, aydınlatma, çadır, acil müdahale arabası vb.)
- ✓ Triage sorumlusu izin vermedikçe hasta yakınları içeriye alınmaz. (çocuk vakalar hariç)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 89 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Triyaj sorumlusu triyaj alanı ile ilgili değerlendirmeleri Acil Servis Birim Sorumlusuna ileterek koordinasyonu sağlar.
- ✓ Hastaneye birden çok hasta başvurusu olduğu durumlarda OYE durumu değerlendirmeli ve Turkuaz kod için çalışmalar başlatılmalıdır. Gerek görülürse kod verilmelidir.
- ✓ Çok fazla hasta yaralı vb. geleceği düşünülerek kan, ilaç, tıbbi sarf, çalışan personel, vb. ihtiyaçlar OYE tarafından değerlendirilir. Bu çalışmalar için ilgili SOP lar kullanılmalıdır.
- ✓ Triyaj yapıldıktan sonra hastaların durumuna ve hastanenin mevcut durumuna (mevcut durum Tıbbi Bakım Sorumlusu aracılığı ile öğrenilir) göre değerlendirme yapılır. Hastalar kayıtları alınarak acil servise getirilir uzman hekimler tarafından konsülte edildikten sonra ilgili servislere nakledilir.

Kabul Edilmeyen Hastalar ile ilgili olarak;

- ✓ Kabul edilemeyen hastalar KKM ile koordinasyon halinde sevk edilir. Hastaların özel eşyaları hasta ile birlikte gelen ekibe imza karşılığında teslim edilir.

Hasta Eşyalarını kayıt ve saklama ile ilgili olarak;

- ✓ Hastalardan çıkan kanıt niteliğindeki eşyalar, kişisel eşyalar veya vücudundan çıkabilecek maddeler kayıt altına alınır ve güvenlik eşliğinde imzalı bir şekilde torbalarda saklanır.

Trafik Akışı ile ilgili olarak;

- ✓ Acil durum ve/veya afet durumlarında güvenlik amiri koordinasyonunda koruma ekibi görevli personelleri ile hastane çevresi kontrol edilir. Araç giriş çıkışlarını kolaylaştırmak için personel görevlendirilir. Yolu tıkayan araçlar alandan kaldıtılır. Hastaneye ulaşımı sağlayabilecek alternatif yolların (Askeriye ve Hondanın yanındaki yol) açılması sağlanır.
- ✓ Hastane otoparkında yer açabilmek için personel araçlarının çekilmesi sağlanır. Hastaneye gelecek olan personellerin ulaşımı OYE tarafından değerlendirilir. Hastaneye güvenli bir şekilde giriş ve çıkış yolları belirlenir.
- ✓ Hastanenin bahçesinin de kullanılacağı göz önünde bulundurularak acil durum krokisine göre ayrılmış olan alanlardaki (geçici morg alanı, basın bilgilendirme alanı, toplanma noktaları vb.) organizasyon sağlanır. (Araçların kaldırılması, alanların çevrelenmesi, alanların levhalar ile tanımlanması)
- ✓ Hastanenin ambulansı acil servisin önündeki alanda hazır olarak bekletilir. Dışarıdan gelebilecek ambulanslar için acilin ön tarafı ayrılmıştır. Olay gerçekleştiği zaman hastane önünü meşgul eden araç ve kişiler güvenlik tarafından alandan uzaklaştırılır.

Hastane ve Personel Güvenliğinin Sağlanması İle İlgili Olarak;

- ✓ Hastane içi ve dışından olabilecek kalabalığı önlemek için Güvenlik ekibi görevlendirilir. Basın mecralarının kontrolsüz girişleri, hırsızlık ve gasp vakaları engellenir.
- ✓ Kolluk kuvvetlerinin hastaneye gelmesi/çağırılması durumunda güvenlik personeli, ekipleri hastane giriş kapısında bekler, karşılar ve OYE ile koordineli çalışmalarını sağlar. Güvenlik ekibi ile OYE arasında iletişim öncelikle dech sonra cep telefonu kullanılır. Bu ekipmanlar kullanılamaz ise telsiz verilerek iletişim sağlanır.
- ✓ Acil durum ve/veya afet durumlarında hastane içindeki yönlendirmeler kontrol edilmelidir. Tehlikeli alanlar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 90 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

belirlenmelidir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmalar başlatılmalıdır. Hastane içerisinde mevcut olan acil durum yönlendirme levhaları akülü olarak tesis edilmiştir. Ancak acil durumlarda OYE tarafından yapılacak değerlendirme neticesinde gerekli görülürse ilgili alanların kapatılması, hastaların yönlendirilmesi veya oluşacak tehlikeleri bildirecek yönlendirme işaretleri konulur.

- ✓ Konulacak yönlendirme tabelalarının İş güvenliği uzmanı tarafından kontrolü sağlanır ve değerlendirilir.
- ✓ Hastane emniyeti için gerekli olan aydınlatma sağlanır.
- ✓ Çalışanların iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için bu konuda hazırlanmış olan talimat dikkate alınarak çalışılmalıdır.
- ✓ Olası enfeksiyonlardan korunmak için olay öncesi ve sonrasında tedbirler alınır.
- ✓ Kayma, düşme, takılmaları önlemek için uyarı levhalarının konulur, gerekli önlemlerin alınır.
- ✓ Personellerin güvenli bir şekilde çalışmaları için gerekli önlemler İş Güvenliği Uzmanı ile değerlendirilir. Ayrıca personellerin güvenli çalışmaları için uygun ayakkabı, eldiven, maske, gözlük vb. kişisel koruyucuları temin edilerek alanlara dağıtılır. Personeller yapacakları çalışmalar ile ilgili tehlikeye düşürülmez.
- ✓ Hastane içinde bulunan hasta, hasta yakınları ve çalışanların sakinleştirilmesi, ilgili alanlarda tutulması veya sevk edilmesi için kurtarma ekibi ile birlikte çalışma yapılır.
- ✓ Ekipman, malzeme vb. eşyaların transferi yapılacak ise öncelikle kurtarma ekibine bilgi verilir. Kurtarılacak ekipmanların transferi sırasında gerekli güvenlik önlemlerinin alınması sağlanır. OYE hastane krokilerinden yararlanarak transfer edilecek güvenli alanı belirler, bu alan olayın durumuna göre hastane içinde veya dışında bir yer olabilir. Transfer tamamlandıktan sonra ekipmanların güvenliği için önlem alınır.

Basın ve Toplumun Bilgilendirilmesi İle İlgili Olarak;

- ✓ Halkla İlişkiler Sorumlusu basın mensupları ile ilgili süreci yöneten kişidir.
- ✓ Basın mensuplarının hastaneye geldiklerinde kontrolsüz şekilde davranmalarının önüne geçmek için hastanenin ana giriş kapısının karşısında bulunan otopark alanına bekleme alanı oluşturulur. Basın mensuplarının ayırt edilebilmesi için basın kartları kontrol edilerek sarı yelek verilir.

Bilgi Yönetimi;

- ✓ Kurumlar arasındaki yapılacak çalışmaların detaylı bir şekilde bildirilmesi sağlanır.
- ✓ Bilgi akışında Kurumlar Arası Koordinasyon Şefi aktif rol oynar.
- ✓ Bilgilendirmeler karşılıklı olarak yazılı, açık, net, kısa ve anlaşılır bir şekilde yapılır.

Personel Yönetimi İle İlgili Olarak;

- ✓ Acil durum ve/veya afet durumları gerçekleştiğinde personel ihtiyacı değerlendirilir.
- ✓ Hastane personelinin yetersiz kaldığı ve destek olabilecek personel sağlanamadığı durumlarda sivillerden emekli, izinli, başka kurumda görevli sağlık personelleri yardım için talepte bulunabilir. Bu tarz durumlarda İnsan Kaynakları gönüllü listesini tutar ve OYE tarafından istendiği zaman Lojistik Şefine bu listeyi teslim eder. Liste içerisinde belirlenen sağlık personellerinin hastane içinde mesleğine uygun pozisyonda görevlendirilir. Görevlendirilecek personeller mutlaka kayıt altına alınır ve tehlikelerle ilgili bilgilendirme yapılarak alana gönderilir.
- ✓ Acil durumlarda oluşabilecek aksaklıkları en aza indirmek için görevlendirilecek personellerin yedekleriyle

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 91 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

birlikte organize edilmesi sağlanır.

- ✓ Personeller görevlendirilirken sağlık ve kişisel durumları da göz önüne alınır.
- ✓ Olay uzun süreli olursa belirli aralıklarla personel değişimi yapılır.

Psikososyal Risklerin Yönetimi İle İlgili Olarak;

- ✓ Olayların uzun sürmesi ve yaşanan durumlardan ötürü sağlık ve psikolojik sorunları oluşan personeller için yedekleri görevlendirilir.
- ✓ Psikososyal desteğe ihtiyacı olan önce çalışanlar olmak üzere daha sonra varsa hasta ve hasta yakınlarına da tedavi ve yönlendirmeler yapılır.
- ✓ Hastane içinde tedavi ve destek sağlanamayan durumlarda ilgili branş hastanelerine yönlendirilir.

Hizmetlerin Aksaması İle İlgili Olarak;

- ✓ Hastanedeki her birimin çalışmasını yedekleyebilecek hizmet alımları veya yardımcı kuruluşlar ile iletişime geçilir. Örneğin Laboratuvar hizmetlerinin aksaması, sterilizasyon hizmetlerinin aksaması, çamaşırhane hizmetlerinin aksaması, tıbbi gaz ihtiyacı vb.
- ✓ Hizmet alımı ile ilgili aksamaların önüne geçmek için protokol yapılan kurumlarla iletişime geçilir.
- ✓ Protokol yapılmış olan kurumlardan hizmet veremeyecek durumda olan firmalar için alternatifler araştırılır.

Alt Yapı Hizmetlerinin Yönetilmesi ile ilgili olarak;

- ✓ Hastanedeki acil durumlarda kazalara neden olabilecek gaz (tıbbi ve doğalgaz), elektrik, LPG gibi teknik durumların stabil hale getirilir.
- ✓ Jenaratör, ups, kompresör vb. alt yapı ekipmanları kontrol edilir.
- ✓ İklimlendirme ve havalandırma sistemleri her zaman çalışır halde tutulur.
- ✓ Alt yapı hizmetlerinde aksama durumunda alt yapı sorumlusundan bilgi ve yardım alınır.

Alt yapı çalışmalarında hastaneye hizmet veren alt yükleniciler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir;

Alt Yüklenici	Adres	Telefon
AKSA JENERATÖR	ÇORLU	0530 940 87 83
ÇORLU BOBİNAJ	ÇORLU YENİ SANAYİ	0507 315 73 05
ENEL UPS	ÇORLU	0536 841 83 58
ESN ENERJİ İT PANOLARI	İSTANBUL KARTAL	0212 969 02 69
HABAŞ MEDİKAL TÜPLER	ÇORLU SAĞLIK MAH.	0533 452 52 04
HEPA ÖLÇÜM HÜNERLİ	İSTANBUL KÜÇÜK ÇEKMECE	0554 971 71 70
İNTEGRAL	ÇORLU SAĞLIK MAH.	0531 784 00 48
SAVTEK (OTOKLAV)	İSTANBUL ÜSKÜDAR	0535 476 49 08
REKLAM 59	ÇERKEZKÖY	0541 288 22 59
SİMEKS SWİSSLOG (PNÖMATİK)	İSTANBUL BEŞİKTAŞ	0850 460 09 00
POLAR SU ARITMA	TEKİRDAĞ	0530 955 80 24
SİTELER ASANSÖR	ÇORLU	0282 653 20 50

SANİHİDRO (ATIK POMPALARI)	İSTANBUL KARTAL	0212 275 30 88
ELT TEKNİK (TASKİ YIKAMA ARABALARI)	ÇORLU	0216 766 08 19
MAVİLİ (YANGIN SİSTEMİ)	ÇORLU	0544 932 19 93
BİRLİK (YANGIN TÜPLERİ)	ÇERKEZKÖY	0212 858 16 47-48
YILDIZ SOĞUTMA (MORG DOLAPLARI)	İSTANBUL	0532 413 32 87
ATKOM (KOMPRESÖR)	ÇORLU	0282 673 27 78
ÖZCAN KARDEŞLER (OKSİJEN SANTRALİ)	İSTANBUL İKİTELLİ	0212 549 54 00
EMSE POMPA	ÇORLU YENİ SANAYİ	0282 673 73 22
ARMADA (ARITMA YUMUŞATMA SİSTEMLERİ)	TEKİRDAĞ	0533 057 80 59

Verilerin İşlenmesi ve Muhafaza Edilmesi;

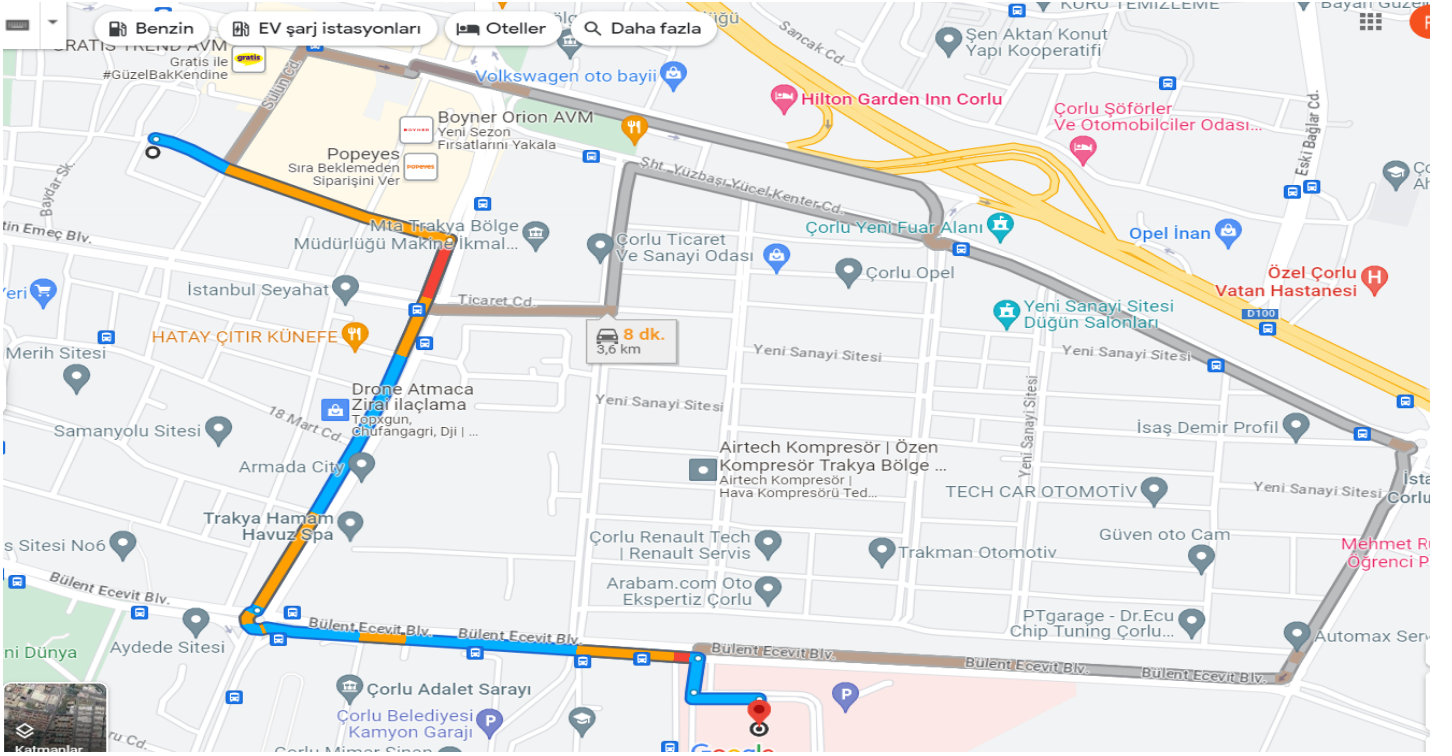
- ✓ OYE ye bağlı personeller kullandıkları dokümanları bağlı olduğu şefe imzalı bir şekilde teslim eder. Şefler kontrol edip onayladıktan sonra Acil Durum Sonlandırma Sorumlusuna kontrol için gönderilir. Daha sonra HAP başkanına konuyla ilgili bilgilendirme yapılır.
- ✓ Acil durum sonlandıktan sonra OYE de toplanan tüm evraklar dosyalanarak arşive kaldırılır. Bu evraklar saklanmak üzere muhafaza edilir.
- ✓ Hastaların sevk ve/veya tahliye edilmesi gereken durumlarda hasta dosyası yanlarında gönderilir. Bilgilerin üçüncü kişiler tarafından görülmesi güvenlik görevlisi tarafından engellenir.
- ✓ Gelen veya sevk edilen hastaların bilgileri elektronik ortamda kayıt altına alınır. Elektronik ortamda tutulmıyor ise ilgili formlara elle işlenir.
- ✓ Hastaya ait evraklar özel dosyasında ve her birimin sorumlusu tarafından muhafaza edilir.

AMP' nin Sonlandırılması İle İlgili Olarak;

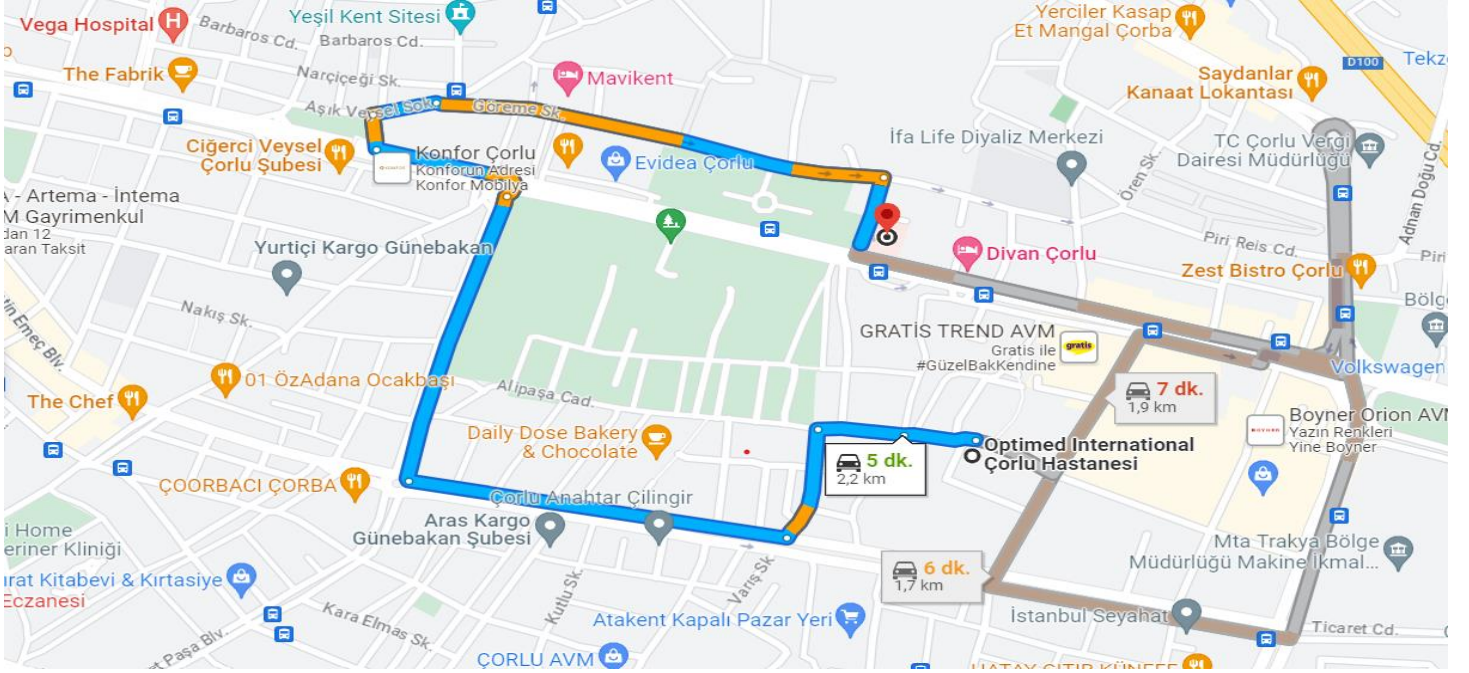
- ✓ Acil durum ve/veya afet durumları yönetildikten sonra hastanenin işleyişini etkilemeyecek ve hastaneye risk oluşturmayacak duruma gelindiğinde OYE tarafından sahada gözlemler yapılır, fiziki ve teknik açıdan herhangi bir problem yoksa hastane Yeşil Kod SOP una göre Yeşil Kod anonsu verilir ve kademeli olarak normal işleyişine döner. Olay ile ilgili hastanede belli bölümlerde oluşan hasara göre değerlendirme yapılır. Emniyet şartları sağlandıktan sonrakademeli olarak normal işleyişe dönülür.

Bölgedeki Hastaneler ve Telefon Numaraları

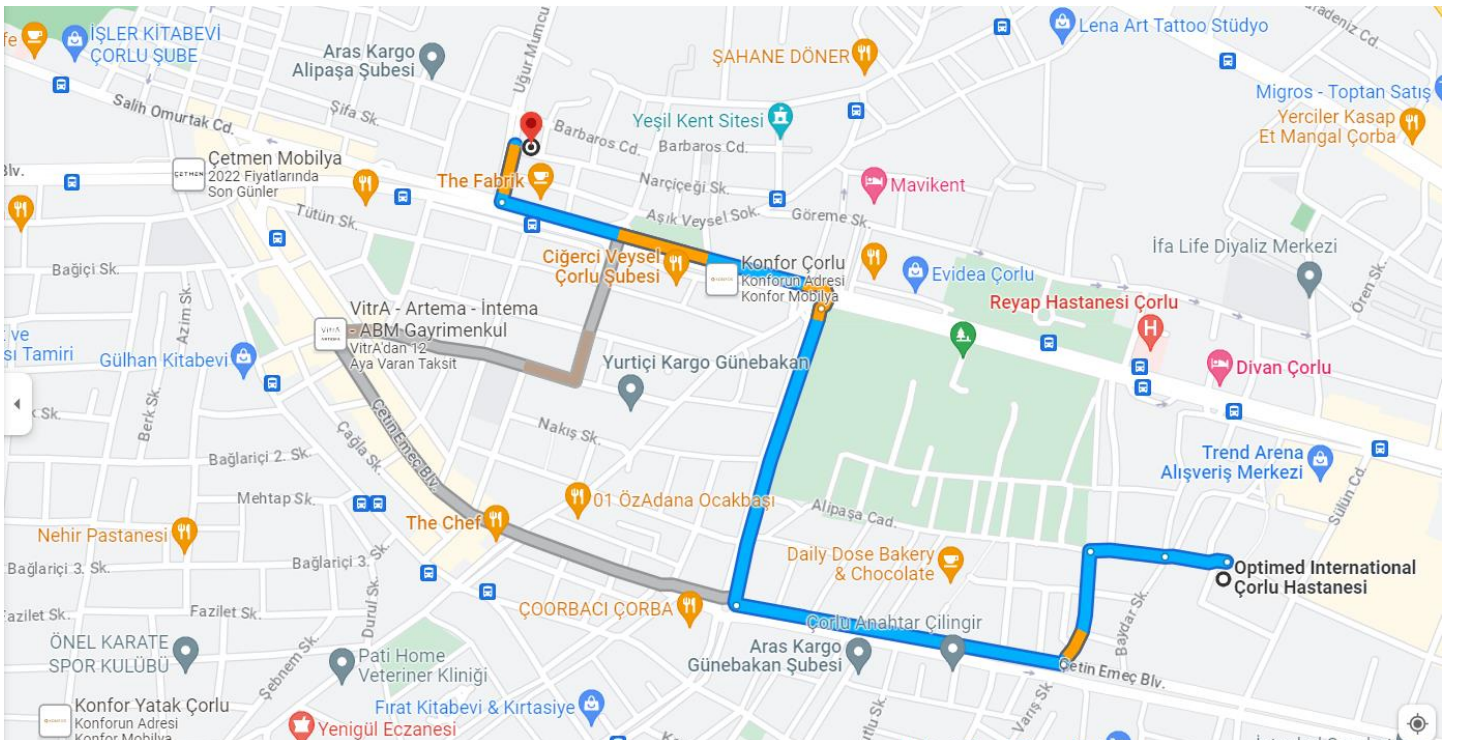
KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLI K
ÇORLU DEVLET HASTANESİ	(0282) 693 33 00	3,6 KM (TAHMİNİ 8 DAKİKA)



KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLI K
ÖZEL ÇORLU REYAP HASTANESİ	(0 282) 684 02 00	2,2 KM (TAHMİNİ 5 DK)



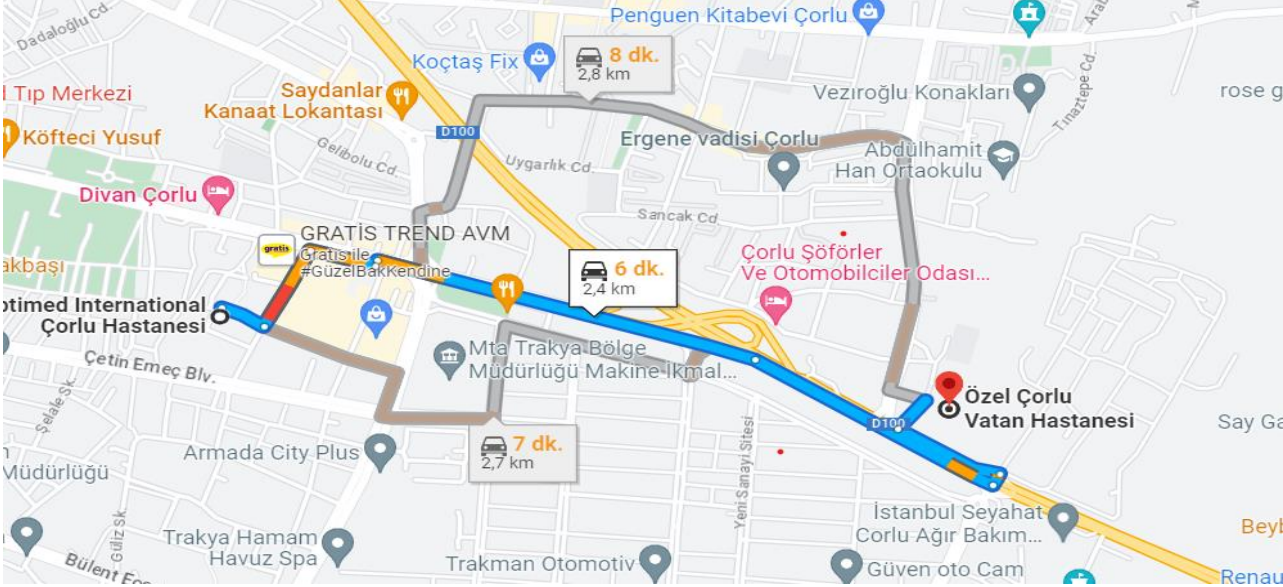
KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLIK
VEGA HASTANESİ	(0282) 693 34 00	1,8 KM (TAHMİNİ 5 DK.)



KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLIK

VATAN HASTANESİ

(0282) 673 73 73

2,4 KM (TAHMİNİ 6
DK.)

KBRN VAKASI ALAN KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLI K
ÇORLU DEVLET HASTANESİ	(0282) 693 33 00	3,6 KM (TAHMİNİ 8 DAKİKA)
ÇERKEZKÖY DEVLET HASTANESİ	(0282) 736 80 00	28 KM (TAHMİNİ 36 DAKİKA)

YANIK ÜNİTESİ VE MERKEZİ OLAN EN YAKIN
HASTANELER

HASTANE ADI	ADRESİ	TELEFONU
İSTANBUL FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	E-5 KARAYOLU ÜZERİ ATAŞEHİRİSTANBUL	(0216) 578 30 00
İSTANBUL BAĞCILA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	MERKEZ MAH.ESENLER CAD.6.SOK. BAĞCILAR /İSTANBUL	(0212) 440 40 00
İSTANBUL KARTAL DR.LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	ŞEMSİ DENİZER CAD.E-5 KARAYOLU CEVİZLİ MEVKİİ / KARTAL/İSTANBUL	(0216) 441 39 00
İSTANBUL ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE	ÜNİTE HALASKARGAZİ CAD.	(0212) 373 50 00

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 96 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

ARAŞTIRMA HASTANESİ

NO:10 ŞİŞLİ

Hastaların Sevkleri Yapılırken Aşağıdaki Durumlar Ön Görülmelidir;

Yenidoğan YB	Özel Bir Nefes Hastanesi/Özel Optimed Hastanesi
Travmalar	Çorlu Devlet Hastanesi
Yoğun Bakım	Özel Bir Nefes Hastanesi/Özel Optimed Hastanesi
Psikiyatri	Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hast.
Mahkumlar	Çorlu Devlet Hastanesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 97 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

2. HASTANE İÇİ YANGIN OLAYA ÖZEL PLANI

Hastanelerde yangın durumları en sık rastlanan acil durumlardır. Bu planın amacı çalışanlara yangın söndürücülerin nerede olduğunu, yangınla nasıl mücadele edileceğini, tahliyenin nasıl başlatılacağını ve itfaiye ile nasıl iş birliği yapılması gerektiğini bildirmektir. Bu plan yangın ile ilgili eğitimlerde kullanılıp, tüm personelin söz konusu planı okuması sağlanmalıdır.

2.1. Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)

- ☐ Hastanede bina içi yangınlarda 4444 hastane içi dahili numara) yangının türünü ve yerini bildirin.

Yangın Türleri;

A Sınıfı Yangınlar: Alevli ve korlu yanabilen katı madde yangınlarıdır. Söndürme prensibi soğutma veya yanıcı maddenin uzaklaştırılmasıdır. (Ör: Odun, kömür, kağıt, rulo kumaş, rulo kağıt, kauçuk, plastik vb.)

B Sınıfı Yangınlar: Yanabilen sıvılar bu sınıfa girer. Söndürme prensibi soğutma (sis halindesi), köpük ve boğma ile söndürülebilir.(benzin, mazot, gazyağı, alkol, tiner, makine yağları, laklar, yağlı boyalar, solvent vb)

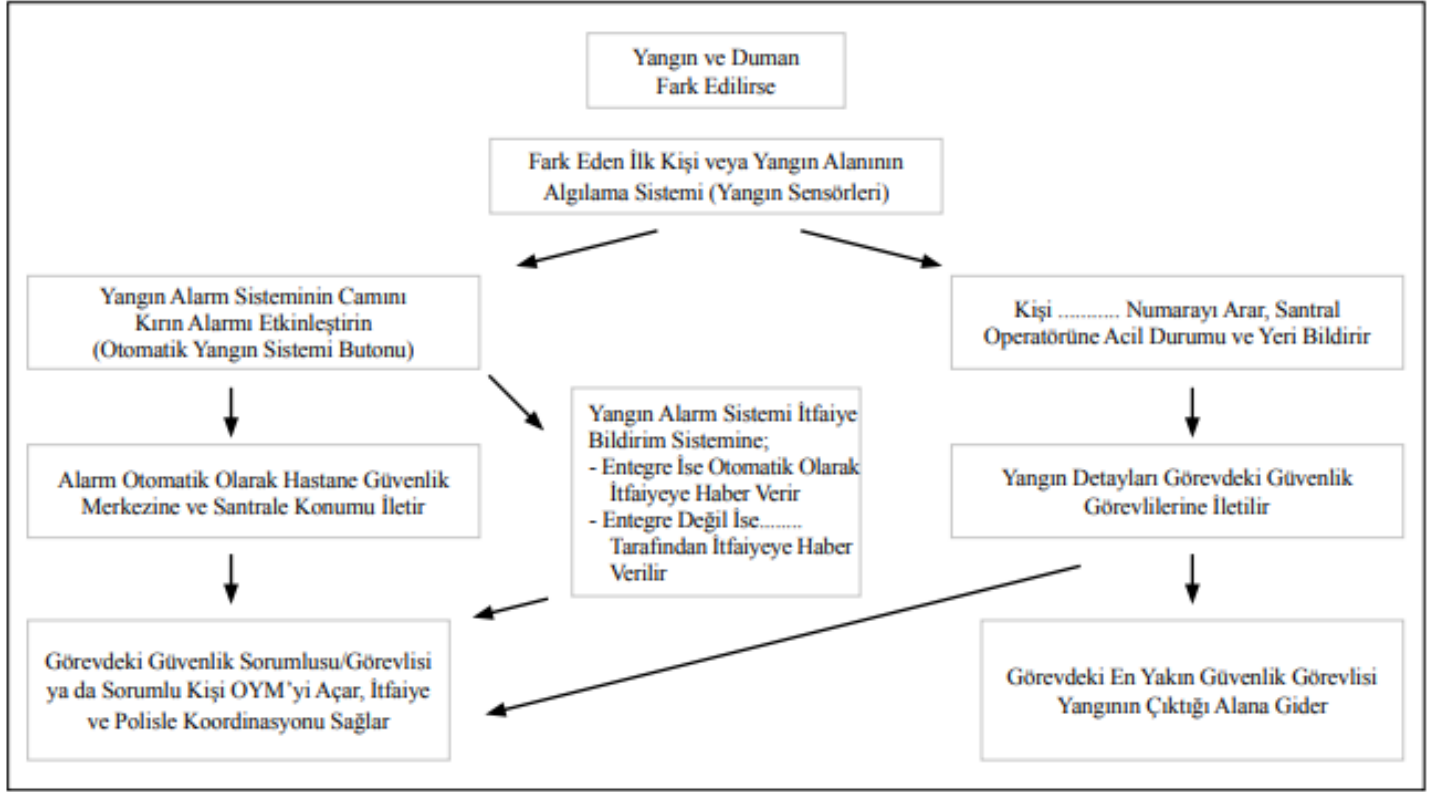
C Sınıfı Yangınlar: Yanabilen gazların sebep olduğu yangınlardır. C sınıfı yangınlar alevlidir ve patlama şeklinde büyük yangınlara sebep olurlar. Söndürme prensibi gazı kaynağından kesme, (Kuru Kimyevi Toz) KKT, CO2,kaçak ve sızıntıda ortam havalandırılmalıdır. (Ör. LPG, doğalgaz, metan, propan, asetilen, hidrojen vb.)

D Sınıfı Yangınlar: Yanabilen hafif metallerin ve alaşımların yanmasıyla meydana gelir. D sınıfı yangınlara karşı Su, CO2, KKT kullanılmaz. Söndürme prensibi ısıyı emebilen kuru kum, toprak, döküm talaşı hafif metal söndürme tozu (d tozu) (ÖR:Magnezyum, alüminyum, sodyum, potasyum, lityum ve bunlarla karışımli maddeler).

F Sınıfı Yangınlar: Yağ yangınlarıdır. Mutfakta kullanılan kızartma yağlarının yanması sonucu oluşur. Boğarak söndürme yöntemi kullanılır. (Yangın battaniyesi)

- ☐ Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- ☐ Yangın süresince, alarla ilgili arama/görüşmelerin dışında tüm telefon konuşmalarını derhal sonlandırın.
- ☐ Sizin için tehlike arz etmiyorsa, **kendi güvenliğinizi sağladıktan sonra:**
- ☐ Doğrudan tehlikede olanları kurtarın ve kapıları kapatarak yangını/dumanı izole edin.
- ☐ Yangından etkilenen ve riskli olan alanlardaki tüm oksijen kaynaklarını ve elektrikli ekipmanı **hasta güvenliğini sağladıktan sonra** kapatın ve mümkünse izole edin.
- ☐ Yangını söndürmeye çalışın; yangın kontrol altına alınamıyorsa zaman kaybetmeyin, tahliyeyi başlatın (bkz:Tesis Tahliye Planı), binayı boşaltın.
- ☐ Alanın güvenliğinden sorumlu kişinin vereceği talimatları izleyin.
- ☐ Tüm sağlık personeli (yöneticiler dahil) ve destek personel güvenlik sorumlularının talimatlarını izlemeli ve kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmamalıdır.
- ☐ Yangın sırasında giysileriniz alev alırsa, **Dur, Yat, Yuvarlan** prensibini uygulayın. Paniğe kapılmayın ve koşmayın, alev büyür. Hemen, nispeten tehlikesiz bir yerde durun ve üzerinizde yanan kısım yere gelecek şekilde yere yatın. Alevlerden kurtuluncaya kadar yuvarlanın. Karşınızdakinin giysisi alev alırsa, aynı şekilde durdurun, yatırın/düşürün, yuvarlanmasını sağladıktan sonra alevli, dumanlı yerden uzaklaştırıp sağlık müdahalesinde bulunun (yangın söndürücü battaniye kullanılabilir)

2.2. Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması



Şekil 1 Yangın/Duman Müdahalesinde Bilgi Yönetimine İlişkin İş Akış Şeması

Yangına müdahale Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç prensibine dayalıdır.

Alarm Ver : Hemen bakım sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (güvenlik amiri, birim sorumlusu vb).

Kurtar : Personel, yangının başladığı oda ve bitişik odalardan hastaları çıkarma ve yangınla mücadele etmeye yardımcı olur.

- ☐ Tüm hastalar dumansız bir alana tahliye edilinceye kadar ilk kurtarılan hastalar en yakın güvenli yangın kapısının hemen dışına taşınır. Zaman alıcı ve kargaşaya neden olabilecek merdivenleri kullanarak boşaltma yöntemi yerine, yatay tahliye tercih edilebilir.
- ☐ Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir. Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- ☐ Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye, pike vb. verilmelidir.
- ☐ Boşaltılan odanın/alanın görsel ve sesli taramasından sonra, odanın içinde kimsenin olmadığından emin olunduktan sonra odanın/alanın girişi/kapısı X işareti ile işaretlenmelidir. Tahliye sonrası hastaların yönlerini şaşırtarak tekrar aynı birime girmelerini engelleyebilmek için bu işaretler güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde yazılı olmalıdır.
- ☐ Bulunamayan hastalar için dolapların içi, yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.

Kontrol Altına Al :

- ☐ Yangınla mücadele profesyonel yardım ulaşınca kadar Yangın başlangıç yangını ise yangın söndürücü tüpler ile ilk müdahaleyi yapınız.(İlk 1-2 dk içerisinde)
- ☐ Eğitim almamış personel taşınabilir yangın söndürücüler veya yangın dolaplarını kullanarak yangına müdahale etmemelidir.
- ☐ Alevler kontrol altına alınamadığında yangınla mücadele etmeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir. Yangının meydana geldiği odanın kapı ve pencerelerini kapatarak yangını kontrol altına alınmalıdır.
- ☐ Tıbbi gaz vanaları ve havalandırma sistemi kapatılmalıdır. Kapılar tekrar açılmamalı, böylece yangının odadaki oksijeni tüketerek sınırlı kalması sağlanmalıdır. Kapıyı açmak içeriye doğru ani bir hava akışına sebep olabilir, bu da oksijensiz kalmış aşırı sıcak gazların alev almasına yol açar. Bu durum, koridora alev topu şeklinde yayılacak bir patlamaya neden olabilir.
- ☐ Elektrik ve oksijen vanaları kapatılmalı, tehlikeli maddeler bölümden uzaklaştırılmalıdır.
- ☐ Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirlidir.
- ☐ Tutuşabilir maddeler ve malzeme alandan uzaklaştırılmalıdır.

Tahliye Et / Kaç:

- ☐ Hastanenin alanlarında her zaman yangına müdahale için eğitimli personel bulunur. Yangın halinde güvenlik personeli olay yerinde bulunur ve yangın bölgesinin güvenliğini düzenler.
- ☐ Tahliye yapılacaksa, tahliye haritaları/krokilerine uyulmalıdır.
- ☐ Tehlikenin geliştiği alandaki hastaları başka bir alana tahliye ediniz. Bunu yaparken asansörlerin ve merdivenlerin kullanılmasını engelleyiniz. Acil çıkış kapılarını kullanınız
- ☐ Hastaların kendi başlarına hareket etmesi engellenmeli, personel eşliğinde çıkarılacakları ve panik yapmamaları konusunda uyarılmalıdır.
- ☐ Yangın bir bölümdaki hastaların tahliye edilmesini imkansız hale getirebilir, bu durumda hastalar odalarında tutulmalıdır. Tüm kapı ve pencereler kapatılmalı (Kapı Altına ıslak çarşaf konulabilir)ve koridorda, itfaiye ekiplerinin kurtarma işlemlerini zorlaştıracak olan engeller kaldırılmalıdır. Bu durumda personel kendi servisinin dışından veya tam donanımlı itfaiye ekiplerinden gelecek yardımı beklemelidir.
- ☐ Binadan çıkış olanaksızsa, yatak altlarına dolaplara saklanılmamalı, pencereden dışarıdakilerle iletişim kurulmaya çalışılmalıdır,
- ☐ Dumandan boğulmamak için yardım gelene kadar eğilerek hareket edilmeli, ağız ve burun ıslak bez ya da mendille kapatılarak nefes alınmalıdır,
- ☐ İtfaiye ekipleri olay yerine ulaştığında onların çalışmalarını zorlaştıracak müdahalelerden kaçınınız.
- ☐ Bunları yaparken kendinizi ve başkalarını tehlikeye atmayınız,
- ☐ Görevlilerden başkasının yangın sahasına girmesine mani olunuz,
- ☐ Yaşam fonksiyonları tıbbi cihazlarla sağlanan hastaların yaşam bulgularının devamı için gereken tıbbi tekniklerinin kullanılmasını sağlayınız.
- ☐ Binada bulunan yangın ve acil durum mücadele ekiplerinin uyarılması ve itfaiyeye haber verilmesi için sesli ve ışıklı uyarı cihazları ve direkt hatlar veya diğer iletişim ortamları üzerinden data iletişimi, ile yapılır.

Santral Tarafından Yapılacaklar

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 100 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ☐ Santral hemen HAP Başkanına Haber verir.
- ☐ Hap Başkanı yoksa Operasyon şefine, yoksa İş güvenliği uzmanına yoksa diğer OYE yetkililerinden birine haber verir.
- ☐ HAP Başkanından gelen “**Kırmızı Kod verin**” geri bildirim sonucunda, santral görevlisi yangın yerinin ismini vererek **KIRMIZI KOD** anonsu ile hastaneye duyuru yapar. Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Lütfen Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır.
- ☐ Yangının yerini en kısa zamanda ve doğru şekilde bildirin.
- ☐ Olay yönetim ekibine yangının cinsini (katı, sıvı, gaz), binanın hangi bölümünde başladığını, boyutunu bildirin.
- ☐ Her yangın ihbarı sonrasında mutlaka İtfaiye aranacaktır.
- ☐ Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir.

2.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- ☐ Yangın alarmı verildiği an Olay Yönetim Ekibi (OYE) hemen faaliyete geçirilir, OYM de toplanır.
- ☐ HAP Başkanı başkanlığından sahadan gelecek bilgileri yorumlayarak acil durumu yönetir.
- ☐ HAP Başkanının talimatı ile Kurumlar Arası Koordinasyon Şefi;
- ☐ Vakit kaybetmeden İtfaiye ile teması tekrar sağlar,
- ☐ Polis ile teması sağlar,
- ☐ 112 AÇM/KKM/İL SAKOM ile ilk teması sağlar,
- ☐ İlerleyen dakikalarda tahliyenin gerekli olup olmayacağına karar vermek için ilk değerlendirmeyi yapar. Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği, diğer servisler gibi alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar (Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan’da dikkate alınmalıdır).
- ☐ **Olay Yönetim Ekibi** toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:
- ☐ Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, diğer hastaneler) sürdürür,
- ☐ Hastaların tahliyesi ve başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,
- ☐ Kurtarma fliyetlerini güvenlik sorumluları ile birlikte yönetir.

Olay sırasında OYE nin izlemesi gereken yol aşağıdaki gibidir;

Bir olay karşısında HAP Başkanı aşağıdaki hususları yerine getirir,;

**Olay Yönetim Merkezine Gidin ve
KONTROLÜ DEVİR ALIN.**



**Durumu aşağıdaki şekilde
DEĞERLENDİRİN:**

2.3.1. Ne oldu?

2.3.2. Nerede oldu?

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 101 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- 2.3.3. Alarm sireni çaldı mı?
- 2.3.4. Acil Durum (Emergency) Kapama Sistemleri aktif hale getirildi mi?
- 2.3.5. Sabit Yangın Söndürme Sistemleri aktif hale getirildi mi?
- 2.3.6. Yangına ilk müdahale yapıldı mı?
- 2.3.7. Bütün personel emin bir şekilde bölgeden çıkarıldı mı?
- 2.3.8. Kaç kişi yaralandı?
- 2.3.9. Kaç kişi içeride sıkıştı?
- 2.3.10. Hava şartları, rüzgâr yönü vs.
- 2.3.11. Teknik alt yapının durumu nedir? (Doğalgaz, O2 vb.)

Aşağıdaki acil yardım servislerini çağırması için Kurumlar Arası Koordinasyon Şefini görevlendirin:

- ☐ İtfaiye- Polis- Ambulans Servisi- Afad-UMKE vb.
- ☐ Görevlendirilen personelin durumun detaylarını doğru olarak ilettiğine EMİN OLUN.
- ☐ Acil Hizmet Servislerini Hastanenin kapısında karşılaması için Operasyon Şefine GÖREV VERİN.
- ☐ Ne olduğunu ve acil durum servislerinin geleceğini güvenliğe bildirin.
- ☐ Operasyon Şefi güvenliğe hastanenin emniyet altına almalarını bildirin.
- ☐ Eğer gerekirse, Sağlık Bakanlığına durum hakkında tavsiye ve/ veya bilgi alışverişinde de bulunun. Bunu özet olarak yapın ve daha fazla bilgiyi sonra vereceğinizi bildirin.
- ☐ Eğer gerekirse, bütün personelin emin bir yerde toplanması için talimat verin ve yoklama için acil durum toplanmanoktası sorumlusunu görevlendirin.

Durumu tekrar gözden geçirin, yaptıklarınızı ve aşağıdakileri kontrol edin:

- ☐ Hastane kapandı mı?
- ☐ Durumu nedir?
- ☐ Gaz ve elektrik besleme hatları kapandı mı?
- ☐ Tam bir boşaltma gerekiyor mu?
- ☐ Acil hizmet birimlerine bilgi verildi mi?
- ☐ Personel güvenli bir şekilde toplandı mı?
- ☐ Görevlendirilen personel verilen görevleri yerine getiriyor mu?

Acil yardım servislerini beklerken aşağıdaki hususları organize edin:

- ☐ Hastane plânlarının kopyaları
- ☐ Yangın söndürme ekipmanlarının yerini gösteren diyagramları temin edin.
- ☐ Hastanedeki havalandırma ve sirkülasyon sistemi gaz ve duman gibi zehirli maddeleri taşımaması için önlemler alınmalıdır.
- ☐ Gaz vanalarının yeri, nasıl kapatılacağı ve hangi alanı beslediğine dair yazılı görsel uyarılar doğrultusunda bu iş için önceden görevlendirilen personel çalışmalara başlamalıdır.
- ☐ Hastanedeki LPG, Doğalgaz, O2 santrali, vb. teknik altyapının yangını arttırmaması için gerekli olmayanların

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 102 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

kapatılması sağlanmalıdır. Acil durumlarda otomatik şekilde sistemlerin kapanmasını sağlayın veya elle kapatılacak vanaların nereden kapanacağı belirlenmelidir.

- ☐ Vanalar kapatılmadan önce Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) gibi kritik birimler özellikle bilgilendirilmeli ve alternatif önlemlerin nasıl alınacağı belirlenmelidir.
- ☐ Yangın alarmı verildiğinde odalara katlardaki Birim sorumlularının belirleyeceği kişiler tarafından bilgilendirmeleri ve yapacakları hakkında bilgi verilmelidir. Kargaşa ve panik önlenmelidir.

Acil yardım servislerinin gelmesinden sonra aşağıdaki hususları yerine getirin:

- ☐ Acil sorumlusu ile iletişim kurun.
- ☐ Onlara bir kılavuz sağlayın.
- ☐ Olayın durumunu kısaca özetleyin. Yer, Kişi sayısı, Yangın çeşidi vb.
- ☐ Hastane ve Yangın Söndürme Yer Plânlarını verin.
- ☐ Ne şekilde bir yardım istediklerini sorun.

Yangına Müdahale Ekibinin Yapacakları

- ☐ Öncelikli olarak Söndürme Ekibi çalışmaları sırasında kesinlikle kendi güvenliğini ve diğer kişilerin güvenliklerini tehlikeye sokmamalıdır. Bu çerçevede;
- ☐ Duman algılama sistemlerinin kontrolleri yapılmalıdır. Sistemdeki tespitler yapacak sistem kontrol edilmelidir.
- ☐ Söndürmenin etkili olması için 1-2 dakika içerisinde yapılması gerekmektedir. Bu nedenle çalışmalara çok kısa zaman da başlanmalı ve vakit kaybedilmemelidir.
- ☐ Söndürme ekibinde görevli personelin ikisi en yakınında bulunan yangın söndürme cihazlarını ve/veya yangın hortumunu alarak olay yerine gidecektir ve söndürme hazırlıklarına başlayacaktır.
- ☐ Diğer iki personelde gaz maskelerini ve diğer koruyucu ekipmanları alarak olay yerine gidecektir.
- ☐ Malzemeleri getiren ekip ile söndürücüleri hazırlayan ekip yangın alanında buluşurlar.
- ☐ Yangın hemen ilk müdahaleyi yapacaktır.
- ☐ Yangın, müdahale edebileceğiniz bir aşamadaysa; kendinizi ve başkalarını tehlikeye atmadan söndürme çalışması yapın. Büyük yangın veya duman varsa kesinlikle ek önlemler almadan müdahale edilmemelidir.
- ☐ Yangın müdahale edilemeyecek kadar büyümüş ise sadece yangının diğer alanlara sıçramasını engelleyecek önlemler alınmalıdır.
- ☐ Söndürme ekibi aldığı eğitim doğrultusunda yangına müdahale etmelidir.
- ☐ Söndürme ekip lideri olay yönetim ekibine gerekli bildirimleri yapmalıdır. Yangın durumu, çeşidi, etkilenen kişi sayısı, tahliye şartları vb. bilgiler.
- ☐ İtfaiye ekipleri geldikten sonra da Söndürme Ekibi İtfaiye ekibine yardım etmelidir.
- ☐ Söndürme ekibi olay yerinde kurtarılması veya ilk yardım yapılması gereken personeller için diğer ekipler ile birlikte çalışmalıdır. Ekip liderleri OYE ile bağlantılı olmalıdır.

Söndürme Anında Dikkat Edilecek Hususlar

- ☐ Yangının söndürüleceği kapalı alana girmeden önce yangın söndürme cihazlarının çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.
- ☐ Yangın çıkan kapalı alanın camı kırılırken veya kapısı açılırken içeriden dışarıya doğru bir alev akımının

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 103 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

olacağı göz önünde bulundurulur.

- ☐ Dumanın alevden çok daha çabuk yayılacağı unutulmamalıdır.
- ☐ Duman dolu bir hacimde eğilerek veya sürünerek hareket edilmelidir.
- ☐ Duman içerisinde kalındığında veya dumanlı bir hacimden geçmek gerektiğinde gaz maskesi kullanılır. Bu yapılamıyor ise ağız ıslak bir mendil bezle kapatılır.
- ☐ Söndürme anında binalardaki malzemelerin özellikleri bilinmelidir.
- ☐ Alevli ve dumanlı ortama, yangına yaklaşma elbisesi ve maske (temiz hava tüpü ve aksamı) olmadan girilmez.
- ☐ Söndürme ekibi içeri girmeden kendini iple bağlar ve bu şekilde içeri girer.
- ☐ El feneri kullanılmalıdır.
- ☐ Yangına müdahalede öncelikle kendi sağlığımızın önemli olduğu unutulmamalıdır. (yanma sonucu havadaki oksijen azalarak karbondioksit miktarı artar, bu da solunum güçlüğüne ve ileri safhada ölümlere neden olur.)
- ☐ Yangın söndürme anında yangın bölgesinde kalan canlı varsa bu alandan çıkartılması için kurtarma ekibine haber verilir.
- ☐ Yangın alanında tehlikeli malzemeler varsa bunlar ortamdaki uzaklaştırılır.

Yangın Söndürme Tüpü Kullanımı

- ☐ Yangın söndürme cihazını yerinden al, yangın mahalline git.
- ☐ Dış alanda ise Rüzgâr istikametinde (Rüzgârı arkana alarak) alevlere 3-5 m. kalıncaya kadar yaklaş. İç alanda ise duman ve alevin durumuna göre 3-5 m kalıncaya kadar yaklaş.
- ☐ Tüpü ters düz et.
- ☐ Tetiği sabitleyen pimi çek.
- ☐ Hortum ve lansı yerinden çıkararak, alevlerin başlangıç kısmına tut.
- ☐ Tetiğe hızlı bir şekilde sertçe bas.
- ☐ Lansı sağa sola doğru hareket ettirerek, yangının her tarafına temasını sağla.
- ☐ Yangını önden arkaya, aşağıdan yukarıya doğru tarayarak söndür.
- ☐ Yakıtı akan veya damlayan yangınlarda yukarıdan aşağıya müdahale et.
- ☐ Yangın büyükse, birden fazla yangın söndürme cihazını arka arkaya değil de aynı anda birlikte kullan
- ☐ Yeniden alevlenmeye karşı dikkatli ol, kor artıkları varsa su ile tamamen soğutarak söndür.
- ☐ Kullanılan yangın söndürücüleri doldurulmadan yerine koyma.

YANGIN SÖNDÜRÜCÜLERİN KULLANIMI

Yanlış	Doğru
	
Rüzgara karşı durmak.	Rüzgarı, istikametine göre arkana al.
	
Yanan yere üstten ve arkadan müdahale etmek.	Önden tarayarak, yangının çıkış noktası, yani dip kısmına 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.
	
Yangının tamamen söndüğünden emin olmadan yangın mahallini terketmek.	Yangının tamamen söndüğüne emin olmadan yangın mahallini terketmemek.
	
Kullanılmış yangın söndürme cihazlarını, kullanılmamışlarla biraraya koyup karıştırmak veya kullanılmamış gibi yerine asmak.	Kullanılmış yangın söndürme cihazlarını diğerlerinden ayırarak dolun ve bakımını sağlamak.

2.4. Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

- ☐ Görevli olmayan kişiler ve personeller bu alandan uzak durmalıdır.
- ☐ Yangın kapıları çıkış yönüne doğru açılmakta olup kapılar duman ve sıcaklığa karşı koruyucudur.
- ☐ Acil çıkış işaretleri açık ve görülebilir şekildedir.
- ☐ Yangın söndürücü ekipmanlar her katta bölüm risklerine göre belirlenerek yerleştirilmiştir.
- ☐ Her katta mutlaka en az 1 adet yangın söndürme dolabı bulunmaktadır. Dolap içinde 1 adet 6 kg lık KKT söndürme tüpü vardır.
- ☐ Yangın hortumları 25 metre uzunluğu üzerinde belirtilmiştir ve içinden sadece su çıkmaktadır.
- ☐ Hortumlarda basınç olduğundan kullanım sırasında basınç dolayısıyla savrulmalar yaşanabilir. Bu nedenle iki kişi tarafından kullanılmalıdır. Bir kişi vanayı yavaş yavaş açmalı diğeri ise hortumu sıkıca tutmalı ve yangına müdahaleye başlamalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 105 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ☐ Su ve köpük ile elektrikli alanlarda söndürme yapılmamalıdır.
- ☐ Görevli olduğu alandaki hasta ve yakınlarının güvenliğınden sorumludur. Bu kişilerin bilgilendirilmesinden ve tahliyesinden sorumludur.
- ☐ Tüm servis ve polikliniklerde görevli tahliye ve yangın sorumluları tahliyenin gerçekleşeceğini düşünerek tahliye triajlarını yapmaya hazırlanmalıdır. Bu nedenle gerekli tedbirleri alacaklardır.
- ☐ Yangının başladığı alana yardım etmek için; söndürme ekibi olaya müdahale için gelecektir.
- ☐ Kurtama ekibi tahliye hazırlığına girerek polikliniklerdeki vatandaşların ve servislerden hastaların tahliyesini sağlamak üzere hazırlıklarını göreceklendir.
- ☐ Tahliye esnasında hastane tahliye planı, tahliye olaya özel planı ve tahliye soplaları kullanılacaktır.
- ☐ Mevzuat kapsamında hasta odaları ve diğer kritik odalarda duman, ısı algılayıcıları ve sprinkler (yağmurlama) sistemi kurulmuştur.
- ☐ Yangın için hazırlanmış bilgilendirici talimatlar personeller tarafından okunmalı ve bilgilenebilir.
- ☐ Yangın ile ilgili tüm personellere bilgilendirme eğitimi verilmektedir. Yangın ile ilgili verilen eğitim ve bilgilendirmelere katılmalıdır.
- ☐ Hastanede yangına yönelik yapılan hazırlık faaliyetlerine (plan geliştirme, tatbikatlara vb.) Hastane personelleri katılım sağlamalı ve pratik yapmalıdır.
- ☐ Duvarda yangın alarmlarının ışıkları yanar veya sesli alarm duyulursa panik yapmadan sizlere verilecek olan talimatları dinleyin ve uygulayın.
- ☐ Personeller için hazırlanmış olan broşürleri inceleyin ve sık sık tekrarlayın.

Buluşma Noktası

- ☐ Herhangi bir acil durum anında verilen sarı kod ikaz doğrultusunda çalışanlar Güvenlik önlemlerini alarak, paniğe mahal vermeden, seri şekilde acil toplanma noktasına gitmelidir.
- ☐ İki adet acil toplanma noktası vardır.
- ☐ Acil toplanma noktası aksi belirtilmediği sürece bina önü otopark alanı ve Binanın askeriye tarafıdır.
- ☐ Toplanmadan sonra bu noktalarda sayım yapılmaktadır.

Güvenlik Tarafından Yapılacaklar

- ☐ Kod Kırmızı anonsunu aldıktan sonra güvenlik giriş çıkışlarda güvenliğı sağladıktan sonra, yangının geliştiği alana hasta ve hasta yakınlarının girişini engellemek için gider.
- ☐ Yol ve bahçe trafiği kontrol altına alınacak, otoparklar boşaltılacak, itfaiye yolu ve ambulans yollarının açık tutulması sağlanacaktır.
- ☐ Güvenliğin yeterli olmadığı durumda diğer personellerden de (Koruma ekibinden) yardım istenecektir.
- ☐ Tüm ana kapılar açılacak itfaiyenin ve ambulansların girişini engelleyecek herhangi bir olaya mahal verilmeyecektir.
- ☐ Araçların çekilmesi için gerekli olursa çekicilerden yardım istenecektir.
- ☐ Yangının geliştiği alanda bekleyen vatandaşların paniklemeden bina dışına alınmasını sağlayacaklardır.

Raporlama

- ☐ İtfaiye tarafından düzenlenecek rapor Olay Yönetim Ekibine sunulur.
- ☐ Yangınla Mücadele Ekibince“**Kırmızı Kod Bildirim Formu**” doldurularak Olay Yönetim Ekibine teslim edilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 106 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yangına Müdahale, Yangın Nedenleri ve Söndürücüleri

- Yangından haberdar olan yönetici en seri şekilde görev yerine gelip, ekiplerin başında söndürme, kurtarma, koruma ve ilkyardım işlerini olay yönetim merkezi olan toplantı odasından yürütürler.
- Yangın haberini alan acil durum ekipleri, kendilerine ait araç-gereç ve malzemelerini alarak amirinin sevk ve idaresinde derhal olay yerine giderler.
- Ekiplerin yangın anında sevk ve idaresi, itfaiye gelinceye kadar iç düzenlemeyi uygulama görevi, Kırmızı Kod Ekip Lideri ve HAP Başkanına aittir. İtfaiye gelince, bu ekipler derhal itfaiye amirinin emrine girerler.
- Olay sırasında yardım istenmesi gereken dış ve komşu birimler arasında iletişimi amirinin doğrultusuyla haberleşme ekibi sağlayacaktır. Gerekli acil telefon numaraları yönerge ekinde listelenmiştir.

Yangının Nedenleri

- Sigara ve kibritin söndürülmeden atılması, bırakılması
- Elektrik tesisatının uygun olmaması, uygun malzeme kullanılmaması, proje dışı ilavelerde kapasiteden fazla yükleme yapılması ve devrede kısa devre olması.
- LPG veya doğalgazlı ocaktan gaz kaçağı olması,
- Gaz kaçaklarının veya LPG hortumlarını yeni takmalarda kontrol için köpük yerine alev kullanılması,
- Oksijen Türlerine yağlı bezle, yağlı elle vb. müdahale edilmesi sonucu oksijenin yağ ile kolayca reaksiyona girerek tüpü patlatması,
- Akaryakıt depolamasının yapıldığı veya her cins akaryakıt ile çalışan makine ve cihazların bulunduğu yerlerde sızıntı ve buharlaşma sonucu meydana gelen yakıt buharlarının yakınında ateş yakılması, kibrit çakılması, madeni akşamların sürtünmesi, elektrik tesisatı kısa devreleri, kabaralı ayakkabılardan kıvılcım çıkması, kaynak yapılması
- Yakıt ikmali yapılırken aydınlık temin etmek için exproof olmayan ekipman kullanımı,
- Kayış - kasnakla çalışan makinelerin ani durdurulması sebebiyle kıvılcım çıkarması ve ortamda yanıcı madde bulunması
- Depolanmış bulunan yağlı üstüğü, pamuk, odun talaşları, çöp, paçavra, v.b. maddelerin kendiliğinden kızışarak yanması
- Mutfak yağlarının aşırı ısınması sonucu yangın olması,
- Davlumbaz gibi sistemlerde yağın tutuşması sonucu yangın,
- Oksijenin kullanıldığı alanlarda oluşan kıvılcımların büyümesi ile,
- Bakım onarım, kesme ve kaynatma işlerinde oluşan kıvılcımlar ile.
- Sabotaj yapılması sonucu,
- Bitişik Komşu İşyerlerindeki veya arsadaki Yangınların Sirayeti ile Çıkan Yangınlar
- Kimyasal Maddelerin Patlaması, Parlaması ve Yanması Sonucu Çıkan Yangınlar
- Statik Elektriklenme Neticesinde Meydana Gelen Kıvılcımlardan Kaynaklanan Yangınlar

Söndürme Yöntemleri

- Soğutarak Söndürme:
 - Su ile Soğutma: Yanıcı maddeyi boğma ve yanıcı maddeden ısı alarak yangının söndürülmesinde en

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 107 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

büyük etken olmaktadır.

- Yanıcı Maddeyi Dağıtma: Yanan maddenin dağıtılmasıyla yangın nedeni olan yüksek ısı bölünür, bölünen ısı düşer ve yangı yavaş yavaş söner.
- Kuvvetli Üfleme: Yanan madde üzerinde kuvvetli olarak üflenene hava alevin sönmesine ve yanan maddenin ısısının düşmesine neden olmaktadır.
- Soğutarak söndürme ilkesi ile başlangıç yangınlarında başarıya ulaşılabilir.
- Havayı kesme:
 - Örtme: Katı maddeler (kum, toprak, halı, kilim vb) ve kimyasal bileşikler (köpük, klor, azot vb) kullanılarak yanan maddenin oksijen ile temasının kesilmesi ile yapılan söndürmedir. Akaryakıt yangınlarına örtü oluşturan kimyasal kullanılmaktadır.
 - Boğma: Yangının oksijenle temasının kesilmesi veya azaltılması amacıyla yapılan işlemdir. Özellikle kapalı yerlerde oluşan yangınlara uygulanır.
 - Yanıcı Maddenin Ortadan Kaldırılması: Yanma koşullarından olan yanıcı maddenin ortadan kalkması sonucu yangının söndürülmesidir.

Yangın Söndürme Sistemleri

- Su Beslemesi Yangın hatları kullanıma açıldığında sistem otomatik devreye girmektedir. Ayrıca su depolarından hatta girişler her zaman açık tutulmaktadır. Yangın deposuna su dışarıdan ve kuyudan alınmaktadır.
- Yağmurlama (sprink) sistem: - A Sınıfı Yangınlarda
- Dahili yangın muslukları, Sabit su sistemi: A Sınıfı Yangınlarda
- Köpüklü söndürme sistemi: - A ve B sınıfı yangınlarda. Özellikle akaryakıt, alkol, tiner vb.
- Kuru tozlu söndürme sistemi: A,B, ve C tipi yangınlarda. Tüm sınıf yangınlarda kullanılır.
- Co2 gazlı söndürme sistemi: - B ve C tipi yangınlarda. Genelde Gaz kaynaklı yangınlarda ve sıvı yangınlarda kullanılır.
- Halon veya FM200 vb. gazlı söndürme sistemi: - B ve C tipi yangınlarda kullanılır. Genelde Elektrik panoları, Bilgisayar odaları vb.

**YANGIN SÖNDÜRÜCÜ SINIFLARI**

	ABC TOZLU	CO ₂	ISLAK KİMYASAL	AFFF KÖPÜKLÜ	HCFC
KATI MADDELER (ODUN, KAĞIT, TEKSTİL VB.)	✓ UYGUN	✗ UYGUN DEĞİL	✓ UYGUN	✓ UYGUN	✗ UYGUN DEĞİL
YANABİLEN SIVILAR (BENZİN , TİNER VB.)	✓ UYGUN	✓ UYGUN	✓ UYGUN	✓ UYGUN	✓ UYGUN
YANABİLEN GAZLAR (LPG VB.)	✓ UYGUN	✓ UYGUN	✗ UYGUN DEĞİL	✗ UYGUN DEĞİL	✓ UYGUN
YAĞ YANGINLARI (KIZARTMA YAĞLARI VB.)	✗ UYGUN DEĞİL	✗ UYGUN DEĞİL	✓ UYGUN	✗ UYGUN DEĞİL	✗ UYGUN DEĞİL
ELEKTRİK YANGINLARI	✓ UYGUN	✓ UYGUN	✗ UYGUN DEĞİL	✗ UYGUN DEĞİL	✓ UYGUN

Yangına Karşı Alınacak Tedbirler

- ☐ Yanıcı, parlayıcı ve yakıcı maddeleri emniyetli uygun depolara koydur, açıkta bırakırma,
- ☐ Yangın tüpleri ve yangın dolaplarını haftada bir kontrol et; hortumlar ve diğer yangın teçhizatını her an göreve hazır bulundur,
- ☐ Elektrik tesisatlarını kontrol altında tut; ark, kaçak var ise yetkili personele onarımını yaptırt,
- ☐ Kaynak / kesme işlemlerini emniyetli bir yerde yaptırt,
- ☐ İzinsiz elektrik ocakları ve sobaları kullandırma,
- ☐ Kanalizasyon giderlerine yanıcı, yakıcı, parlayıcı maddelerin atılmasına müsaade etme,
- ☐ Yöneticilerce yasaklanan mahallerde sigara içme ve içtirtme. Yakıt depoları, trafolar, doğal gaz tesisatı gibi yerlere ateşle yaklaşma ve yaklaştırma,
- ☐ Otoparklarda araçlara yakıt ikmal yaptırtma,
- ☐ Akaryakıt tanklarına ikmal yapılırken, seyyar söndürücüler ile önlem aldır,
- ☐ Yangın planı çerçevesinde görevlerini bil ve her an göreve hazır ol. Nöbet sırasında ısınma amacı ile müsaade edilen araç dışında başka ısıtıcı kullanma.
- ☐ Tutuşabilir maddeler çalışma bölgesinde yalnız işin gerektirdiği miktarda bulunacak ve iş gününün sona ermesi ile önceden hazırlanmış güvenli yerlere taşınacaktır.
- ☐ Çabuk tutuşan maddelerle, yanıcı ve parlayıcı sıvılar yalnız önceden belirlenmiş özel yerlerde tutulacak, ağızları kesinlikle açık bırakılmayacaktır. Bu yer ısı kaynaklarından uzakta olacak ve ayrı bir Korumaya

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 109 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

alınacaktır.

- ☐ Üzerlerine yanıcı bir sıvı sıçramış ya da bulaşmış kişilerin üstlerini değiştirmeden çalışmalarına izin verilmeyecektir
- ☐ Yağlı üstübü, paçavra ve benzeri maddelerin kendiliğinden yanması olası olduğundan etrafa atılması yasaktır. Bumaddeler kimyasal atık kovalarına koyularak, tehlikeli atık toplama alanına götürülecektir.
- ☐ Yangın çıkış kapıları her zaman temiz, işler olacak ve bir engelle kapatılmayacaktır.
- ☐ Yangın tüplerinin kontrolleri belirlenen periyoda uygun olarak yapılacak, kullanılan yangın tüpünün yenisi konacaktır.
- ☐ Kâğıt ve çöp sepetlerine sigara izmariti atılmayacaktır. Mesai bitiminde çöp kovaları kontrol edilecektir.
- ☐ Teknik nedenlerle kıvılcım ve şerare çıkabilecek yerlerde, kimyasal malzeme, yakıt dolum ve kullanım yerlerinde ve arşivde yangın söndürme cihazları bulundurulacak, sigara ve ateşle kesinlikle yaklaşılmayacaktır.
- ☐ Tehlikeli bölgelerde “**Sigara içilmesi ve Ateşle yaklaşılması**” hususlarında ikaz levhaları bulundurulacaktır.
- ☐ Günlük çalışma bitiminde ve tatil başlangıcında her bölüm takım lideri makinelerin durdurulduğunu, elektriklerinin kapalı olduğunu kontrol ettirecektir. Otomobil park yerlerinde araçlar acil çıkabilecek şekilde park edilecektir.
- ☐ Alev ya da kıvılcım saçan elektrik ark kaynağı, oksijen kaynağı, oksijenle kesme işleri veya spiralle yapılan kesme ve taşlama çalışmaları sırasında çevrede yangına karşı önlem alınacaktır. Bu amaçla bu işlerin yapıldığı yerlerin yakınlarında kolayca parlayabilecek türdeki bütün malzemeler başka yerlere götürülecek, götürülemezse yangın söndürme cihazı hazır bulundurulduktan sonra işlere başlanılacaktır

Kriz Sonrası Değerlendirme

Olayın ciddi safhası geçer geçmez veya yangın söndükten sonra; Kırmızı Kod Ekibi hemen toplanır ve plâni dikkate alarak krizi gözden geçirir. Bu gözden geçirme prosesinde yardımcı olacak adımlar aşağıda gösterilmiştir:

- ☐ Yönergenin yararlılığını değerlendirmek.
- ☐ Olay esnasında ortaya çıkan problemleri tanımlamak.
- ☐ Yönerge adımlarının takip edilip edilmediğini ve bunların etkin olup olmadığını tespit etmek.Eğer değilse, nasıl düzeltilecektir.
- ☐ Kırmızı Kod Ekibinin ne kadar çabuk organize olduğunu ve fonksiyonlarını ne kadar yerine getirdiğini tespit etmek.
- ☐ Tesislerin ve kaynakların ne kadarının Ekiplere sağlandığını ve bu durumun nasıl düzeltileceğini tespit etmek.
- ☐ Ekip içinde bilginin tam ve etkin olarak ne kadar bölüştüğünü tespit etmek. Negatif bir durum tespit edildiğinde sebeplerini tanımlamak.
- ☐ Ekip üyelerinin yönergeye ve komuta zincirine ne kadar aşina olduklarını tespit etmek.
- ☐ **Hastane** personelinin yönerge ve diğer ilgili organizasyonlar hakkında ne kadar bilgileri olduğunu tespit etmek.
- ☐ Rutin olayların Ekip üyelerinin dikkatini dağıtıp dağıtmadığını tespit etmek.
- ☐ Ekip raporlarını doğrulukları, zamanlamaları ve uygunlukları bakımından gözden geçirmek.
- ☐ Gerekli ve Uygun kimselerin bilgilendirilip bilgilendirilmediğini tespit etmek.
- ☐ Tedarik edilen metaların yeterli olup olmadığını tespit etmek.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 110 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ☐ Medya ilişkilerinin etkinliğini gözden geçirmek.
- ☐ Olaylar ile ilgili dedikodu çıkarılıp çıkarılmadığını ve bunların kontrol edilip edilmediğini tespit etmek..
- ☐ Ekipteki şahsi meselelerin olay yönetiminin etkinliğini etkileyip etkilemediğini tespit etmek.
- ☐ Ekip bileşiminin yeterli olup olmadığını tespit etmek.
- ☐ Acil durum personel eğitiminin tam, etkin ve yeterli olup olmadığını gözden geçirmek.

Müdahale Yapacak Olan Ekipler ve Görevleri

Söndürme ekibi, kurtarma ekibi, koruma ekibi ve ilk yardım ekibi olarak 4 ekip mevcut.

a) Söndürme ekibi; binada çıkacak yangına derhal müdahale ederek yangının genişlemesine mani olmak ve söndürmek.

- ☐ Öncelikle sorumlu olduğu bölgede yangın çıkmaması için gerekli tedbirleri sürekli olarak almak ve takibini yapmak
- ☐ Yangın yerindeki mevcut yangın söndürme malzeme, gereç ve söndürme cihazlarını en iyi şekilde ve zamanda kullanmak suretiyle ilk müdahaleyi yapar
- ☐ Yangın dolabı ve tüplerinin önlerini sürekli açık vaziyette bulundurur, Yangın battaniyesinin kullanımını organize eder
- ☐ Yangın esnasında elektrik şalterleri, ortama yayılan gazın vanası, yakıt ve kıvılcım kaynakları(açık alevler, elektrikkaynakları ve motorlar) müdahale edilmeden önce uygun bir şekilde kapatır
- ☐ Yangın söndürme araçları gelinceye kadar yangın türüne uygun söndürücülerle müdahalede bulunulur
- ☐ Yangının yayılmasına karşı gerekli önleyici tedbirleri alır
- ☐ İtfaiye aracının geçebileceği şekilde güvenlik koridorlarının oluşumu ve takibini yapar
- ☐ Yangın müdahale ekipleri olay yerine geldiğinde, itfaiye amirinin emrine girer ve onun vereceği direktifleri yerine getirir.

b) Kurtarma ekibi; yangın ve diğer acil durumlarda can ve mal kurtarma işlerini yapmak ve acil durum söz konusu olmadan gerekli tedbirleri olmaktan sorumludur.Kendi güvenliğini tehlikeye atmadan öncelikle canlıları kurtarır daha sonra yangında ilk kurtarılacak evrak, dosya ve diğer eşyayı, olay yerinde bulunanların da yardımı ile ve büro şeflerinin nezareti altında mümkünse çuvallara ve torbalara koyarak boşaltılmaya hazır hâle getirir. Çuval ve torbalar, bina yetkililerinin gerek görmesi hâlinde binanın henüz yanma tehlikesi olmayan kısımlarına taşınır. Yanan binanın genel olarak boşaltılmasına olay yerine gelen itfaiye amirinin veya en büyük mülki amirin emriyle başlanır.

- ☐ Acil durumda can ve malı kurtarma işlerini yürüten sorumludur.
- ☐ Yangın, patlama, sel baskınları, büyük boyutlu bina ve toprak çökmeleri ile tehlikeli kimyasalların etkilerine maruz kalanları vb. kurtarmak.
- ☐ Acil durumlarda kritik malzemelerin kapatılması(Elektrik, tüpler, patlayıcı ve parlayıcı maddeler, yanıcı ve yanan bilecek malzeler) uzaklaştırılması işlerini.
- ☐ Binanın genel olarak boşaltılmasına, olay yerine gelen kurtarma ekiplerine yardımcı olmaktan sorumludurlar.
- ☐ Acil durumlarda önce canlıları kurtarmaya çalışırlar, daha sonra yangın, doğal afet, vs gibi durumlarda ilk kurtarılabilecek evrak, dosya ve diğer eşyayı binanın tehlikesi olmayan kısımlarına taşırlar.
- ☐ Acil durumlarda, tüm çalışanları, emniyetli alanlarda toplamak.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 111 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ☐ Kaza yerlerine rüzgarı arkaya alarak yaklaşmak.Tehlikeli maddelerle ilgili kendisine verilen güvenlik bilgi formuna göreönlem alacak eğer kimyasalın cinsi belirlenmemişse en tehlikeli kimyasal maddeye göre gerekli önlemleri almak.
- ☐ Gaz sızıntılarını kontrol altına almak için mutlaka gaz ölçme dedektörünü ve solunum maskesini kullanmak.
- ☐ Yangın, patlama, çöküntülerde ve diğer tehlikeli durumlarda, önemli ve acil kurtarılması gereken evrak ve malzemeleri
kurtarmak ve bunları emniyetli bir alanda muhafaza etmek.
- c) Koruma ekibi;** kurtarma ekibince kurtarılan eşya ve evrakı korumak, yangın nedeniyle ortaya çıkması muhtemel panikve kargaşayı önlemek.
 - ☐ Yangın, patlama, çöküntülerde ve diğer tehlikeli durumlarda önemli acil kurtarılması gereken evrak ve malzemeleri korumak ve bunların korunduğu alanlara ve tehlikeli yerlere başkalarının girmesini önlemek
 - ☐ Acil durum sırasında gelen yetkili kuruluşların çalışmalarına destek vermek
 - ☐ Kurtarma ekibine tehlikeli maddelerle ilgili gerekli güvenlik bilgi formlarının teminini sağlamak
 - ☐ Tüm potansiyel ısı ve kıvılcım kaynaklarının kapatılmasını sağlayacak ve bu konuda söndürme ekiplerine yardımda bulunacak
 - ☐ Dışarıdan gelebilecek kişileri uzaklaştırmakla sorumludur.
 - ☐ Acil durumda trafiğin ve şantiye giriş çıkışının yönlendirilmesinden sorumludur.
 - ☐ Çalışanların toplanma bölgesinde güvenli bir şekilde toplayarak emniyetlerini sağlamaktan sorumludur.
 - ☐ Binanın genel olarak boşaltılmasına, olay yerine gelen kurtarma ekiplerine yardımcı olmaktan sorumludurlar.
- d) İlk Yardım ekibi;** Yangında ve diğer acil durum ve kazalarda yaralanan veya hastalananlar için ilk yardım hizmeti verir. Sağlık görevlileri geldiği zaman hastalar hakkında istenen bilgileri vererek sağlık amirinin emrine girerek gerekli görülmesidurumda müdahaleye devam eder.
 - ☐ Acil durumda yaralıya profesyonel ekipler gelene kadar yaralının hayatta kalmasını sağlayacak ilk müdahaleyi yapmaktan sorumludur.
 - ☐ Acil durumda diğer çalışanların yaralıya zarar vermesini önlemekten sorumludur.
 - ☐ Sağlık durumu ciddi olanları en yakın sağlık kuruluşuna ulaşmasını sağlamak
 - ☐ Yaralının 112 Hızır acil birimine durumunu doğru ve net bir şekilde bilgi verilmesinden sorumludur.
 - ☐ Tehlikeli maddelerle ilgili acil durumda personele bulaşan kimyasalın temizlenmesi
 - ☐ Tehlikeli maddelere maruz kalanlara ilk yardımın sağlanması
 - ☐ Yaralı ağırsa hayati tehlikeyi ortadan kaldırarak müdahaleler dışında yaralıya müdahale de bulunulmayacak
 - ☐ İlk yardım eğitimi almamış olanların müdahalesi kesinlikle yasaktır.
 - ☐ Acil durum söz konusu olmadan gerekli tedbirleri almaktan sorumludur.

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

MEHTAP ÖZKAN
(EKİP LİDERİ)HATİCE ŞAHİN
(EKİP LİDERİ)AYSEL BUSE RAHVAN
(EKİP LİDERİ)GÜVENLİK
GÖREVLİSİSALİHA KUVVET
(EKİP LİDERİ)

ÇAĞATAY ŞEN

ŞENAY DEMİR

TARIK ÇIRAK

MESAI DIŞI

GÜLŞAH BEKTAŞ

ŞEVKET ÖZCAN

ELÇİN ESEN EŞİYOK

EREN KIRIK

(Görevli Güvenlik
Görevlisi)

BÜŞRA NUR BAYIR

BUSE DAMLAPINAR

EBRU KARTAL

HÜSEYİN AYDIN

EMEL VURAL

MUSTAFA HADİ
KONBAL

GİZEM ARABACI

ZÜLEYHA KOÇ CANLI

SUDEM ESER

EBRU ŞAHİN

SABİR BAĞATIR

MESAI DIŞI (Görevli
Teknik Servis Çalışanı)

MERAY AKAR

FATMA ÇITIRKI

MESAI DIŞI (Olayı ilk
gören görevli çalışan ve
temizlik görevlisi)

ÇİSİL KARACA

HASAN NERGİSLİ

BUKET ŞAHİN

MESAI DIŞI (Olayı ilk
gören görevli çalışan ve
hemşireler)MESAI DIŞI (Görevli acil
servis çalışanı)

İhtiyaç Duyulan Araç, Gereç Ve Malzemenin Cinsi Ve Miktarı Olay Kontrol Merkezi Araç Gereç Listesi

Kontrol Merkezinde hazır tutulacak ekipman aşağıdakileri kapsamaktadır:

- ☐ Şirket hatlarına erişimi olan telefonlar.
- ☐ Mobil telefonlar (Mobil telefonlara sahip olan Kriz Yönetim Ekibi üyeleri merkeze batarya şarj cihazını da getirmelidirler).
- ☐ İki yönlü radyo. (Telsiz)
- ☐ E- Posta kabiliyeti olan bir bilgisayar.
- ☐ Şirket sisteminin dışına çıkmak için E-Posta metodu.
- ☐ Plânların, prosedürlerin ve listelerin kopyaları.

Yangın Müdahale Araç Gereç Listesi

Tesis genelinde yangına müdahale sırasında kullanılacak malzemelerin listesi aşağıdadır. Ayrıca gerekli ekipmanlar tesis vaziyet planı üzerinde işaretlenmiştir.

- 8 adet gaz maskesi
- İki adet yanmaz kıyafet
- 2 adet yanmaz baret

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 113 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

➤ 2 adet yanmaz çizme

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 114 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

2.5. YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ

2.5.1. Hastane Çatısı Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Hastane Çatısı Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,
Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Yemekhane yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylem in raporl ama zama nı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kod olduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi İşletme Yöneticisi ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve söndürme ekibini alana sevk eder.	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 115 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
Bu alandaki çalışan personel veya taşeron vb. varsa hemen alandan uzaklaştırın.	45 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolu boşaltın.	1 dk.	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk.	Olay Bitimi
Bu alanda erişim sıkıntısı olduğundan dolayı çalışmalar dikkatli yapılmalıdır.	1 dk.	Olay Bitimi
Çatı üzerinde 1 adet KKT söndürücü vardır. İlk müdahaleyi bu tüple yapın.	1.dk 15 sn.	Olay Bitimi
Söndürülemez olursa İdari katta olan yangın dolabındaki yangın hortumunu kullanarak yapın.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Yüksekte yapılacak çalışmalar olabileceği için çalışmalarda ek güvenlik önlemleri alın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturmayılmalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 116 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battanisi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İdari kat içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalara boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 117 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.		
Yüksekte çalışma olacaktır.		
Hvac içindeki gazdan kaynaklı yangınları olabileceği için öncelikle statik elektrik veya açık kıvılcım oluşturmayın.		
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki pencereleri ve kapılarını kapatın (bunu daimahiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın).Güvenlik hizmetleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,		
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,		
Hastalara ulaşmaması için çalışmalar değerlendirilmelidir.		
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, idari kat, çatı)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 118 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yemekhane hizmetlerinin sağlamak personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.2. Yemekhane Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Yemekhane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, Yangınla müdahaleye başlamak,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 119 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Yemekhane yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve Duvardabulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefonda arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkatbölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
Bu alandaki kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için insanları alandan uzaklaştırın. Bu alandan başka bir alana yönlendirin.	45 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolu boşaltın ve diğer çalışanlardan yardım alın.	1 dk.	Olay Bitimi
Doğalgaz vanasını kapatın ve gazı kesin.	1 dk.	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk.	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıda yer alan karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1.dk 15 sn.	Olay Bitimi
Tutuşan malzemelerin söndürülmesi için yangın söndürme tüplerini kullanarak ilk müdahaleyi yapın.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Mutfak kısmında kızartma yağı yangını olmuşsa hemen yangın battaniyesi ile ekipmanını üzeri kapatılarak söndürme yapılır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 120 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Davlumbaz veya altındaki yemekler alev almışsa hemen davlumbaz üzerindeki söndürücü sistemi devreye sokun.	1 dk.15 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelinkalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Yemekhane içinde kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturmayapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları,		
Davlumbaz içi söndürme sistemi		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yemekhanenin içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, yemekhanenin boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 121 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yağ yangınları olabileceği için asla yağ yangınlarına su veya köpüklü söndürücü ile söndürme yapmayın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 122 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Doğalgaz yangınları olabileceği için öncelikle doğalgazın kapatılmasını sağlayın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki pencereleri ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangına müdahaleye başlayanakadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Yemekhanenin tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane),		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 123 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	başlamasından bitimine kadar	
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yemekhane hizmetlerinden sağlamak personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.3. İdari Hizmetler Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	İdari Hizmetler Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personelin, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,

Yangınla müdahaleye başlamak,

Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,

Daha fazla zararı önlemek,

Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

İdari Hizmetler yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve Duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 124 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber 60 Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi İşletme Yöneticisi ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
Bu alandaki kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için insanları alandan uzaklaştırın. Bu alandan başka bir alana yönlendirin.	45 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolu boşaltın ve diğer çalışanlardan yardım alın.	1 dk.	Olay Bitimi
Doğalgaz vanasını kapatın ve gazı kesin.	1 dk.	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk.	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahaleetmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıda yer alan karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1.dk 15 sn.	Olay Bitimi
Tutuşan malzemelerin söndürülmesi için yangın söndürme tüplerini kullanarak ilk müdahaleyi yapın.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Ortamda en çok katı malzeme (kağıt, kumaş vb. malzeme olduğundan dolayı A tipi (Katı yangın)) olduğundan Kuru kimyevi toz ile veya su ile söndürme yapın.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Bilgisayar vb. ekipman olduğundan dolayı su kullanımı ekipmanlara kalıcı zarar verebilir. Bu nedenle öncelikle KKT ve Bilgisayar, elektrik vb. sistemlerde CO2 söndürücüler kullanın.	1 dk.15 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı’nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 125 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İdari kat içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalara boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 126 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar zarar verebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Doğalgaz yangınları olabileceği için öncelikle doğalgazın kapatılmasını sağlayın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki pencereleri ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 127 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin.	Olayın başlamasından bi	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
rektğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.4. Yatan Hasta Katları Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 128 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	Yatan Hasta Katları Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personellerin, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,

Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,

Yangınla müdahaleye başlamak,

Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,

Daha fazla zararı önlemek,

Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

Yatan hasta Katları yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kod olduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve Teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
Yatan hasta katında olan kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için hasta, hasta yakını vb. kişileri ve görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın.	1 sn	Olay Bitimi
Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 129 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve hastaları tahliyenin tamamlanmasını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	2dk.	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	2 dk.	Olay Bitimi
Tıbbi gaz vanaları duvarda bulunan santrallerden kapatılmalıdır. (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun, önce hasta güvenliğini sağlayın)	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve yangının yayılması ile ilgili tahminde bulunun (yoğun duman da dahil) ve hastaları tahliyenin tamamlanmasını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıda yer alan karşılaşılabilecek özel duru bakınız).	3 dk.	Olay Bitimi
Tutuşan malzemelerin söndürülmesi için yangın söndürme tüplerini kullanarak müdahaleyi yapın.	3.dk 15 sn.	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	3 dk.30 sn	Olay Bitimi
Ortamda en çok katı malzemeler (kumaş vb. malzemeler olduğundan dolayı A tipi (Katı yangın)) olduğundan Kuru kimyevi toz ile veya su ile söndürm yapın.	3 dk.30 sn	Olay Bitimi
Her katta iki adet yangın söndürme dolabı bulunmaktadır. Yangını söndürmek veya yangını soğutmak için kullanılabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Bilgisayar vb. ekipman olduğundan dolayı su kullanımı ekipmanlara kalıcı zarar verebilir. Bu nedenle öncelikle KKT söndürücü kullanılması önerilmektedir. Bilgisayar, elektrik vb. sistemlerde CO2 söndürücüler kullanın.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. Operasyon Şefi) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız).	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3. 40 dk.	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	4 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 130 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir.		
Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İdari kat içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalara boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 131 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	başlamasından bitimine kadar	
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürme prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar zarar verebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşa bilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki pencereleri ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasında n bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz	Olayın	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 132 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

bırakmayın,	başlamasından bitimine kadar	
Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin.	Olayın başlamasından bi	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 133 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	başlamasından bitimine kadar	

2.5.5. Poliklinikler Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Poliklinikler Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:.. Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,
Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Poliklinik yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve Duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 134 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Alanda görevli olmayan personelleri ve Muayene olmak için bekleyen hasta, hasta yakını vb. kişileri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin. Hastane dışına yönlendirin.	1 dk	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın, kapıları açın ve ulaşımı kolaylaştırın. Yolları açık tutun. Ayrıca bu iş için diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yangına Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler ile ilk müdahaleleri yapın ve söndürme ekibi gelene kadar yangını kontrol altında tutmaya çalışın veya söndürün.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tüpleri mutlaka doğru kullanılmalıdır. Yoksa yangın sönmeyecektir. Tüpler yangının çıkış noktasına doğru tutulmalı ve süpürerek yaklaşılmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Yukarıdaki söndürücüler ile söndürülemez ise yangın dolabından yangın hortumu alınmalı ve kullanıma başlanmalı. Ancak elektrik olan alanlarda kullanmayınız.	2 dk.	Olay Bitimi
Yangın dolabı her katta üç adet vardır. İçerisinde Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüsü ve 25 m yangın hortumu vardır.	2 dk.	Olay Bitimi
Yangını artırıcı veya yangın oluşturacak kimyasal maddeler ve basınçlı tüpler alandan uzaklaştırılmalıdır. (Alkol, O2 tüpü, aseton vb.)	2 dk.	Olay Bitimi
Yangın olması durumunda mutlaka duman oluşacaktır. Bu nedenle çabuk hareket edilmelidir. Hastaların tahliyesi için tahliye SOP'una bakınız.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 135 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Toz sağlığa zararlı değildir ancak Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir. Toz maskesi kullanımı önerilmektedir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Poliklinik içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 136 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve diğer ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Elektrik Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı <u>çok fazla duman</u> oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu durum içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olan alanlarda yangın olabilir. Burada yaklaşma mesafeleri 1000 volta kadar 1 m olacak şekilde olmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 137 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin,sterilizasyon, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.6. Acil Servis Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Acil Servis Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 138 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personellerin hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,
Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Acil servis yangın standart operasyon prosedürünü okuyun

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kod olduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Alanda görevli olmayan personelleri ve Acil servis için bekleyen hasta, hasta yakını vb. kişileri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 dk	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın, kapıları açın ve ulaşımı kolaylaştırın. Yolları açık tutun. Ayrıca bu iş için diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 139 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yangına Acil servis içerisinde bulunan yangın tüpü ile birlikte İlk müdahaleyi yapın ve söndürme ekibi gelene kadar yangını kontrol altında tutmaya çalışın veya söndürün.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tüpleri mutlaka doğru kullanılmalıdır. Yoksa yangın sönmeyecektir. Tüpler yangının çıkış noktasına doğru tutulmalı ve süpürerek yaklaşılmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Yukarıdaki söndürücüler ile söndürülemez ise yangın dolabından yangın hortumu alınmalı ve kullanıma başlanmalı. Ancak elektrik olan alanlarda kullanmayınız.	2 dk.	Olay Bitimi
Yangın dolabı Acil servisin içerisinde bulunmaktadır. İçerisinde Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüsü ve 25 m yangın hortumu vardır.	2 dk.	Olay Bitimi
Yangını artırıcı veya yangın oluşturacak kimyasal maddeler ve basınçlı tüpler alandan uzaklaştırılmalıdır. (Alkol, O2 tüpü, aseton vb.)	2 dk.	Olay Bitimi
Yangın olması durumunda mutlaka duman oluşacaktır. Bu nedenle çabuk hareket edilmelidir. Hastaların tahliyesi için tahliye SOP'una bakınız.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Toz sağlığa zararlı değildir ancak Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir. Toz maskesi kullanımı önerilmektedir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 140 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Acil Servis içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 141 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve diğer ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Elektrik Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı <u>çok fazla duman</u> oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu durum içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olan alanlarda yangın olabilir. Burada yaklaşma mesafeleri 1000 volta kadar 1 m olacak şekilde olmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin,sterilizasyon, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 142 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetindevamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.7. Arşiv Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Arşiv Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 143 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Arşiv yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefonda arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve Teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
Radyoloji alanında olan kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için hasta, hasta yakını vb. kişileri ve görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	2dk.	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıda yer alan karşılaşılabilecek özel dbakınız).	2 dk.	Olay Bitimi
Arşiv içinde bulunan KKT yangın tüpü ile birlikte İlk müdahaleyi yapın.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Tutuşan malzemelerin söndürülmesi için yeterli sıcaklık tavanda asılı olan cıvalı KKT tüplerine ulaşırsa tüpler devreye girecektir. Ve söndürmeye yardımcı olacaktır.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 144 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ençok kağıt vb. malzemeler yanabileceği için A tipi yangın olacaktır. Burada da su kullanılabilir. Ancak arşivdeki kayıtlara <u>kalıcı zararlar oluşturabilir.</u> Bu nedenle öncelik olarak tüpler kullanılmalıdır.	3 dk.	Olay Bitimi
Radyoloji ünitesinin girişinde yangın söndürme dolabı vardır. İçinde su ve KKT tüp vardır. Gerek görülürse kullanılabilir. Ancak hortumun uzunluğu 25 m dir. Gerek olursa 50 metrelik uzatma hortum da getirilerek hortum uzatılmalıdır.	3.dk 15 sn.	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	3 dk.30 sn	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. Operasyon Şefi) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız).	3 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir.Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturmayapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 145 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görevi alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Arşiv içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalar boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 146 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı <u>çok fazla duman</u> oluşa bilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinindışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 147 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetindevamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.8. Çamaşırhane Ve Malzeme Depolari Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Çamaşırhane Ve Malzeme Depolari Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek. Hedefler Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, Yangınla müdahaleye başlamak, Tıbbi gaz vanalarını kapatmak, Daha fazla zararı önlemek, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak. Çamaşırhane yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 148 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Çamaşırhane alanında olan kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Çamaşırhane kapısının önünde bulunan KKT yangın tüpü ile birlikte İlk müdahaleyi yapın.	1 dk.30	Olay Bitimi
En çok kumaş, pamuk tozu vb. malzemeler yanabileceği için A tipi yangın olacaktır.Burada da su kullanılabilir. Ancak Çamaşırhanedeki makinelere kalıcı zararlar oluşturabilir. Bu nedenle öncelik olarak KKT tüpler kullanılmalıdır.	2 dk.	Olay Bitimi
Sığınak içerisinde yangın söndürme dolabı vardır. İçinde su ve KKT tüpü vardır.Gerek görülürse kullanılabilir. Ancak hortum yetişmeyebilir. Bu nedenle uzatma hortum takılmalıdır.	2 dk.	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 149 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır.(Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Çamaşırhane içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 150 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşa bilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 151 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Söndürme ekipleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 152 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.9. Eczane Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Eczane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,

Yangınla müdahaleye başlamak,

Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,

Daha fazla zararı önlemek,

Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

Eczane yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlamazamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin	Hemen	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 153 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder		
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve Teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Eczane alanında olan kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	2dk.	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	2 dk.	Olay Bitimi
Eczane içinde bulunan KKT yangın tüpü ile birlikte İlk müdahaleyi yapın.	2 dk.	Olay Bitimi
Ençok kağıt vb. malzemeler yanabileceği için A tipi yangın olacaktır. Burada da kullanılabilir. Ancak Eczanedeki ilaçlara kalıcı zararlar oluşturabilir. Bu nedenle öncelik olarak KKT tüpler kullanılmalıdır.	2 dk.	Olay Bitimi
Çağrı merkezinin yanında yangın söndürme dolabı vardır. İçinde su ve KKT tüpü vardır. Gerek görülürse kullanılabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 154 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturmayapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Eczane içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 155 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	bitimine kadar	
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşa bilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 156 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	bitimine kadar	
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Söndürme ekipleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 157 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	başlamasından bitimine kadar	

2.5.10.Laboratuvar Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Laboratuvar Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,
Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Laboratuvar yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kod olduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 158 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve Teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin.	30 sn	Olay Bitimi
Laboratuvar içerisinde olan kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için hasta, hasta yakını vb. kişileri ve görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	dk 15 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	2dk.	Olay Bitimi
Laboratuvar alanında LPG tüpü vardır. Bu ekipman yangından uzak tutulmalıdır. Bu nedenle yangının bu alan ulaşması önlenir veya LPG tüpü alandan uzaklaştırılır.	2 dk.	Olay Bitimi
Laboratuvar alanında bulunan ekipmanların bağlı olduğu elektrik panosu vardır. Burada oluşacak yangınlarda da öncelikle elektrik kesilmelidir. Elektrik kesilmez ise panoya söndürme çalışmaları için en fazla yaklaşma mesafesi 1000 volt'a kadar	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
1 m'dir. Bu mesafe aşılmadan müdahale edilmeli ve <u>su kullanılmamalıdır</u> . Öncelik CO2 söndürücü olmalıdır.		
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıda yer alan karşılaşılabilecek özel dur bakınız).	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Tutuşan malzemelerin söndürülmesi için yangın söndürme tüplerini kullanarak ilk müdahaleyi yapın.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Bilgisayar, test cihazları ve elektrik panoları vb. sistemlerde CO2 söndürücüler kullanın. Laboratuvar alanında ara bölümde CO2 tüp vardır.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Bilgisayar test cihazları vb. elektrikli ekipman olduğundan dolayı su kullanımı ekipmanlara kalıcı zarar verebilir. Bu nedenle öncelikle CO2 veya KKT söndürücü kullanılması önerilmektedir.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Her katta iki adet yangın söndürme dolabı bulunmaktadır. Hortumlar Yangını söndürmek veya yangını soğutmak için kullanılabilir.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. Operasyon Şefi) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız).	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 159 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

(Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Laboratuvar içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalara boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 160 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	başlamasından bitimine kadar	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar sudan zarar görebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşa bilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın.	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 161 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	bitimine kadar	
Bu alanda test kitleri vardır. Test kitleri kimyasallardan oluşur. Yangın sonucu bu kimyasallardan çıkan duman ek tehlike oluşturacaktır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Laboratuvar alanında bulunan LPG tüpü yangın içinde kalırsa patlamaya veya yangının büyümesine neden olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, idari kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 162 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

sağlamak.	bitimine kadar	
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.11 Radyoloji Bölümü Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Radyoloji Bölümü Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,

Yangınla müdahaleye başlamak,

Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,

Daha fazla zararı önlemek,

Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

Radyoloji yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır.	Hemen	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 163 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.		
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve Teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
Radyoloji bölümü içinde ayrıca bekleme alanlarında olan kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için hasta, hasta yakını vb. kişileri ve görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 sn	Olay Bitimi
Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve yangının yayılması ile ilgili tahminde bulunun (yoğun duman da dahil) ve hastaları tahliyenin tamamlanmasını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,	2 dk	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	2dk.	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise ilgili alanın ve ilgili ekipmanın elektrik kesilmesini sağlayın.	2 dk.	Olay Bitimi
Tıbbi gaz vanaları duvarda bulunan santrallerden kapatılmalıdır. (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun, önce hasta güvenliğini sağlayın)	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıda yer alan karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yanmaya başlayan malzemelerin söndürülmesi için yangın söndürme tüplerini kullanarak ilk müdahaleyi yapın.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyoloji alanında MR, tomografi vb. çok değerli ve hassas cihazlar olduğu için dikkatli olunmalıdır. Öncelikle burası için konmuş olan CO2 veya Halon gazlı tüpleri kullanarak ilk müdahaleleri yapın. Daha sonra Kuru kimyevi tozlu söndürücüleri kullanın.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyoloji giriş kapısı yanında yangın dolabı vardır. İçindeki hortumu kullanarak soğutma veya katı madde yangınlarına müdahale edilebilir. Ancak elektronik ekipmanlarda <u>kalıcı hasar oluşturur</u> ve çalışan makinelerde personelin	3 dk.	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 164 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

elektrik çarpmasına neden olabilir.		
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	3 dk.30 sn	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. Operasyon Şefi) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız).	3 dk.30 sn	Olay Bitimi
Radyoloji alanında bulunan ekipmanların panolarında oluşacak yangınlarda da öncelikle elektrik kesilmelidir. Elektrik kesilmez ise yaklaşma 1000 volt'a kadar 1 myaklaşma mesafesi aşılmadan müdahale edilmeli ve su kullanılmamalıdır. Öncelik CO2 söndürücü olmalıdır.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
MR cihazında söndürme için içeride bulunan CO2 tüp kullanılmalıdır. (Bakınız: özel durular bölümüne)	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3. 40 dk.	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	4 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelinkalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturmayapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 165 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Radyoloji içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, Radyoloji içindeki odaların boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 166 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için ekipmanların ana elektrik panoları veya kat panosu çalışanlara zarar verebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Söndürme ekibi gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
MR cihazı aktif olduğu sürece içeri metal malzeme veya Söndürme tüpü ile girilmesi durumunda tüp MR cihazı tarafından çekilecektir. Bu durum büyük kazalara neden olabilir . Bu nedenle bu alan için üretilen Alüminyum tüp kullanılmalı. Söndürülemez ise MR cihazının gazı boşaltılarak manyetik gücü yok edilmelidir. Su bu cihaza zarar verebileceği için öncelikle CO2, Halon veya KKT kullanılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 167 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.12.Teknik Alanlar Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Teknik Alanlar Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 168 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Temel Faliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,
Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Teknik alanlar yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kod olduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Alanda görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 dk	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın, kapıları açın ve ulaşımı kolaylaştırın. Yolları açık tutun. Ayrıca bu iş için diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Basıncılı bir ekipmanda yangın olursa öncelikle asil stop ile makine basıncını düşürün.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 169 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yangına Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler ile ilk müdahaleleri yapın ve söndürme ekibi gelene kadar yangını kontrol altında tutmaya çalışın veya söndürün.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Teknik alanlarda bulunan yangın tüpü ile birlikte İlk müdahaleyi yapın. Söndürme tüpleri mutlaka doğru kullanılmalıdır. Yoksa yangın sönmeyecektir. Tüpler yangının çıkış noktasına doğru tutulmalı ve süpürerek yaklaşılmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Yukarıdaki söndürücüler ile söndürülemez ise yangın dolabından yangın hortumu alınmalı ve kullanıma başlanmalı. Ancak <u>elektrik olan alanlarda kullanmayınız.</u>	2 dk.	Olay Bitimi
Dizel yangın pompası ve jeneratör alanlarında 50 kg lık yangın söndürücü vardır. Bunlar akaryakıt için kullanılabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Hava santralleri kaynaklı olarak duman bütün hastaneye yayılabilir. Bu nedenle dikkatli ve hızlı olunmalıdır.	2 dk.	Olay Bitimi
Yangın olması durumunda mutlaka duman oluşacaktır. Bu nedenle çabuk hareket edilmelidir.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir.Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. . Toz sağlığa zararlı değildir ancak Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir. Toz maskesi kullanımı önerilmektedir		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 170 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sterilizasyon içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 171 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve diğer ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Elektrik Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı <u>çok fazla duman</u> oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu durum içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olan alanlarda yangın olabilir. Burada yaklaşma mesafeleri 1000 volta kadar 1 m olacak şekilde olmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
ADP alanında otomatik söndürme sistemi vardır. Devreye gidiği kontrol edilmelidir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin,sterilizasyon, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 172 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.13.Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet		
Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 173 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,
Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Sterilizasyon yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Sterilizasyon alanında görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 dk	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın, kapıları açın ve ulaşımı kolaylaştırın. Yolları açık tutun. Ayrıca bu iş için diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Basıncı bir ekipmanda yangın olursa öncelikle asil stop ile makine basıncını düşürün.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Oksitleyici malzeme ile çalışan ekipmanı ve kimyasalını güvene alın ve alandan uzaklaştırın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 174 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yangına Kuru kimyevi toz lu yangın söndürücüler ile ilk müdahaleleri yapın ve sönekibi gelene kadar yangını kontrol altında tutmaya çalışın veya söndürün.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Sterilizasyon alanının karşısında bulunan yangın tüpü ile birlikte İlk müdahaleyi yapın. Söndürme tüpleri mutlaka doğru kullanılmalıdır. Yoksa yangın sönmeyecektir. Tüpler yangının çıkış noktasına doğru tutulmalı ve süpürerek yaklaşılmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Yukarıdaki söndürücüler ile söndürülemez ise yangın dolabından yangın hortumu alınmalı ve kullanıma başlanmalı. Ancak <u>elektrik olan alanlarda kullanmayınız.</u>	2 dk.	Olay Bitimi
Sterilizasyon alanından çıkarınca yangın söndürme dolabı vardır. İçinde su ve KKT tüp vardır. Gerek görülürse kullanılabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Dumanın diğer alanlara geçmemesi için ameliyathane ile olan cam kapatılmalıdır.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Yangın olması durumunda mutlaka duman oluşacaktır. Bu nedenle çabuk hareket edilmelidir.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir.Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Toz sağlığa zararlı değildir ancak Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir. Toz maskesi kullanımı önerilmektedir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 175 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sterilizasyon içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 176 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	bitimine kadar	
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve diğer ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik Çarpılma olabilir.		
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu durum içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel(örneğin,sterilizasyon, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 177 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetindevamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.14.Ameliyathane Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Ameliyathane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek. Hedefler Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, Yangınla müdahaleye başlamak, Tıbbi gaz vanalarını kapatmak, Daha fazla zararı önlemek, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak. Ameliyathane yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 178 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Ameliyathane alanında görevli olmayan personelleri ve tedarikçileri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 dk	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın, kapıları açın ve ulaşımı kolaylaştırın. Yolları açık tutun. Ayrıca bu iş için diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Tıbbi gaz ve anestezi vb. gazların vanaları duvarda bulunan santrallerden kapatılmalıdır. (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun, önce hasta güvenliğini sağlayın)	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yanıcı madde veya oksitleyici madde içeren kimyasal güvene alın ve alandan uzaklaştırın. (Alkol, aseton, formolin, oksijen vb)	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Ameliyathane koridorunda bulunan iki adet CO2 yangın tüpleri ile birlikte ilk müdahaleyi yapın ve söndürme ekibi gelene kadar yangını kontrol altında tutmaya çalışın veya söndürün.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 179 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Söndürme işlemine oldukça hızlı başlanmalıdır. Yangına aynı anda birden fazla tüple, söndürme yapan personellerin birbirini etkilemeyeceği biçimde müdahale edilmelidir.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tüpleri mutlaka doğru kullanılmalıdır. Yoksa yangın sönmeyecektir. Tüpler yangının çıkış noktasına doğru tutulmalı ve süpürerek yaklaşılmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Tozlu yangın söndürücüler ortamda yoğun toz oluşturacaktır. Bu durum hastaların, çalışanların nefes almasını zorlaştırabilir.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Ameliyat halindeki hastanın olduğu salonda KKT kullanılırsa hastanın içine Kuru kimyevi toz girebileceği için salonlarda ameliyat varken kullanılmamalı, ameliyat tamamlanmasıyla kullanıma başlanmalı veya boş ameliyat salonlarında kullanılabilir. Bu nedenle CO2 yangın söndürücüler ile ilk müdahalenin yapılması akabinde diğer söndürücülerin de kullanılması sağlanmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Ameliyathane personel giriş kapılarının karşısında yangın söndürme dolabı vardır. İçinde su ve KKT tüp vardır. Gerek görülürse su kullanılabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Yukarıdaki söndürücüler ile söndürülemez ise yangın dolabından yangın hortumu alınmalı ve kullanıma başlanmalı. Ancak <u>elektrik olan alanlarda ve ameliyat devam eden alanlarda kullanmayınız.</u>	2 dk.	Olay Bitimi
Anestezi cihazlarındaki O2 ve N2O alevi güçlendirerek yangını körükleyeceğinden utulmamalıdır. Bu nedenle yangın alanından uzak tutulmalı, bu alanda yangın varsa tüplerin kapatılması sağlanmalıdır. (Ancak hasta sağlığı göz önüne alınmalıdır.)	2 dk.	Olay Bitimi
Yangın olması durumunda mutlaka duman oluşacaktır. Bu nedenle çabuk hareket edilmelidir.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Duman, toz, yangın vb. nedenlerden kaynaklı olarak hastaları tahliye etme olasılığı için hemen ilk hazırlıklara başlanmalıdır. OYE'den tahliye için bilgi talep edin.(tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız).	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 180 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. . Toz sağlığa zararlı değildir ancak Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir. Toz maskesi kullanımı önerilmektedir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturmayapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Ameliyathane içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 181 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	bitimine kadar	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve diğer ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Elektrik Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu durum içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Ameliyathanede kullanılan özel ekipmanlar oksijen içerdiğinden yangınını güçlendirme ve çabuk yayılma ihtimalini arttırmaktadır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Ameliyathane içindeki hastalar toz ve dumandan etkilenebilirler.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin,sterilizasyon, eczane, iaderi kat)		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 182 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.15.Genel Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Genel Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 183 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek,
Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
Yangınla müdahaleye başlamak,
Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
Daha fazla zararı önlemek,
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.
Genel yoğun bakım yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Genel yoğun bakım alanında görevli olmayan personelleri ve hasta yakınlarını alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 dk	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın, kapıları açın ve ulaşımı kolaylaştırın. Yolları açık tutun. Ayrıca bu iş için diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Tıbbi gaz vanaları duvarda bulunan santrallerden kapatılmalıdır. (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun, önce hasta güvenliğini sağlayın)	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 184 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yanıcı madde veya oksitleyici madde içeren kimyasal güvene alın ve alandan uzaklaştırın.(Alkol, aseton, oksijen vb)	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yoğun bakım içerisinde bulunan yangın tüpleri ile birlikte İlk müdahaleyi yapın ve söndürme ekibi gelene kadar yangını kontrol altında tutmaya çalışın veya söndürün.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme işlemine oldukça hızlı başlanmalıdır. Yangına aynı anda birden fazla tüple, söndürücülerin birbirini etkilemeyeceği biçimde müdahale edilmelidir.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tüpleri mutlaka doğru kullanılmalıdır. Yoksa yangın sönmeyecektir. Tüpler yangının çıkış noktasına doğru tutulmalı ve süpürerek yaklaşılmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Tozlu yangın söndürücüler ortamda yoğun toz oluşturacaktır. Bu durum hastaların, çalışanların nefes almasını zorlaştırabilir. Bu nedenle alanda varsa CO2 yangın söndürücüler ile ilk müdahalenin yapılması akabinde diğer söndürücülerin de kullanılması sağlanmalıdır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Yoğun bakım alanından çıkarınca yangın söndürme dolabı vardır. İçinde su ve KKT tüp vardır. Gerek görülürse su kullanılabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Yukarıdaki söndürücüler ile söndürülemez ise yangın dolabından yangın hortumu alınmalı ve kullanıma başlanmalı. Ancak <u>elektrik olan alanlarda kullanmayınız.</u>	2 dk.	Olay Bitimi
Tedavi için kullanılan oksijeni güçlendiren özel ekipmanların alevi güçlendirerek yangını körükleyeceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hemen bu ekipmanların bağlantıları çıkarılarak etkisiz hale getirilmelidir. (Ancak hastaların sağlık durumları da göz önünde bulundurulmalı. Bu nedenle yapılacaklar karar verilmelidir. Bu ekipmanlar hasta ile birlikte başka alana da nakil edilebilir.)	2 dk.	Olay Bitimi
Yangın olması durumunda mutlaka duman oluşacaktır. Bu nedenle çabuk hareket edilmelidir.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Duman, toz, yangın vb. nedenlerden kaynaklı olarak hastaları tahliye etme olasılığı için hemen ilk hazırlıklara başlanmalıdır. OYE'den tahliye için bilgi talep edin.(tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız).	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 185 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),			
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir.Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,			
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. . Toz sağlığa zararlı değildir ancak Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir. Toz maskesi kullanımı önerilmektedir.			
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.			
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.			
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).			
Kullanılacak Materyaller			
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)			
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)			
Yangın Battanisi,			
Kurtarma ekipmanları			
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri			
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,		Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yoğunbakım içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,		Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.		Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi			
Alarm ver: Hemen		Olayın	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 186 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	başlamasından bitimine kadar	
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndürprensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve diğer ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Elektrik Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı <u>çok fazla duman</u> oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu durum içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 187 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	bitimine kadar	
Yoğun bakımda kullanılan özel ekipmanlar oksijeni güçlendirdiği için yangınını güçlendirme ve çabuk yayılma ihtimalini arttırmaktadır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yoğun bakımdaki hastalar toz ve dumandan etkilenebilirler.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin,sterilizasyon, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 188 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

2.5.16. Yenidoğan Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	Yenidoğan Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, Yangınla müdahaleye başlamak, Tıbbi gaz vanalarını kapatmak, Daha fazla zararı önlemek, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak. Yenidoğan yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 4444 numaralı dahili telefondan arayarak Santrale duyurur. Kırmızı kodolduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın mesai saatleri dışında ise, Nöbetçi Doktor, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir. Nöbetçi amirler de İtfaiyenin çağırılmasını sağlar ve Söndürme ekibini alana sevk eder	Hemen	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 189 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Santral tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Yenidoğan Y.B. alanında olan yabancı kişilerin kalabalık olmaması için alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 sn	Olay Bitimi
Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. (karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız).	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yenidoğan ünitesinin kapısının önünde bulunan KKT yangın tüpü ile birlikte ilkmüdahaleyi yapın.	1 dk.30	Olay Bitimi
Yenidoğan ünitesinde kullanılacak tozlu kimyasal ve sudan kaynaklı olarak bebeklerin zarar görmesi olabilir. Bu nedenle öncelikle CO2, Halon FM200 gibi söndürücüler kullanın.	2 dk.	Olay Bitimi
Yenidoğan yoğun bakım karşısında yangın söndürme dolabı vardır. İçinde su ve KKT tüpü vardır. Gerek görülürse kullanılabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Yoğun bakım tahliye gerçekleştirilecek ise OYE den bilgi alınıp bilgi verilmelidir. Tahliye için alan ile ilgili Tahliye SOP'a bakılmalıdır.	2 dk.30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 190 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Bitmiş olan tüpleri tekrar kullanılmaması adına yere yan bir şekilde bırakın.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yenidoğan içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 191 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar ve ekipmanlar çalışanlara zarar verebilir. Çarpılma olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı <u>çok fazla duman</u> oluşa bilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Söndürme ekipleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 192 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 193 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

3. KBRN OLAYA ÖZEL PLANI

3.1. Amaç

Hastane ortamındaki kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) tehlikeleri tanımlamak, hasta, hasta yakını, çalışan ve çevre güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamaktır.

3.2. Kapsam

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.

3.3. Tanımlar Ve Kısaltmalar

Arındırma (Dekontaminasyon) : KBRN silahları veya bunları içeren maddeler kullanıldığında çevreye yayılan tehlikeli kirliliğin devam etme ve etkilenme riskini azaltmak, tehlikeyi uzaklaştırmak ya da etkisiz hale getirmek üzere yapılan temizleme işlemlerini,

Hastane arındırma personeli: KBRN olaylarında hastane yönetimi tarafından görevlendirilen ve eğitimi verilen, olay yerinden kendi imkânları ile hastaneye ayakta ve yatarak gelen hastaların arındırılmasındaki iş ve işlemleri yapan personeli,

İlk müdahale ekipleri: Olay bölgesinde tespit, bomba imha, kurtarma, arındırma, itfaiye, acil tıbbi müdahale, ilk yardım ve ambulans gibi acil müdahale hizmetlerini yürüten ekipleri,

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) : Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde (İL-SAP) afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde, hastanede afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanenin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak amacıyla yapılan planı,

KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer kelime grubunun kısaltması olarak kullanılmaktadır. Genel olarak bu terim kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerin kasten veya kazaen yayılmasıyla oluşan, insan ve çevre için zararlı ve tehlikeli durumları ifade etmektedir.

KBRN riski: Kitle imha silahları, KBRN harp maddeleri ve tehlikeli endüstriyel maddeler ile bu nitelikteki tehlikeli atıkların kasten veya hata sonucu, çevre ve insan sağlığına zarar verme olasılığını ve zararın ciddiyet derecesini,

KBRN tehdit ve tehlikeleri: Petrol kirlenmeleri ve salgın hastalıklar hariç olmak üzere; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer maddeler, KBRN harp maddeleri ve tehlikeli endüstriyel maddeler ile bu nitelikteki tehlikeli atıkların araştırılması, üretimi, işlenmesi, depolanması, nakledilmesi, kullanılması ve atık olarak işlem görmesi sırasında gerekli önlemler alınmadığında, çevre ve insan sağlığını tehdit eden tehlike durumlarını, kitle imha silahlarının etkileri ile bu silah ve maddelerle yapılan kaçakçılık, terör ve sabotaj eylemlerini,

Sıcak bölge: KBRN maddeleri ile kirlendiği tespit edilmiş, çevreyi ve yaşamı tehdit eden bölgedir.

Ilık Bölge: Tehlikeli maddenin tespit edildiği sıcak bölge sınırından itibaren rüzgârın tersi yönde kalan, arındırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve bu faaliyetler nedeniyle kirlenme riski bulunan çalışma alanıdır.

Soğuk bölge: Ilık bölge sınırından itibaren, rüzgâr üstünde, ilk müdahale ekiplerinin konuşlandığı, acil tıbbi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 194 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

müdahale ve ambulans hizmetlerinin verildiği bölgeyi,

TAEK: Türkiye Atom Enerjisi Kurumunu,

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,

Renk kodlaması: Acil servislerde, Triyaj işlemi sırasında acil hastaların öncelik sırasının belirlenmesi amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk şeklinde uygulanan kodlamayı,

Triyaj: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti

göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini,

İkaz ve Alarm İşaretleri: Düşman saldırısını önceden haber almak ve tehlikeye karşı halkı uyararak bir takım önlemlerin alınmasını sağlamak üzere oluşturulan sistemlerdir.

KBRN Risk Analizi: İnsan sağlığı ve çevrenin, KBRN maddelerinin kasten veya kazaen çevreye yayılmasından zarar görme olasılığının ve zararın ciddiyet derecesinin değerlendirilmesine ilişkin faaliyetler bütünüdür.

KBRN Kirlenmesi: Kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerin belirli bir bölgeye, kişilere, yapılara, su kaynaklarına ve toprağa bulaşması durumudur.

Korunma Düzeyi: Tehdidin türüne ve yoğunluğuna göre ekip personelinin kullanacağı “A”, “B”, “C” düzeyi koruyucu giysi ve donanımın seviyesini,

Sekonder (İkincil) Kontaminasyon: Sekonder kontaminasyon, tehlikeli madde ile doğrudan temas etmekten ziyade kirlenmiş bir kişi veya nesneyle temastan kaynaklanan kirlenmedir.

UMKE: Hastane Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerini,

3.4. Sorumlular

Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusu: KBRN olaylarına müdahale kapsamında tespit, izleme, dökülme/ saçılma yönetimi, maruz kalanların, teknik ve acil dekontaminasyonunun yapılması ile hastane ve ekipman Dekontaminasyon çalışmalarının organize edilmesi ve yönetilmesinden sorumludur.

Yaralı/Kazazede Dekontaminasyon Birim Sorumlusu : KBRN olaylarına müdahalede, hasta Dekontaminasyon ile ilgili

eylemlerin koordinasyonunu sağlar.

Tesis ve Cihaz Dekontaminasyon Birim Sorumlusu : KBRN olaylarına müdahalede, hastane ve ekipmanlarının Dekontaminasyon ile ilgili eylemleri koordine eder

3.5. Kişisel Koruyucu Elbiselerin Genel Bilgileri:

A Düzeyi Koruyucu

Kıyafet Tehlikeli maddeye maruz kalma olasılığının çok yüksek olduğu, derinin, solunum sisteminin ve gözlerin en yüksek düzeyde korunmasını gerektiren durumlarda kullanılan; giyildiğinde kişinin çevreyle temasını tamamen kesen (yüksek düzeyde deri, solunum sistemi ve gözün korunmasını sağlayan) ve içerisinde temiz hava tüplü solunum sistemi ile nefes alınıp verilen; kişiye tam koruma sağlayan koruyucu kıyafettir.

B Düzeyi Koruyucu

Kıyafet Solunum sisteminin en yüksek, derinin ise daha az düzeyde korunmasını gerektiren durumlarda kullanılan;

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 195 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

A

Düzeyi Koruyucu Kıyafete göre daha az koruma fakat daha fazla rahatlık sağlayan koruyucu kıyafettir.

C Düzeyi Koruyucu Kıyafet

Tehlikeli maddenin tespit edildiği durumlarda kullanılan, A ve B düzeyi koruyucu kıyafetlere göre daha az koruma fakat uzun süreli operasyonlarda kolay hareket etme olanağı sağlayan koruyucu kıyafettir.

D Düzeyi Koruyucu Kıyafet

Tehlikeli maddenin cilde bulaşma olasılığının bulunmadığı durumlarda kullanılan, en az seviyede koruma sağlayan

koruyucu kıyafettir.

3.6. İkaz Ve Uyarılar:

Radyoaktif Serpinti İkazı ya da Kimyasal Saldırı Tehlikesi İkazı:

3 dakika süreli kesik siren sesi ile duyurulan radyoaktif serpinti tehlikesini işaret eden siyah ikazdır.

Saldırının kimyasal silahlarla yapılması halinde, alarm radyoaktif serpintide olduğu gibi 3 dakika süreli kesik siren sesi ile duyurulur.

3.7.KBRN TEHLİKELERİNİN YÖNETİMİNE YÖNELİK SÜREÇLER VE SÜREÇLERE

İlişkin Sorumlular :

Olası KBRN Tehlikeleri :

KBRN hizmetleri konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından Hastanemize verilen herhangi bir görev yoktur. Hastane dışındangelebilecek hastalar ilgili hastanelere gönderilecektir. Hastane içinden gelecek tehlikeler de şu şekildedir:

- ☐ Hastanede radyoaktif madde yoktur. Nükleer tıp yoktur.

Hastanede radyolojik tehlikelerde;

Röntgen cihazı	1adet
Taşınabilir röntgen cihazı	1 adet
Tomografi cihazı	1 adet
Mamografi cihazı	1 adet
Kemik ölçüm cihazı	1 adet
Skopi cihazı	1 adet

Hastanede Kimyasal Madde Tehlikelerde;

Laboratuvar alanında küçük miktarda kimyasallar

Temizlik işlerinde kullanılan kimyasallar

Çamaşırhanede kullanılan yıkama kimyasalları

Sterilizasyon işlerinde kullanılan Hidrojen peroksit

malzemeBakım işlerinde kullanılan kimyasal maddeler

Kimyasal maddeler ile ilgili olarak; kimyasalların güvenlik bilgi formları vardır. Kimyasal envanter vardır ve kimyasalrisk değerlendirmesi vardır. Bu evraklardan yararlanarak kimyasal riskler yönetilmelidir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 196 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastanede biyolojik tehlikelerde;

Yatan hasta katında pandemi ile ilgili tedavi alanı vardır.

Yoğun bakım alanında pandemi ile ilgili tedavi alanı vardır.

Acil birimine başvurular olabilir. (kuduz, kkka, aids, hepatit, tüberküloz vb.) Yatan hasta katında hastalıklar ile karşılaşılabilir. (aids, hepatit, tüberküloz vb.)

Poliklinik hizmetlerinde katında hastalıklar ile karşılaşılabilir. (covid 19, tüberküloz, grip vb.)Tıbbi atık süreçleri ve atık alanı.

Sterilizasyon işlerinde olacak tehlikeler.

Laboratuvar

Kimyasal maddelerden kaynaklanan riskler: Laboratuvarımızda, sağlık açısından toksik ve aşındırıcı etkili; fiziksel açıdan da parlayıcı, yanıcı ve reaktif kimyasallar kullanılmaktadır. Bazı kimyasallar kazara diğer bazı kimyasallarla karşılaşırse ciddi güvenlik sorunları doğabilir. Geçimsiz kimyasalların; depolanma/saklanma ve taşınma esnasında, laboratuvarında çalışma esnasında, kimyasal atık biriktirilmesi ve imhası esnasında ve genel olarak bilgi eksikliğinde kazara birbirleriyle karşılaşması olasılığı vardır. Laboratuvar çalışanlarının kimyasal maddelere temas, soluma ve benzeri yollarla maruz kalma riski bulunmaktadır.

Temizlik malzemelerin aşırı kullanılması, dökülmesi ile kireç çözücü ve çamaşır suyunun karışılması halinde tehlikeli olabilir. Klorlu maddeler ile asitlerin birleşimi tehlikelidir. Metaller ile klorlu bileşenler tehlike oluşturur. Kimyasalların karıştırılması da tehlikeli olmaktadır.

Biyolojik maddelerden kaynaklanan riskler:

Laboratuvarımızda kan, idrar, balgam, gaita ve semen gibi biyolojik materyallerle çalışıldığından, çalışanların ve ortamın bu materyallerle temas ve kontaminasyon riski bulunmaktadır.

Hastane işleyiş süreçlerinin tamamında biyolojik riskler ile karşı karşıyadır.

Radyolojik riskler:

Radyolojik olarak gerekli olan kişisel koruyucular vardır. Ayrıca toplu koruma önlemleri vardır. Kurşun paravanlar, kurşun kaplama yapılmış odalar ve dozimetreler vardır.

3.8. KBRN ataklarına karşı alınan korunma tedbirleri:

- 3.8.1. Yangın söndürücülerin hazır olması ve kullanımının öğrenilmesi sağlanır.
- 3.8.2. Öncelikle Acil Servis personeli olmak üzere hastanede görev yapan tüm hekim, hemşire ve sağlık teknisyenlerine KBRN ajanları, bu ajanlara bağlı yaralanmalar, ajanların tanısı ve tedavileri ile ilgili eğitim verilir.
- 3.8.3. KBRN uygulayıcı eğitimleri İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi/Acil ve Afetlerde Sağlık HizmetleriŞubesi (şube bünyesindeki afet biriminden) tarafından verilir.
- 3.8.4. Eğitimler, periyodik olarak düzenlenen masa başı ve fiili tatbikatlar ile desteklenir.
- 3.8.5. Antidot, antibiyotik ve ilaç stoku yapılır.
- 3.8.6. “C” ve “D” tipi koruyucu elbise, maske, eldiven vb. kişisel koruyucu malzemeler temin edilir.
- 3.8.7. Acil Servis’e ulaşan kontamine hastaların karşılanması ve dekontaminasyon işlemlerinin yapılmasında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 197 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

görev alacak bir KBRN Ekibi oluşturulur.

- 3.8.8. KBRN malzemeleri acil serviste ve depolarda bulundurulur.
- 3.8.9. Tüm çalışanların ilgili SOP'ları bilmeleri ve uygulamaları sağlanır.
- 3.8.10. Tüm çalışanların ilgili SOP'ları bilmeleri dışındaki uygulama ve davranışları düzeltilir.
- 3.8.11. Kullanılan kimyasal ve biyolojik riskler konusunda çalışanlar bilgilendirilir; riskleri en aza indirmek için gerekli önlemler alınır ve personeli eğitilir.
- 3.8.12. Tüm cihazların üretici firmanın uygun gördüğü ve güvenli bir şekilde kullanılması sağlanır.
- 3.8.13. Tüm çalışanların kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, eldiven, firmalara yaka kartı, gözlük vb.) yerini bilmesi ve kullanması sağlanır.
- 3.8.14. Radyoaktif atık üretmemekteyiz ancak; planlanmamış bir radyoaktif atık çıkacak olursa Radyoaktif atıklar kurşun kaplı ortamlarda muhafaza edilmelidir ve yarı ömürlerini tamamlamalarının ardından kırmızı tıbbi atık torbalarına konup etiketlenerek çevre mevzuatınca ve Atom Enerji Kurumunun kurallarına göre atılır.
- 3.8.15. Tüm kesici delici maddeler uygun şekilde ayrılır ve kesici delici tıbbi atık kutusu atılır
- 3.8.16. Kişisel koruyucu ekipman birden fazla kişi tarafından kullanılıyorsa kullanım sonrası dezenfekte edilerek kaldırılır.
- 3.8.17. Kimyasallar uygun alanlarda depolanır ve yanıcı kimyasallar bu iş için ayrılmış yangına dayanıklı kabinde depolanmalıdır.
- 3.8.18. Çalışma yapılırken reaksiyona girebilecek maddeler bir arada bulundurulmaz.
- 3.8.19. Kimyasallar mümkün olduğunca en küçük miktarlarda bulundurulur ve kullanılır.
- 3.8.20. Kırılması muhtemel kimyasalları taşıırken kırılmasını önlemek için taşıyıcı kullanılır.
- 3.8.21. Kimyasal ısı, kıvılcım ve ateş kaynaklarından uzakta kullanılır.
- 3.8.22. Kimyasal kapakları daima kapalı olmalıdır.
- 3.8.23. Kimyasalların bulunduğu ve çalışıldığı ortamlarda yeterli havalandırma sağlanır.
- 3.8.24. Röntgen Bölümü'nde radyasyon tehlikesi olan alanların girişine "RADYASYON TEHLİKESİ" ve "HAMİLELER ve HAMİLELİK ŞÜPHESİ OLANLAR GİREMEZ" şeklinde sarı uyarı levhaları vardır ve bu kurallara kati şekilde uyulmalıdır.
- 3.8.25. Radyolojiler Personeli dozimetre takar.
- 3.8.26. Dozimetrelerin kontrollerini yapacak firma, daha önce anlaşılan firmaya gönderilir ve firması tarafından belli aralıklarla kontrol edilerek personelin maruz kaldığı radyasyon miktarı takip edilir.
- 3.8.27. Radyolojik alanda çalışanlar mutlaka kurşun kişisel koruyucuları kullanılmalıdır.

3.9. Hastane İçi KBRN Olayları :

Hastaların ve personelin sağlığını etkileyebilecek büyük boyutta tehlikeli maddeleri içeren akut kimyasal olay ile karşılaşıldığında Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçilecek olup; Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü, ilgili KBRN sollarını derhal uygulamaya konulacaktır.

3.10. Kimyasal Sızıntısı Durumunda Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde:

- 3.10.1. Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna haber verilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 198 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

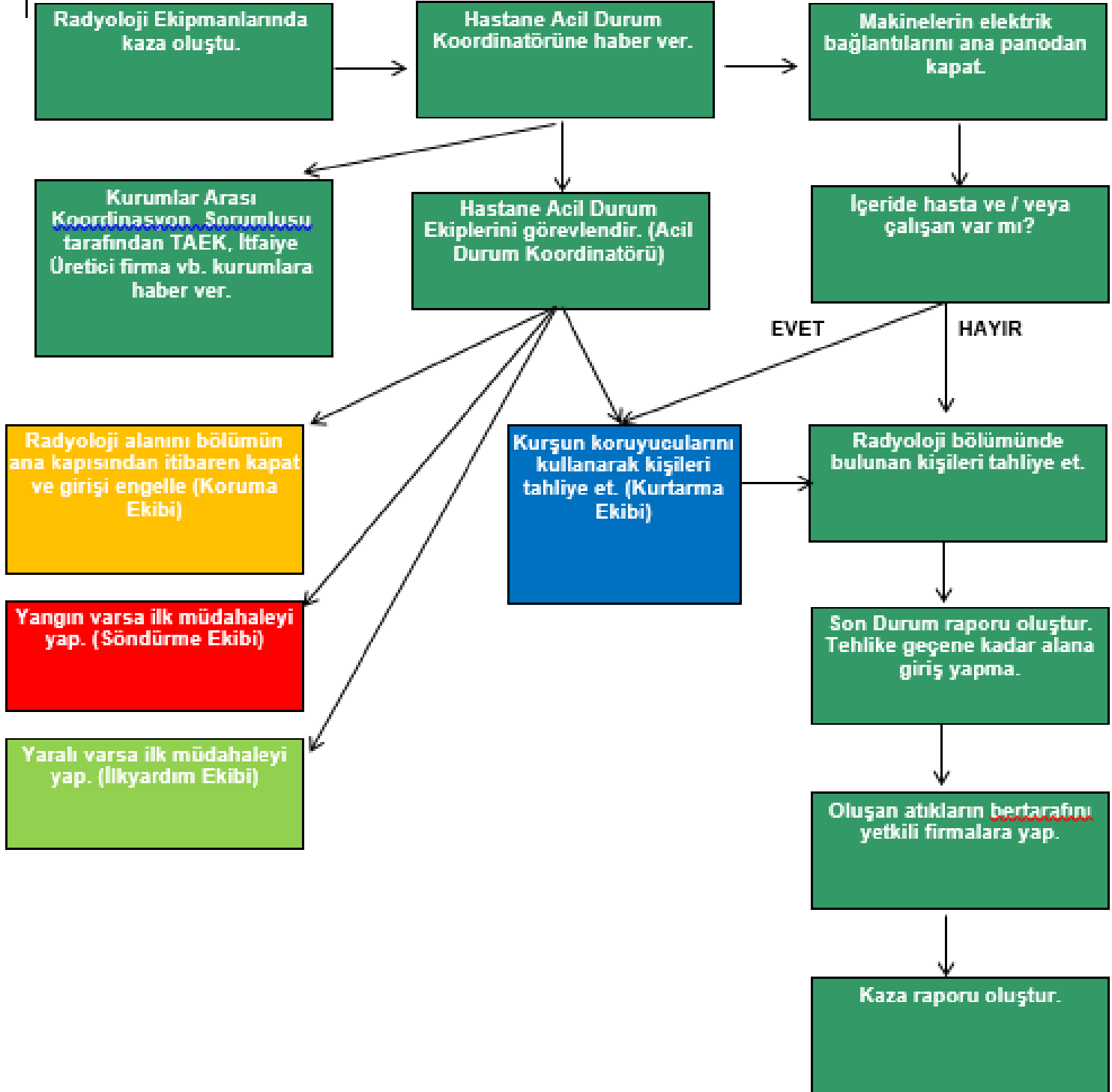
- 3.10.2. Eğer sızan veya dökülen madde parlayıcı özellikte ise, ona yakın ısı kaynakları bölgeden uzaklaştırılır.
- 3.10.3. Güvenliği tehlikeye
atmayacak ve tehlike yaratan madde hakkında bilgi varsa, mümkünse sızıntı kaynağında engellenir. (musluğun, vananın kapatılması vb.)
- 3.10.4. Dökülen kimyasalın yayıldığı bölge sınırlanır.
- 3.10.5. Kapıları kapatarak / kilitleyerek ve uyarı yazısı asarak dökülme bölgesi izole edilir.
- 3.10.6. Görevi olmayan ve yetkisiz kişilerin bölgeye girmesine izin verilmez.
- 3.10.7. Bölgedeki tüm çalışanlar uyarılır; dökülme 1 litreden fazla ise veya çok tehlikeli bir madde döküldüyse dökülme olan alan hemen boşaltılır.
- 3.10.8. Kimyasal dökülme kiti kullanılarak çalışmalar başlatılır.
- 3.10.9. Elektrik düğmeleri ve gaz vanaları kapatılır.
- 3.10.10. Dökülen kimyasal maddeye dokunulmaz ve üzerinde yürünmez.
- 3.10.11. Maske, kimyasal eldiven, gözlük, tulum, çizme vb. kullanarak önce kişiler kendini güvenceye alarak, sızıntının yayılım alanı bariyerlerle çevirerek engellenir.
- 3.10.12. Kimyasalın Malzeme Güvenlik Bilgi Formunda yazılı tedbirleri göz önüne alarak tehlikeleri izole etmek (havalandırma, soğutma vb.) amacıyla gerekli tedbirler alınır, kişisel koruyucuları kullanarak ve diğer tedbirleri alarak mümkünse temizliği yapılır,
- 3.10.13. Kontamine malzeme uygun etiketli atık kutusuna atılır.
- 3.10.14. Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite Birimine ve İş güvenliği birimine bildirilir.
- 3.10.15. Kimyasalın kontrol altına alınamaması veya temizlenememesi durumunda İdare tarafından Acil Durum Merkezi'ne (112,110 vb.) haber verilir.
- Kişi Kontaminasyonu Halinde:**
- 3.10.16. Üzerine bulaş olan kişi hemen uyarılır.
- 3.10.17. Kirlenmiş olan kişiye müdahale edecek olan personel/personeller hemen Gaz maskesi, tulum, kimyasal eldiven, çizme vb. koruyucu ekipmanlarını tam olarak giyer.
- 3.10.18. Birden fazla yaralı gelmesi veya olması durumunda hemen triyaj alanına sevk edilir ve triyaj yapılır.
- 3.10.19. Kontamine giysileri hemen çıkarılır.
- 3.10.20. Tehlikeli atık poşetlerine konur.
- 3.10.21. Atık prosedürüne göre bertaraf edilir.
- 3.10.22. Maruz kalan kişi hemen temiz havaya çıkılır.
- 3.10.23. Vücut üzerinde kirli alan varsa yıkama yapılır.
- 3.10.24. Personelin kalp durması ve solunum durması durumunda Mavi kod verilir.
- 3.10.25. Tıbbi ilk yardımlar sadece ilgili kimyasalın GBF'larındaki talimatlara göre yapılmalıdır.
- 3.10.26. Yanında gelen kişi varsa onların da kontamine olduğu göz önüne alınmalıdır.
- 3.10.27. Olay raporlanarak Kalite Birimine ve İş güvenliği birimine bildirilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 199 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

3.11.Radyoaktif Tehlikeler Karşısında Yapılması

GerekenlerYüzey Kontaminasyonu Halinde

- 3.11.1. Radyasyon Koruma Görevlisi durumdan haberdar edilir. Koruma görevlisi ilgili alanda düzenlemeleri yaptırır.
 - 3.11.2. Dökülen sıvının üzerine hemen emici bez veya kağıt konularak yayılması önlenir, çevresi işaretlenir ve üzerinden geçişler engellenir.
 - 3.11.3. Temizlik esnasında mutlaka eldiven giyilir ve bulaşmış malzemelerle ıslak kâğıtların içine konulabileceği plastik bir torba bulundurulur.
 - 3.11.4. Dökülen maddenin üzerine konulmuş olan bez veya kâğıtlar alınır ve bir havlu ile bulaşma alanı dıştan içe doğru olmak üzere kurulanır.
 - 3.11.5. Alan iyice kurulandıktan sonra temizleme malzemeleri (Dekontaminasyon ilaçları) ile ıslatılmış kâğıt havlu ile silinir.
 - 3.11.6. Havlunun radyoaktivitesi uygun ölçüm cihazları kullanılarak kontrol edilir veya ettirilir.
 - 3.11.7. Ortam sayımının iki katını geçen sayımlar, bulaşma olduğunun göstergesidir.
 - 3.11.8. Bu durumda kâğıt havlular ile temizlemeye devam edilir. Yumuşak bir temizleyici sıvı kullanılabilir ancak aşındırıcı temizleyicilerden sakınmalıdır.
 - 3.11.9. Temizlik sonunda silme testi tekrarlanır.
 - 3.11.10. Silme işlemi yapılan havludaki radyasyon düzeyi, ortam sayımının iki katından daha küçük bir değere ulaşıncaya kadar temizleme ve silme işlemine devam edilir.
- Kişisel Kontaminasyon Olması Halinde:
- 3.11.11. Kirlenmiş olan kişiye müdahale edecek olan personel/personeller hemen kurşun koruyucu ekipmanlarını tam olarak giyer.
 - 3.11.12. Dozimetresini üzerinde bulundurur.
 - 3.11.13. Kontamine giysileri hemen çıkarılır. Uygun kırmızı poşetlere konarak kurşun kutu içine konur.
 - 3.11.14. Kirlenmiş kişilerin elbiseleri Atom Enerji Kurumu yetkililerine verilir.
 - 3.11.15. Maruz kalan kişi duş aldırılarak arındırma işlemi yapılır.
 - 3.11.16. Personelin kalp durması ve solunum durması durumunda Mavi kod verilir.
 - 3.11.17. Gerekirse suni solunum uygulanır.
 - 3.11.18. Hasta üzerinde radyasyon ölçümleri yapılır.
 - 3.11.19. En kısa sürede ilgili hastaneye gönderilir.
 - 3.11.20. Yanında gelen kişi varsa onların da kontamine olduğu göz önüne alınmalıdır.
 - 3.11.21. Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite Birimine ve İş güvenliği birimine bildirilir.

Radyoloji Bölümü Acil Durum Algoritması:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 201 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

3.12.Biyolojik Tehlikeler Karşısında Yapılması

GerekenlerYüzey Kontaminasyonu Halinde:

- 3.12.1. Kontamine alanı tespit edip izole edilir.
- 3.12.2. Bütün çalışanlar uyarılır. Hemen kişisel koruyucular giyilir.
- 3.12.3. Maşa / forseps yardımı ile kırık camlar toplanır.
- 3.12.4. Havalandırmaları kapat ve doğal havalandırma yap.
- 3.12.5. Dökülen sıvı üzerine absorban malzeme (kağıt havlu veya süzgeç kağıdı) örtülür; dökülenin emildiğinden emin olunur ve gerekirse bu işlem tekrarlanır.
- 3.12.6. Absorban örtünün üzerine dezenfektan dökülür. Dezenfektan olarak çoğu dökülme olayında 1/100 sulandırılmış hipoklorid yeterlidir. Büyük miktarda kontamine materyal dökülmesi halinde 1/10'luk hipoklorit kullanılır.
- 3.12.7. Dezenfektanın yaklaşık 20 dakika kalması sağlanır.
- 3.12.8. Absorbanı alınır ve ortam alkol veya yüzey deterjanı - su ile temizlenir. Bu arada kirlenen materyali hemen (atıkkabına) atılır.
- 3.12.9. İlgili alanın Birim Sorumlusu'na ve Hastane Temizlik Müdürüne haber verilir.

Kişinin Kontaminasyonu Halinde:

- 3.12.10. Üzerinde biyolojik bulaş olan kişi hemen uyarılır.
- 3.12.11. **Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna** haber verilir.
- 3.12.12. Tedavi yapacak olan kişi hemen kişisel koruyucularını giyer. Tulum, N95 maske, yüz siperi, eldiven, çizme mutlakkullanılır.
- 3.12.13. Kontamine giysileri hemen çıkarılır. Tıbbi atık poşetine konur. Poşet üzerine 1/10 seyreltilmiş çamaşır suyu püskürtülür ve bir tıbbi atık poşeti içine daha konur. Tıbbi atık bertaraf kurallarına göre atılır.
- 3.12.14. Maruz kalan kişi hemen yıkama alanına alınarak temizliği yapılır.
- 3.12.15. Kalp durması ve solunum durması durumunda Mavi kod verilir. Gerekirse suni solunum uygulanır.
- 3.12.16. Tıbbi ilk yardımlar için Biyolojik malzemelerin özelliklerine göre yapılmalıdır.
- 3.12.17. Vücudun temas eden bölgesi sabunlu su ile, gözler göz yıkama solüsyonu ile veya ağız serum fizyolojik yıkanır.
- 3.12.18. Yanında gelen kişi varsa onların da kontamine olduğu göz önüne alınmalıdır.
- 3.12.19. Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite ve İş güvenliği birimine bildirilir.

3.13. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalınması Halinde:

İğne batması / kesilme halinde: Yara yerini su ve sabunla yıkanır. Kan testleri için testler yapılır ve prosedüre göre çalışmayapılır.

Ağız, burun ve deriye sıçrama olduğunda: Bulaşan materyal bol su ile uzaklaştırılır. Ve sabun ile yıkama yapıp durulanır. Kan testleri için testler yapılır ve prosedüre göre çalışma yapılır.

Göze sıçrama olduysa: Temiz su / serum fizyolojik ile irrigasyon yapılır. KBRN Sorumlusuna haber verilmelidir. Eğer

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 202 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

endikasyon varsa tedaviye 1 – 2 saat içinde başlanması gerekir.

Personeller izlemeye alınmalıdır. Kan testleri için testler yapılır ve prosedüre göre çalışma yapılır. Kazaya karışan malzeme örneğinin kalanını incelenmesi için korumaya alınır.

3.14.Hastane Dışı KBRN olayları :

Hastanemizde KBRN ünitesi yoktur. (Ünite olmadığı için KBRN vakaları 112 Komuta Merkezi tarafından hastanemize yönlendirilmez. Kendi gelen hasta olursa 112 Komuta Merkezinin talimatına göre hastalar başka hastaneye sevk edilir/yönlendirilir.)

KBRN ile ilgili hasta geldiği bilgisi gelir gelmez çalışanlar gerekli olan kişisel koruyucuları kullanacaklardır.

Kimyasal, Biyolojik arındırma gerektiğinde acil servis girişindeki duş kullanılarak gelen hastalara dekontaminasyon yapılacaktır. Mümkün oldukça acilin iç alanında değil arındırma alanında tedavi devam ettirilecektir.

Çoklu yaralanma vb. tedavi için gelen hasta varsa veya haber alınmışsa hemen Olay yönetim birimi haberdar edilmelidir. Triyaj alanı hastane dışı olaylarda göz önüne alınarak (Ör: radyoaktif serpinti, Kimyasal duman/ yağmur, Biyolojik serpinti vb) uygun alana açılır. Gelen hastalar bu alanda triyaja alınarak tedavilerine başlanır. Daha sonra sevkleri yapılır.

Epidemiye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemi (veya pandemi) durumunda, **Pandemi Sürecinin Yönetimi Prosedürü** ve **Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı prosedürlere** uygulanacaktır.

3.15.Hastane Dışı KBRN olayları İşleyiş ve Süreçler :

- ✓ Hastane içi KBRN olaylarında olay yerinde gerekli müdahale yapılır, etkilenen personel olursa ilk önce acil serviste gerekli müdahale yapılır ve gerekirse başka hastaneye sevk edilir.
- ✓ Olayla ilgili olarak İş Güvenliği Birimi tarafından gerekli tutanaklar tutulur ve SGK'ya bildirim yapılır.
- ✓ Hastane dışı kendiliğinden (112 komuta merkezi bilgisi dışında) KBRN vakaları gelirse; hastanemizde KBRN ünitesi olmadığından ve hastanemiz KBRN için referans hastane olmadığından gelen hastalar 112 Komuta Merkezine haber verilerek KBRN ünitesi olan diğer hastanelere yönlendirilir / sevk edilir.
- ✓ KBRN olayının ardından HAP Başkanı tarafından Turuncu Kod ilan edilir ve Olay Yönetim Merkezi açılır, durumdeğerlendirmesi yapılır.
- ✓ HAP Başkanı tarafından içinde bulunulan duruma göre Hastane Afet Planı tamamen ya da kısmen aktive edilir.
- ✓ Kurumlar arası Koordinasyon Sorumlusu ilgili kurumlar ile irtibata geçer. (Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi, 112 Acil Durum Merkezi –, 114 – Ulusal Zehir Danışma Merkezi, Tekirdağ Büyükşehir Belediyesi, Çorlu İlçe Belediyesi, Çorlu Polis Merkezi Amirliği, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu)
- ✓ **Gerek duyulursa** HAP Planında daha önceden belirlenen alanlarda Tiraj Alanı açılır.
- ✓ KBRN olayının büyüklüğüne göre Olay yönetim ekibi kararı ile Güvenlik Sorumlusu tarafından; Hastane içi bölümlerin güvenliği sağlanarak giriş ve çıkışlar engellenir. Bunun için emniyet teşkilatından yardım alınarak hastane acil bariyeri oluşturulur.
- ✓ İzdihamın önlenmesi ve sağlık personelinin emniyeti için gerekli güvenlik tedbirleri alınır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 203 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ KBRN (Arındırma) ünitesi açılır / (acil yanındaki duş hazır hale getirilir). Arındırma alanı özel güvenlik personeli tarafından (gerekirse emniyet teşkilatından yardım alınarak) güvenliği sağlanır.
- ✓ Tehlikeli alanlardan gelen kişiler arındırılmadan giremezler.
- ✓ Bu kişiler Triyaj Alanına yönlendirilir.
- ✓ Dekontaminasyon yönetimi ve/veya kontamine olan hastalara akut bakım hizmeti sunumuna dâhil olan personel, kişisel koruyucu ekipman giyer ve Olay Yönetim Ekibi talimatlarına ve ilgili Standart Operasyon Prosedürlerine harfiyen uyulur.
- ✓ Kimyasal olaylara uygulanan özel triyaj prosedürlerine tamamen riayet edilir.
- ✓ Triyaj; hastaneye kabul, resüsitasyon ve tedavi aşamasında vb. her aşamada yapılır.
- ✓ Triyaj yapılan kişiler triyaj durumuna göre belirlenen Kirli Bekleme Alanına (sarı) veya direkt olarak KBRN ünitesine (kırmızı) alınır.
- ✓ KBRN ünitesinde hastalar usulüne uygun şekilde yıkanarak dekontamine edilir. Dekontaminasyon işlemi için hasta/yaralının yürüyebilirliği, cinsiyeti, engelli olması, gebe olması, yaşlı olması gibi benzer durumları kültürel öğelerle birlikte dikkate alınır.
- ✓ Arındırma işleminin ardından tekrar triyaj yapılır. Arındırma sonrası bulaş durumu temiz çıkanlara triyaj yapılır ve sonucagöre acil servise (kırmızı) veya temiz bekleme alanına (yeşil) alınır.
- ✓ Acil serviste muayene ve tıbbi yardım yapılan hastalar kayıtları tutularak boşaltılan ve izole edilen alanlara alınarak bu alanda tedavileri yapılır.
- ✓ Dekontamine öncesi siyah alana ayrılan kişiler ise özel olarak temin edilmiş olan ceset torbasına konularak izole edilen bir yerde bekletilir. (Olay yönetim ekibi tarafından belirlenir.)
- ✓ Dekontamine olmak istemeyen hastalar için güvenlikten ve gerekirse emniyet güçlerinden yardım istenir.
- ✓ Radyoaktif kontaminasyonu söz konusuysa dekontamine edilen hastaların kıyafetleri kırmızı atık poşetine koyulup etiketlenerek polis nezaretinde İl Sağlık Müdürlüğü ekipleri tarafından Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'na (TAEK) gönderilir.
- ✓ Kimyasal ve Biyolojik Kontaminasyonu söz konusuysa; dekontamine edilen hastaların kıyafetleri kırmızı atık poşetine koyulup etiketlenerek polis nezaretinde İl Sağlık Müdürlüğü ekibi tarafından Halk Sağlığı Laboratuvarlarına gönderilmesini gönderilir.
- ✓ Biyolojik tehlike durumunda; tehlikenin kaynağını oluşturan maddelerin tespit ve teşhisi için İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerince numuneler alınarak bu ekiplerce yeterli korunma önlemleri alınır ve uygun taşıma koşulları altında tahlil yapılacak laboratuvarlara sevk edilmesi sağlanır.
- ✓ Hastaları getiren Ambulans elemanlarının sağlık durumu kontrol edilir.
- ✓ Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılır.
- ✓ Kritik bakım hizmetlerine erişim, özel ilaç ve antitod almak için kabul- ret kriterleri oluşturulur. (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa),
- ✓ Bir oda veya bölüm tehlikeli hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yeniden yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin,

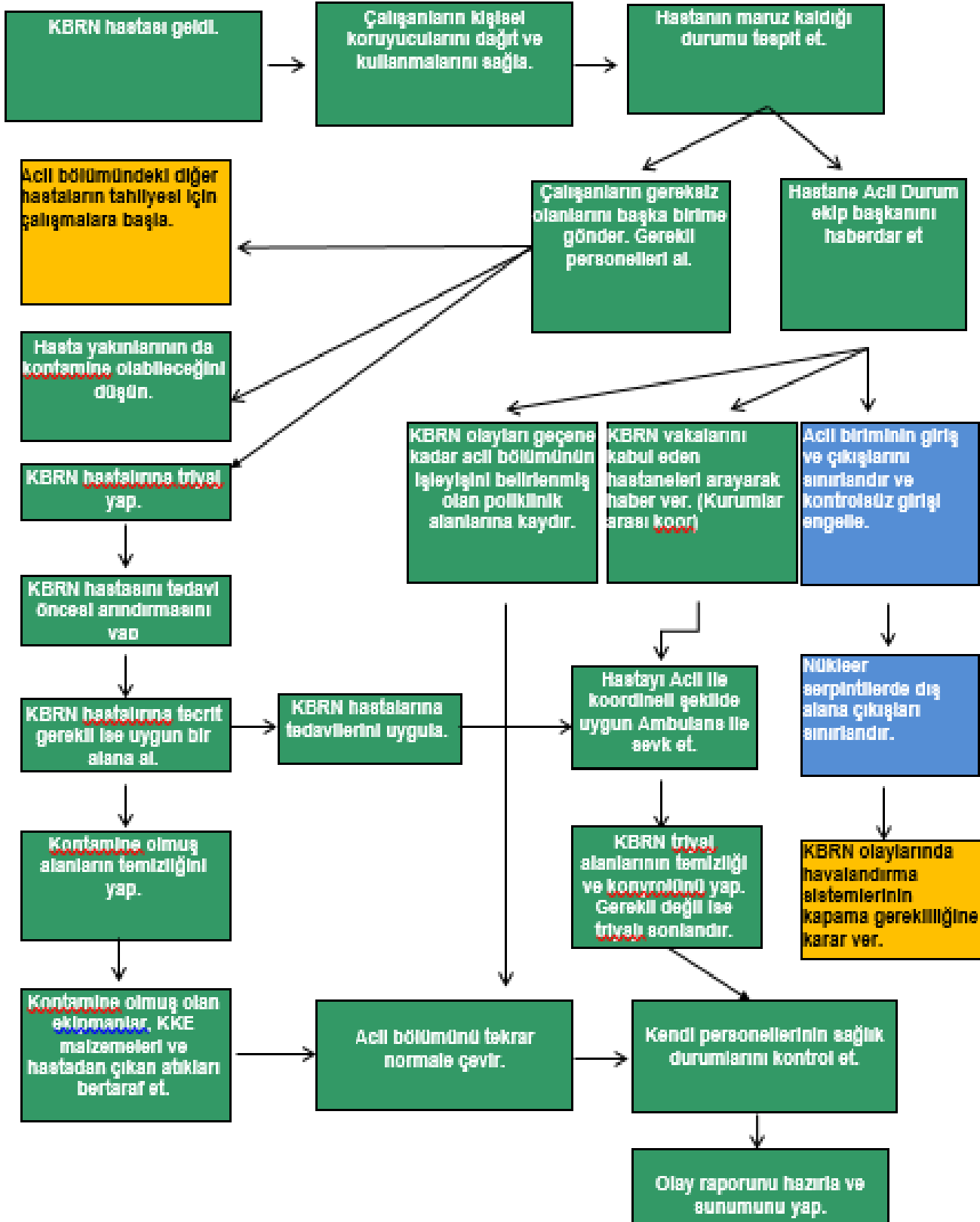
	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 204 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Hasta kabulünün sona ermesiyle; görev yapan personel, Dekontaminasyon ünitesi ve alanı arındırılır.
- ✓ Dekontaminasyon ekibinde yer alan personel arındırılarak, sağlık durumları izlenir.
- ✓ Hasta gelişi bittikten sonra İtfaiye ekipleri tarafından hastane bahçesinin arındırılması yapılır.
- ✓ Tedavisi tamamlanan kişilerin uzun süreli durumlarının izlenmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirir.
- ✓ Hastaların tedavi ve bakımları sırasında ortaya çıkan atıklarının diğer atıklara ve kanalizasyona karışmasını önleyecek tedbirleri alınır.
- ✓ Olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delilleri karartma hususlarına dikkat edilir
- ✓ Hasta üzerlerinden alınan numuneler tahlile gönderilir. Tahlile gönderilen numunelerin sonucuna göre ya karantinaya devam edilir ya da HAP Başkanı'nın talimatı Yeşil Kod ilan edilerek normale işleyişe geri dönülür.

3.16. Hastanede kimyasal olaya acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:

- ✓ Personel güvenliğine ve emniyetine, hastanenin önemli ekipmanlarının güvenliğine ve emniyetine ağırlıklı öncelik verilir.
- ✓ Toksik maddeler ihtiva eden bulaşmalar olduğunda, sekonder (ikincil) kontaminasyon riski oluşturursa veya içinde yer alan kimyasallar bilinmiyorsa, Kontamine olan hasta acil servise kabul edilmeden önce dekontaminasyon prosedürleri gerçekleştirilir.
- ✓ Hastalara solunum desteği verilmesi ve antidot kullanımı başta olmak üzere, kontamine olmuş kişilere akut bakım hizmeti sunulması için personelin görev dağılımının yeniden yapılır.
- ✓ Geç ortaya çıkan ciddi semptom ve kronik sağlık sorunu ihtimali, en başından itibaren göz önünde bulundurulur.
- ✓ Sınırlı sayıda bulunan bazı temel ilaçların kullanımına dikkat edilir. Tıbbi bakım hizmeti ve semptomlar, uzun süreli takip hedeflerine yönelik olanlar dâhil olmak üzere, özel form ve kayıtlara kaydedilir.
- ✓ Hastaların bilgilendirilmesi Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uymak suretiyle ilgili personel tarafından yapılır.
- ✓ Uzman kuruluşlarla iletişim, toplumun risk konusunda bilgilendirilmesi ve koordinasyonu, Olay Yönetim Ekibi tarafından yönetilir.

3.17.KBRN Vakaları Uygulama Algoritması:



3.18.Eğitim ve tatbikatla

- ✓ Hastane personelin eğitimi kurumların eğitici ve ilgili personeli tarafından yapılır.
- ✓ Her yıl görevli personellere detaylı eğitim verilmelidir.
- ✓ Her yıl bir masa başı bir de pratik tatbikatlar yapılmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 207 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

3.18. KBRN OLAYLARI STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ

3.18.1. Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:.. Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Tüm hastaların güvenli ve uygun şekilde tedavi edildiğinden, personelin iş güvenliği ve emniyetinin sağlandığından emin olmak.		
Hedefler Personelin güvenliğini ve emniyetini sağlamak; personelin sağlığını korumak, • Triyaj faaliyetlerini düzenlemek, • Acil Servis'e girmeden önce hastaneye gelen kontamine olmuş kişilerin dekontaminasyonunu sağlamak • Dekontaminasyon işlemi zamanında tamamlanmazsa, hayat kurtarmaya yönelik en kritik bakımın sunulmasını geciktirmemek, • Tıbbi tedavi gerektiren ve geç ortaya çıkma ihtimali olan semptomları öngörmek, • Mevcut malzemeleri kullanarak, mümkün olduğunca çok sayıda hastaya en iyi tedaviyi sunmak (Olay Yönetim Ekibi'ninkoyduğu kabul ve ret kriterlerine uyun), • Vakaya uygun uzmanlık alanlarının (göz, yanık vb.) hazır olmasını sağlamak, • Hastaneyi ve hastane ekipmanını korumak.		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
İlgili kimyasal(lar)ın yapısına ilişkin bilgiyi en doğru kaynaktan teyit edin, MSDS formlarını temin edin.	Hemen	Olay Bitimi
Hastaneye gelen hastaların dekontaminasyon ve triyaj uygulamalarını ilgili SOP'laragöre derhal faaliyete geçirmek için Acil Servis personelinin haberdar edin,	Hemen	Olay Bitimi
Dekontaminasyonu yapacak olan personelin kontrol listesine uygun olarak yeterli koruyucu ekipmanı kullanmasını sağlayın,	Hemen	Olay Bitimi
Tıbbi bakım hizmetlerinin/dekontaminasyon uygulamalarının, hasta giriş kayıt formu kullanılarak düzgün bir şekilde kaydedilmesini sağlayın,	Hemen	Olay Bitimi
Hastaların takip edilmesini sağlayın (bilinci açık olmayan hastalar dahil).	Hemen	Olay Bitimi

Önemli ekipman veya malzemenin, ihtiyaç duyulan alanlara transfer edilmesine izinverin, kaydını tutun (nitelik ve nicelik açısından),	Hemen	Olay Bitimi
Geç ortaya çıkan semptomların tedavi edilebilmesi için gerekli hasta takip faaliyetlerini başlatın,	Hemen	Olay Bitimi
Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılmasını sağlayın. Kritik bakım hizmetlerine erişim, özel ilaç ve antidot almak için kabul ve ret kriterlerini oluşturun (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa),	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Bir oda veya bölüm kontamine hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin,	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delillerin karartılmaması açısından personeli uyarın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Personelin sağlığına ve emniyetine öncelik verilmelidir,		
Personelin kimyasal ajan kaynaklı sağlık risklerine maruz kalması önlenmelidir,		
Yapılan dekontaminasyonun bulaşa sebep olan kimyasal ajana uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir,		
Geç ortaya çıkan semptomların göz önünde bulundurulduğundan, tıbbi bakım ve yönetim ihtiyaçlarının öngörüldüğünden emin olunmalıdır .		
Çalışanların gerekli olan kişisel koruyucuları temin edin.		
Kullanılacak Materyaller		
Dekontaminasyon sürecinde yer alan personele yönelik koruyucu ekipman, Özellikle maske, tulum, eldiven yüz siperi, çizme vb.		
Dekontaminasyon prosedürü,		
Atık su yönetimi prosedürü,		
Dekontaminasyon için trafik akışını düzenleyici işaretler (güvenlik şeridi vb.),		
Hasta dosyaları,		
Hayat kurtarıcı tıbbi bakım hizmetine yönelik malzemeler ve ekipman,		
Kayıt malzemeleri (triya kartı, fotoğraf makinesi, kol bantı vb.).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığının korunması,	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	bitimine kadar	
Kontamine hastaların dekontamine edilmesi ve akut tıbbi bakım hizmeti almalarının sağlanması,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hastane ekipmanına kimyasal bulaşın engellenmesi,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi		
Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi.		
Zaman Dilimi		
Olaya özel planın faaliyete geçirilmesinden hemen sonra başlar ve olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Dekontaminasyon Birim Sorumlusu İşAT'ı,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Müdahalenin yönetimi için İl Sağlık Müdürlüğü (112 AÇM/KKM/İl SAKOM) ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile irtibata geçilmesi.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İlgili kimyasal(lar)ın yapısı bilinmiyorsa, kimyasalların personelin sağlığı açısından zararlı olabileceğini öngörerek koruyucu önlemleri ve dekontaminasyon prosedürlerini uygulayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 210 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kontamine olmuş kişilerin sayısı hastane hizmet kapasitesini aştığında müdahaleden en çok yararlanacak hastaların önceliklendirilmesi konusunda karar alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Dekontaminasyon ve tıbbi bakım hizmeti sunumunda yer alan tüm sağlık personeli ve destek personel,		
Dış paydaşların özel eğitim görmüş özellikli personeli.		
Ekler		
Dekontaminasyon ve triyaj alanlarına yönelik harita/kroki,		
Kayıtlar ve formlar,		
Trijaj protokolü, triyaj kartı,		
Tutanaklar (dekontaminasyon ve sonrası ile ilgili).		
Kontrol listesi,		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi ve bildirim sistemine kaydedilmesi.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar:Trijaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman vemaalzemelere yönelik kontrol listesi.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin. Hastaları taburcu ederken hasta bilgilendirme formunu (geç ortaya çıkan semptomlar olursa hastanın ne yapacağını belirten) verin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Temel faaliyetin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun, Geç ortaya çıkan semptomlar açısından, tedavi edilen hastaların takibinden emin olun, Toplum sağlığına uzun süreli etkilerinin izlenmesi açısından, verilerin eksiksiz ve düzenli tutularak ilgili kurumlara iletildiğinden emin olun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 211 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

3.18.2. Kimyasal Dökülmelerde Müdahale Standart Operasyon Prosedürü

	Kimyasal Dökülmelerde Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/3

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastalarınve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, ve olaylara müdahale etmek.

Hedefler

- Durumu değerlendirmek,
- Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak,
- Daha fazla zararı önlemek,
- Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Dökülme veya sızıntı meydana gelmesi halinde durum Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna haber verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kimyasal malzeme dökülen alanda çalışma yapılmaz. Bölgede çalışan diğer personele bilgi verilir. Sorumlu amire haber verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Personellerin gözüne sıçrama olursa hemen göz yıkama solüsyonları kullanılmalıdır. Vücutta sıçramış ise Personeller de mutlaka dekontaminasyon yapılmalıdır.	Hemen	Olay sonrasında
Mevcutta ki Döküntü-Sızıntı kaynağı tespit edilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Kimyasal döküntünün oluşması engellenir. Kaynağa karşı önlem alınır. (vana kapama, dökülme önleme vb.)	2 dk.	Olay Bitimi
Müdahale öncesinde mutlaka Eldiven, Maske, Tulum, çizme, gözlük vb. diğer Kişisel Koruyucu Donanımlar kullanılmalıdır.	3 dk.	Olay Bitimi
Sızan veya dökülen kimyasal ürünün GBF'ye (Güvenlik Bilgi Formu) göre	3 dk.	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 212 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

özellikleri belirlenir. Yapılacaklara bu forma göre karar verilir.		
Kimyasala maruz kalan kişilere Yaralılara ilkyardım müdahalesini yapılır ve KBRNtedavi alanına götürülür.	4 dk.	Olay Bitimi
Sızıntı, dökülme vb. durum Absorban malzeme vb. yardımıyla yayılması engellenir.	5 dk.	Olay Bitimi
Yangın tüpü alanda tutulur.	5 dk.	Olay Bitimi
Dökülen kimyasalların rögar giderlere, toprak ve suya gitmesi engellenir.	5 dk.	Olay Bitimi
Acil Müdahale destek ekipleri havalandırma kapatılır.	5 dk.	Olay Bitimi
Dökülen kimyasalların etrafına açık alev, kıvılcım vb. malzemeler ile yaklaşılmaz.	5 dk.	Olay Bitimi
Kontamine olmuş atık malzemeler ve ekipmanlar sarı torbalara alınarak tehlikeli atık olarak alana gönderilir.	6 dk	Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Dökülme sonucunda ortam kaygan olabilir.	
Kaza oluşan alanlara giriş – çıkışlar engellenir.	
Olaylar sonrasında mutlaka kişisel koruyucular kullanılmalıdır.	
Ortam temizliği yapılmadan kaza olan alan açılmamalıdır.	
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).	

Kullanılacak Materyaller

Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)	
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)	
Kimyasal dökülme temizleme kiti.	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kaza olan alan içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Zaman Dilimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 213 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : OYE tarafında verilecek karara göre.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kimyasalların tehlike durumlarına göre yangın oluşabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kimyasallar karışarak zehirli dumanlar oluşabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Müdahale edecek personeller de kontamine olabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 214 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Dökülme temizleme personelleri ve destek personel,		
KBRN ekibi		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun. Personel yaralanma durumları ve KBRN alanında yapılanlar.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: GBF	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetindevamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

3.18.3. Biyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü

	Biyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastalarınve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, ve olaylara müdahale etmek.		
Hedefler - Durumu değerlendirmek, - Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak, - Daha fazla zararı önlemek,		

- Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlamazamanı
Kurşundan yapılmış olan kişisel koruyucularınızı kullanarak hazırda bekleyin.	Hemen	Olay Bitimi
Kişisel dozimetrelerinizi kullanın.	Hemen	Olay Bitimi
Acil durumlarda makinelerin kapatılmasını sağlayınız.	Hemen	Olay Bitimi
Makinelerin elektriklerini ana panolardan kapatın.	Hemen	
Radyoloji alanında hasta varsa bunu hemen bu alandan tahliye edin	Hemen	Olay Bitimi
Gerekli ise İtfaiyenin gelmesi için bilgi verin.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın vb. durumlara ilgili söndürücüler ile müdahale edin.	Hemen	Olay Bitimi
Bu alandaki kapıları kapalı tutun. İçeri giriş çıkışı engelleyin. Radyoloji bölümündeki tüm çalışan va hastaları tahliye edin. Bölümün kapısından itibaren giriş çıkışı engelleyin.		
Makinelerin üretici ve bakım firmaları ile iletişime geçin.		
Vakit kaybetmeden TAEK ile iletişime geçin. Buradan yardım talep edin.	Hemen	Olay Bitimi
Ortam ölçümleri yaptırın ve güvenli olduğuna emin olmadan tekrar bu alanı açmayın.	1 dk	Olay Bitimi
Acil durum geçtikten sonra varsa atıkları uygun firmalara teslim edin.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyasyona maruz kalan kişiler de Hastane KBRN servisine alınmalıdır.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyasyona maruz kalmış olan kişi ayrı bir alana alınır.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 216 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Personeller kurşun ekipmanlarını kullanırlar.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Hastanın kişisel eşyaları da kontamine olduğu düşünülerek kapalı alanda bekletilir ve TAEK yetkililerine verilir.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Maruz kişi dekontamine edilir.	2 dk.	Olay Bitimi
En kısa sürede KKM ile koordine edilerek ilgili hastaneye sevk edilir.	2 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hasta ile beraber gelen kişilerin de kontamine olacağı düşünülmelidir.		
Personeller en az teması kurmalıdır.		
Kişi herkesten ayrı alanda bekletilmelidir.		
Kurşun ekipmanlar kullanılmalıdır. Gözlük, eldiven, troid koruyucu, önlük, başlık vb.		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Acil Servis içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 217 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kontamine eden radyoaktif malzeme yanında getirilmiş ise hemen kurşun olan alanda bekletilip TAEK haber verilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine olan kişi de tek başına olsa dahi radyasyon yaymaya devam edebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
KBRN hastaneleri		
Radyoloji Birimi		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 218 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Acil Birimi		
İtfaiye,		
TAEK		
Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın. TAEK ten yardım alın	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
KBRN hastanelerinden yardım alın	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

3.18.4. Radyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü

	Radyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, ve olaylara müdahale etmek.

Hedefler

- Durumu değerlendirmek,
- Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak,
- Daha fazla zararı önlemek,
- Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Kurşundan yapılmış olan kişisel koruyucularınızı kullanarak hazırda bekleyin.	Hemen	Olay Bitimi
Kişisel dozimetrelerinizi kullanın.	Hemen	Olay Bitimi
Acil durumlarda makinelerin kapatılmasını sağlayınız.	Hemen	Olay Bitimi
Makinelerin elektriklerini ana panolardan kapatın.	Hemen	
Radyoloji alanında hasta varsa bunu hemen bu alandan tahliye edin	Hemen	Olay Bitimi
Gerekli ise İtfaiyenin gelmesi için bilgi verin.	Hemen	Olay Bitimi
Yangın vb. durumlara ilgili söndürücüler ile müdahale edin.	Hemen	Olay Bitimi
Bu alandaki kapıları kapalı tutun. İçeri giriş çıkışı engelleyin. Radyoloji bölümündeki tüm çalışan ve hastaları tahliye edin. Bölümün kapısından itibaren giriş çıkışı engelleyin.		
Makinelerin üretici ve bakım firmaları ile iletişime geçin.		
Vakit kaybetmeden TAEK ile iletişime geçin. Buradan yardım talep edin.	Hemen	Olay Bitimi
Ortam ölçümleri yaptırın ve güvenli olduğuna emin olmadan tekrar bu alanı açmayın.	1 dk	Olay Bitimi
Acil durum geçtikten sonra varsa atıkları uygun firmalara teslim edin.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyasyona maruz kalan kişiler de Hastane KBRN servisine alınmalıdır.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyasyona maruz kalmış olan kişi ayrı bir alana alınır.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 220 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Personeller kurşun ekipmanlarını kullanırlar.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Hastanın kişisel eşyaları da kontamine olduğu düşünülerek kapalı alanda bekletilirve TAEK yetkililerine verilir.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Maruz kişi dekontamine edilir.	2 dk.	Olay Bitimi
En kısa sürede KKM ile koordine edilerek ilgili hastaneye sevk edilir.	2 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hasta ile beraber gelen kişilerin de kontamine olacağı düşünölmelidir.		
Personeller en az teması kurmalıdır.		
Kişi herkesten ayrı alanda bekletilmelidir.		
Kurşun ekipmanlar kullanılmalıdır. Gözlük, eldiven, troid koruyucu, önlük, başlık vb.		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Acil Servis içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından,alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre sonbir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 221 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kontamine eden radyoaktif malzeme yanında getirilmiş ise hemen kurşun olan alanda bekletilip TAEK haber verilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine olan kişi de tek başına olsa dahi radyasyon yaymaya devam edebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
KBRN hastaneleri		
Radyoloji Birimi		
Acil Birimi		
İtfaiye,		
TAEK		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 222 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın Başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın. TAEK ten yardım alın KBRN hastanelerinden yardım alın	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

3.18.5. Nükleer Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü

	Nükleer Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/3

Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, ve olaylara müdahale etmek.
Hedefler • Durumu değerlendirmek, • Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak, • Daha fazla zararı önlemek,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 223 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Nükleer olaylar gerçekleşmesi durumunda hastane dışına çıkışlar kısıtlanmalıdır. Kapılar kapalı tutulmalıdır.	Hemen	Olay Bitimi
Ambulans hizmetleri gözden geçirilmeli gerek olmadıkça çıkılmamalıdır.	Hemen	Olay Bitimi
Valilik ve sağlık bakanlığı ile iletişimde olunmalıdır.	Hemen	Olay Bitimi
Günlük ve üç günlük hava raporları izlenmelidir. Hakim rüzgar yönleri takip edilmelidir.	Hemen	Olay Bitimi
Sızıntıdan etkilenecek hastaneye gelen hastalara müdahaleler kontrollü yapılmalıdır.	Hemen	Olay Bitimi
Dış havalandırmalar kapatılmalıdır.	10 dk	Olay Bitimi
Çalışanlar kurşun ekipmanları kullanarak dış çalışmalarını yapmalıdır	10 dk.	Olay Bitimi
Enerji, su ve temiz içme suyu ihtiyaçlarının karşılanması için çalışma başlatılmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
Yemek ihtiyaçları için çalışmalara başlanmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
İlaç ve sarf malzeme ihtiyaçlarını gözden geçilmelidir.	15 dk.	Olay Bitimi
Hastaların arındırılması çok önemlidir. Arındırma yapılmadan içeri alınmamalıdır. Hastalar yıkanmalıdır. Eşyaları çıkarılarak dış alanda bırakılmalıdır. (Radyolojik olaylar standart op. Pr. Bknz.)	15 dk.	Olay Bitimi
Yedek personel ihtiyaçları gözden geçirilmeli ve planlama yapılmalıdır. Gerekirse dışarıdan personel alınmadan vardiyalar düzenlenmelidir.	15 dk.	Olay Bitimi
Çalışan dinlenme alanları iç alanda belirlenmelidir.	15 dk.	Olay Bitimi
Hastane içi iletişim telsizler ile sağlanmalıdır. Dış iletişim için de çalışma başlatılmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
Daha önceden yapılan protokolleri gözden geçir ve gerekli ise yardım alınmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
İlgili Kamu kurumları ile irtibatta olunmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hasta ile beraber gelen kişilerin de kontamine olacağı düşünülmelidir.		
Personeller en az teması kurmalıdır.		
Kurşun ekipmanlar kullanılmalıdır. Gözlük, eldiven, troid koruyucu, önlük, başlık		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 224 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

vb.		
Hava durumları, yağmur vb. durumlar gözlenmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Kişisel koruyucular		
Dekontaminasyon ekipmanları		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Acil Servis içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver:-	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 225 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	bitimine kadar	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kontamine eden radyoaktif malzeme yanında getirilmiş ise hemen kurşun olan alanda bekletilip TAEK haber verilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine olan kişi de tek başına olsa dahi radyasyon yaymaya devam edebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
KBRN hastaneleri		
Radyoloji Birimi		
Acil Birimi		
İtfaiye,		
TAEK		
Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.TAEK ten yardım alın KBRN hastanelerinden yardım alın	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 226 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

4. HASTANE TAHLİYESİ OLAYA ÖZEL PLANI

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, hasta yakınlarının, personelin, gerekli durumlarda ekipman, tıbbi kayıt ve ilaçların güvenli bölgelere nakledilmesidir.

4.1. Tahliye Tanımı Ve Yöntemleri

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, hasta yakınlarının, personelin, gerekli durumlarda ekipman, tıbbi kayıt ve ilaçların güvenli bölgelere nakledilmesidir.

Tahliye Yöntemleri

- ✓ **İnternal tahliye:** Hastaların hastane içinde güvenli başka bölümlere naklidir, kısmen (parsiyel) tahliyedir.
- ✓ **Eksternal tahliye:** Hastaların hastane dışında güvenli bir yere naklidir, kısmen (parsiyel) ya da tamamen (total) tahliye olabilir.

Tahliye Triyajı

Tahliye için hastalar yürüebilirliklerine göre **dört grupta** kategorize edilir. Hastaları kategorize ederken 'Tahliye', 'T' ile kısaltılarak T0, T1, T2 ve T3 olarak ifade edilmiştir.

- ✓ **T0 Yürüeyilen Hastalar:** Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.
- ✓ **T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar:** Bir personel yardımıyla yürüeyilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.
- ✓ **T2 Yürüyemeyen Hastalar:** Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.
- ✓ **T3 Kompleks ve Obez Hastalar:** Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.

Güvenli yerler olayın türü dikkate alınarak belirlenir. Bu yerler;

- ✓ **Yatay (Horizontal) tahliye (Birinci kademe tahliye):** Aynı katta güvenli bir yere nakil,
- ✓ **Dikey (Vertikal) tahliye (İkinci kademe tahliye):** Aynı binanın başka ve üst bir katındaki güvenli bir yere nakil,
- ✓ **Tam tahliye (Üçüncü kademe tahliye):** Bina dışında hastane çevresinde güvenli bir yere veya diğer hastanelere, sağlık kurumlarına nakil.

4.2. Tahliyede Genel İlkeler

- ✓ Hastaların hangi hastanelere tahliye edileceği önceden belirlenmiş olup şu şekilde gruplandırılmıştır;
 - **Yatan Hastalar:** Özel Bir Nefes Hastanesi veya KKM belirleyecek hastanelere
 - **Psikiyatri Hastaları:** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
 - **Travmalar:** Çorlu Devlet Hastanesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 227 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- **Yanıklar:** Çorlu Devlet Hastanesi
 - **KBRN:** Çorlu Devlet Hastanesi ve Çerkezköy Devlet Hastanesi
 - **Tutuklu ve Hükümlü Hastalar:** Çorlu Devlet Hastanesi
- ✓ Tahliye halinde hastanın kolaylıkla tanınabilmesini sağlamak gerekmektedir. Bu nedenle Hazırlanmış tanıtım kartları kullanmak basit ve etkili bir araçtır.
- ✓ **Hastalar mümkün olduğu sürece dosyaları ile birlikte tahliye edilir.** Mümkün olmadığı takdirde hastalara, bekleme alanına tahliye edilirken ya da tahliye edildikten hemen sonra tanıtım kartları takılmalıdır. 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.
- ✓ Hastanenin bir bölümünün, birkaç bölümünün veya tamamının tahliyesi gerektiğinde hastaların erken taburculuğu yapılmalıdır.
- ✓ Her katta işlerinde yangın tüpü olan en az iki tane yangın dolabı ve yangın ihbar sistemleri bulunmaktadır.
- ✓ Her katta afet ve acil durumlarda kullanılacak materyallerin olduğu tahliye sorumluları tarafından açılması gereken acildurum dolapları mevcut.
- ✓ Tahliye yapılırken kaçış yollarındaki insan trafiğini düzenlemek için iniş ve çıkışlarda kargaşa oluşmaması adına acil çıkışmerdivenlerinin her zaman sağ tarafının kullanılması gerekmektedir.
- ✓ Kısmi tahliyeler hastanenin çıkış yollarını engellemeden çıkış kapılarına en yakın yerlerden yapılır.
- ✓ Hastanenin genelinde her katta sağ ve sol koridor sonlarında olmak üzere toplam 12 adet acil çıkış kapısı bulunmaktadır. Bu kapılar duman geçirmez şekilde yapılmıştır. Bu kapılar kullanılarak zemin kata gidilmeli ve zemin kattan hastane dışında belirlenen toplanma alanına (bknz krokiler) geçilmelidir.
- ✓ Hasta/hasta yakını ve personel tahliyesinden sonra öncelikli olarak kurtarılması gereken tıbbi cihazlarla diğer araç, gereç, malzeme ve dokümanlar kendi içindeki öncelik sırasına uygun olarak, aynı tahliye yollarıyla kurtarılır ve dış alanda acil durum yönetimini engellemeyecek bir alana veya OYE tarafından tahliye sırasında bildirilecek olan bölgeye taşınır. Yatay/dikey tahliye durumunda ise hastane içinde acil durum yönetimini engellemeyecek bir alana veya OYE tarafından tahliye sırasında bildirilecek olan bölgeye taşınır.
- ✓ Tahliyeden sonra, hastanenin faaliyetlerini sürdürebilmesi için taşınması gerekli olan zorunlu tıbbi ihtiyaç malzemeleri hastaların ihtiyacına cevap verecek kadar olacaktır.
- ✓ İki adet toplanma noktası vardır. Hastane yan tarafında olan alanda ayakta olan hastalar bekletilecektir. Hastane önünde olan toplanma noktasında ise YB, YDYB, Ameliyathane hastaları gibi ağır hastalar bekletilecektir.
- ✓ Toplanma alanına güvenli transferi yapılan hastaların ve personelin durumu triyaj sorumlusu tarafından değerlendirildikten sonra OYE nin talimatıyla gerekli yerlere sevki yapılır.
- ✓ Çevredeki diğer sağlık tesisleriyle önceden hazırlanmış protokollerin devreye sokulması için veya KKM'den gelenbildirimler doğrultusunda Kurumlar Arası Koordinasyon Şefi çalışmalara başlar.
- ✓ Tahliye durumunda hastaların ve çalışanların güvenliğinin sağlanması, su, gıda, haberleşme ve ısınma ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmaktadır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 228 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Hastaların, dışarıda kötü hava koşullarında bekletilmeden, en kısa sürede geçici olarak nakilleri gerçekleştirilir.
- ✓ Yürüyeblen hastaların tahliyesi ise nakledilecekleri yer belirlenir belirlenmez otobüslerle veya hastanenin diğer ulaşım araçlarıyla gerçekleştirilir.

Hasta İzleme Sistemi

- ✓ Hastanın tahliyesinin başladığı andan itibaren tahliyenin sonlanma anına kadar geçen süreci kapsar.
- ✓ Hasta tahliye süreci hastanın bulunduğu birimden başlar.
- ✓ Tahliye Sorumluları tahliye sırasında servisinde bulunan tüm hastaların listesini güvenli toplanma alanındaki ilkyardım ekibi içerisinde bulunan triyaj görevlisine teslim eder.
- ✓ Triage görevlisi güvenli toplanma yeri olan hastane bahçesine konumlanmış hastaları birim sorumlularından aldığı listeye göre, her birim için ayrı olarak, hasta izleme formuna kayıt eder.
- ✓ Kurtarma ekip personelleri, hastane binasının içinde hasta kalıp kalmadığını tespit ederek Kurtarma ekip amiri tarafından Operasyon Şefine bilgi verir.
- ✓ Hastaların başka hastaneye veya başka bir birime sevk edilmesi gereken durumlarda; tahliye sorumluları ile beraber hasta izleme formuna hasta bilgileri işlenir.
- ✓ Gerekğinde, diğer polikliniklerin kayıt elemanları ile kayıtların daha hızlı yapılabilmesi için takviye edilir.
- ✓ Acil serviste kayıt kabul işi bilgisayar ile yapılacaktır, ancak bilgisayar sistemi çökmüşse kayıt kabul defteri kullanılacaktır. Defterler ve diğer belgeler (tahlil, tektik) elektronik ortamda (intranet) bulundurulacaktır. Bu belgelere; kayıt defterinde hastaya verilen numaraların aynısı verilecek tüm işlemler kâğıt üzerinde kayıt altına alınacak ve deftere kaydedilecektir.
- ✓ En az iki saatte bir, tüm hastalar gezilir. Bu kayıtlar bir liste halinde tutulur. Protokol defterlerine, hastayla ilgili tüm bilgiler ayrıntılı olarak kaydedilir.
- ✓ Ölen hastalar listeden düşürülerek, isimleri kaydedilerek ve üzerlerine yazılarak morga gönderilir.

Nöbetçilerin Desteklenmesi;

- ✓ Tahliye kararı ileldiğinde personelin desteklenmesi, izinli olan personelin göreve çağırılması İnsan kaynakları ile bölüm amirleri ile koordineli sağlanır.
- ✓ Genel tahliye kararı alındığında tüm personel, ilk 24 saat içerisinde birim ve servislerinde hazır bulunacaktır.
- ✓ Genel tahliyelerde yıllık izin kullanılmaz, izinli personel göreve çağırılır. Ancak, tahliye haberini öğrenen izinli personelin, çağrı beklemeden görev başı yapması esastır.
- ✓ Nöbetçi Shift Sorumluları aynı zamanda bulundukları alanların Tahliye sorumlusu olarak, hasta, hasta yakınlarının hastanenin yangın çıkış kapısından güvenli bölgeye transferini sağlar, katındaki tahliye işlemi bittikten sonra odaları tek tek kontrol ederek sorumlu olduğu kattan en son ayrılır ve odaların kontrol edildiğini gösteren X işareti koyar.

Alternatif Elektrik Temini;

- ✓ Kurumumuzun elektriği şehir trafosundan karşılanmaktadır.
- ✓ Hastanemizde 2 adet Jeneratör bulunmakta ve jeneratörler senkron (yedekli) çalışmaktadır, jeneratörler yüke göre çalıştığı için gereksiz yerler kapatılarak hastanenin acil önem arz eden yerlerin 72 saat süre ile kesintisiz

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 229 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

çalışması sağlanır.

✓ Jeneratörlerin bakım ve kontrollerinden, işler durumda olmasından teknik servis ve anlaşmalı jeneratör yetkili firması

Sorumludur.

✓ Rutin kontroller teknik servis tarafından haftalık yapılmakta ve **Jenaratör Günlük Haftalık ve Aylık Bakım Formuna** kayıt edilmektedir, anlaşmalı yetkili firma tarafından da 3 aylık periyotlarla düzenli olarak kontrol ve bakımları yapıp kayıt altına alınmaktadır.

✓ Jeneratör kesintisiz olarak 24 saat çalışma kapasitesi bulunmaktadır. Daha uzun süre elektrik kesintilerinde teknik

işlerden sorumlu kişiler tarafından mazot ilavesi yapılarak jeneratörün çalışması devam ettirilebilmektedir.

✓ Hastanemizde UPS (kesintisiz güç kaynağı) cihazı bulunmaktadır, Elektrik kesintisi olduğunda jeneratör 20 saniye içinde devreye girer. Jeneratör çalışana kadar elektrik kesintisinin yaşanmaması gereken yerlerde UPS devreye girer. Jeneratör çalıştığı zaman UPS devreden çıkar.

✓ Kontrolleri teknik birim tarafından aylık olarak **UPS Günlük-Haftalık Periyodik Bakım Formu** ile, Yetkili firma taraından bakımları 3 ayda 1 yapılmaktadır. Kayıtları teknik servis de muhafaza edilmektedir.

Alternatif Su Kaynakları;

✓ Hastanemiz suyunu şehir şebekesinden kullanmaktadır.

✓ alt yapıda su ile ilgili çıkabilecek olası arızada, hastanenin kullandığı su depoları 60 tonluk kapasiteye sahip olduğundan hastane için önem arz eden yerlerin beslenmesi kaidesi ile, hastanenin 3 günlük su ihtiyacını karşılanmış olacaktır .

✓ Herhangi bir afette Sağlık Tesisinin içine girilememesi durumunda hastanenin ön terasında ve acil servisin önünde bulunan muslukla ihtiyaç duyulan su temin edilebilir.

✓ Hastanenin su basıncını sağlayan hidraforların bakımını teknik servis yapmakta ve aylık olarak **KLS Boyler ve Hidrafor Otomasyon Pano Günlük Haftalık ve Aylık Bakım Formuna** kayıt etmektedir.

✓ Hastanemizde su deposu bakımı aylık olarak teknik servis tarafından **Su Deposu Bakım Formu** ile kayıt edilerek yapılır, Ayrıca su depoları temizliği ve bakımı yetkili firma tarafından yılda 1 kez yapılır, kayıtlarının muhafazasından teknik servis sorumludur.

Alternatif Isınma;

✓ Acil durumlarda kullanılmak üzere ısınma ihtiyacını giderebilmek için battaniyeler bulundurulur.

Alternatif İletişim Kaynakları;

✓ Olağan dışı durumlarda; tüm iletişim araçları devre dışı kalabilir. Ek olarak olağan dışı durumda iletişim ihtiyacının artması nedeniyle mevcut kaynaklar da kilitlenerek kullanım dışı kalabilir.

✓ Hastanede meydana gelen acil durumlarda, tesis içi iletişim dâhili telefon aracılığı ile sağlanır. İletişim; görevlilerin

kendi cep telefonlarıyla da sağlanabilir.

✓ Hastane içi iletişimi 4 adet telsizle sağlanacaktır. Tesis içinde telsizi olmayan görevliler arası iletişim telefon

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 230 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

aracılığı

ile sağlanır.

- ✓ Hastane dış iletişimi kurulması amacı ile (112 ile) bir adet ambulans telsizi bulunmaktadır.
- ✓ OYE'de mutlaka telsiz bulunur.
- ✓ Gerekğinde hastane içinde merkezi anons sistemi kullanılabilir.
- ✓ Acil durum bildirimi harici şekilde aracılığı ile gerçekleştiğinde iletişim kurulamıyorsa, tüm sorumlular toplanma

alanında toplanır.

- ✓ Tüm iletişim olanaklarının çökmesi durumunda yakın tesisler arasında ulak aracılığıyla temas kurulur.

Güvenli Bölgede Bulundurulması Gereken Malzemeler;

- ✓ Şarjlı bir aspiratör,
- ✓ Dedantör başlığı hazır, dolu O2 tüpleri,
- ✓ Steril bohça ve setler,
- ✓ Işık kaynağı bulunmalıdır. (Bu sayede gece şartlarında kanama vs. gibi acil müdahaleler ilk etapta kontrol edilebilir.)
- ✓ Yeterli Battaniye (Mevsim şartlarına göre soğuktan korunmak için ihtiyaç olabilir)
- ✓ Tıbbi Sarf Malzeme
- ✓ Acil Çantası
- ✓ Portabil Jenaratör
- ✓ İtfaiye araçları yangının durumuna göre hastanenin ön veya arka otopark alanında İtfaiyenin belirlediği yerde beklemelidir.

- ✓ Tahliye edilen hastalar ambulanslara alındıklarında ve nakil edilen hastanelerde ayrıca kayıt altına alınmalıdır. Nakil edilecek tesise haber verilmedi ise ve tesis hastayı kabul etmeye hazır değilse kritik hastalar nakledilmez.

- ✓ Gerek güvenli eş serviste gerekse güvenli toplanma alanında "Tehlike kalkmıştır!.." , "Yeşil Kod" anonsu yapılınca kadar "Yerinde Kal" prensibine uyulur. (Bknz Yeşil Kod SOP)

- ✓ Afetlerde görev alan personele afet, yangın, deprem, tahliye ve HAP konusunda eğitimler verilmektedir.

4.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi

Tahliye gerektiren her durumda, OYE derhal faaliyete geçer. Tahliye faaliyetlerinin yönetimini OYE üstlenir:

- ✓ Tahliyenin gerekli olup olmadığına ve ilgili bölümün kilit personeliyle koordinasyon sağlanarak, ne tür tahliye yapılması gerektiğine karar verir. Ancak istisnai olarak yangın gibi hızlı büyüyen olaylarda birim sorumluları tahliye kararını verme yetkisine sahip olabilirler.
- ✓ Tahliyenin hastane içinde duyurulması için Hap Başkanının talimatıyla Planlama Şefi tarafından çağrı merkezi aranır çağrı merkezi tarafından 'Dikkat Dikkat Sarı Kod' şeklinde kod anonsu verilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 231 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Eğer tahliye hastanenin tamamını kapsamıyor/tehdit etmiyorsa ve tek bir bölümü kapsıyorsa çalışanları tedirgin etmemek adına Planlama Şefi tarafından sadece tahliye yapılacak bölümün sorumlusuna bilgi verilir. Diğer bölüm sorumluları da konuyla alakalı olarak bilgilendirilir.
- ✓ İlgili tüm bölümlerin SOP larını faaliyete geçirmeye karar verir.
- ✓ OYE tıbbi bakım personeliyle koordinasyon halinde, hastaların nereye transfer edileceğine (tahliye önceliği dahil olmak üzere) karar verir.
- ✓ Hastanenin tamamının tahliye edilmesi durumunda hastaların taburcu edilmesinin gerekip gerekmediğine karar verir.
- ✓ 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, 112 AÇM/KKM/İL SAKOM 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.

4.4. Tahliye Standart Operasyon Prosedürleri

Tahliye İle İlgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları

Her birimin kendine özel SOP u hazırlanmış olup tahliye durumunda birim sorumluları kendilerine ait Sop ları kontrol eder. Personeller kendi İşAT larına uyar.

Tahliye Sorumluları

Olağan dışı durumlarda (iç etkenler, deprem, sel, yangın, savaş vb.) hastaları korumak ve tıbbi tedavilerinin sürekliliği ile personelimizin can güvenliğini sağlamak için hastanenin güvenli şekilde tahliye edilmesinden sorumlu kişiler;

bölümün sorumlusudur, mesai saatleri dışında ise en kıdemli çalışan olarak belirlenmiştir.

4.4.1. İdari Kat ve Eğitim Salonu Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	İdari Kat ve Eğitim Salonu Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/3

Temel Faaliyet

Acil durum ve Afet durumunda İdari birimde tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

Hedefler

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak,
Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Kat personeline, yatay/dikey/tam tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için asansörler ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.) İdari katta 2 adet acil çıkış bulunmaktadır. Bir tanesi Ballıoğlu iş merkezinde diğeride acil servis yanındadır. Birimler kendilerine yakın olan acil çıkışı kullanır. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil servis acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sorumlusu tahliye bitince kat personellerini teyit eder.	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,

Kat tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,

Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,

Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,

Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, , durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, formlar, acil durum çantası

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,

Tahliye Süresince

Olay Bitimi

Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,

Tahliye Süresince

Olay Bitimi

Kritik ekipmanların kurtarılması.

Tahliye Süresince

Olay Bitimi

Zaman Dilimi

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.

Tahliye Süresince
ve Bitiminde

Olay Bitimi

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.

Tahliye Süresince
ve Bitiminde

Olay Bitimi

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,

Tahliye

Öncesinde

Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 234 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakım ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devamettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

4.4.2. Yatan Hasta Katlari Tahliye Standart Operasyon Prosedürü

	Yatan Hasta Katlari Tahliye Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlari Tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 235 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 dahil 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	Eylemin Gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü(yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Hastane tahliye prosedüründe belirtildiği şekilde ve Olay Yönetim Ekibinin belirlediği yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın(bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, triyaj kartlarını hastaların yanına koyun. (Bknz: Tesis Tahliye Prosedürü)	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır. Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.) Katlarda 1 adet acil çıkış kapısı 1 adet ana merdivenler bulunmaktadır. Her birim tahliyeyi kendine enyakın acil çıkış noktasından yapar.	5 Dk	Olay Bitimi

Hastane dışına tahliye yapılacaksa ilgili toplanma alanına geçin		
Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatağıyla transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin (başka türlü transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri yatağıyla birlikte transfer edin. Çok sayıda yatağı transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçının),	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varışnoktası).	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 237 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda vewcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devameder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar	Tahliye	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 238 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

verildiğinde,		
taahhüt yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Öncesinde	
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

4.4.3. Poliklinikler Tahliye Standart Operasyon Prosedürü

	Poliklinikler Tahliye Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:...

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 239 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

		Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Acil durum ve Afet durumunda 2.blok 1.kat, zemin kat ve -2.kat ile 1.blok 1.kat ve zemin katta tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

Hedefler

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,
Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, Sürece dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Kat personellerine, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurun ve alanı güvenli hale getirin.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapın poliklinik hastaları T0 ve T1 triyaj sınıfına girmektedir. Triage kartlarını hastaların yanına koyun. (Bknz: Tesis Tahliye Prosedürü)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır. Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi

1.blok 1.kat ve 2.blok 1.kat kat tahliyesi için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda (OYE'den bilgi alınır); hasta asansörlerinin yanındaki acil çıkışı kullanarak zemin kat acil çıkışından toplanma alanına geçer. 2.blok -1.kat aynı katta bulunan ana çıkış kapısından toplanma alanına geçer. Zemin kat ise ana girişte bulunan yan kapılardan toplanma alanına geçer.	5 Dk	Olay Bitimi
Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,	
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm odavewcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,	
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,	
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 241 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Kat Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 242 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

4.4.4. Doğumhane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	Doğumhane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet		
Acil durum ve Afet durumunda Doğumhanede tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
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 dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü(yatay/dikey) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Hastane tahliye prosedürüne göre Olay Yönetim Ekibinin belirlediği yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın(bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, triyaj kartlarını hastaların yanına koyun .	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır.Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.) Doğumhane katında 1 adet acil çıkış bir adet ana merdivenler bulunmaktadır. Doğumhane kendine yakın olan çıkışı kullanır. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil servisteki acil çıkışından ilgili	5 Dk	Olay Bitimi

toplanma alanına geçin		
Önce hareket edebilen hastalar (T0) ile başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatağıyla transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin (başka türlü transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri yatağıyla birlikte transfer edin. Çok sayıda yatağı transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçının),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında doğum gerçekleştiriliyor ise; hasta en kısa sürede stabil ve hayati tehlikesi olmayacak duruma getirilir ve hemen ardından tahliye edilir,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 245 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varışnoktası).	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Birimin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm salon,oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiyer, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası, hasta mahremiyeti için uygun örtü ve battaniyeler, yeni doğacak bebekler için kuvöz, oksijen, bebek tedavi ekipmanları.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 246 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 247 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.

4.4.5. Acil Servis Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	Acil Servis Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Acil durum ve Afet durumunda Acil Servis biriminde tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

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 dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Hastane tahliye prosedüründe belirtildiği gibi Olay Yönetim Ekibinin belirlediği yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliğin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, triyaj kartlarını hastaların yanına koyun. (Bknz: Tesis Tahliye Prosedürü)	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır. Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Acil servis tahliyeyi kendi giriş kapısından veya kendine en yakın acil çıkış noktasından yapar.(OYE ile koordineli olarak)	5 Dk	Olay Bitimi
Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatağıyla transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin (başka türlü transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri yatağıyla birlikte transfer edin. Çok sayıda yatağı transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçının),	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel, ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 249 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Servisin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm odavewcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veyaOYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 250 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

4.4.6. Radyoloji Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	Radyoloji Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/2
Temel Faaliyet		
Acil durum ve Afet durumunda Radyoloji Biriminde tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 251 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

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 dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü(yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Hastane tahliye prosedüründe belirtildiği şekilde Olay Yönetim Ekibinin belirlediği yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın(bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, triyaj kartlarını hastaların yanına koyun .	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır.Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.) Radyoloji katında 1 adet adet acil çıkış, 1 adet ana merdivenler bulunmaktadır. Radyoloji birimi kendi tarafına en yakın çıkışı kullanacaktır.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil servisin acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin		
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi

Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,	
Birimin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm odaların vevcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,	
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,	
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,	
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 253 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.	
Kullanılacak Materyaller	
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası	

4.4.7. Laboratuvar Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	Laboratuvar Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Acil durum ve Afet durumunda Laboratuvar biriminde tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, Sürece dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi

Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, triyaj kartlarını hastaların yanına koyun .	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır. Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.) Laboratuvar katında 1 adet acil çıkış 1 adet ana merdivenler bulunmaktadır. Bölüme en yakın çıkış kapısını kullanın. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil servisteki acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 255 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Birimin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Zaman Dilimi

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 256 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

4.4.8. Eczane, Çamaşırhane, Arşiv Depolar Ve Teknik Alanlar Tahliye Standart Operasyon Prosedürü

	Eczane, Çamaşırhane, Arşiv Depolar Ve Teknik Alanlar Tahliye Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet		
Acil durum ve Afet durumunda Eczane, Çamaşırhane, Depolar ve Teknik Alanlarda tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler		

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,
Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak,
Sürece dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Birim personellerine, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Alanlardaki personellerin tahliyesini Destek hizmetler sorumlusu yapar,	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE' den bilgi alınır.)-1. katta 1 adet acil çıkış bulunmaktadır. Bölüme en yakın çıkış kapısını kullanın.	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,	
Bölümlerin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm odave wcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,	
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 258 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,

Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,

Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Zaman Dilimi

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 259 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).

Ekler

Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

İzleme

Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Güvenlik Konuları

Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.

4.4.9. Ameliyathane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	Ameliyathane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Acil durum ve Afet durumunda Ameliyathanede tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

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 dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey tahliye kararı alındığını bildirin (ameliyathanede yatay tahliye yapılamaz tahliye durumunda sevk gerektirir, dikey tahliye de yapılamaz fakat çok acil durumlarda gerekli şartlar oluşturulması halinde doğumhane salonuna dikey tahliye yapılabilir.)	1 Dk	Olay Bitimi
Hastane tahliye prosedürüne uygun Olay Yönetim Ekibinin belirlediği yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Kendinde olan hastaları tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, ameliyathanedeki hastaların tamamı T2 ve T3 triyaj sınıfına girmektedir. Bu bilgi doğrultusunda triyajkartlarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır. Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.) Ameliyathanenin bulunduğu katta 2 adet acil çıkış bulunmaktadır. Bir tanesi Acil Servisin bulunduğu alanda, diğeri ise hasta asansörlerinin yanındadır. Ameliyathane kendine yakın olan acil çıkışı kullanır. Hastane dışına tahliye yapılacağı için acil servisin acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin.	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Ameliyat odasındaki hastanın tahliyesinden öncelikli sorumlu ekip odada ve hasta başında çalışmakta olan kişiler:		
Operatör doktor, Anestezi uzmanı, Anestezi teknisyeni, Ameliyathane hemşireleri, Ameliyathane personeli, Diğer odalarda hasta yoksa veya hasta başında olmayan başka bir kişi varsa ihtiyaç olan odaya yardım eder.	5 Dk	Olay Bitimi
Ameliyat devam etmekte ise ve bitirilebilmesi için yeterli süre mümkün değilse hastanın kanama kontrolü vs gibi en acil müdahalesi tamamlanır tamamlanmaz;		
Cerrahi bölgeyi steril batın/yeşil ile örtün..	5 Dk	Olay Bitimi
Hastayı derhal sedyeye alın.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastayı sedye üstünde sıkıca bağlayın.	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta entübe ise ambuya geçilerek ve aralıksız ambulanarak emniyetli bölgeye kadar taşınır.	5 Dk	Olay Bitimi
Taşıma esnasında hastanın monitörleri fişten çıkarılarak hastanın bağlantısı devam ettirilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Taşıma esnasında şarjlı bir aspiratör bulunmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Taşıma esnasında ışık kaynağı bulunmalıdır (Bu sayede kanama vs. gibi acil müdahalelerle ilk etapta kontrol edilebilir).	5 Dk	Olay Bitimi
Asansörler kullanımına izin verilmiyor ise hasta katta bulunan acil çıkış merdivenlerinden zemin kata taşınmalıdır. Bu sırada kurtarma ekiplerinden yardım alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse;		
Monitöre bağlı elektrod kabloları sökün, ambulans monitörüne bağlayın.	5 Dk	Olay Bitimi
Perfüzyon cihazlarının takılı olduğu yatak askısı sökün, ambulans sedyesine takın.	5 Dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 262 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın.	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,	
Birimin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm salon, oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,	
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,	
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,	
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,	
Hasta transferi ve hazırlık evrelerinde kesici delici alet, kan yolu ile bulaş risklerinden korunmak için İş güvenliği önlemlerine devam edin	
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.	

Kullanılacak Materyaller

Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Zaman Dilimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 263 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

4.4.10. Yenidoğan Yoğun Bakım Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 264 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	Yenidoğan Yoğun Bakım Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Acil durum ve Afet durumunda Yenidoğan Yoğun Bakım biriminde tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, varsa refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

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 dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, triyaj kartlarını hastaların yanına koyun. (Bknz: Tesis Tahliye Prosedürü)	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır. Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)		
3.katta bulunan YDYB katında 1 adet acil çıkış bulunmaktadır, YDYB kendine yakınolan kapıdan çıkışı yapmalıdır. Hastane dışına tahliye yapılacaksa zemin kat acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin	5 Dk	Olay Bitimi
Varsa önce ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
YDYB ünitesindeki tüm hastalar T2 veya T3 triyaj sınıfına girmektedir. Bu doğrultuda hastaların triyaj kartlarını yerleştirin.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye triyajı yapılırken ventilatör ve oksijen sistemine bağlı olmayan stabil hastadan başlayarak ventilatöre bağlı olan hastalara doğru tahliye edin.	5 Dk	Olay Bitimi
Oksijen tüpleri ve ambuların yetersiz kaldığı durumlar olabileceğinden mevcut tüp veambu miktarını transfer öncesi kontrol edin.	5 Dk	Olay Bitimi
Transport kuvözler ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Transport kuvözü ile transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin. (Çok sayıda kuvözü transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçının),	5 Dk	Olay Bitimi
Transport kuvözlerin transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Transport kuvöz kullanılmadığı ve OYE nin asansörlerin kullanımına izin verdiğidurumlarda hastaları kendi kuvözleriyle tahliye edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 266 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Servisin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm odaların w.c'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	ve Bitiminde	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 267 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler

Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).	

Ekler

Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.	

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

İzleme

Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Güvenlik Konuları

Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 268 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

4.4.11. Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesi Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesi Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar.:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Acil durum ve Afet durumunda Erişkin Yoğun Bakım biriminde tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, varsa refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

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 dahil 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	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triyaj uygulayın, triyaj kartlarını hastaların yanına koyun. (Bknz: Tesis Tahliye Prosedürü)	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastalar tahliye edilirken Hastaların Güvenli Transferi Talimatına uyulmalıdır. Hastaların güvenliği ve sağlığı tehlikeye sokulmamalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenler kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)		
2.blok -3.Katta bulunan YYB katında 1 adet acil çıkış bulunmaktadır, YYB kendine yakın olan kapıdan çıkışı kullanmalıdır. Hastane dışına tahliye yapılacaksa zemin kat acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin.	5 Dk	Olay Bitimi
Varsa önce ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Bilinci açık olan hastaları tahliye edileceklerinden, güvenliklerinin ve bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanacağından haberdar edin.	5 Dk	Olay Bitimi
YYB ünitesindeki tüm hastalar T2 veya T3 triyaj sınıfına girmektedir. Bu doğrultuda hastaların triyaj kartlarını yerleştirin.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye triyajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalaradoğru tahliye edin.	5 Dk	Olay Bitimi
Oksijen tüpleri ve ambuların yetersiz kaldığı durumlar olabileceğinden mevcut tüp veambu miktarını transfer öncesi kontrol edin.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği durum meydana gelirse, hastaların tahliyesi için acil çıkışlarda bulunan sedyeleri kullanın.	5 Dk	Olay Bitimi
Sedyeler ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Sedyeler ile transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin.(Çok sayıda sedyettransfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçının),	5 Dk	Olay Bitimi
Sedyelerin transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel	5 Dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 270 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,		
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,	
Servisin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,	
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,	
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,	
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,	
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.	

Kullanılacak Materyaller

Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Zaman Dilimi

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 271 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 272 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

5. HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ OLAYA ÖZEL PLANI

Dünyada birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel isim pandemidir. Sağlık bakım hizmetlerinin devam etmesini sağlamak, COVID-19 vb. tanısı olan ve olmayan hastalar için kurumu güvenli halde tutmak ve çalışanların güvenliğini sağlamak üzere kuralların belirlenmesi ve kontrolünü sağlamak üzere olaya özel plan oluşturulmuştur.

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 konumdur. 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 ilanı ile 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

Olaya özel plan aktive edilir. Pandemi nedeni ile bavyaran hasta giriş çıkışları için güzargah belirlenir ve sınırlandırılır. Hasta muayene ve tedavi alanları belirlenir ve diğer hastaların giriş çıkış alanlarından izole edilir.

Çalışanların gerekli kişisel koruyucu donanımları belirlenir ve kullandıklarından emin olunur. Pandemiiden korunma ile ilgili eğitimler verilir. Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Kurulu yada pandemiye özel oluşturulan kurul var ise bu kurulda alınması gereken ek önlemler alınması sağlanır.

5.3. Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları

Pandemi sürecinde etkili ve hızlı müdahaleyi gerçekleştirebilmek için başlıca aşağıdaki konularda hazırlıklar yapılmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 273 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- Risk Yönetim Planı (Olası riskler belirlenmeli ve gerekli önlemler alınmalı)
- Eğitim Planı (Hasta /hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyacı belirlenmeli ve verilmesi sağlanmalı)
- Hastane Temizlik Planı (Duruma özel extra alınacak önlemler belirlenmeli ve uygulanması sağlanmalı)
- Atık Yönetim Planı (Oluşan atıkların bertafı ile ilgili süreç belirlenmeli)
- Olağanüstü Durumlara Yönelik Acil Durum Planı (Olağan üstü durumlarda yaşanabilecekler hakkında gerekli planlar yapılmalı)
- Malzeme ve Cihaz Yönetim Planı (İhtiyaç duyulabilecek malzeme ve cihazlar tespit edilerek temin edilmesinin sağlanması)
- Enfeksiyon Kontrol Programı (Daha önceden belirlenmiş ve yayında olan Enfeksiyon Kontrol Programının uygulanmasının sağlanması)
- İnsan Kaynakları Planlaması Kapsamında Personel Temin Planı (İhtiyaç duyulan personel kaynağının tespiti ve teminin sağlanması)
- Hasta ve Çalışan Güvenliğine Yönelik Önlemler (Pandemi sürecinde hasta ve çalışanlar için oluşacak riskler için önlemler alınmasının sağlanması)
- Hasta Bakım Planları (Pandemiye özel tedavi planlarının belirlenmesi ve uygulanmasının sağlanması)
- Poliklinik, Klinik ve Acil Servis Süreçlerinin Planlanması (Muayene, Müdahale, Konsültasyon, Gözlem, Taburcu vb. süreçlerinin belirlenmesi ve uygulanmasının sağlanması)
- Tesise Yönelik Fiziksel Planlar (Havalandırma, Sosyal Mesafe vb.)
- Güvenlik/Emniyet Planı (Binanın, hasta, hasta yakını ve çalışanların fiziksel ve psikolojik olarak güvenliğinin sağlanması)
- Hizmet Planlaması (Personel Çalışma Planı, Mesai Düzenlemesi vb.)
- Sosyal Sorumluluk (Toplumsal bilinçlendirilmesi için yapılması gereken etkinliklerin belirlenmesi ve uygulanmasının sağlanması)
- Hizmete Erişim (Ayaktan Hasta) İle İlgili Süreçler (Pandemi sürecinde başvuru yapan hastaların muayene ve tetkik sürecinin nasıl ve nerede yapılacağı belirlenmesi)
- İlaç Yönetim Süreci (Pandemiye özel kullanılacak ilaçların belirlenmesi ve teminin sağlanması)
- Sterilizasyon Süreci
- Yaşam Sonu Hizmet Süreci (Vefat eden hastaların saklama ve teslim sürecinin belirlenmesi)
- Dış Kaynak Kullanım Süreci (Pandemi sürecinde ihtiyaçlardan dolayı dış kurumlardan destek alınmasının sağlanması)

5.4. Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı

Hastanede pandemi müdahale planlaması Olay Yönetimi ve Vaka Yönetimine yönelik aşağıdaki gerekleri kapsar.

- ✓ İlgili Olay Yönetim Araçları (SOP ve diğer düzenlemeler),
- ✓ Triyaj Sistemi Gerekleri (Vaka Yönetimi algoritmaları),
- ✓ Koruyucu Önlemler (Personele, Hastalara, Ekipmana ve Ortama (çevre) yönelik koruyucu önlemler).

5.5. Hastane Pandemi Planı Çerçevesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 274 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

5.5.1. Hastane Pandemi Müdahale Yönetiminin Organizasyonu

Pandemi Eylem Grubu

Olası bir pandemi durumunda hastanemizde verilen hizmetin aksamadan sürmesinin sağlanması, kontamine hastaların bakım ve sevk işlemlerinin planlanması, çalışanların ve diğer hastaların bulaştan korunmalarının sağlanması için hastane içinde gerekli düzenlemelerin yapılması, gerekli malzeme ve ilaçların temini ve kullanımının sağlanması görevini yürütmek üzere oluşturulmuştur.

Pandemi Eylem Grubunun Görevleri

Pandemi Koordinatörü: Pandemi dönemi kurum içi ve dışı koordinasyonun sağlanmasından Pandemi Koordinatörü sorumlu olup, Planlamanın başlangıcından itibaren sağlık müdürlüğü ile koordinasyon içinde çalışma faaliyetlerini yürütür.

Hastane Yöneticisi (İdari-Mali İşler): Kurum içinde pandemiye yönelik alınabilecek idari-mali önlemlerin organize edilmesini sağlar.

Operasyonlardan Sorumlu Yönetici: Alınan tüm önlemlerin ve planlamaların hastane içinde uygulanmasını, hastanemizde sunulan hizmetin aksamadan sürdürülebilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasını, temizlik hizmetlerinin

koordinatörün yönergeleri doğrultusunda gerçekleştirilmesinden sorumludur.

Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu: Pandemi sürecinde hemşirelik hizmetlerinin koordinasyonu, hastane içi triaj ve yatak yönetiminden sorumludur.

Klinik Temsilcileri: Kendi kliniklerindeki uygulamaları izlemek ve yönlendirmekten sorumludur.

Laboratuvar Sorumlusu: Laboratuvarla ilgili düzenlemelerin koordinasyonundan ve izlenmesinden sorumludur.

İlaç ve Malzeme Yönetim Sorumlusu ve Satın Alma Sorumlusu: Pandemi sürecinde gerekli tüm ilaç ve malzemelerin lojistik planlamanın yapılmasını sağlayarak satın alma birimi ile iletişime geçer, satın alma sorumlusu ise ihtiyaç duyulan ilaç, sarf ve malzemelerin tedarik edilmesini sağlar.

İç İletişim Sorumlusu: Kurum içi haberleşmenin en hızlı ve en sağlıklı şekilde sağlanması, tüm personelin uygulamalardan haberdar edilmesinden sorumludur.

Dış İletişim Sorumlusu: Kurum dışı haberleşmenin en hızlı ve en sağlıklı şekilde sağlanmasından sorumludur.

Destek ekip temsilcisi: Pandemi durumunda ayrıca önem kazanacak olan temizlik hizmetlerinin operasyondan sorumluyöneticinin talimatları doğrultusunda gerçekleştirilmesinden sorumludur.

Hasta Sevk Yönetim Sorumlusu: İlgili dış merkezlerle iletişime geçerek hasta sevklerini organize eder.

Enfeksiyon Hemşiresi: Tüm pandemi eylem süreçlerinde enfeksiyon kontrol önlemleri, HSYS süreçlerini ve pandemi ileilgilisalgın yapan hastalıkla ilgili eğitimleri verir. ve eğitim süreçlerinin yürütülmesinden sorumludur.

Eğitim Hemşiresi: Enfeksiyon hemşiresi ile birlikte koordineli çalışarak eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlar.

Acil Servis Sorumlu Hekimi ve İş Yeri Hekimi: Pandemi döneminde hastaneye başvuran hastaların muayene ve triyajından sorumludur.

İç Denetim ve Değerlendirme Yöneticisi: Pandemi Planının uygulanabilirliğini sağlamak, eylem plan hazırlıklarının denetim ve değerlendirmelerinin yapılmasından sorumludur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 275 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İş Sağlığı ve güvenliği Uzmanı: Pandemi sürecinde risklerin belirlenmesi, risklere yönelik önlemlerin alınması bununla birlikte çalışan sağlığından sorumludur.

Tablo 1. Hastane Pandemi Planı Hazırlama Komisyonu

Başhekim	Çetin ÜÇEÇAM
Başhemşire	Hicran ASLAN
Dahiliye Uzmanı	Muhammet Cabir ÖZDEMİR
Genel Müdür	Yaşar GENÇ
Kadın Doğum Uzmanı	Nevzat KOÇ
Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Yusuf GÜZEL
Kalite Yöneticisi	Filiz ALBAYRAK
İşletme Direktör Yardımcısı	Elçin SÜLEYMANOĞLU
Hasta Hizmetleri Müdürü	Emel YENİCE
Acil Servis Hekimi	Burak ÖZTÜRK
Yoğun Bakım Hekimi	Mehmet Emin EMRAH
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Gizem ARABACI

Yönetim Birimi

- ✓ Pandemi planının uygulanmaya konulmasını,
- ✓ Sağlık personelinin çalışma düzeninin pandemiye uygun olarak planlanmasını,
- ✓ Çalışan Güvenliğinin sağlanması için maksimum tedbirlerin alınmasını
- ✓ Çalışan güvenliği pandemi ye özel risk analizinin yapılmasını ve tedbirlerin alınmasını
- ✓ Hastaların bulaştan korunmalarının sağlanması için hastane içinde gerekli düzenlemelerin yapılmasını
- ✓ Sağlık hizmeti sunumunun pandemiye uygun olarak düzenlenmesini,
- ✓ Gerekli malzeme ve ilaçların temini ve kullanımının sağlanması
- ✓ Hastane için triyaj planlamasının uygulamaya konulmasını,
- ✓ Hastaların bakım ve sevk işlemlerinin planlanmasını
- ✓ Hastane enfeksiyonlarından korunma ve kontrol önlemlerinin değerlendirilmesi ve uygulanmasını,
- ✓ Vaka yönetim algoritmalarına uygun vaka takiplerinin uygulanmasını sağlamalıdır.

Eğitim Birimi

Pandemi öncesi ve Pandemi döneminde kritik sağlık personeline yönelik aşağıda belirtilen eğitimlerin planlaması ve yürütülmesini sağlar.

Pandemi öncesi dönemde;

- ✓ Hastane pandemi planı (genel bilgiler ve sorumluluklar)
- ✓ Vaka Yönetimi algoritmalarının anlatımı
- ✓ Enfeksiyon kontrol önlemleri,
- ✓ İzolasyon önlemleri

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 276 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ El hijyeni
- ✓ Kişisel koruyucu ekipman kullanımı
- ✓ İlgili pandemi etkeni
- ✓ Vaka tanımı
- ✓ Vaka yönetim algoritması
- ✓ Tanı ve tedavi protokolleri
- ✓ Enfeksiyon Kontrol Önlemleri
- ✓ İzolasyon önlemleri
- ✓ El hijyeni
- ✓ KKE kullanımı
- ✓ Özkaynakların doğru kullanımı

Tablo.2. Eğitim Birimi

Enfeksiyon Kontrol Kurulu Başkanı	Çetin ÜÇEÇAM
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Gizem AKTÜRK
Acil servis hekimi	Burak ÖZTÜRK

İletişim Birimi

Hastane içi ve diğer kurum ve kuruluşlarla iletişim kurulmasını sağlar. Hastane personelinin iletişim bilgileri İnsan Kaynakları biriminde kayıt altına alınmış olup sürekli güncellenmektedir. Pandemi döneminde tüm personele ulaşabilmek amacıyla İnsan Kaynakları Sorumlusu Pandemi Eylem Grubunda görevlendirilmiştir.

İletişim Planı

Başhemşire	hicranaslan@optimedhastaesi.com
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	gizemarabaci@optimedhastanesi.com

Tablo.3. Hastane Dışı İletişim Numaraları

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfızsızsihha Merkezi Başkanlığı Salgın Araştırma Müdürlüğü	(0312) 565 50 00 (0312) 565 50 01 (0312) 565 50 02
Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı	(0312) 565 50 00 (0312) 565 50 01 (0312) 565 50 02
Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı	(0312) 258 23 23
Tekirdağ Halk Sağlığı Müdürlüğü	(0282) 258 24 00
Tekirdağ Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Birimi	(0282) 258 24 00
Tekirdağ İlçe Sağlık Müdürlüğü	(0282) 650 06 16

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 277 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İl Sağlık Müdürlüğü	(0282) 258 22 58
Tekirdağ Devlet Hastanesi	(0282) 262 53 55
Çorlu Devlet Hastanesi	(0282) 693 33 00

Tablo.4. Hastane İçi İletişim Numaraları

Başhekim	Çetin ÜÇEÇEAM	0530 292 92 11
Başhemşire	Hicran ASLAN	0532 667 17 66
Dahiliye Uzmanı	Muhammed Cabir ÖZDEMİR	0530 521 33 18
Genel Müdür	Yaşar GENÇ	0542 242 75 85
Kadın Doğum Uzmanı	Nevzat KOÇ	0532 293 25 73
Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Yusuf GÜZEL	0537 971 42 49
Kalite Yöneticisi	Filiz ALBAYRAK	0531 352 52 04
İşletme Direktör Yardımcısı	Elçin SÜLEYMANOĞLU	0541 459 49 40
Hasta Hizmetleri Müdürü	Emel YENİCE	0542 481 23 22
Acil Servis Hekimi	Burak ÖZTÜRK	0552 081 54
Yoğun Bakım Hekimi	Mehmet Emrah TEMEL	0530 971 21 42
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Gizem ARABACI	0531 208 32 18

5.5.2. Hastane Kapasitesinin Değerlendirmesi ve Artırılması

Hastanemiz 116 yataklı Özel hastanedir. Hizmet sunulan branşlar, poliklinik başvuru sayıları, personel özellik ve dağılımları, yatak kapasitesi, yatak doluluk oranları, laboratuvar ve görünteme kapasiteleri aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

Tablo 5. Hizmet Sunulan Branşlar

Acil Servis	Kulak Burun Boğaz	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
Beslenme ve Diyet	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Radyoloji
Beyin ve Sinir Cerrahi	Genel Cerrahi	Üroloji
Cildiye (Dermatoloji)		Endoskopi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Biyokimya Laboratuvarı
Dahiliye (İç Hastalıkları)	Kardiyoloji	Transfüzyon Ünitesi
Çocuk Cerrahi	Enfeksiyon Hastalıkları	Anestezi ve Reanimasyon
Ortopedi ve Travmatoloji	Nöroloji	Genel Yoğunbakım
Göz Hastalıkları	Psikiyatri	Yenidoğan Yoğunbakım

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 278 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tablo 6. Poliklinik Sayısı ve Günlük Hasta Muayene Sayısı

Poliklinik Sayısı	21
Günlük Hasta Muayene Sayısı	335

Tablo 7. Personel sayı, özellik ve dağılımı

	PARAMETRELER	VERİLER	AÇIKLAMA
Genel Personel Dağılımı	Toplam Personel Sayısı	248	
	Sağlık personeli Sayısı	78	
	Diğer Personel Sayısı	170	
Medikal	Toplam Uzman Hekim Sayısı	25	
	Anestezi ve Reanimasyon	2	
	Beyin Sinir Cerrahisi	0	
Personel Dağılımı	Biyokimya	1	
	Çocuk Hastalıkları	2	
	Deri ve Zührevi Hastalıklar	1	
	Enfeksiyon Hastalıkları	0	
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	0	
	Genel Cerrahi	2	
	Göz Hastalıkları	2	
	İç Hastalıkları	3	
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	3	
	Kardiyoloji	1	
	KBB	1	
	Nöroloji	1	
	Ortopedi	2	
	Plastik Cerrahi	1	
	Radyoloji	1	
	Üroloji	1	

	Pratisyen Hekim	5	
	Çocuk Cerrahi	0	
	Psikiyatri	1	
	Hemşire/ Ebe	44	
	Fizyoterapist	0	
	ATT/Paramedik	3	
	Laboratuar Teknisyeni	7	
	Radyoloji Teknisyeni	8	
	Anestezi Teknisyeni	9	
	Diğer Sağlık Teknikerleri		
Destek Hizmetler Personel Dağılımı	Temizlik	24	
	Yemek	5	Hizmet alım
	Güvenlik	3	
	Biyomedikal-Teknik Hizmetler	4	
	Bilgi İşlem	2	

Tablo 8. Hastane Servislerinde Çalışan Personel Sayısı

SERVİSLER	ÇALIŞAN KİŞİ SAYISI	AÇIKLAMA
Acil Servis	7	
Dahiliye Servisi	6	
Genel Cerrahi servisi	6	
Kadın Doğum ve Çocuk Servisi	6	
Yoğun Bakımlar (erişkin+ydyb)	EYB=12 YDYB=7	
Ameliyathane	17	
Sterilizasyon	1	
Laboratuvar	7	
Radyoloji	6	

Tablo 9. Yatak Kapasitesi

Yatak sayısı	75
Endoskopi Ünitesi	2 adet hasta dinlenme

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 280 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Dâhiliye Servisi	12
Cerrahi Servisi	28
Kadın Doğum ve Çocuk Servisi	6
Doğum Salonu	4 adet TDL odası
Acil Servis	10 adet müşahede yatak
Yeni doğan yoğun bakım	5 yatak 3.seviye 8 yatak 2.seviye toplam 13 yataklı
Ameliyathaneler	4 Ameliyat Salonu
Genel Yoğun Bakım Ünitesi	7 yatak 3.seviye 6 yatak 2. seviye 4 yatak 1.seviye toplam17 yataklı
Pandemi Durumunda Kapasite %20 oranında arttırılabilir.	

Tablo 10. Yatak Doluluk Oranları

YOĞUN BAKIM HARIÇ					
Yatak Sayısı	Artırılabilir Yatak Sayısı	Yatılan Gün Sayısı (yıllık)	Yatak Doluluk Oranı (yıllık)	Ventilatör Sayısı	Ventilatör Kullanım Oranı
45				-	-
ERİŞKİN YOĞUN BAKIM					
17					
YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM					
13					

Pandemi Dönemi Hasta Yoğunluğunun Hesaplanması

Çorlu ilçesi için Pandemi senaryosu aşağıdaki gibidir.

Pandemi şiddeti; Düşük, orta ve yüksek şiddette değerlendirilmiştir. Kümülatif hız; 15 (%), 20 (%) ve 25 (%) olarak alınmıştır.

Sağlık kurumuna başvuran kişi sayısı % 50, Yoğun bakıma yatan kişi sayısı % 15 değerlendirilmiştir. Çorlu ilçe Nüfusu : 273.362

NOT: Hasta yoğunluğu İnfluenza Pandemisine göre hazırlanmıştır.

Tablo 13. Çeşitli atak hızlarına göre İnfluenza nedeniye oluşabilecek hastalık yükü, hastaneye yatış ve ölümler

Pandemi Şiddeti	Fatalite Hızı	Kümüla tif Atak Hızı	İnfluenza Olan Kişi Sayısı	Sağlık Kurumuna Başvuran Kişi Sayısı (%50)	Hastane Yatan Kişi Sayısı (%2)	Yoğun Bakıma yatan kişi sayısı (%15)	Tüm aralarında Sonuçlanan Sayısı (Sağlık Kurumuna Başvuran ve Başvurmamayanlar)
MEVSİMSEL	0,01	0,15	41.004	20.502	410	62	164
ORTA	0,37	0,2	54.672	27.336	546	82	202
YÜKSEK	1	0,25	68.340	34.170	683	102	273

Hastane yatak ihtiyacı şu şekilde hesaplanabilir:

En ılımlı senaryoda 410 kişinin influenzaya bağlı komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatıp 5 günlük tedavi gerekeceğinden, İhtiyaç duyulacak hastane yatak sayısı = $410 \times 5 \text{ gün} = 2050 \text{ gün}$ hastane yatağı ihtiyacı vardır.

Mevsimsel influenzada; hastalığın atak hızı %15, sağlık kurumlarına yapılacak başvuru hastalananların %50'si, hastaneye yatış sağlık kurumu başvurularının %1'i, yoğun bakım yatışının hastaneye yatanların %15'i, fatalite hızı %0,01 olarak alınmıştır. Bu senaryoya göre;

41.004 vaka görülebileceği, bunların yarısının sağlık kurumlarına muayene için başvurması halinde, toplam 20.502 poliklinik başvurusu olacağı, 410 kişinin influenzaya bağlı komplikasyonlar nedeniyle hastaneye 62 kişinin ise yoğun bakıma yatacağı ve tüm vakalardan (hastaneye yatan, sağlık kurumuna başvuran ya da başvurmamayanlar dâhil) 164 'sının influenza ve influenzaya bağlı komplikasyonlar nedeni ile hayatını kaybedebileceği tahmin edilmektedir

Orta şiddetli senaryoda; hastalığın atak hızı %20, sağlık kurumlarına yapılacak başvuru hastalananların %50'si, hastaneye yatış sağlık kurumu başvurularının %2'si, yoğun bakım yatışının hastaneye yatanların %15'i, fatalite hızı %0,37 olarak alınmıştır. Bu senaryoya göre;

54.672 vaka görülebileceği, bunların yarısının hastane ve diğer sağlık tesislerine başvurması halinde, toplam 27.336 poliklinik başvurusu olacağı, 546 kişinin influenzaya bağlı komplikasyonlar nedeniyle hastaneye, 82 kişinin ise yoğun bakıma yatacağı ve tüm vakalardan 202' sinin influenza ve influenzaya bağlı komplikasyonlar nedeni ile hayatını kaybedebileceği tahmin edilmektedir.

Ağır şiddetli senaryoda; hastalığın atak hızı %25, sağlık kurumlarına yapılacak başvuru hastalananların %50'si, hastaneye yatış sağlık kurumu başvurularının %5'i, yoğun bakım yatışının hastaneye yatanların %15'i, fatalite hızı %1 olarak alınmıştır. Bu senaryoya göre;

68.340 vaka görülebileceği, bunların yarısının hastane ve diğer sağlık tesislerine başvurması halinde, toplam 34.170 poliklinik başvurusu olacağı, 683 kişinin influenzaya bağlı komplikasyonlar nedeniyle hastaneye, 102 kişinin ise yoğun bakıma yatacağı ve tüm vakalardan 273' ünün influenza ve influenzaya bağlı komplikasyonlar nedeni ile hayatını kaybedebileceği tahmin edilmektedir.

Pandemi döneminde hastaların sağlık kurumlarına yapacağı başvurular pandeminin 12 hafta süreceği düşünüldüğünde vakalar haftalara dağıtılarak haftalık başvuru sayıları değerlendirilmelidir. Ancak hastalığın

toplumda yayılma hızına göre bu sayının da değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 14.Orta Şiddette Bir Pandemide 12 Haftalık Sürede Beklenen Haftalık Vaka Sayısı, Hastaneye, Yoğun Bakıma Yatan Kişi Sayısı ve Ölüm Sayısı

Pandemi haftası	Toplam vaka içindeki pay(%)	İnfluenza Olan kişisayısı	Sağlık kurumuna başvuran kişi sayısı	Hastaneye yatan kişi sayısı	Yoğun bakıma yatan kişisayısı	Ölüm sayısı
1	0,3	820	410	2	0	1
2	0,8	2186	1093	5	1	2
3	2,7	7380	3690	18	3	7
4	12,2	33350	16675	83	12	33
5	23,3	63693	31846	160	24	63
6	19,9	54399	27199	136	20	55
7	15,4	42097	21048	105	16	43
8	12,8	34990	17495	87	13	35
9	7,7	21048	10524	53	8	21
10	2,6	7107	3553	17	3	7
11	1,6	4373	2186	11	2	4
12	0,7	1913	956	5	0	2
Toplam	100	273.362	136.681	683	102	273

Pandemi Dönemi İçin Personel İhtiyacının Belirlenmesi

Olası bir pandemi salgının da olağanüstü hal kabul edilip olay yönetim ekibi olay yönetim merkezinde toplanır ve olay yönetim ekibi olayın büyüklüğüne göre tüm personelin çağrılmasını isteyebilir.

- ✓ Pandemi Eylem grubu tarafından pandemi de görev yapması gereken optimum personel sayısı, niteliği belirlenir
- ✓ Pandemi alanı dışında çalışması gereken diğer birimler optimum seviyede çalışması sağlanır,
- ✓ Risk grubunda olan ve kronik hastalığı bulunan personeller idari izine çıkartılır
- ✓ Tüm personel pandemi döneminde yapılacak faaliyetler konusunda bilgilendirilir

Tablo 15. Pandemi Döneminde birimlerde görev alacak personel sayıları

KLİNİKLER	DOKTOR	HEMŞİRE	DİĞER PERSONEL	YATAK SAYISI
Erişkin Yoğun Bakım	1	12	2	17
Pandemi yoğun bakım ünitesi	0	0	0	0
Yeni Doğan Yoğun Bakım	1	7	2	13
Cerrahi servisi (pandemi servisi)	2	6	3	28
Kadın Doğum, Dahiliye ve Çocuk servisi	3	6	2	6
Doğumhane	3	6	2	4
Acil Servis	5 Pratisyen	7	2	7
Radyoloji Ünitesi	1	6 teknisyen	1	
Laboratuvar	1	7	0	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 283 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

		Teknisyen		
Poliklinikler	2	0	3 hasta danışmanı	
Enfeksiyon Birimi	1	1	0	0
İdari Birim	0	0	14	
TOPLAM	20	58	31	75

Lojistik Planlama

Pandemi döneminde lojistik planlama Pandemi Eylem Grubu, İlaç ve Malzeme Yönetimi Sorumluları tarafından organize edilecektir.

- ✓ Yatak sayımız 75 olup ihtiyaç halinde yatak kapasitesi % 20 arttırılacaktır.
- ✓ 3 Adet morg dolabımız olup gerek halinde HAP planında belirtilen geçici morg alanı kullanılacaktır.
- ✓ Hastane talep eden personellere grip aşısı yapılması sağlanacaktır.
- ✓ Pandemi etkeni influenza ise Dahiliye ve Çocuk servisleri influenza vakaları için ayrılacaktır, kohort uygulanabilmesi için odalar iki yataklı oluşturulacaktır.
- ✓ Pandemi etkeni Covid 19 vs ise Cerrahi Servis, pandemi yoğun bakım mevcut pandemi vakaları için ayrılacaktır.
- ✓ Havalandırma koşulları pandemi birimlerinde negatif basınca dönüştürülecek (üfleme kapatılıp emiş artırılarak)
- ✓ Pandemi döneminde refakatçi sınırlaması getirilecek, refakatçi gerekli ise koryucu ekipman giyilmesi sağlanacak. Diğer yatan hasta birimlerinde refakatçilerine gerekli hijyenik malzemeler temin edilecek ve ziyaretçilerin sayılarının sınırlandırılabilmesi için gerekli tedbirler alınacaktır.
- ✓ Pandemi sürecinde özellikle gerekli olan Tıbbi Maske, N95 Maske, Gözlük, Siperlik ,Tulum, Eldiven Ve El Dezenfektanı stokları maksimum ve optimum seviyeleri belirlenecek, seviye optimum seviyeye indiğinde stok tamamlama yapılacaktır
- ✓ Riskli işlemler de kullanılmak üzere İçerisinde tek kullanımlık tulum veya box önlüğü, gözlük, siperlik, N95 maske, eldiven ve ayak tozluğundan oluşan kitleler hazırlanacak ve ilgili alanlarda hazır bulundurulacaktır.
- ✓ Dezenfeksiyon ve temizlik süreçlerinde gerekli olan tüm malzemeler (klor tablet vb.) optimum seviyede tutulması sağlanacak.
- ✓ Ex olan ve hastanemize exitus olarak gelen vakaların transport ve defin işlemlerinde Belediye Kurumu ile işbirliği yapılacaktır.
- ✓ Özellikle acil servis, poliklinikler ve pandemi için ayrılan birimlerde enfekte malzeme ve yüzeylerin dezenfeksiyonu yapılacaktır.
- ✓ Tedavi protokolleri konusunda hizmet içi eğitim yapılacaktır.
- ✓ Yakınları hasta olan personellerin çalışma koşulları belirlenecektir.
- ✓ Personel korunması ve hasta personelin tedavisi için gerekli önlemler alınacaktır.
- ✓ Yatan ve poliklinikten takip edilen hastaların kayıtları muntazam tutulup gereğinde kontrole çağrılacaktır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 284 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Pandemi sürecinde özellikle gerekli olan Tıbbi Maske, N95 Maske, Gözlük, Siperlik ,Tulum, Eldiven Ve El Dezenfektanı stokları maksimum ve optimum seviyeleri belirlenecek, seviye optimum seviyeye indiğinde stok tamamlama yapılacaktır
- ✓ Riskli işlemler de kullanılmak üzere İçerisinde tek kullanımlık tulum veya box önlüğü, gözlük, siperlik, N95 maske, eldiven ve ayak tozuğundan oluşan kitler hazırlanacak ve ilgili alanlarda hazır bulundurulacaktır.
- ✓ Dezenfeksiyon ve temizlik süreçlerinde gerekli olan tüm malzemeler (klor tablet vb.) optimum seviyede tutulması sağlanacak.
- ✓ Numune alma alanı oluşturulacak ve alana numune alma kabini koyulacak, numune alacak personel belirlenecek.

Lojistik İhtiyaçlar

Olası bir pandemi durumunda lojistik planlama Pandemi Eylem Grubu İlaç ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu tarafından organize edilecektir.

- ✓ İnfluenza ve Covid pandemisi için Tamiflu (Oseltamivir), Favipiravir, Azitromisin, Plaquanil stoklarının yapılması.
- ✓ Hastanemizde 248 personel bulunup %30 ve 5 günlük kür tedavisi hesabından yola çıkarak Oseltamivir ilacına ihtiyaç vardır.
- ✓ Hasta ve yakınlarına % 15 atak hızına göre Oseltamivir ilacına ihtiyaç vardır.
- ✓ Hastalara % 15 atak hızına göre Favipiravir, Plaquanil, Azitromisin ilacına ihtiyaç vardır.
- ✓ Personele 248 adet mevsimsel grip aşısı gerekmektedir.
- ✓ Klinikte yatan hastalar ve ziyaretçileri için 15.000 adet eldiven ve maskeye ihtiyaç vardır.
- ✓ Acil servis, poliklinik gibi ilk temaslı yerlerde çalışan personeller ve servis personeli için 30.000 adet eldiven, maske 10.000 FFP2/N95 tipi maske, önlük ve siperlik ihtiyaç vardır.
- ✓ Sıvı sabun (250 ml/hafta) ve/veya alkol bazlı el antiseptiği (500 ml/hafta)dir.
- ✓ Acil, Dahiliye, Enfeksiyon ve Çocuk polikliniklerine vaka değerlendirme bildirimi için Vaka Algoritma akış şemaları temin edilmiştir.
- ✓ Solunum ve kronik hastalığı olan personeller belirlenmiştir.
- ✓ Halkın bilgilendirilmesi açısından Sağlık Bakanlığının broşürler ve afişleri görünür yerlere bırakılacak.
- ✓ Sağlık Bakanlığı senaryolarından faydalanılarak hazırlanmıştır.

5.5.3. Hastanede Pandemi Vaka Yönetimi

İnfluenza Vaka Yönetimi

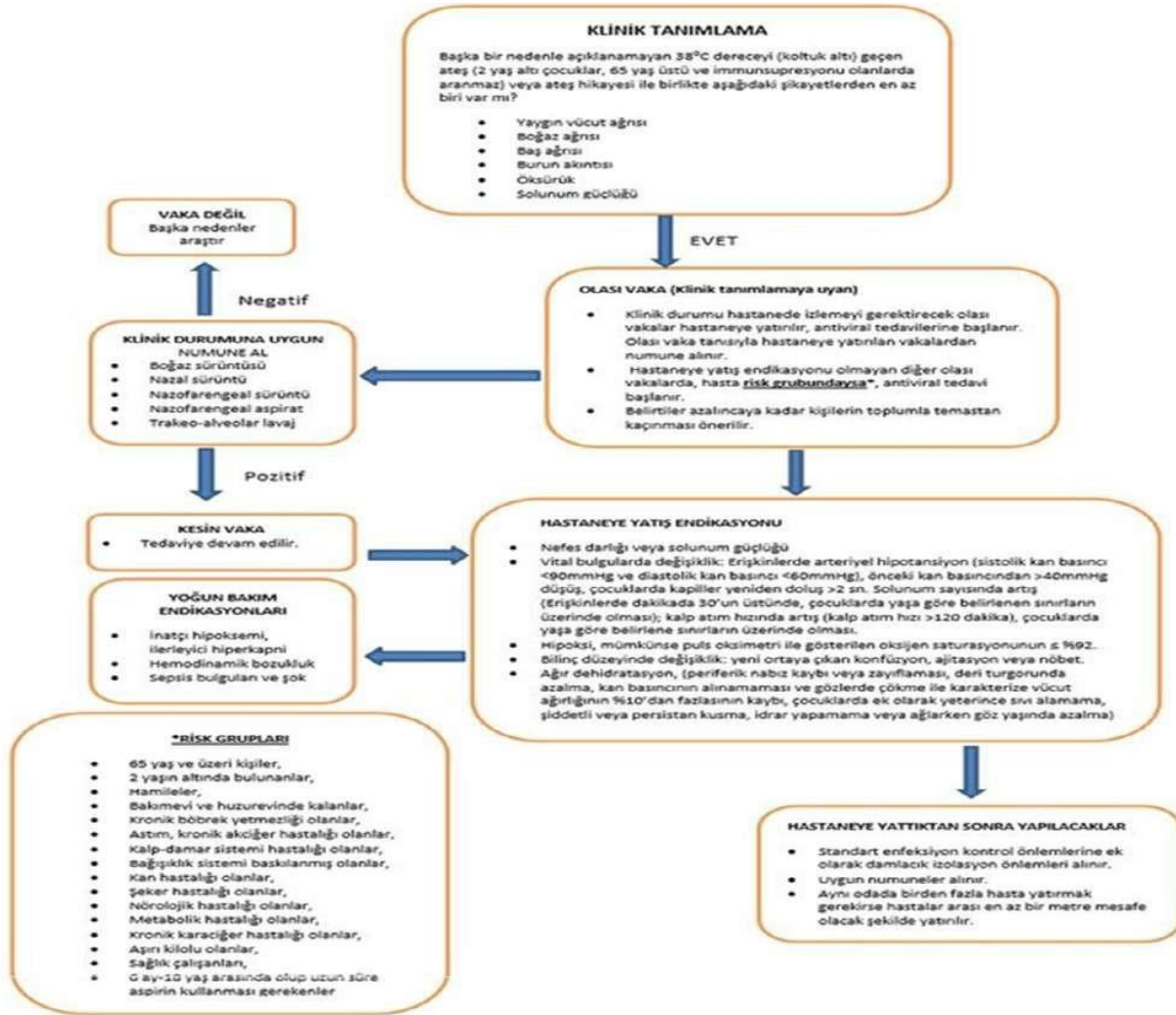
İnfluenza: İnfluenza (grip), influenza virüslerinin yol açtığı bir solunum yolu hastalığıdır. Her yaş grubunda görülen ve ölümlere yol açan hastalık, bazı riskli gruplarda ağır seyretmekte ve daha fazla ölümlere neden olabilmektedir. Özellikle sonbahar ve kış aylarında görülen ve mevsimsel olarak seyreden influenza zaman zaman pek çok kişinin ölümüyle sonuçlanan salgınlara yol açmaktadır. A, B, C ve D olmak üzere dört tip influenza virüsü bulunmaktadır. İnfluenza A virüsleri insan, domuz, at, kanatlı hayvanlar gibi canlıları enfekte edip hastalığa neden olurken bazı durumlarda da hastalığa neden olmayabilir. İnfluenza B virüsleri sadece insanlarda, influenza C domuz ve insanda, influenza D ise sadece sığırdaki hastalık yapabilmektedir. İnfluenza A ve B virüsleri insanlarda mevsimsel salgınlara neden olurken sadece influenza A virüslerinin pandemiye neden olduğu bilinmektedir.

Triyaj Yönetimi

- ✓ İnfluenza salgını göz önüne alınarak acil servise daha yakın bir konumda zemin katta bulunan polikliniklerden biri İnfluenza polikliniği olarak kullanılacaktır.
- ✓ Giriş katta oluşturulan grip poliklinik odasında mesai saatlerinde EKK hekimi ve diğer görevlendirilmiş hekimlerince; mesai bitiminden sabah saat 08:00'e kadar Acil servis hekimlerince hizmet verilecek.
- ✓ Acil servis girişinde triaj noktası oluşturulmasına, influenza benzeri hastalığı olanların bu noktada görevlendirilecek personel tarafından grip polikliniğine yönlendirilmesi ve yine aynı noktada hastalara maske takılması sağlanacaktır.
- ✓ Hastane girişinden polikliniğe kadar yön levhaları konularak hastalar grip polikliniğine yönlendirilecektir.

Vaka Tanı ve Kabul Kriterleri

İnfluenza Vaka Algoritması'nı da belirtilmiştir. İnfluenza Vaka Yönetim Algoritması Sağlık Bakanlığı www.grip.gov.tr internet sayfasında güncel olarak yayınlanır.



Taburcu Kriterleri

- ✓ Beş yaş üzerindeki hastalar, yukarıda tanımlanan iyileşme kriterlerinin olması durumunda 24 saatten uzun süre ateşsiz kaldılarsa taburcu edilebilirler.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 286 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Beş yaş ve altında taburcu edilme kriterleri de farklı değildir. Ancak sekonder bir enfeksiyon geliştirse (sekonder bakteriyel alt solunum yolu enfeksiyonu gibi) bunun tedavisi tamamlandıktan sonra hastalar taburcu edilmelidir.

Tedavi Protokolleri

İnfluenzanın profilaksi ve tedavisinde antiviral ilaçlardan yararlanılmaktadır. Pandemi döneminde virüsün özellikleri ve lojistik şartlar göz önünde bulundurularak tedavi ve profilaksi için kullanım şekli ve süreleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek ve yayımlanacaktır.

Antiviral ilaç tedavi için öncelik taşıyan risk grupları;

- ✓ Çocuklar <5 yaş ve özellikle <2 yaş,
- ✓ Yetişkinler ≥65 yaş, Kronik hastalığı olanlar;
- ✓ Kronik pulmoner hastalık (astım dâhil),
 - Kardiyovasküler hastalık (tek başına hipertansiyon hariç),
 - Renal, hepatik, hematolojik (orak hücre hastalığı dâhil) hastalık,
 - Metabolik bozuklukları (diabetes mellitus dâhil) olan,
 - Serebral palsy, epilepsi, paralizi, motor ve mental geriliği, kas distrofisi gibi nörolojik ve nöromusküler hastalık,
- ✓ Bağışıklık sistemi baskılanmış kişiler (kronik kan hastalığı olanlar, kanser hastaları, immünsupresif ilaç kullananlar,
HIV/AIDS hastaları, otoimmün romatizmal hastalığı olanlar),
- ✓ Gebe ve emziren kadınlar,
- ✓ 6 ay-18 yaş aralığında olup uzun süre asetil salisilik asit tedavisi alanlar,
- ✓ Huzurevi, bakımevi vb. ortamlarda yaşayanlar,
- ✓ Morbid obez olanlar (VKİ≥ 40)
- ✓ İnfluenzaya bağlı komplikasyon riski yüksek, hastanede başka sebeple yatan hastalardır.

Tablo 16. Antiviral İlaçların Yaş Gruplarına Göre Profilaksi ve Tedavi Dozları

İlaç etkeni	Yaş grupları	Profilaksi	Tedavi***
Oseltamivir	Erişkin	1x75 mg/gün	2x75 mg/gün
	Çocuklar (≥ 1 yaş)		
	≤15 kg	1x30 mg/gün	2x30 mg/gün
	>15-23 kg	1x45 mg/gün	2x45 mg/gün
	>23-40 kg	1x60 mg/gün (1x2 adet 30mg)	2x60 mg/gün (2x2 adet 30mg)
	>40 kg	1x75 mg/gün	2x75 mg/gün
	Bebekler (9-11 ay)	1x3,5 mg/kg/gün	2x3,5 mg/kg/gün
	Term bebek (0-8 ay)		
	3-8 ay	1x3 mg/kg/gün	2x3 mg/kg/gün
	<3 ay	Önerilmez	2x3 mg/kg/gün
Zanamivir	Erken doğmuş bebek*		
	≥5 yaş	1x10 mg 10 gün**	
	≥7 yaş		2x10 mg**
Peramivir	Erişkin		600mg iv infüzyon 15-30 dk. tek doz
	13-17 yaş		600mg iv infüzyon 15-30 dk. tek doz
	2-12 yaş		12mg/kg doz (max 600 mg) iv infüzyon 15-30 dk. tek doz
	<2 yaş		Önerilmez

*Erken doğmuş bebekler için Oseltamivir dozağı. Preterm bebekler için kiloya göre doz önerisi, term bebeklerden daha düşüktür. Erken doğmuş bebekler, olgunlaşmamış renal fonksiyon nedeniyle daha düşük oseltamivir klirensine sahip olabilir ve term bebekler için önerilen dozlar, bu yaş grubunda yüksek ilaç konsantrasyonlarına yol açabilir. Ulusal Amerikan Alerji ve Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü Antiviral Ortak Çalışma Grubundan gelen sınırlı veriler, postmenstrüel yaşlarını (gebelik yaşı ve kronolojik yaşı) kullanarak preterm bebeklerin dozlanması için temel sağlar. <38 hafta postmenstrüel olanlar için günde iki kez oral yoldan 1,0 mg/kg yaşı; 38-40 haftalık postmenstrüel yaşı için günde iki kez oral yoldan 1,5 mg/kg; ve >40 haftalık postmenstrüel yaşı için günde iki kez oral yoldan 3,0 mg/kg. immatür doğan bebekler için (<28 hafta), pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzmanına danışılması önerilmektedir.

**Bir inhalasyon dozunda 5 mg zanamivir etken madde mevcuttur.

*** Tedavi süresi 5 gündür, genel durumu kötü (ciddi enfeksiyonu olan, immün sistemi baskılanmış, yoğun bakımda yatan kritik hastalar, viral replikasyonu devam ettiği düşünülen vb.) olan hastalarda süre uzatılabilir.

Pandemi tıbbi bakım ve özellikli alan düzenlemeleri

- ✓ Ayaktan başvuran hastalar için zemin katta katta bulunan polikliniklerden biri İnfluenza polikliniği olarak kullanılacaktır. Triyaj yönetimine göre hareket edilecek.
- ✓ Hastanemize başvuran hastalardan yatışı yapılan hastalar öncelikle dahiliye ve çocuk servisine yatırılacak.
- ✓ Yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar Erişkin ve Yeni Doğan yoğun bakıma yatırılacak. İhtiyaç olması durumunda influenzalı hastalar, en kısa sürede ve doğru yöntemle uygun merkezlere sevk edilmeye çalışılacaktır.
- ✓ Radyoloji bölümünde, yatan hastalar için portabl röntgen cihazı hasta odalarında kullanılacak.
- ✓ İnflenzalı hasta odalarındaki çarşaf 70 derecede yıkanacak, bu hastalar için kullanılan malzemeler tek kullanımlık olmalıdır.
- ✓ Termometre, tansiyon aleti, stetoskop, glukometre gibi tıbbi aletler mümkünse ayrılmalıdır. Mümkün olmadığı durumda düşük düzey dezenfeksiyondan sonra diğer hastalara kullanılabilir.
- ✓ Her gün deterjan veya dezenfektanlarla hasta odalarındaki tüm eşyalar ve çevre, özellikle de hastanın sıkça dokunduğu yüzeyler temizlenmelidir.
- ✓ Temizlik hizmetlerine ayrıca özen gösterilecek, bu konuda her türlü planlama ve izlem, temizlik şefi tarafından organize edilecektir.

Hasta Transferi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 288 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Sağlık kurumu içinde hasta nakli: Hastanın oda dışına çıkışı en aza indirilmelidir. Hasta oda dışına çıkarken tıbbi maske takmalıdır. Hasta diğer birimlere gönderilirken (tanısal işlemler) ilgili birimler önceden bilgilendirilmelidir. Hasta çok gereklili olmadığı sürece toplu bulunan yerlerden uzak tutulmalıdır. Hastaya refakat eden sağlık personeli tıbbi maske takmalı ve el hijyeni kurallarını uygulamalıdır.

Pandemi Özellikli Sürveyans Sistemi

Ülkemizde 2004 yılında yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi kapsamında influenza sürveyansı başlatılmıştır. Sentinel ve nonsentinel influenza sürveyansı olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir.

- **Sentinel İnfluenza Sürveyansı;** belirlenmiş merkezlerden, belirlenmiş vaka tanımına uygun olan hastalardan belirli bir sistematik dahilinde örneğin alındığı ve değerlendirildiği sürveyans tipidir. Sentinel influenza sürveyansı iki şekilde yürütülmektedir.
- **İnfluenza Benzeri Hastalık/ Grip Benzeri Hastalık Sürveyansı;** 2005 yılından itibaren sentinel olarak belirlenmiş 17 ilde 180 aile hekimi üzerinden yürütülmektedir. Bu merkezlerde haftanın bir günü polikliniğe ayaktan başvuran ve grip benzeri hastalık tanısı alan bir kişiden klinik örnek alınmakta ve referans laboratuvarlarda analizleri gerçekleştirilmektedir.
- **SARI sürveyansı;** 2015 yılının aralık ayından itibaren sentinel olarak belirlenmiş 5 ilde belirlenmiş hastaneler üzerinden ağır akut solunum yolu vaka tanımına uyan yatan hastalardan klinik örnekler alınmakta ve referans laboratuvarlarda analizleri gerçekleştirilmektedir.
- Bu iki sürveyans dışında diğer merkezlerden gelen influenza numunelerinin ve verilerinin değerlendirildiği sürveyans Non- sentinel influenza sürveyansıdır.
- Numune alınan tüm hastalar için mutlaka İnfluenza vaka bilgi formu doldurulmaktadır.

Covid 19 Vaka Yönetimi

COVID 19: Coronavirus'lar (CoV), soğuk algınlığından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS-CoV) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS-CoV) gibi daha ciddi hastalıklara kadar çeşitli hastalıklara neden olan büyük bir virüs ailesidir. Coronavirus'lar zoonotik olup, hayvanlardan bulaşarak insanlarda hastalık yapabilir. Detaylı araştırmalar sonucunda, SARS-CoV'un misk kedilerinden, MERS-CoV'un ise tek hörgüçlü develerden insanlara bulaştığı ortaya çıkmıştır. Henüz insanlara bulaşmamış olan ancak hayvanlarda saptanan birçok coronavirüs mevcuttur. Coronavirus'ların insanlarda dolaşımda olan alt tipleri (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV) çoğunlukla soğuk algınlığına sebep olan virüslerdir. SARS-CoV, 21. yüzyılın ilk uluslararası sağlık acil durumu olarak 2003 yılında, daha önceden bilinmeyen bir virüs halinde ortaya çıkmış olup yüzlerce insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Yaklaşık 10 yıl sonra Coronavirus ailesinden, daha önce insan ya da hayvanlarda varlığı gösterilmemiş olan MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) Eylül 2012'de ilk defa insanlarda Suudi Arabistan'da tanımlanmış; ancak daha sonra aslında ilk vakaların Nisan 2012'de Ürdün Zarqa'daki bir hastanede görüldüğü ortaya çıkmıştır. SARS Coronavirusu ile uzaktan bağlantılı olmasına rağmen, yaşanmış olan SARS tecrübesinden ötürü endişe oluşturmuştur. 31 Aralık 2019'da DSÖ Çin Ülke Ofisi, Çin'in Hubei eyaletinin Vuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarını bildirmiştir. 7 Ocak 2020'de etken daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir

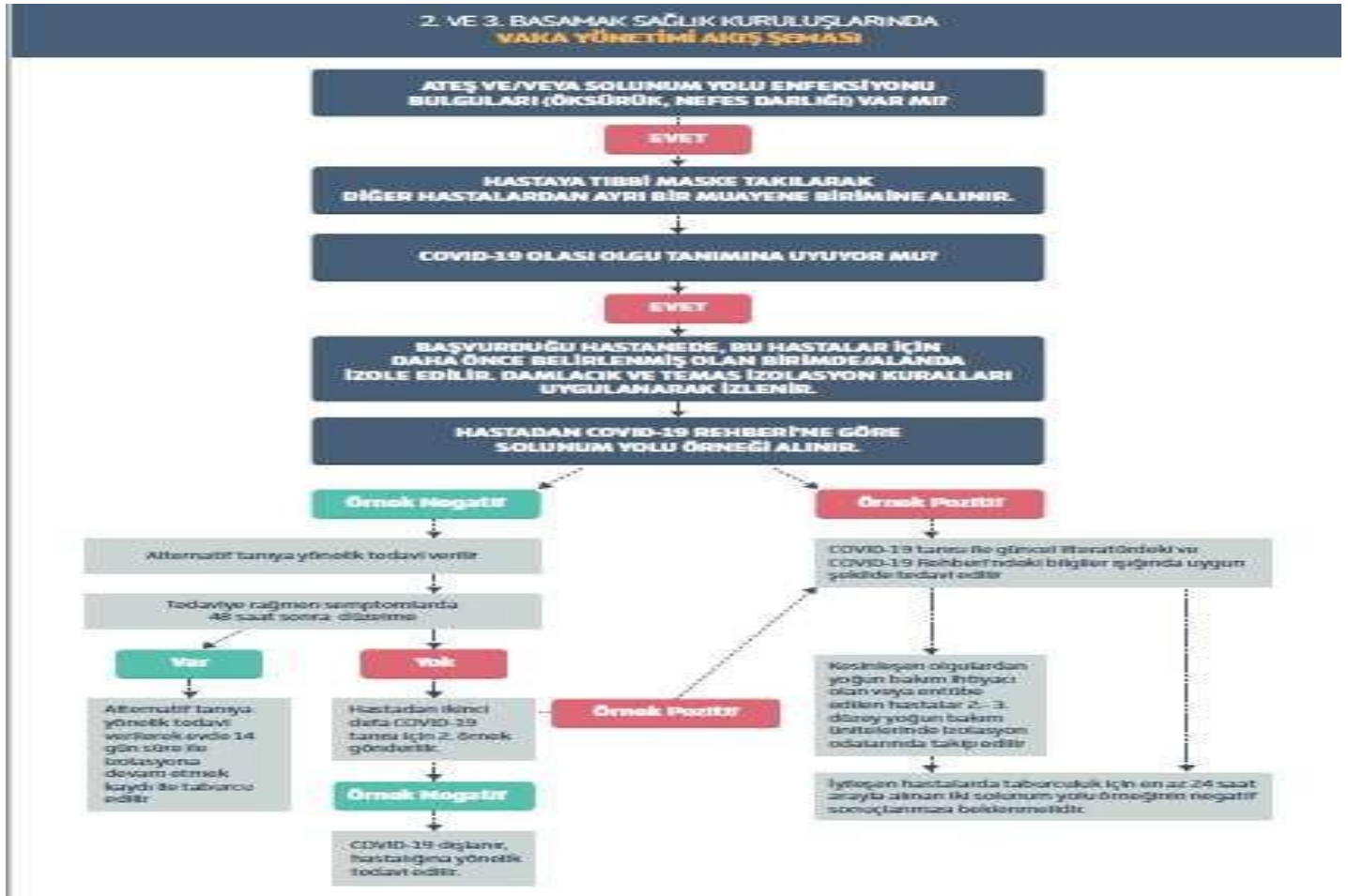
coronavirus (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiştir.

Triyaj Yönetimi

- ✓ Covi19 salgını göz önüne alınarak acil servise daha yakın bir konumda zemin kat ana giriş sağ koridoru bulunan polikliniklere Enfeksiyon, Dahiliye, Çocuk ve KBB Poliklinikleri oluşturulmuş olup şüpheli hastalar bu polikliniklere yönlendirilmektedir
- ✓ Mesai saati sonrası hasta girişleri acil servis'den yapılarak Acil hekimi tarafından acil servis içerisinde belirlenen izole odada muayeneleri yapılmaktadır
- ✓ Hastane ana girişinde triaj noktası oluşturulmasına, yüksek ateş, öksürük benzeri hastalığı olanların bu noktada görevlendirilecek personel tarafından belirlenen poliklinik alanına yönlendirilmesi ve yine aynı noktada hastalara maske takılması sağlanmaktadır.

Vaka Tanı ve Kabul Kriterleri

Covid 19 Vaka Yönetim Algoritması Sağlık Bakanlığı <https://covid19.saglik.gov.tr> internet sayfasında güncel olarak yayınlanır.



Acil Servis Yönetimi

- ✓ Acil servis pandemi alanı olarak belirlenmiş olup olası/kesin vaka hasta muayenesi acil servis içerisinde

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 290 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

belirlenen izole odada yapılacaktır

- ✓ Muayenesi yapılan hastanın tetkikleri için görevlendirilen bir yetkili ve destek personel eşliğinde laboratuvar veradyoloji ünitesine transferi sağlanır, ilgili alanlar hasta transfer öncesi bilgilendirilir
- ✓ Tetkik süreçlerinden sonra hastanın yatış onayı verilir ise pandemi servisine transferi sağlanır
- ✓ Durumu kritik olası/kesin vaka acil serviste pandemi için ayrılan CPR odasına alınarak gerekli müdahalesi yapılacaktır.
- ✓ Müdahalesi yapılan ve CPR' a cevap veren hasta asansör ile pandemi için ayrılan yoğun bakıma taransferi gerçekleştirilecektir
- ✓ Covid19 şüphesi olmayan diğer kritik hastaların müdahalesi için ana giriş bölümünde ayrılan poliklinik odası CPR alanına dönüştürülerek mevcut hastaların müdahalesi bu alanda yapılacaktır.
- ✓ Acil servisteki olası/kesin vaka kabul işlemlerinde ilgili sağlık çalışanı ve personeller tüm KKE 'nı giyerler
- ✓ Alan temizliği 'COVID19 Pandemi Temizlik Planı' na uygun olarak yapılır

Yatak Yönetimi

- ✓ Covid19 şüphesi veya kesi tanısı ile yatışı yapılacak hastalar Pandemi Eylem Grubu tarafından belirlenen 7.kat Dahiliye servisine yatırılacaktır, yatak yönetimi Başhemşire tarafından organize edilecektir.
- ✓ Yoğunbakım ihtiyacı olan hastalar 3. kat Erişkin yoğun bakıma yatırılacak. İhtiyaç olması durumunda Covid19 tanılı hastalar, en kısa sürede 112 aracılığı ile sevk edilecektir,
- ✓ Pandemi servis hasta odaları önünde N95 maske, bone, box önlüğü, gözlük, siperlik, eldiven, galoş, el dezenfektanı
konulacak, personel hasta bakım hizmeti için hasta odasına girdiğinde tüm KKE' ları giyerek müdahalede bulunacaktır,
- ✓ Personelin mesai sonrası dinlenme odasında duşunu alarak çıkış yapacaktır,
- ✓ Hasta odalarına personelin tedavi ve takip dışında giriş sınırlandırılması sağlamak amacıyla hasta mahremiyetine uygun ve hastanın onayı alınarak kamera sistemi konulacak ve hemşire bankosu bilgisayarına bağlanacaktır,
- ✓ Covid19 pandemi hasta odalarındaki çarşafklar 90 derecede yıkanacak, bu hastalar için personelin kullanacağı malzemeler disposable olacaktır.
- ✓ Pandemi servisinden alınan tıbbi atıklar çift tıbbi atık poşetine konulacak ve poşet dışı hazırlanan klor tablet solüsyonu sıkıldıktan sonra tıbbi atık deposuna aktarılacaktır
- ✓ Pandemi servisinde bulaş riskini en aza indirmek amacı ile hasta odaları sadeleştirilecektir,
- ✓ Hasta odalarının günlük temizliği 'COVID19 Pandemi Temizlik Planı' na uygun olarak yapılacaktır. Temizliği yapan personel tüm KKE giyerek temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerini gerçekleştirir.

Ameliyathane Yönetimi

- ✓ Pandemi nedeni ile gelen hastaların cerrahi müdahale gerektiren durumlar için ameliyathane 1 Salon pandemi ameliyat salonu olarak ayrılmıştır,
- ✓ Hastalar servisten indirilerken hastaya tıbbi maske takılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 291 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Her hastada ayrı solunum devresi kullanılmalı ve bu solunum devrelerinin inspiratuvar ve ekspiratuvar bağlantılarına filtre yerleştirilmelidir.
- ✓ Ameliyathanenin kapısı operasyon süresince kapalı tutulmalı ve içeri giriş çıkışlar minimumda tutulmalıdır. Operasyon odasına sadece direkt bakım sağlayacak kişilerin girmesine izin verilmelidir, gereksiz hareketlilik engellenmelidir. Teknik personel tarafından laminar akımın uygunluğu ve yüksek etkili filtrelerin fonksiyonları periyodik olarak kontrol edilmelidir.
- ✓ Pandemi tanılı hastalar için ayrılmış ameliyathanenin anestezi makinesi sadece o odaya ait olmalıdır. Anestezi makinesi, perfüzörler, defibrilatör gibi ameliyathane odasında kullanılan aygıtların üzerinin geniş şeffaf naylon örtülerle kaplanması önerilir, naylon örtü kullanılsa bile her operasyondan sonra naylon örtü atılmalı ve gerekli uygun şekilde dezenfeksiyonları yapılmalıdır.
- ✓ Operasyon odasındaki anestezi uzmanlarının giymesi gereken kişisel koruyucu ekipmanlar (KKE) şu standartlarda olmalıdır;
- ✓ Hastane formalarının üzerine koruyucu tulumlar/kıyafetler,
- ✓ N95/FFP2 maske, disposable cerrahi bone, gözlük/yüz koruyucu ekipman, Eldivenler, galo
- ✓ Takılar (yüzük, saat vb) çıkarılmalıdır, anahtar, cüzdan, telefon vb dışarıda bırakılmalıdır.
- ✓ Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü sayfasında yayınlanan Covid19 Acil Anestezi yönetimi algoritmasına uygun hareket edilir.

Doğumhane Yönetimi

- ✓ Doğumhane içerisinde 4 TDL odasından bir tanesi covid19 olası/kesin tanılı hastalara ayrılmıştır.

Radyoloji Yönetimi

Olası /kesin COVID 19 vakalarında toraks BT kullanımı

Olası/kesin vaka olgularında toraks BT tanıyı desteklemek, akciğer tutulumunu göstermek veya enfeksiyonun akciğerdeki yaygınlığını değerlendirmek amaçları ile kullanılmaktadır.

Kesin veya olası vaka hastası ve sağlık personeli tıbbi maske takmalıdır.

Sağlık çalışanı çekim sırasında hastadan en az 1 metre uzak olacak şekilde bulunmalı, eğer 1 m ve daha yakın olması gerekirse tıbbi maskenin yanı sıra eldiven, önlük ve gözlük/yüz koruyucu kullanılmalıdır.

Eldivenler kontaminasyona yol açacağından hasta çevresine dokunmamaya ve el hijyenine özen gösterilmelidir.

Hasta odadan çıkarıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon hemen yapılmalıdır

Tedavi Protokolleri

Covid 19 Pandemisine yönelik tedavi süreçleri Sağlık Bakanlığı'nın <https://covid19.saglik.gov.tr> internet sayfasında belirtilmiştir.

HASTA TRANSFERİ

Sağlık kurumu içinde hasta nakli

- ✓ Genel durumu kötüleşme eğiliminde olan hastaların erken tanınması ve yoğun bakım ihtiyacı
- ✓ var ise erken dönemde transferinin planlanması sağlanmalıdır.
- ✓ Gereksizce hastaların başka bir yere taşınmasından kaçınılmalıdır. Olası/kesin pandemi tanılı hastaların

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 292 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

bulunduğuyerden taşınarak yapılması gereken tetkiklerin ve işlemlerin hastalık seyrine ve tedavisine anlamlı katkı sağlayıp sağlamayacağı değerlendirilmeli, mutlak suretle gerekliyse yapılmalıdır. Yatak başı alternatif tetkikler (örn.

- ✓ ultrasonografi) teşvik edilmelidir.
- ✓ Hasta transportunu sağlayan ekip sayı, nitelik ve ekipman olarak yeterli olmalıdır. Olası/kesin pandemi tanılı hastanın yoğun bakıma getirilmesi ve yoğun bakımdan çıkarılması esnasında ekipte en az 1 doktor, 1 hemşire ve 1 yardımcı personel bulunmalı, uygun monitorizasyon koşulları (SaO2, nabız, kan basıncı, solunum sayısı takibi ve kullanıma hazır defibrilatör) sağlanmalıdır. Olası acil müdahale gerekliliği açısından tıbbi malzeme ve ilaçlar öncesinden kontrol edilmeli, kullanıma hazır olarak bulundurulmalıdır.
- ✓ Tüm transport ekibi uygun maske ve diğer kişisel koruyucu ekipmanları kullanmalıdır
- ✓ Mekanik ventilasyon uygulanmayan hastalara cerrahi maske takılmalıdır. Olası/kesin pandemi tanılı yoğun bakım hastalarında mekanik ventilasyon uygulanmıyor ise; oksijen ihtiyacı yok veya nazal kanül ile oksijen uygulanıyorsa hastaya cerrahi maske takılmalı, daha yüksek oksijen konsantrasyonuna ihtiyaç duyuluyor ise yeniden solumaya izin vermeyen, ekshalasyon filtresinin eklenmiş olduğu rezervuarlı maskeler kullanılarak transportun sağlanması düşünülmelidir.
- ✓ Hasta transportu sırasında mümkünse ambu maske, yüksek akışlı nazal oksijen kullanımı ve noninvaziv pozitif basınçlı ventilasyon uygulamalarından kaçınılmalıdır. Olası/kesin pandemi tanılı yoğun bakım hastalarının transportu sırasında ambu maske veya entübe hastada ambulama mutlak suretle gerekliyse ambuya viral/bakteriyel filtre takılmalıdır. Ambu maske ile havalandırma iki kişiyle ve mümkün olduğu kadar nazikçe uygulanmalıdır.
- ✓ Entübe hastaların transportu sırasında ventilatör güç kaynağının devamlılığı ve solunum devresinin bütünlüğünün sağlanmasına dikkat edilmelidir
- ✓ Solunum devresi bütünlüğü mutlak suretle gerekli değilse bozulmamalıdır. Transport esnasında solunum devresinin açılması gerektiği durumlarda ayrılan kısım geçici olarak kısa süreli klemplenmeli, bağlantı sonrası klemp hızla açılmalıdır.

Hastanın transportu için belirlenen rotalar kullanılmalıdır.

Pandemi Özellikli Sürveyans Sistemi

- ✓ Pandemi döneminde ihtiyaç duyulan verilerin toplanması için Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen vaka yönetim algoritması ve sürveyans sisteminin uygulamaya konulmasına yönelik faaliyet ve iş akışları planlanmasının yapılması sürveyans sorumluları tarafından yapılacaktır.
- ✓ Halk sağlığı bilgi yönetim sistemine olası/kesin vaka bildirimleri hastanın ilgili hekimi tarafından yapılır,
- ✓ HBYS'den hastanın laboratuvar istemi yapılır, numune alınarak bakanlığın görevlendirdiği laboratuvara gönderilir.
- ✓ Olası/kesin vakaların günlük izlemleri sistemden güncellenir (servis, yoğun bakım, entübe, vefat vs). Eve taburculuğu planlanan hastaların sistemden evde izlem seçilerek taburculuğu yapılır
- ✓ Olası/kesin tanılı hastaların yatışları ve günlük tedavileri enfeksiyon hekimi tarafından yürütülür.
- ✓ Günlük olarak kesin vakalar Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'n de sürveyans birimine mail gönderilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 293 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

5.5.4. Hastane Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri Enfeksiyon Kontrolü İçin Standart Önlemler

Standart önlemler, hastanın tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan önlemlerdir. Kan, tüm vücut sıvıları (semen, vajinal sekresyonlar, serebrospinal, sinoviyal, plevral, peritoneal, perikardiyal ve amniyotik sıvılar), bütünlüğü bozulmuş deri ve mukozalar için uygulanır. El hijyeni, eldiven kullanımı, önlük, maske, yüz ve göz koruyucusu kullanımını, solunum hijyeni/öksürük önerisi, güvenli enjeksiyon uygulamalarını ve kontamine ekipman veya araçların uygun şekilde yönetilmesini içerir.

a. El hijyeni

El hijyeni terimi suyla sabunla ellerin yıkanması veya alkol bazlı el antiseptiklerini kullanarak ellerin ovalamasını içerir. Eğer ellerde gözle görülür kirlenme varsa veya solunum salgılarına maruz kalınmışsa, alkol bazlı el antiseptiklerinin etkinliğisizli olacağından, eller su ve sabunla yıkanmalı ve kurulmalıdır. Kurulama için tek kullanımlık kâğıt havlular kullanılmalı ve ayakla çalışan kapaklı çöp kutularına atılmalıdır.

El Hijyeni Sağlanması Gereken Durumlar:

Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında el hijyeni sağlanmalıdır. Eldiven giyilmesi gereken durumlarda da benzer şekilde eldiven giyilmeden önce ve eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır. Hasta çevresinde bulunan yüzeylerle temas ettikten sonra mutlaka el hijyeni uygulanmalıdır. Ellerde gözle görülebilir kirlenme olmayan durumlarda alkol bazlı el antiseptiği ile el hijyeni sağlanabilir. Ellerde gözle görülebilir kirlenme olan durumlarda alkol bazlı el antiseptiği kullanımı uygun değildir, eller su ve sabun ile yıkanmalıdır. Her tür invaziv girişim öncesinde ve sonrasında el hijyeni sağlanmalıdır. Aynı hastadaki kirli bir bölgeden temiz bir bölgeye geçilmeden önce eldiven çıkarılıp el hijyeni uygulanmalı ve sonrasında gerekiyorsa yeni eldiven giyilmelidir.

b. Eldiven giyme

Cilt bütünlüğünün bozulduğu durumlarda, kan, mukozalara ve olası enfeksiyöz materyale temas öncesinde, gözle görülür veya potansiyel olarak kontamine olmuş hasta bakım ekipmanlarını/yüzeyleri kullanma veya bunlara temas durumunda temiz, steril olmayan eldiven giyilmelidir. Solunum sekresyonları dâhil vücut sıvıları, kan ve diğer sekresyonlarla teması içeren veya temas ihtimali olan hasta bakım uygulamalarında eldiven giyilmelidir. Hastaların farklı vücut bölgelerine uygulanan işlemlerde, her işlemten sonra eller yıkanmalı ve eldiven değiştirilmelidir. Hastadan hastaya geçişte eldiven değiştirilmeli, el hijyeni uygulanmalı, gerekiyorsa tekrar eldiven giyilmelidir. Hasta odasından çıkmadan önce eldivenler dikkatli bir şekilde çıkartılmalı, eller yıkanmalı ve odada bulunan kontamine araç- gereç ve çevre yüzeylerine dokunulmamalıdır. Eldivenlerin yıkanması ya da alkol bazlı el antiseptikleri uygulanarak kullanımına devam edilmesi uygun değildir. Eldivenli eller ile yüzeylere temastan kaçınılmalıdır.

c. Maske, gözlük, yüz siperi

Göz, ağız ve burundaki mukoz zarları korumak için hasta bakımı ya da işlemler sırasında maske, gözlük, yüz siperi kullanılmalıdır.

d. Solunum hijyeni/öksürük önerisi

Öksürük veya solunum salgıları olan hastalar veya sağlık çalışanları tarafından uygulanır. Öksürük sırasında ağız ve burun kâğıt peçete ile kapatılmalı veya tolere edilebilirse cerrahi maske takılmalıdır. Kullanım sonrası kâğıt peçete derhal atılmalı, solunum sekresyonları ile temas ettikten sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 294 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

e. Önlük

Solunum sekresyonları dâhil vücut sıvıları, kan ve diğer sekresyonlarla teması içeren veya temas ihtimali olan hasta bakım uygulamalarında önlük giyilmelidir. Önlük çıkarıldıktan sonra, hasta odasından ayrılmadan önce el hijyeni uygulanmalıdır. Aynı önlük birden fazla hasta bakımında kullanılmamalıdır. Önlük çıkarılırken kontamine olmuş dış yüzüne temas edilmemesi ve sonrasında el hijyeni uygulanması önemlidir.

f. Hasta bakım malzemeleri

Hasta bakım malzemeleri kişiye özel olmalıdır. Birden fazla hastada kullanılacak malzemeler kullanım öncesinde dezenfekte veya sterilize edilmelidir. Kontamine olan ve hastada kullanılan malzemeler dikkatle, deri ve mukoza teması ve ortam kontaminasyonuna sebep olmayacak şekilde ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanılması önlenmelidir.

f. Çevresel kontrol

Hasta çevresi; hasta yatağı, yatak çevresi gibi hasta alanı ve sık dokunulan yüzeyler hastane enfeksiyon kontrol komitesince izlenen talimatlar doğrultusunda temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Pandemi döneminde gerekli ek uygulamalar Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulacaktır.

g. Örtü ve tekstil ürünleri

Kontamine veya kullanılmış örtü, çarşaf ve giysiler çevre kontaminasyonu olmayacak şekilde taşınmalı ve tekrar kullanım öncesi işleminden geçirilmelidir.

h. Kan ile bulaşan patojenlerden korunma

Sağlık hizmeti sunumu sırasında yaralanmaları önlemek için kesici, delici aletlerle çalışmada uyulması gereken tedbirlere uyulmalıdır. Enjektör uçlarının kapatılmaması, delici-kesici aletlerin uygun tıbbi atık kutularına atılması gereklidir.

Aşı ile önlenebilen, kanla bulaşan hastalıklara (Hepatit B) karşı sağlık personeli aşılanmış olmalıdır. Tüm tıbbi atıklar Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre bertaraf edilmelidir.

i. Hasta yerleştirme

Hastalar bulaştırmacılık özelliklerine göre enfeksiyon kontrol komitesi önerileri doğrultusunda odalara yerleştirilir. Kesin tanı veya şüpheli influenza hastalarının takibi amacıyla özel havalandırma sistemi olan oda gereksinimi yoktur.

• Enfeksiyon Kontrolünde Damlacık İzolasyon Önlemleri

İnfluenza ve COVID 19 virüsü damlacık yolu ile yayılır. Kontamine damlacıklar, öksürme, hapşırma, konuşma ya da bronkoskopi gibi işlemler sırasında ortama saçılır. Konjuktiva, ağız veya burun mukoza teması ile bulaşabilir. Bulaşın olması için kaynak ve duyarlı kişi arasında bir metreden daha yakın mesafe gereklidir. Beş mikrondan büyük partiküllü damlacıklar ile bulaştığı için partiküller yere çöker, uzun mesafe katedemez. Bu nedenle hava yolu önlemleri gerekli değildir.

a. Hasta yerleştirme

Şüpheli veya kesin tanısı olan hasta tek kişilik odaya alınmalıdır. Eğer bu mümkün değilse diğer hasta yerleştirme seçenekleriyle ilişkili riskleri değerlendirmek için enfeksiyon kontrol komitesinin önerileri dikkate alınmalıdır. Bu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 295 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

durumda aynı mikroorganizma ile enfekte olan bir hasta ile aynı odaya yerleştirme yapılabilir.

b. Maske

Pandemi durumunda sağlık personeli şüpheli veya kesin tanılı hasta odasına girerken hastaya bir metreden yakın temas edecek ise cerrahi maske takmalıdır.

c. Hasta nakli

Zorunluluk dışında hasta oda dışına çıkmamalı, gerekli ise cerrahi maske ile çıkmalıdır. Solunum hijyeni ve öksürük önerileri, el hijyeni takip edilmelidir. Transfer öncesi gideceği ünite, birim, kurum ve transportu sağlayacak olan personel bilgilendirilmelidir.

d. Aerosolizasyon oluşturan işlemlerde alınacak önlemler

Yüksek miktarda enfeksiyöz aerosol oluşturacak, influenza maruziyeti için yüksek risk taşıyan;

- ✓ Bronkoskopi,
- ✓ Balgam indüksiyonu,
- ✓ Entübasyon ve ekstübasyon,
- ✓ Otopsi,
- ✓ Kardiopulmoner resusitasyon,
- ✓ Havayolunun açık aspirasyonu işlemlerinde damlacık önlemleri yetersiz kalabileceğinden aerosol oluşturan işlem önlemleri alınmalıdır.

Bu işlemlerin negatif basınçlı oda mevcutsa orada yapılması, mevcut değilse portable hepa filtre cihazının işlem sırasında kullanılması ve oda kapılarının kapalı tutulması ve sonrasında odanın temizlenmesi gereklidir. Bu kişilerin standart önlemlerde detaylandırılmış olan KKE kullanımına uyması ve işlemler sırasında en az FFP2/N95 tipi maskelerin kullanması gereklidir.

Pandemiye Yönelik Enfeksiyon Kontrol Önlemleri

Pandemi durumunda uygulanacak enfeksiyondan korunma ve kontrol yöntemleri planlanmıştır.

Personele Yönelik Koruyucu Önlemler:

- ✓ Sağlık personeli influenza belirtileri konusunda eğitilmeli ve semptomlar başladığı zaman yöneticilerine bildirmelidirler.
- ✓ İlgili salgının belirtilerine sahip tüm sağlık personeli semptomlar geçene kadar izole edilerek çalışmamaları sağlanmalıdır.
- ✓ Pandemi hastaları için ayrılmış bölümde çalışan sağlık personele mümkünse diğer hastaların bakımı ve tedavisinde görev yapmamalıdır. Mümkün olmadığı durumlarda, personelin eğitimi tekrarlanarak ve enfeksiyon kontrol önlemlerine uyularak hastaların bakımı ve tedavisi sağlanabilmelidir.
- ✓ İlgili salgın hastalığının komplikasyonları yönünden risk grubunda olan görevliler salgın boyunca hastalara direkt bakımdan uzak, başka görevlerde çalıştırılmamalıdır

Hastalara Yönelik Koruyucu Önlemler:

- ✓ Olası/kesin tanılı hastalar önceden belirlenmiş pandemi servisine standart, damlacık ve temas izolasyon önlemlerine uyularak yatırılmalıdır. Mümkünse tek kişilik odada veya yoğun bakımda izolasyon odasında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 296 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

yatırılmalı, aksi halde tanısı aynı olanlar aynı odaya yatırılmalıdır.

- ✓ Eğer olası ve kesin vaka aynı odada yatıyor ise tıbbi maske kullanması sağlanmalıdır.
- ✓ Yoğun bakımda açık koğuştta yatan hastalar arasında 2 metre mesafe olmalı ve perde ile izolasyon sağlanmalıdır.
- ✓ Hastalara ziyaretçi kısıtlaması yapılmalı, standart enfeksiyon kontrol ve personel koruyucu önlemler konusunda eğitilmelidir.
- ✓ Bekleme odaları, hastaların gruplandırılmalarına uygun olacak biçimde planlanmalıdır. Hasta ve hasta yakını bekleme alanında diğerlerinden en az bir metre aralıklar ile oturmalıdır.
- ✓ Poliklinik bekleme alanı ve muayene odasının havalandırması yeterli olmalıdır. Varsa pencere ve kapılar açılarak temiz hava girişi sağlanmalıdır.

Donanım, Malzeme ve Tıbbi Ekipmana Yönelik Koruyucu Önlemler:

a) Cerrahi maskeler

Cerrahi maske, rutin hasta tanı, tedavi ve izlem sürecinde (FFP2 veya FFP3 tipi maske kullanım endikasyonu olmadığı durumlarda) hastayla yakın temas edecek görevliler tarafından takılmalıdır. Bu fiziki bir bariyer oluşturacaktır ve hastalığın bulaşmasındaki önemli yollardan biri olan damlacık ile bulaşı önleyecektir. Cerrahi maske kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda yer almaktadır.

- ✓ Ağız ve burnu kapatmalı, kullanıldıktan sonra boyun etrafında bırakılmamalı,
- ✓ Giyildikten sonra özellikle dış yüzeyine çıplak elle ellenmemeli,
- ✓ Nemlenirse değiştirilmeli, kullanımı tamamlandıktan sonra tıbbi atık olarak toplanmalı,
- ✓ Çıkarılırken önce alttaki olmak üzere cerrahi maske bağları çözülmeli, maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmeden bağlardan tutularak atılmalı, çıkarma işlemi tamamlandıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

b) FFP2 veya FFP3 tipi maskeler

Maske kullanılması gereken aerosolizasyon oluşturan işlemler gibi durumlarda maske yanlardan hava girmeyecek şekilde takılmış olmalıdır. Eğer nefes alıp verme zorlaşırsa, maske zarar görmüş, deforme olmuş, vücut sıvıları nedeniyle kirlenmiş demektir. Bu durumda maske değiştirilmelidir.

c) Eldiven

Standart enfeksiyondan korunma ve kontrol prensipleri dâhilinde eldiven kullanımına dikkat edilmelidir. Eldivenler kullanıldıktan sonra hemen tıbbi atık olarak atılmalı ve ardından el hijyeni sağlanmalıdır.

d) Koruyucu önlükler

Koruyucu önlükler mümkünse tek kullanımlık olmalı ve kullanım sonrasında tıbbi atığa atılmalı, tekrar kullanılmamalıdır.

Tek kullanımlık olmayanlar uygun koşullarda yıkandıktan sonra tekrar kullanılabilir

e) Kişisel Koruyucu Ekipmanların Giyilmesi ve Çıkarılması Kuralları

Giyme; önlük, maske, gözlük veya yüz siperi ve eldiven sırasıyla olmalıdır. **Çıkarma;** eldiven, gözlük veya yüz siperi, önlük ve maske sırasıyla olmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 297 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Maske haricindeki KKE'ler hasta odasında çıkartılmalıdır, maske ise hasta odasının dışında çıkartılmalıdır. Çok kullanımlık gözlük veya yüz siperi tekrar kullanım öncesi üreticinin talimatlarına göre temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Kişisel koruyucu ekipmanlar giyilmeden önce ve sonra mutlaka el hijyeni uygulanmalı, 'Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre atılmalıdır.

Çevresel Enfeksiyon Kontrolü: Tıbbi ve Tıbbi Olmayan Atıklar

Hasta ve çıkartıları ile temas eden tüm malzemeler standart enfeksiyon kontrol prensipleri doğrultusunda toplanmalıdır. İdrar ve dışkı gibi sıvı atıklar güvenli bir şekilde kanalizasyon sistemine boşaltılmalıdır. Tüm tıbbi atıklar, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne uygun olarak toplanmalı ve bertaraf edilmelidir.

Çamaşır ve Çamaşırhaneler

Hastaya temas eden tüm tekstil malzemeleri kontamine kabul edilir. Hastaların kullandıkları çamaşırlar standart enfeksiyon kontrol prensiplerine göre güvenli olarak toplanmalı ve temizlenmelidir.

Personel Önlükleri

Pandemi döneminde sağlık personelinin kıyafet ve önlüklerinin temizliğini sağlamak hastane yönetiminin sorumluluğundadır. Hastanede çamaşırhanede yıkanması sağlanmalıdır.

Araç Gereçler

Hastaların kullandığı günlük malzemeler (çatal, bıçak, bardak, tabak) için standart enfeksiyon kontrol prensiplerine uyulmalıdır.

Toplu Taşıma Araçları

Pandemi durumunda bulaşın engellenmesi amacı ile zorunlu haller olmadıkça toplu taşımacılık kullanılmamalı, mümkün olmayan hallerde solunum salgılarının bulaşmasını ve çevresel kirlenmeyi engellemek amacıyla öksürük sırasında ağız ve burun kâğıt peçete ile kapatılmalı veya tolere edilebilirse cerrahi maske takılmalıdır. Kullanım sonrası kâğıt peçete derhal atılmalı, solunum sekresyonları ile temas ettikten sonra el hijyeni uygulanmalıdır. Günde en az iki kez (ve gerektiğinde tekrar) temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Temizlik işlemi sırasında personel eldiven ve önlük giymeli, cerrahi maske takmalıdır.

Hasta bakım malzemeleri

Hasta bakım malzemeleri kişiye özel olmalıdır. Birden fazla hastada kullanılacak malzemeler kullanım öncesinde dezenfekte veya sterilize edilmelidir. Kontamine olan ve hastada kullanılan malzemeler dikkatle, deri ve mukoza teması ve ortam kontaminasyonuna sebep olmayacak şekilde ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanılması önlenmelidir.

Mobilyalar

Özellikle hekim muayenahanelerindeki ve bekleme salonlarındaki yumuşak materyel ile kaplanmış mobilyalar ve gereksiz tüm eşyalar kaldırılmalıdır. Geri kalan mobilyalar kolay temizlenebilir/dezenfekte edilebilir olmalıdır. Temizlik/ dezenfeksiyon işlemi günde en az bir kez yapılmalı ve gerektiğinde tekrarlanmalıdır. Oyuncaklar, kitaplar, gazeteler ve dergiler bekleme salonlarından kaldırılmalıdır.

Hasta Naklinde Enfeksiyonlardan Korunma ve Kontrol Önlemleri

✓ Ambulans ve benzeri araçlarda hasta taşınırken müdahale edilecek her hastanın enfekte olduğu kabul edilmeli

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 298 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

ve bu nedenle her türlü müdahale sırasında standart önlemlere mutlaka uyulmalı, gerekirse diğer önlemler de uygulanmalıdır.

- ✓ Hastanın ve yapılacak işlemin özelliğine göre maske ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır. Maske, gözlük ve tek kullanımlık önlük sürekli olarak personelin yanında bulunmalıdır.
- ✓ Solunum yolu enfeksiyonu olduğu bilinen veya şüphelenilen hastalara solunum yolu açılması, entübasyon, aspirasyon ve resüsitasyon işlemleri yapılması esnasında eldiven giyilmeli; göz koruyucu, en az FFP2/N95 tipi maske takılmalı, sıçrama ve buna bağlı bulaş ihtimali olması durumunda sıvı geçirimsiz önlük de kullanılmalıdır. Damar yolu açılması ve kan örneği alınması işlemi sırasında eldiven giyilmeli, eğer hastanın ajitasyonu ve kontrolsüz hareketleri var ise ek olarak göz koruyucu takılmalıdır. Travma müdahalesi veya yara kapatma işlemleri sırasında eldiven, cerrahi maske, gözkoruma ve sıvı geçirimsiz önlük kullanılmalıdır.
- ✓ Ambulans ve benzeri araçlarda kullanılmakta olan sedye örtüsü tek kullanımlık olmalı ve her hasta kullanımı sonrasında tıbbi atık kurallarına göre atılmalıdır.
- ✓ Ambulansta hasta müdahalesinde kullanılmış iğnelerin kapağı kapatılmamalı, eğilmemeli, kırılmamalı veya elle temasetmemeli, kesici delici alet kutularına atılmalıdır.
- ✓ Hastalara doğrudan ağızdan ağıza resusitasyon yapılmamalıdır. Resusitasyon sırasında ağız ve oral sekresyonlarateması engelleyecek ekipman (ağızlık,ambu vb.) kullanılmalıdır.
- ✓ Taşınan hastanın solunum yolu enfeksiyonu semptomu var ise hastalara mümkün olduğu ölçüde cerrahi masketakılmalıdır. Bu esnada personel yapacağı işleme uygun maske ve yüz koruyucu kullanmalıdır.
- ✓ Hasta için kullanılmış olan tüm ekipmanlar, her kullanım sonrasında, uygun şekilde temizlenmelidir. Müdahale sırasında da diğer ekipmanlara ve ortama bulaşı engelleyecek şekilde çalışmaya gayret edilmelidir.
- ✓ Ambulans ve acil sağlık araçlarında yiyecek ve içecek tüketimi gibi davranışlardan kaçınılmalıdır.

Ambulansın Temizliği ve Dezenfeksiyonu

Ambulans temizliği ve dekontaminasyonu sağlık merkezlerinden uzak ve izole bir bölgede yapılmalıdır. Yüksek riskli hastaların taşınması sonrasında su ve atıkların uygun şekilde toplanması ve imhası için etrafı çevrilmiş izole bir alan olmalıdır. Bu işlemler konu ile ilgili eğitilmiş personel tarafından yapılmalıdır. Enfeksiyonu olan hastaların nakli sonrasında ambulans ve acil sağlık araçları uygun temizlik yapılmadan kullanılmamalıdır. Enfeksiyonun yayılmasına katkıda bulunabilecek hasta bakım ekipmanları ve yüzeyler; Steteskop, Tansiyon ölçüm manşeti, Monitörler, Sedye, İmmobilizasyon cihazları, Laringoskop cihazları, Kapı kolları, Raflar, Tekerlekli sandalyeler, Ambulans ve acil sağlık araçlarının içindeki diğer eşya ve yüzeyleri içerir. Yüzeyler dezenfekte edilmeden önce iyice temizlenmelidir. Nakil ortamında enfeksiyonların yayılmasını önlemek amacıyla, hastanın cilt ve/veya mukozalarına temas etmiş olan çevresel yüzeylerin ve hasta bakım ekipmanlarının her enfekte vakadan sonra dezenfekte edilmesi gerekmektedir. Sürücü bölmesindeki yüzeyler kontamine hale gelirse, araç üreticisinin tavsiyelerine uygun olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Sürücü bölgesinde görev yapan personel hastayla temas ettiği taktirde sürücü bölmesi, arka kabin ile aynı şekilde temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Yüzeylerin veya nesnelerin üzerindeki organik maddeler (kan, kusmuk veyadışkı vb.) dezenfektan uygulamadan önce tek kullanımlık bir havlu veya ped ile kabası temizlenmeli ondan sonra temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Temizlik yaparken, kenarlar, köşeler, birleşme yerleri gibi debrislerin birikmeye elverişli olduğu

ulaşılması zor alanlar çok daha dikkatli temizlenmelidir. Temizlik ve dezenfeksiyon iki aşamalı bir süreçtir. Uygun birtemizliğin ardından, kullanılan dezenfektan bir kez uygulandıktan sonra tam olarak yüzeylere temas etmesi için gerekirse tekrar tekrar uygulanmalıdır. Özellikle sıkça temas edilen yüzeylerin, rutin bakım, temizlik ve dezenfeksiyonu “Ambulans ve Acil Sağlık Araçları Yüzey ve Ekipmanları İçin Temizlik Kurallarına” göre yapılmalıdır. Kontamine malzemelerin atılması ve ambulansların temizlenmesi sırasında, eldiven, göz koruyucu, cerrahi maske veya endikasyona göre en az FFP2/N95 tipi maske ve sıvı geçirimsiz önlük kullanılmalıdır

Ambulans ve Acil Sağlık Araçlarının Temizliği ve Dezenfeksiyonu Kontrol Listesi

Her enfekte vaka naklinden sonra yapılacak temizlik	
İşlem	Yapıldı
Potansiyel olarak enfekte tıbbi atıkları, “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” standartlarına göre açıkça belirtilmiş biyolojik tehlike atık torbası ya da çantasına yerleştirin.	
Keskin uçlu malzemeleri dikkatli bir şekilde keskin alet kutusuna atın.	
Hasta ile karşılaşma sırasında kullanılan tüm ekipmanları, “Ambulans ve Acil Sağlık Araçları Yüzey ve Ekipmanları İçin Temizlik Kuralları” doğrultusunda temizleyin ve dezenfekte edin.	
Kabin ve hasta kompartmanını gerektiği gibi temizleyin ve dezenfekte edin.	
Araçın eksiklerini gerektiği şekilde tamamlayın.	
Araç enfeksiyon hastalıklarının türüne göre kan, kusmuk, gaita gibi hasta çıkartıları ile yoğun olarak kirlenmiş ise aracı servis dışına alıp “Ambulans ve Acil Sağlık Araçları Yüzey ve Ekipmanları İçin Temizlik Kurallarına” uygun olarak temizleyin ve dezenfekte edin.	
Rutin temizlik şeması	
İşlem (hasta kompartmanı)	Yapıldı
Tüm ekipmanları çıkarın ve kompartmanı süpürün, temizleyin ve dezenfekte edin.	
Sedyeleri çıkarın, şilte ve emniyet kemerleri dâhil tüm bileşenlerini temizleyin ve dezenfekte edin.	
Duvara monte oksijen bağlantı ünitesini çıkarın, temizleyin ve dezenfekte edin.	
Dolap içlerini ve rafları çıkarın, tüm yüzeyleri temizleyin ve dezenfekte edin.	
Dolap ve raflara yerleştirmeden önce tüm sert yüzeyli malzemeleri temizleyin, dezenfekte edin ve kurulaştırın; imha ve son kullanma tarihlerini kontrol edin; eğer gerekiyorsa onarın veya değiştirin.	
Zemini süpürün, vakumlayın, temizleyin ve dezenfekte edin.	
Tüm sandalyeleri, yan koltukları ve emniyet kemerlerini temizleyin ve dezenfekte edin.	
Tavan ve duvarlar dâhil tüm iç yüzeyleri temizleyin ve dezenfekte edin.	
Çöp kutularını boşaltın, temizleyin ve dezenfekte edin.	
İç pencereleri temizleyin.	
İşlem (şoför kompartmanı)	Yapıldı
Araçın ön tarafından tüm ekipmanları çıkarın.	
Zemini temizleyin ve süpürün.	
Duvarlar, kapılar, telsiz ekipmanları, pencereler ve pano dâhil tüm iç yüzeyleri temizleyin ve dezenfekte edin.	

Provincial Infectious Disease Advisory Committee's "Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infections" dan uyarlanmıştır.

5.6.8. Hastalara Ait Örneklerin Alınması ve Naklinde Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri

Pandemi yönetiminde şüpheli hasta tanımına uyan hasta örneklerinin doğru bir şekilde alınması ve transportu son derece önemlidir. Solunum yolu örnek alma işlemi damlacık (aerosolizasyona) neden olan işlem olarak kabul edilmelidir. Örnek alacak personel öncelikle yeterli miktarda kişisel koruyucu ekipmana sahip olmalı (N95 maske, gözlük veya yüz Koruyucu, önlük) ve kullanılmalıdır. Bunun yanında örnek alımı, saklanması, paketlenmesi ve transportu konusunda eğitim almış olmalıdır. Eğitimi olmayan personele eğitimler verilmeli; Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı enfeksiyon önleme ve kontrol rehberlerine uyumu sağlanmalıdır. Alt solunum yolu örneği alınırken yüksek aerosolüsyon riski mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Alınan numune viral taşıma besiyeri içeren tüpe konmalı ve doğru etiketlenmelidir. Numune alan ve gönderen kişiler enfeksiyondan korunma ve kontrol

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 300 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

prosedürlerine uyararak, numuneleri üçlü taşıma sistemi ile soğuk zincir kurallarına uygun olarak (üçlü taşıma sistemi sağlanamadığı taktirde özel taşıma kapları kullanılmalıdır) göndermelidirler. Örnekler taşıyıcı kap içine konulmadan gönderilmemelidir. Numuneye ait atıklar, tıbbi atık yönetmeliği gereklilikleri uygulanmalıdır.

Hasta İzlemede Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri

- ✓ Hastalar önceden belirlenmiş servislere standart, damlacık ve temas izolasyon önlemlerine uyularak yatırılmalıdır.
- ✓ Başka hastalıkları nedeniyle diğer kliniklere yatırılan hastalar başvurusu sırasında ve yattıkları süre içinde her gün semptom ve bulgular açısından sorgulanmalıdır. Test isteniyorsa örnek ilgili birim tarafından alınmalı ve sonucu gelenekadar hasta bulunduğu bölümde izole edilerek izlenmelidir.
- ✓ Hastalar mümkün ise tek kişilik odalarda mümkün değil ise en az 1 metre mesafe olacak şekilde yatırılmalıdır.
- ✓ Hasta ve eğer refakatçileri varsa yattıkları süre boyunca tıbbi maske takması sağlanmalıdır.
- ✓ Hasta ve refakatçiler el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli, uygun el antiseptiği her hasta odasında ve koridorlarda kolay ulaşılabilir yerlerde bulunmalıdır.
- ✓ Hasta ve refakatçilerin yattıkları süre içinde diğer hasta odalarına veya personel çalışma/dinlenme alanlarına girmemesi ve sık sık hastane dışına çıkmamaları konusunda uyarılmalıdır.
- ✓ Hasta odaları ve tuvaletleri günlük düzenli olarak ve kirlenme oldukça uygun temizlik materyali ile temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
- ✓ Hasta odaları ve kliniklerdeki tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kağıdı, kağıt havlu bulunmalıdır.
- ✓ Hastaların kullandığı sedye, hasta sandalyesi gibi transferde kullanılan araçların her hasta kullanımından sonra temizlikve dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.
- ✓ Hasta ve yakınlarının dışarıdan yiyecek ve içecek getirmesi önlenmelidir.

Hayatını Kaybeden Hastalara Yönelik Planlama

- ✓ Morg görevlileri ve cenaze sorumlusu ölen kişinin ilgili pandemi virüsü taşıdığından haberdar edilmelidir. Standartenfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri takip edilmelidir.
- ✓ Solunum sekresyonları ile temas önlemleri konusunda eğitim verilmelidir. El hijyeni gibi kişisel hijyenin önemi vurgulanmalıdır. Çalışma esnasında kullanılacak maske, eldiven, koruyucu giysi, gözlük, alkol bazlı el antiseptiği ihtiyacı karşılanmalıdır.
- ✓ Pandemi influenza nedeniyle ölen kişilerin defni için özel enfeksiyon korunma ve kontrol önlemleri gerekmez. Diğer vakalarda olduğu gibi, pandemi influenzadan ölen kişiyle temasta standart enfeksiyon korunma ve kontrol önlemleri uygulanmalıdır. Pandemi influenzadan ölen kişiler için özel bir defin şekli yoktur.

5.5.5. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğin Sağlanması için Önlemler

5.5.5.1. Çalışma Ortamında Risklerin Azaltılması ile İlgili Önlemler

Sağlık hizmetleri işyeri tehlike sınıfları listesinde çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Bunun nedeni sağlık çalışanlarını n çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, güvenlik ve psikososyal tehlikelere maruz kalabilmeleridir. Bu maruz kalım düzeyinin toplu ve kişisel koruma önlemleri ve ekipmanlarıyla en aza indirilmesi, aynı şekilde, çalışma ortamıyla ilgili izlem, düzenli gözlem, periyodik ölçüm ve

bildirim-geri bildirim akışının sağlanması sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği bakımından belirleyicidir. Pandemi koşullarında çalışma ortamında mevcut ya da yeni tehlikelerin öngörülebilir ya da öngörülemez biçimde risklere dönüşmesi, mevcut risklerin daha ağırlaşması söz konusu olabilmektedir. Örneğin, başta biyolojik etkenlerdeki artış, pandemi nedeniyle yoğun kimyasal kullanımı, fiziksel etkenlerin olumsuz yönde farklılaşması ve diğer olumsuzluklar gündeme gelmektedir.

a) Pandemide hastane ortamında biyolojik etkenlerle karşılaşmanın azaltılması:

- ✓ Sağlık çalışanlarının bulundukları ortamda etkenle karşılaşma ve maruz kalma olasılıkları ile ilgili ihtiyaçları gözetilir, enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri konusunda eğitimleri verilir, belirli aralıklarla saha gözlemleri yapılarak kontrol önlemlerine uyum izlenir.
- ✓ Kişisel koruyucu ekipman ve donanım temini ve sürdürülebilir olması sağlanır.
- ✓ Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için hızlı risk değerlendirmesi yapılarak tüm iş sağlığı güvenliği ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınır. Süreç ve bireysel maruz kalımlarda kayıtlar tutulur, bununla ilgili bildirim yapılır, düzeltici faaliyetler uygulanır ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

b) Pandemide hastanenin fiziksel, kimyasal ve fiziksel ergonomik risklerinin azaltılması:

- ✓ Fiziksel riskler olarak ele alınan ısı, ışık havalandırma, enerji, ısıtım/radyasyon, gürültü, titreşim ve radyoaktif madde ile ilgili mevcut takip edilen kritik noktaların, ilgili ekipman ve ortamların güvenliğinin sağlanması, ortamlarda yapılan değişiklikler ve uygulamalarda bu özelliklerle ilgili ek riskler oluşmaması için pandemiye yönelik durum değerlendirmesi ile birlikte belirli aralıklarla denetimler yapılmalı ve iç kontrol süreçleri değerlendirilmeli; ortam değişikliklerinde gözden geçirilmeli, kayıt altına alınmalı ve erken uyarı ile ilgili riskler önlenmelidir.
- ✓ Hastane ortamında mevcut ve pandemi nedeniyle ihtiyaç duyulan ve bu nedenle kullanılmaya başlanılan kimyasallar açısından ek risklerin oluşmaması için Temizlik ve Dezenfektanların Planı oluşturulmalıdır. Kullanıcı personellere ilgili kimyasallar konusunda eğitim verilmeli ve sürekli izlenmelidir.
- ✓ Pandemi koşullarında hasta ve çalışan güvenliği ve mahremiyetine yönelik paravan, koruyucu kabin uygulamaları,
- ✓ hasta taşıma nakil araçları vs. araç ve düzenlemelerin tercih ve temin edilmesi.
- ✓ Hastaya bakım sağlayanların hizmeti uygulama kurallarını eksiksiz bilmeli ve hizmet verirken kendi fiziksel kapasitesine zarar vermeyecek, başkalarını tehlikeye atmayacak ve ek stres yaratmayacak şekilde araç, malzeme, teçhizat kullanması sağlanmalıdır.
- ✓ Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için hızlı risk değerlendirmesi yapılarak tüm iş sağlığı güvenliği ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınır. Süreç ve bireysel maruz kalımlarda kayıtlar tutulur, bununla ilgili bildirim yapılır, düzeltici faaliyetler uygulanır ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

c) Pandemide çalışma ortamında psikolojik risklerin azaltılması:

- ✓ Hastaneye giren-çıkan, kalabalık ve trafik kontrolü, güvenlik ihlallerinin önlenmesi, emniyet ve asayiş faaliyetleri, kısaca tüm boyutlarıyla hastane güvenliği çalışma ortamında psikolojik risklerin önlenmesi/azaltılmasında belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu durum ek stres ve gerginliklerin yoğunlaştığı pandemi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 302 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

koşullarında özellikle önemlidir. Bu kapsamda, operasyon şefine bağlı olarak Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket eder.

5.5.5.2. Pandemi Özellikli İşleyiş, İş Organizasyonu, Çalışma Koşulları ve İdari Hizmetler ile İlgili Önlemler

- ✓ Yüksek uzmanlık gerektiren alanlarda çalışan personelin ekip dinamiklerini korumak amacıyla belirli aralıklarla rotasyonu sağlanarak hizmet içi eğitimleri yapılacaktır.
- ✓ Gereksinim duyulan uzmanlık alanlarında sürdürülebilirliği sağlayabilmek amacıyla insan gücü planlaması yapılarak
- ✓ talepte bulunulacaktır.
- ✓ Kritik durumdaki hastalara özellikli bir ekip ve ekipmanla müdahale, hızlı ve kesin karar verilmesini destekleyici tasarıma sahip kompleks cihaz sistemlerinin bulunması sağlanacak. (Mekanik ventilatör, diyaliz cihazları vs).
- ✓ Sağlık çalışanlarının çalışma zamanları ve dinlenme zamanları pandemi önlemlerinin elverdiği azami düzeyde dikkate alınarak planlanacak.
- ✓ Çalışanın, pandemi özellikli çalışma zamanları dışında, aile, sosyal ve özel yaşam gereksinimleri (ev-iş arayüzü destek gereksinimleri) gözetilerek bu önceliklerinin pandemi özellikli önlemlerle buluşturulması desteklenecek.
- ✓ Pandemiye özel çalışma koşulları dikkate alınarak, çalışanın ailesi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle ilgili özel gereksinimlerin belirlenecek ve destek sistemi oluşturulacak (örneğin bakıma muhtaç aile bireyi, yaşlı aile üyesi, bebek-çocuk bakımı, tek yaşarken enfekte olmak, vb.)
- ✓ Pandemi koşullarında, çalışanların görüş alma, bilgilenme ve gereği halinde karar alma sürecine güvenli (olabildiğince temassız) katılımının sağlanması için teknik bilişim-iletişim altyapı düzenlemesi yapılacaktır.
- ✓ Pandemiye özel çalışma ortamında çalışana karşı şiddet, saldırı vb. farklı güvenlik risklerinin kontrolü için önceden değerlendirme yapılarak önlem alınacak; acil durum, acil yardım organizasyonu ve ilgili enfeksiyon kontrol, iş sağlığı ve güvenliği bildirim yeri, kaydı, yetkilisi ve prosedürleri hakkında bilgilendirme yapılacaktır.
- ✓ Olası sorunlar için çalışanların ortam, koşul, süreçler ile ilgili gözlemleri ve deneyimleri konusunda erken bildirim ile önlem alınması için bildirim-erken uyarı bilgi akışı sağlanacaktır.
- ✓ Çalışma koşulları ile ilgili psikososyal destek hizmeti ile ilgili Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket edecek.

5.5.5.3. Çalışanın Bireysel Özellikleri ve Pandemi Özellikli İhtiyaçlarının Karşılanması:

- ✓ Çalışanın öncelikle risk grubunda olup olmadığının değerlendirilmesi yapılacaktır. Bunun için riskli grupta bulunan personelin listesi oluşturulacak ve ilgili gruptaki çalışanların hangi birimlerde çalıştırılıp çalıştırılmayacağı belirlenecek. Gerekli riskli personele izin verilecek.
- ✓ Bireysel sağlık durumunun sağlık riski açısından değerlendirilerek gereksinimlerinin (örneğin, kronik
- ✓ hastalığı, lens-gözlük kullanımı, ilaç kullanımı vb.) temini sağlanacak ve sürecin takibinde çalışan sağlığı açısından iş yeri hemşiresi görev alarak çalışanın yararlanabileceği bireysel danışma, bildirim izlem, destek erişimi sağlanacaktır.
- ✓ Çalışanların işyerinde kişisel ihtiyaçlar ile ilgili düzenlemeler için birim temelinde önceden hazırlık yapılacaktır (örneğin, duş, acil duş, bakım-yardım hizmeti planı, çalışma zamanlarında uygun dinlenme alanı, kişisel bakım

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 303 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

malzemeleri, hijyen malzemeleri, gerektiğinde kıyafet hijyeni vb. ihtiyaçların sağlanması süreçleri).

- ✓ Çalışanın iş sağlığı ve güvenliği ilgili olaylar (kaza, hastalık, temas vb.) kayıt altına alınacak ve bu konuda işleyiş hakkında bilgilendirilerek daha sonraki mağduriyetleri önlenmeli, meslek ve özlük hakları açısından hukuki sorunlar yaşanmaması için ilgili bildirimler yapılarak eğitim verilecek.
- ✓ Çalışanın bireysel özellikleri ile ilgili psikososyal öncelik durumu ve destek gereksinimleri düzenli izlenecek ve değerlendirilecek. Süreçle ilgili Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket edecek.

5.5.5.4. Psikososyal Destek Hizmetlerinin Bütünsel Planlanması, Organizasyonu ve Pandemi Özellikli Kapsayıcılığı

Olağan dönemlere kıyasla, fiziksel ve duygusal olarak ağırlaşan çalışma koşullarının yol açabileceği çökkünlük (tükenmişlik) ve yanı sıra mesleki stres başta olmak üzere pandemi özellikli psikososyal destek ihtiyacı, bireysel ve kurumsal düzeyde, koordine olarak karşılanmak durumundadır.

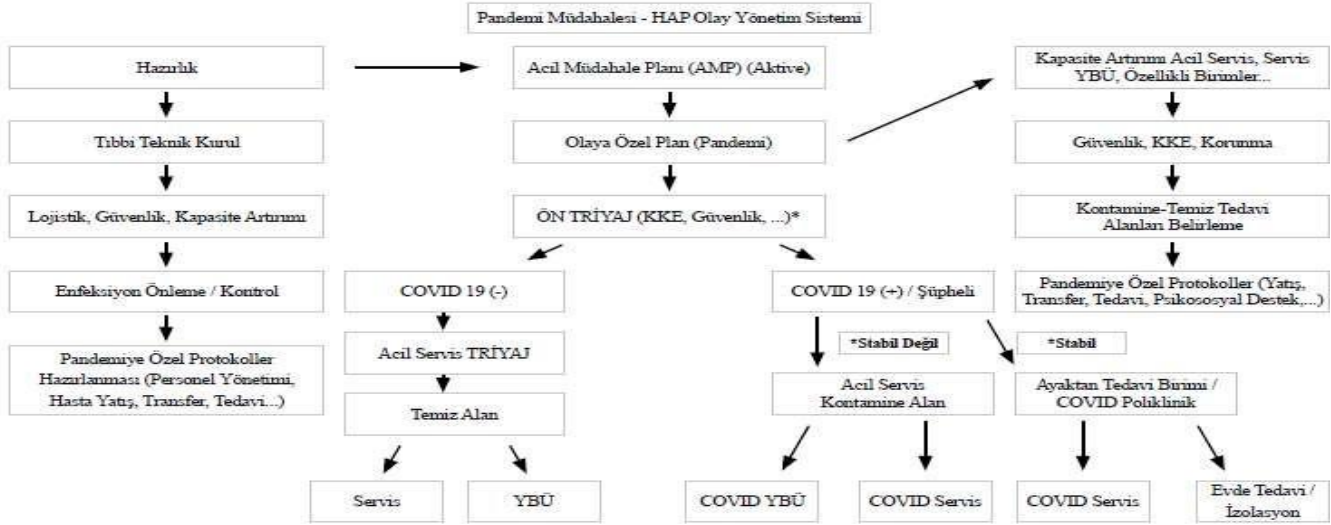
- ✓ Hastanemizde pandemi döneminde sağlık çalışanları Psikososyal Destek birim sorumlusuna başvuracaklardır, ihtiyaç halinde yine hastanemiz Psikiyatri uzmanına başvurarak psikososyal destek sağlanacaktır.
- ✓ Çalışanların hem iş yaşantılarında hem de kişisel hayatlarında işlevselliklerinin azalmasına yol açabilecek bir potansiyel taşıyan bu durumlar karşısında, psikososyal destek hizmetlerinin, çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesi, bedensel ve psikolojik sağlıklarının korunması için gerekli önlemlerle birlikte planlanılarak mevcut iş akış talimatına göre hayata geçirilecektir.
- ✓ Psikolojik destek programlarının sürekliliği ekip çalışması ile mümkün olacağından sürece yöneticiler ve diğer ilgililerde dahil edilmiştir.
- ✓ Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ailelerinin psikososyal destek faaliyetlerinde aktive edilmesi önemlidir (çalışanın yalnız yaşaması, ailesinde bakmakla yükümlü bebek, bakıma-korumaya muhtaç çocuk, yaşlı, engelli, kronik hastalık vb. olduğu durumların takip edilmesi gibi). Bu konuda destekleyici bir yaklaşım geliştirilmiş olup ilgili yöneticiler tarafından planlamalar yapılacaktır.
- ✓ Tüm sağlık çalışanlarının stres tepkileri ve zaman içinde yaygınlaşma veya kötüleşme seyri gösteren çalışanların olabileceği değerlendirilerek, psikososyal destek almalarıyla ilgili HAP kapsamında belirtilen psikolojik triyaj sistemine göre belirlenecek ve çalışmalar hayata geçirilecek.

5.6. HASTANE PANDEMI PLANI UYGULAMA ÖRNEKLERİ

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

Pandemi müdahalesi, HAP'ta yer alan hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi çerçevesinde, Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) temel pozisyonları (Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans) altında ve Acil Müdahale Planı (AMP) çerçevesinde uygulamaya geçirilecektir. Hastane OYS temel pozisyonları ve AMP aktivasyonu bakımından, pandemi müdahalesinde gündeme gelen uygulamalara, pandemiye özel ihtiyaçlar, hastanenin özellikleri için T.C. Sağlık Bakanlığı ve yetkili kuruluşların rehberleri dikkate alınarak geliştirilen aşağıda Covid 19 için belirtilen algoritmaya göre hareket edilir. OYS' nin temel pozisyonları Pandemi Eylem Grubunun görevleri

bölümünde anlatılmıştır.



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

5.6.2.1. Çalışma Ortamında Risklerin Azaltılması ile İlgili Önlemler

Sağlık hizmetleri işyeri tehlike sınıfları listesinde çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Bunun nedeni sağlık çalışanlarının n çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, güvenlik ve psikososyal tehlikelere maruz kalabilmeleridir. Bu maruz kalım düzeyinin toplu ve kişisel koruma önlemleri ve ekipmanlarıyla en aza indirilmesi, aynı şekilde, çalışma ortamıyla ilgili izlem, düzenli gözlem, periyodik ölçüm ve bildirim-geri bildirim akışının sağlanması sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği bakımından belirleyicidir. Pandemi koşullarında çalışma ortamında mevcut ya da yeni tehlikelerin öngörülebilir ya da öngörülemez biçimde risklere dönüşmesi, mevcut risklerin daha ağırlaşması söz konusu olabilmektedir. Örneğın, başta biyolojik etkenlerdeki artış, pandemi nedeniyle yoğun kimyasal kullanımı, fiziksel etkenlerin olumsuz yönde farklılaşması ve diğer olumsuzluklar gündeme gelmektedir.

a) Pandemide hastane ortamında biyolojik etkenlerle karşılaşmanın azaltılması:

- ✓ Sağlık çalışanlarının bulundukrı ortamda etkenle karşılaşma ve maruz kalma olasılıkları ile ilgili ihtiyaçları gözetilir, enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri konusunda eğitimleri verilir, belirli aralıklarla saha gözlemleri yapılarak kontrol önlemlerine uyum izlenir.
- ✓ Kişisel koruyucu ekipman ve donanım temini ve sürdürülebilir olması sağlanır.
- ✓ Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için hızlı risk değerlendirmesi yapılarak tüm iş sağlığı güvenliği ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınır. Süreç ve bireysel maruz kalımlarda kayıtlar tutulur, bununla ilgili bildirim yapılır, düzeltici faaliyetler uygulanır ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

b) Pandemide hastanenin fiziksel, kimyasal ve fiziksel ergonomik risklerinin azaltılması:

- ✓ Fiziksel riskler olarak ele alınan ısı, ışık havalandırma, enerji, ısınım/radyasyon, gürültü, titreşim ve radyoaktif madde ile ilgili mevcut takip edilen kritik noktaların, ilgili ekipman ve ortamların güvenliğinin sağlanması, ortamlarda yapılan değişiklikler ve uygulamalarda bu özelliklerle ilgili ek riskler oluşmaması için pandemiye

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 305 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

yönelik durum değerlendirmesi ile birlikte belirli aralıklarla denetimler yapılmalı ve iç kontrol süreçleri değerlendirilmeli; ortam değişikliklerinde gözden geçirilmeli, kayıt altına alınmalı ve erken uyarı ile ilgili riskler önlenmelidir.

- ✓ Hastane ortamında mevcut ve pandemi nedeniyle ihtiyaç duyulan ve bu nedenle kullanılmaya başlanılan kimyasallar açısından ek risklerin oluşmaması için Temizlik ve Dezenfektanların Planı oluşturulmalıdır. Kullanıcı personellere ilgili kimyasallar konusunda eğitim verilmeli ve sürekli izlenmelidir.
- ✓ Pandemi koşullarında hasta ve çalışan güvenliği ve mahremiyetine yönelik paravan, koruyucu kabin uygulamaları,
- ✓ hasta taşıma nakil araçları vs. araç ve düzenlemelerin tercih ve temin edilmesi.
- ✓ Hastaya bakım sağlayanların hizmeti uygulama kurallarını eksiksiz bilmeli ve hizmet verirken kendi fiziksel kapasitesine zarar vermeyecek, başkalarını tehlikeye atmayacak ve ek stres yaratmayacak şekilde araç, malzeme, teçhizat kullanması sağlanmalıdır.
- ✓ Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için hızlı risk değerlendirmesi yapılarak tüm iş sağlığı güvenliği ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınır. Süreç ve bireysel maruz kalımlarda kayıtlar tutulur, bununla ilgili bildirim yapılır, düzeltici faaliyetler uygulanır ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

c)Pandemide çalışma ortamında psikolojik risklerin azaltılması:

- ✓ Hastaneye giren-çıkan, kalabalık ve trafik kontrolü, güvenlik ihlallerinin önlenmesi, emniyet ve asayiş faaliyetleri, kısaca tüm boyutlarıyla hastane güvenliği çalışma ortamında psikolojik risklerin önlenmesi/azaltılmasında belirleyici biretkiye sahiptir. Bu durum ek stres ve gerginliklerin yoğunlaştığı pandemi koşullarında özellikle önemlidir. Bu kapsamda, operasyon şefine bağlı olarak Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket eder.

5.6.2.2. Pandemi Özellikli İşleyiş, İş Organizasyonu, Çalışma Koşulları ve İdari Hizmetler ile İlgili Önlemler

- ✓ Yüksek uzmanlık gerektiren alanlarda çalışan personelin ekip dinamiklerini korumak amacıyla belirli aralıklarla rotasyonu sağlanarak hizmet içi eğitimleri yapılacaktır.
- ✓ Gereksinim duyulan uzmanlık alanlarında sürdürülebilirliği sağlayabilmek amacıyla insan gücü planlaması yapılarak
- ✓ talepte bulunulacaktır.
- ✓ Kritik durumdaki hastalara özellikli bir ekip ve ekipmanla müdahale, hızlı ve kesin karar verilmesini destekleyici tasarıma sahip kompleks cihaz sistemlerinin bulunması sağlanacak. (Mekanik ventilatör, diyaliz cihazları vs).
- ✓ Sağlık çalışanlarının çalışma zamanları ve dinlenme zamanları pandemi önlemlerinin elverdiği azami düzeyde dikkate alınarak planlanacak.
- ✓ Çalışanın, pandemi özellikli çalışma zamanları dışında, aile, sosyal ve özel yaşam gereksinimleri (ev-iş arayüzü destek gereksinimleri) gözetilerek bu önceliklerinin pandemi özellikli önlemlerle buluşturulması desteklenecek.
- ✓ Pandemiye özel çalışma koşulları dikkate alınarak, çalışanın ailesi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle ilgili özel gereksinimlerin belirlenecek ve destek sistemi oluşturulacak (örneğin bakıma muhtaç aile bireyi, yaşlı aile üyesi, bebek-çocuk bakımı, tek yaşarken enfekte olmak, vb.)

- ✓ Pandemi koşullarında, çalışanların görüş alma, bilgilendirme ve gereği halinde karar alma sürecine güvenli (olabildiğince temassız) katılımının sağlanması için teknik bilişim-iletişim altyapı düzenlemesi yapılacaktır.
- ✓ Pandemiye özel çalışma ortamında çalışana karşı şiddet, saldırı vb. farklı güvenlik risklerinin kontrolü için önceden değerlendirme yapılarak önlem alınacaktır; acil durum, acil yardım organizasyonu ve ilgili enfeksiyon kontrol, iş sağlığı ve güvenliği bildirim yeri, kaydı, yetkilisi ve prosedürleri hakkında bilgilendirme yapılacaktır.
- ✓ Olası sorunlar için çalışanların ortam, koşul, süreçler ile ilgili gözlemleri ve deneyimleri konusunda erken bildirim ile önlem alınması için bildirim-erken uyarı bilgi akışı sağlanacaktır.
- ✓ Çalışma koşulları ile ilgili psikososyal destek hizmeti ile ilgili Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket edecektir.

5.6.2.3. Çalışanın Bireysel Özellikleri ve Pandemi Özellikli İhtiyaçlarının Karşılanması:

- ✓ Çalışanın öncelikle risk grubunda olup olmadığının değerlendirilmesi yapılacaktır. Bunun için riskli grupta bulunan personelin listesi oluşturulacaktır ve ilgili gruptaki çalışanların hangi birimlerde çalıştırılıp çalıştırılmayacağı belirlenecek. Gerekli riskli personele izin verilecek.
- ✓ Bireysel sağlık durumunun sağlık riski açısından değerlendirilerek gereksinimlerinin (örneğin, kronik hastalığı, lens-gözlük kullanımı, ilaç kullanımı vb.) temini sağlanacaktır ve sürecin takibinde çalışan sağlığı açısından iş yeri hemşiresi görev alarak çalışanın yararlanabileceği bireysel danışma, bildirim izlem, destek erişimi sağlanacaktır.
- ✓ Çalışanların işyerinde kişisel ihtiyaçlar ile ilgili düzenlemeler için birim temelinde önceden hazırlık yapılacaktır (örneğin, duş, acil duş, bakım-yardım hizmeti planı, çalışma zamanlarında uygun dinlenme alanı, kişisel bakım malzemeleri, hijyen malzemeleri, gerektiğinde kıyafet hijyeni vb. ihtiyaçlarının sağlanması süreçleri).
- ✓ Çalışanın iş sağlığı ve güvenliği ilgili olaylar (kaza, hastalık, temas vb.) kayıt altına alınacaktır ve bu konuda işleyiş hakkında bilgilendirilerek daha sonraki mağduriyetleri önlenmeli, meslek ve özlük hakları açısından hukuki sorunlar yaşanmaması için ilgili bildirimler yapılarak eğitim verilecek.
- ✓ Çalışanın bireysel özellikleri ile ilgili psikososyal öncelik durumu ve destek gereksinimleri düzenli izlenecek ve değerlendirilecek. Süreçle ilgili Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket edecektir.

5.6.2.4. Psikososyal Destek Hizmetlerinin Bütünsel Planlanması, Organizasyonu ve Pandemi Özellikli Kapsayıcılığı

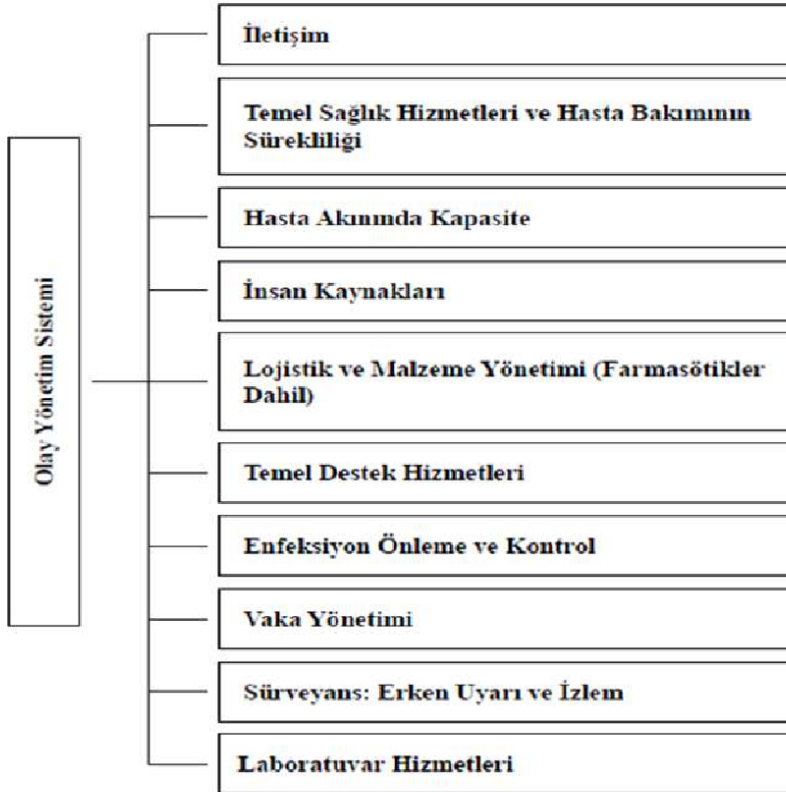
Olağan dönemlere kıyasla, fiziksel ve duygusal olarak ağırlaşan çalışma koşullarının yol açabileceği çökkünlük (tükenmişlik) ve yanı sıra mesleki stres başta olmak üzere pandemi özellikli psikososyal destek ihtiyacı, bireysel ve kurumsal düzeyde, koordine olarak karşılanmak durumundadır.

- ✓ Hastanemizde pandemi döneminde sağlık çalışanları Psikososyal Destek birim sorumlusuna başvuracaklardır, ihtiyaç halinde yine hastanemiz Psikiyatri uzmanına başvurarak psikososyal destek sağlanacaktır.
- ✓ Çalışanların hem iş yaşantılarında hem de kişisel hayatlarında işlevselliklerinin azalmasına yol açabilecek bir potansiyel taşıyan bu durumlar karşısında, psikososyal destek hizmetlerinin, çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesi, bedensel ve psikolojik sağlıklarının korunması için gerekli önlemlerle birlikte planlanarak

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 307 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

mevcut iş akış talimatına göre hayata geçirilecektir.

- ✓ Psikolojik destek programlarının sürekliliği ekip çalışması ile mümkün olacağından sürece yöneticiler ve diğer ilgililerde dahil edilmiştir.
- ✓ Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ailelerinin psikososyal destek faaliyetlerinde aktive edilmesi önemlidir (çalışanın yalnız yaşaması, ailesinde bakmakla yükümlü bebek, bakıma-korumaya muhtaç çocuk, yaşlı, engelli, kronik hastalık vb. olduğu durumların takip edilmesi gibi). Bu konuda destekleyici bir yaklaşım geliştirilmiş olup ilgili yöneticiler tarafından planlamalar yapılacaktır.
- ✓ Tüm sağlık çalışanlarının stres tepkileri ve zaman içinde yaygınlaşma veya kötüleşme seyri gösteren çalışanların olabileceği değerlendirilerek, psikososyal destek almalarıyla ilgili HAP kapsamında belirtilen psikolojik triyaj sistemine göre belirlenecek ve çalışmalar hayata geçirilecek.



5.6.3. Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi

Pandemide genel müdahaleye yönelik aşağıdaki Standart Operasyon Prosedürleri (SOP)'nden yararlanılmıştır.

SOP 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

SOP 3 Olay Yönetim Ekibinin, Olay Yönetim Merkezinin, Afet ve Acil Durum Müdahale Planının Aktive Edilmesi

SOP 5 Tıbbi Triage Yönetimi

SOP 8 İnsan Kaynakları Yönetimi

SOP 9 Bilgi Yönetimi

SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 308 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi
- SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi
- SOP 15 Güvenlik Yönetimi
- SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi
- SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi
- SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 309 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

6. HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ (İÇ VEYA DIŞ KAYNAKLI) OLAYA ÖZEL PLANI

6.1. Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar

Hastanede iş sürekliliğini olumsuz etkileyen nedenlerin başında hastanenin **kritik sistemlerindeki kayıplar** ve **dış acil durum/afet hasarları** gelmektedir. Kritik sistemlerin kaybı halinde ve hastane dışından hiçbir yardım alınamadığı durumlarda hastanenin yönetimi için Olaya Özel Plan kullanılır.

6.2. 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 açabilecek bir örneği, acil durum jeneratörlerinin arızasıdır. Acil durum jeneratörlerinde arızanın başlıca

nedenleri şunlardır:

- ✓ Jeneratör test edildikten sonra yakıtın tamamen doldurulmaması,
- ✓ Yük altında test edilmemiş olması,
- ✓ Bağımsız bir yakıt kaynağına sahip olmaması,
- ✓ Uygun soğutmanın olmaması ve tıkanmış filtre,
- ✓ Çok sayıda jeneratör arasında yük geçişinin yapılamaması,
- ✓ Elektrik sisteminin diyagramının olmaması,
- ✓ Acil duruma yönelik güçlendirilmiş çıkışlar için açık bir tanımın olmaması gibi teknik sebepler.

Hastanenin Destek Hizmetleri kapsamında, kritik sistemlerde arıza sebebini tespit etmeye yönelik kontrol listeleri hazırlanmış olup erişilebilir konumdadır. Örneğin, elektrik kesintisi, bir birim bünyesindeki elektrik dağıtım sisteminde yaşanan bir arızanın sonucunda da ortaya çıkabilir. Duruma göre, arızayı giderebilmek ya da gerektiğinde hastaları diğer birimlere yeniden dağıtmak için bir eylem planının geliştirilmesi gerekebilir.

6.3. 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 kullanılır.

6.4. 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(OYE) 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 Planını etkinleştirir.
- ✓ Mevcut kaynakların nasıl kullanılacağını belirler: Kaynakların ve sarf malzemelerinin yeniden tahsisini ve dağıtımını yaparlar.
- ✓ Olayın seyrini dikkate alarak Olay Eylem Planı geliştirir, takip eder:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 310 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Hastalar/personel/ziyaretçilere verilecek gıdaların, ilaçların, IV sıvıların, kanların, tek kullanımlık malzemelerin; personele yönelik özel ekipmanın, 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 Planı'nda ele alınması gereken diğer bir sorundur. Olay Yönetim Ekibi'nin planlama fonksiyonu çerçevesinde, atıkların tesis alanında yakılma ihtimali de gündeme gelir.
- ✓ 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 eder.

6.5. OLAY YÖNETİM EKİBİ TARAFINDAN MÜDAHALENİN YÖNETİMİ

Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde:

Kritik hizmetler ve birimler için yedek sistemler olsa da, örneğin enerji kesintisi hastaneler için her zaman bir sorundur.

Bu nedenle Olay Yönetim Ekibi derhal harekete geçerek:

- ✓ Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar.
- ✓ Sorun halinde, Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planı'nı geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir).
- ✓ Olay Yönetim Ekibi, Altyapı Sorumlusunu arar 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 gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dahil).
- ✓ Servis sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersizlik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürekliliği Planında 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 Planında 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 çağırılır.
- ✓ 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 Planı'nın ilerleyişi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 311 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.

Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

- ✓ Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Planında 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 servisin 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.
- ✓ Gerekğinde 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 Plan'a göre gerçekleştirilmelidir).
- ✓ Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman iş birliği 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 Planı, 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 çamaşırhane gibi yardımcı hizmetlerden personel görevlendirmek.
- ✓ Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatta olmak.
- ✓ Gerekğinde hastane dışından uzman ve teknisyen temin etmek.

6.6. HASTANEDE İŞ SÜREKLİLİĞİ PROSEDÜRLERİNİN AKTİVASYON DÜZEYLERİ

Olayla ilgili Hastane İş Sürekliliği Planı, ilgili hizmetlerin sorumluları, önemli dış paydaşlar ve Sağlık Yetkilileri ile koordineli olarak Olay Yönetim Ekibi tarafından etkinleştirilir. İş Sürekliliği Planı 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 (örnek, hastanede üç düzeyden oluşan **kritik iş (işletme) fonksiyon sınıflaması** esas alınmaktadır):

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, Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastaların bakımı).
- ✓ **Maksimum kesinti süresi ya sıfır ya da çok kısadır** (birkaç dakikadan daha az)
- ✓ Olay Eylem Planı geliştirilirken bu fonksiyonlar **öncelikle** dikkate alınmalıdır.
- ✓ Risk önleme ve risk azaltma çalışmalarında, bu fonksiyonlara **her zaman** öncelikli dikkat edilir.

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 Kritik 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.

	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	
Olayın kapsamı, şiddeti ve süresi (hizmet sunumunun bozulması ve sekteye uğraması ya da hizmet kaybı)	ORTA	Kritik iş (işletme) Fonksiyonlarından (B Sınıfı) birini etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) ve bir servisin 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	Etkilenen servis, müdahaleyi yönetebilir. Bölümler arası kilit işlemlere dahil diğer servislerde etkilenir; ancak temel hizmetleri sağlamaya devam edebilirler (kilit süreçler ciddi şekilde etkilenmezler)
	HAFİF	Yalnızca yerel düzeyde (servis; Kurtarma Ekibi) müdahale ile iş (işletme) Fonksiyonlarını (C Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) her türlü olay	SKOR 1	
	Birçok insan şiddetli bir şekilde etkilenmiştir			

Sağlık sonuçları (kapsam,süre)		SKOR 3	Başlangıç aşamasından sonra kötüye gitme eğilimi yoktur
	Birçok insan orta düzeyde etkilenmiştir	SKOR 2	
	Birkaç insan hafif bir şekilde etkilenmiştir	SKOR 1	Sağlık ve güvenlik üzerinde uzun vadeli kısıtlı etki
Hastalar ve halk sağlığı prog ramları 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
	Tıbbi kaynakları orta düzeyde tüketen sağlık sorunları	SKOR 2	
	Etkilenen servis dışından sınırlı ekstra kaynak ile yönetilebilir sağlık sorunları	SKOR 1	Mevcut tıbbi personel
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 yük- sek 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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 314 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

7. HASTANEDE SEL/SU BASKINI OLAYA ÖZEL PLANI

Yeryüzünde depremde sonra en fazla can ve mal kaybına neden olan afet sel/su baskınlarıdır. Sel bir bölgede toprağı belirli bir süre için tamamen veya kısmen su altında bırakan ani, düzensiz ve büyük su akıntılarına verilen isimdir.

Hastanemizin binasının fiziki konumu gereğı düz ovada bulunduğu için olası sel/su baskınlarının can ve mal kaybına yol açabileceğı için mevsimsel meteorolojinin takip edilmesini gerektirmektedir. Seller ile mücadelede öncelikle oluşum süreleri ve yerlerinin önceden tahmin edilebilir olması gerekmektedir. Seller oluşma süreleri bakımından 2 ye ayrılır;

- ✓ Sel: (1 hafta veya daha uzun bir süre içinde oluşabilir)
- ✓ Ani seller: 6 saat içinde oluşabilir. Hastane bölgemiz ani seller açısından büyük risk altındadır.

Hastanemizde olası sel/su baskınlarında olayın boyutuna bağı olarak kısmen veya tamamen tahliye yapılır ve Tesis Tahliye Olaya Özel Planına göre hareket edilir.

Hastanenin tamamında meydana gelen bir sel/su baskını varsa OYE toplanır, durumu değerlendirir ve olayın boyutuna göre TESKİ, AFAD, 112 KKM veya İtfaiye ile irtibata geçilir.

7.1.Eğer büyük boyutlu bir sel/su baskını meydana geldi ise;

- ✓ Haberleşme araçları (telsiz ,anons) ile herkes uyarılır.
- ✓ Sel/su baskını gibi ani durumlarda birim sorumluları kendi alanlarında tahliye kararı verir ve Tesis Tahliye Olaya Özel Planına göre alanlarını boşaltmaya başlar.
- ✓ İlk önce hastalar ardından da uygun şartlarda ekipmanlar kurtarılır.

7.2. Küçük çaplı ve hastane genelini kapsamayan bir sel/su baskınlarında;

- ✓ Haberleşme araçları (whatsapp veya anons) ile ilgili birimin tahliyesi için harekete geçilir.
- ✓ Birim sorumlusu hastalarını, ekipmanını ve personelini gözden geçirir.
- ✓ İhtiyaç halinde personel veya ekipman talep eder.
- ✓ Hastane temizlik personellerinden yardım alınmalıdır.
- ✓ Su tahliyesi tamamlanana kadar gerekli olacak güvenlik tedbirleri alınmalıdır.
- ✓ Kazalara neden olabilecek elektrik tehlikeleri giderilmelidir.
- ✓ Dış alandan gelebilecek su tahmin edilerek suyun giriş yerleri kapatılmalıdır.
- ✓ Dış alanda suyun tahliyesini yapabilecek olan giderlerin temizlikleri yaptırılır ve her daim temiz ve bakımlı olması sağlanır.
- ✓ Günlük, haftalık hava tahminleri takip edilmelidir.
- ✓ Anlık olabilecek şiddetli yağışlar sonrasında baskınlar düşünülmelidir.
- ✓ Hastanenin alt kotları her zaman eğitilmiş ve bilgili olması sağlanmalıdır.
- ✓ Sel ve su baskınlarında, oluşan suların içinde insanları yaralayabilecek keskin cam, metal vb. parçalar olabilir.
- ✓ Su baskınlarında atık sular da diğer sulara karışacağı için dikkatli olunmalı, kişisel koruyucular kullanılmalıdır. Personellerin açık yaralarından enfeksiyon kapması oluşabilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 315 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

7.3. Teknik servis tarafından yapılacaklar

- ✓ Elektrik ve su tesisatı kontrol edilir ve gerekiyorsa kademeli olarak kapatılır.
- ✓ Kazan dairesi kontrol edilir.
- ✓ Tıbbi gazlar kontrol edilir.
- ✓ Hidrafor çalışılır hale getirilir (benzinli veya mazotlu).
- ✓ Suyun yönünü değiştirmek için kum torbası yerleştirilir.
- ✓ Mazgallar açılır.
- ✓ TESKİ ve/veya İtfaiye ile hastane yönetiminin görevlendirdiği kişiler su tahliyesini yapmaya başlar.
- ✓ Su tahliyesi için kullanılmak üzere vidanjör talep edilir ve hastanede ilgili alanlardan su çekmesi sağlanır.
- ✓ Su tahliyesi tamamlandıktan sonra hastane normal işleyişine geri döner.
- ✓ Sel/su baskının meydana geldiği birim enfeksiyonel açıdan değerlendirilir, gerekli temizlik ve düzenlemeler yapıldıktan sonra birimde eski işleyişine dönmeye başlar ve hastalarını yerleştirir.
- ✓ Elektrik kesilen alanlarda aydınlatma sorunları oluşacağı için acil durum aydınlatması veya el feneri kullanılmalıdır.
- ✓ Su dolu alanlarda tabanın durumu bilinmediği için birden derinleşme veya çukur vb. alana düşme olabilir. Bu nedenle tedbirli olunmalıdır.
- ✓ Su basan alanlarda çalışmalarda öncelikle personeller kendilerini tehlikeye atmamalıdır. Alt kotlarda sel olaylarında su seviyesi birden yükselebilir. Bu nedenle su girişleri sıkıca kapatılmalıdır. Alt kotlardan üst kotlara çıkılmalıdır.

7.4. Hastanede Su Kesintisi Ve Su Deposunun Kirlenmesi Durumunda;

- ✓ Hastanemiz 150+50 Tonluk su kapasitesine sahiptir. 72 saat boyunca su ihtiyacını karşılayabilecek kapasiteye sahiptir.
- ✓ Hastanemizde kuyu suyu kullanılmakta olup kuyu suyunun kesilmesi durumunda Şebeke suyu bypas sistemi ile desteklenecektir.
- ✓ Şebeke ve kuyu suyunun kesilmesi durumunda hastanemizin 150+50 ton kapasiteli toplamda 200 ton su önce 50 ton devreye girerek hidrofor vasıtasıyla hastaneye su verilecektir.
- ✓ Elektrik kesintisi durumunda sularında akmayacağı var sayılarak hidrofor tesisatı da jeneratörle beslenecek hale getirilmiş ve görevlilere gerekli eğitim verilmiştir.

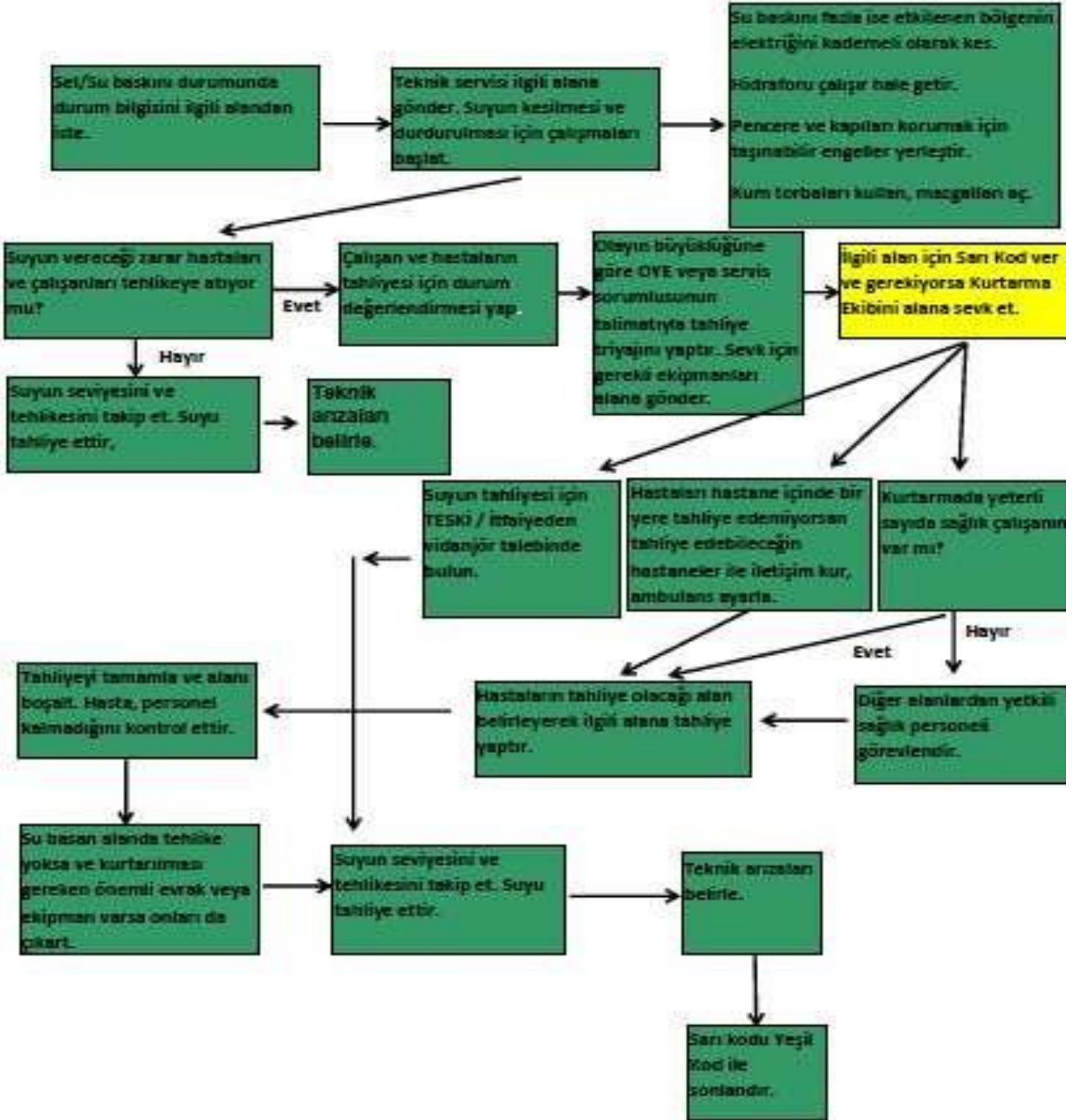
7.5. Su deposunun yetersiz kalacağı durumlarda, hizmetin aksamaması için;

- ✓ Mesai saatlerinde hastane müdürü
- ✓ Mesai saatleri dışında, hafta sonu ve resmi tatil günlerinde varsa nöbetçi memur, yoksa teknisyen tarafından İtfaiyenin 110 nolu telefonundan tanker ile su talebinde bulunacaktır. Nöbetçi memur veya teknisyen hastane müdürüne durumu bildirerek konu hakkında bilgi verecektir.
- ✓ Hastanemizin çeşitli birimlerinden ve hastane deposundan aylık peridolarla su numuneleri alınarak Sağlık Grup Başkanlığınca içme ve kullanma suları kontrol (klor ve ph) izlemesi analiz raporu düzenlenmektedir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 316 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Numune suyunun yapılan analizi sonuçları 17/02/2005 tarih ve 25730 sayılı resmi gazetede yayınlanan (insani tüketim amaçlı sular hakkında yönetmenlik uyarınca Ek 2 tablo A hükümlerine uygun değildir.) diye belirtildiği durumlar ile her yılın nisan ayının ilk haftasında “Su deposunun temizliği ve dezenfeksiyonu talimatı uyarınca aşağıdaki işlemler yapılacaktır.”
- ✓ Su deposunun içi boşaltılarak kaba kirlere (kum, çamur vb.) arındırılır.
- ✓ Su dolu kovaya sodyum hipoklorit veya kalsiyum hipoklorit 1/10 oranında ilave edilerek bir solüsyon hazırlanır.
- ✓ Hazırlanan solüsyon bir fırça yardımıyla deponun iç yüzüne badana yapar gibi sürülür.4-30 dk. Beklenir.
- ✓ Depo doldurulur ve musluklarda akıtılmak sureti ile isale hatlarının da dezenfeksiyonu sağlanır.
- ✓ Hastanemizin kapasitesini karşılayacak durumda 55 tonluk su deposu bulunmaktadır.
- ✓ Su deposu yılda 1 kez boşaltılıp temizlenmektedir.
- ✓ Haftalık olarak su deposu klor ölçümü yapılmaktadır.
- ✓ Su deposundan yılda 2 defa numune alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yapılır

7.6. Sel/Su Baskını Algoritması



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 318 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

7.7. Hastanede Sel/Su Baskınları Standart Operasyon Prosedürü

	Hastanede Sel/Su Baskınları Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/4
Temel Faaliyet Hastanede oluşabilecek can ve mal kaybını önlemek, olaya müdahale ederek can ve mal kaybını en aza indirmek. Hedefler Durumu değerlendirmek, Durumun boyutuna göre AFAD/ İtfaiye ile irtibata geçmek, Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden can ve mal kaybını kurtarma çalışmalarına başlamak, Daha fazla zararı önlemek		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Olay Yönetim Ekibi toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:	5 dk.	10 dk.
Sel/su baskını durum bilgisini ilgili alandan ister.	5 dk.	10 dk.
Sel/Su baskını algoritması kontrol edilir.	5 dk.	10 dk.
Sel baskınlarında AFAD TESKİ, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve 112 KKM ile irtibata geçilir.	7 dk.	15 dk.
Kısmi su baskınlarında TESKİ,İtfaiye, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve 112 KKM ile irtibata geçilir.	7 dk.	15 dk.
Tehlikeli olan alanlara hasta, hasta yakını ve personellerin inmemesi için güvenlik önlemleri alınır.	7 dk.	Olay Bitimi
Alandaki elektrik tehlikeleri göz önüne alınarak gerekli ise enerji kesilir. (hasta güvenliği de göz önüne alınmalıdır.)	7 dk.	Olay Bitimi
Mazgallar açılır.	7 dk.	Olay Bitimi
Hastanenin alt kotlarında çalışan birim sorumlularına haber verilir.	7 dk.	Olay Bitimi
Suyun yönünü değiştirmek için kum torbası yerleştirilir.	7 dk.	Olay Bitimi
Hidrafor çalışılır hale getirilir (elektrikli, benzinli veya mazotlu)	8 dk.	Olay Bitimi
Asansör boşlukları kontrol edilerek su birikmesi engellenir. (Su pompa ile tahliye ettirilir.)	8 dk.	Olay Bitimi
Tıbbi gazlar kontrol edilir.	9 dk.	Olay Bitimi
Kazan dairesi kontrol edilir.	9 dk.	Olay Bitimi

Suyun vermiş olduğu veya vereceği zarar göz önüne alınarak hastaların tahliye işlemleri için ön hazırlıklar da yapılır. (triyaj, kurtarma ekipmanları, personel durumu vb.) OYE tarafından verilecek talimatlar beklenir ve talimatlara uyulur.

10 dk.

Olay Bitimi

TESKİ ve/veya İtfaiye tarafından hastane yönetiminin görevlendirdiği kişilerin eş güdümü ile, gönderilmiş olan araçlar ile su tahliyesi yapılır

15 dk.

Olay Bitimi

TESKİ ve/veya İtfaiye tarafından su tahliyesi yapıldıktan sonra hastane normal işleyişine geri döner.

20 dk.

Olay Bitimi

OYE de olayla ilgili rapor ve formları Hastane Yönetimine sunar.

20 dk.

Olay Bitimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Olay Yönetim Ekibi sel başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, servis yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili yönetici tarafından verilir),

Açık olan mazgallar düşme riskini önlemek için kapatılır.

Kaygan zemin oluşacağından ıslak yerlere gerekli uyarı levhaları konulur.

Su ile temas eden elektrik prizlerinin teknik servis tarafından gerekli kontrolleri yapılır.

Su baskınlarında atık sular da diğer sulara karışacağı için dikkatli olunmalı, kişisel koruyucular kullanılmalıdır. Personellerin açık yaralarından enfeksiyon kapması oluşabilir.

Sel ve su baskınlarında, oluşan suların içinde insanları yaralayabilecek keskin cam, metal vb. parçalar olabilir.

Su basan alanlarda elektrik kaçakları olabilir. Bu nedenle alanın elektrikleri kesilmelidir.

Elektrik kesilen alanlarda aydınlatma sorunları oluşacağı için acil durum aydınlatması veya el feneri kullanılmalıdır.

Su dolu alanlarda tabanın durumu bilinmediği için birden derinleşme veya çukur vb. alana düşme olabilir. Bu nedenle tedbirli olunmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

Kum torbaları, Hidrafor, Sel veya su baskınının çok olması durumunda hasta tahliyesi için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, Tekerlekli sandalyeler (mümkün olduğunca koridorları kapatmadan kullanılmalı), Sel veya su baskınına maruz kalan elektronik cihazların güvenli ortama taşınması için uygun araçlar, Personele çizme ve uygun giysiler.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Zaman Dilimi

Hemen

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Tesis Tahliye Yönetim Prosedürü,

Servise Özgü Tahliye Prosedürü

Sel/Su Baskını Algoritması,

Görev alacak kişilerin İşATı

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Bulaşıcı hastalık riskine karşı önlem alınır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi çalışmalarına başlar.

Kimyasal riske karşı önlem alınıp, Kimyasal bulaşı ihtimaline karşı AFAD'a haber verilir. Gerekirse Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü ile irtibata geçilir.

Sürece Dahil Kişiler

Servis personeli, OYE, Koruma ekibi, Kurtarma ekibi, AFAD, TESKİ, İtfaiye, 112 KKM

Ekler

Tahliye yolları için harita/kroki

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı

Formlar: Tahliye durumunda hasta tanımlama formu tıbbi kayıtları da ayrıca hastanın formuna eklenir

Raporlama Mekanizması:

AMP'de belirtilen ilgili Formlar

İzleme**Güvenlik Konuları**

Hidroforun bakımının yapılması, mazgalların temiz olması, elektrik sistemlerinin uygunluğunun kontrolü, elektrik kablolarının, priz ve elektronik cihazların vb. uygun koşul ve yükseklikte bulunmaları.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 321 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

8. DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ OLAYA ÖZEL PLANI

Deprem, yer sarsıntısı, seizma veya halk arasında zelzele, yer kabuğunda beklenmedik bir anda ortaya çıkan enerji sonucunda meydana gelen sismik dalgalanmalar ve bu dalgaların yeryüzünü sarsması olayıdır.

Deprem bölgeleri başta olmak üzere mevcut ve yapılacak binalarla ilgili zorunlu asgari koşullar, 2007 tarihli Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik, ilgili diğer mevzuat, şartname ve standartlarda yer almaktadır. Ayrıca Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı'nda (UDSEP 2012- 2023), afet sonrasında kullanılması yaşamsal önem taşıyan mevcut hastanelerin, yapısal olarak deprem ve diğer afetlerde güvenliklerinin artırılması ve yeni yapılacak hastanelerde bu güvenliğin mutlaka sağlanması gerekliliği belirtilmiştir.

Hastanemiz bu mevzuat kapsamından 3.derece deprem kuşağında olduğundan ilk yapım aşamasında Yapı Denetim Firması tarafından denetlenerek **Depreme Dayanıklılık Raporu** alınmıştır.

- ✓ Hastanemizde jeneratör alanında deprem sensörü bulunmaktadır ve Deprem anında jeneratör otomatik çalışmama özelliği mevcuttur.
- ✓ Hastanemizin bütün bölümlerinde YOTA uygulaması yapılmıştır.
- ✓ Deprem anında panik yapmayıp kendimizi korumaya çalışırız.

8.1. Depremde Acil Müdahale (Genel İlkeler)

- ✓ Depremle karşılaşıldığında DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ derhal faaliyete geçirilecektir.
- ✓ Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilir.
- ✓ Olay Yönetim Ekibi, birimler ve klinik servisler ile koordinasyon halinde, hastane uygulamalarının genel yönetimini üstlenir.
- ✓ Panik yapmadan tüm süreçlerin yönetilmesini sağlamaktır.

8.2. Depremde acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:

- ✓ Kurtar, Kontrol Et, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,
- ✓ Tıbbi gazları mümkün olan en kısa sürede kapatın (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun),
- ✓ Tahliye kararı alınmış ise öncelikle depremde hasar görmüş olan alanlardan hastaları çıkarmaya başlayın ve depremin tekrar artçı depremler olması ile ilgili düşünerekten hastaları tahliyenin devamını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,
- ✓ Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin.
- ✓ Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. güvenlik sorumlusu) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız),
- ✓ Personel ve hastanenin önemli ekipmanlarının güvenliğine ve emniyetine ağırlıklı öncelik verilir.

8.3. Personelin Bilmesi Gerekenler

- ✓ Deprem öncesinde yapısal olmayan malzemelerin yani binadan değil de eşyalardan kaynaklanacak hasarlardan korunmak için günlük kullandığımız eşyalarımızın hastane içerisine yerleştirilmesinde gerekli

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 322 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

önlemler alınmalıdır.

- ✓ Deprem sırasında ve sonrasında panik ve kargaşaya neden olacak hareketlerde bulunmayın.
- ✓ Deprem başladığında nerde olursanız olun hemen kendinizi korumaya alın ve sarsıntı durana kadar orada kalın.
- ✓ Eğer bina içindeyseniz orada kalın, dışarıya koşmayın.
- ✓ Öncelikle alanınızda yaşam üçgeni oluşturabileceğiniz bir alan belirleyin ve bu alanda cenin pozisyonunda başınızı koruyarak depremin geçmesini bekleyin.
- ✓ Sağlam bir masa, mobilya, çelik kasa, vb. eşya altına ya da **yanında** kendinizi korumaya alın ve ona tutunun. Altına veya içine girmeyin.
- ✓ Eğer koridordaysanız; duvarın dibine sinin, eşikte durmayın, kapı çarpacak ve yaralanmanıza neden olacaktır. Başınızı ve yüzünüzü koruyun. Pencere, cam bölmeler, aynalar, ocaklar, kitaplıklar, yüksek mobilyalar ve gevşek yapı elemanlarından uzak durun.
- ✓ Baş iki el arasına alınarak veya bir koruyucu (yastık, kitap vb) malzeme ile korunmalıdır. Sarsıntı geçene kadar bu pozisyonda bekleyin.
- ✓ Merdivenlere ya da çıkışlara doğru koşulmamalıdır.
- ✓ Balkona çıkılmamalıdır.
- ✓ Balkonlardan ya da pencerelerden aşağıya atlanmamalıdır.
- ✓ Asansör kullanmayın.
- ✓ Deprem sırasında asansördeyseniz; Kat çıkış düğmelerine basarak katta durun ve en seri biçimde asansörü terk edin.
- ✓ Eğer açık havadaysanız; Olduğunuz yerde kalın.
- ✓ Pencerelerden, binalardan, elektrik tellerinden ve direklerden uzak, güvenli bir noktaya doğru gitmeye çalışın.
- ✓ Binalardan düşebilecek baca, cam kırıkları ve sıvalara karşı tedbirli olunmalıdır.
- ✓ Eğer araçtaysanız; güvenli bir yere yanaştırmaya çalışın. Yolu kapatmamaya özen gösterin. Köprülerden, alt ve üst geçitlerden ve binalardan olabildiğince uzağa park etmeye çalışın.
- ✓ Eğer kalabalık bir topluluktaysanız; ezilmeyeceğiniz bir noktaya sığınmaya çalışın. Yüksek yapıların bulunduğu yaya yolları özellikle tehlikelidir.
- ✓ Eğer içerdeyseniz, devrilen kolonlar vb. çarpacağı için dışarıya koşmayın.
- ✓ Yüzünüzü pencereden uzak tutun.
- ✓ Her nerede olursanız olun, zeminin şiddetli hareket etmesi olasılığına hazır olun.
- ✓ Örtünün, kendinizi sağlam bir nesnenin korumasına alın. Bunu yapamıyorsanız, yere çökün, başınızı ve yüzünüzü koruyacak biçimde kapanın.
- ✓ İlk sarsıntıyı izleyecek diğer sarsıntılara da hazır olun.
- ✓ Telefonları gereksiz yere kullanmayın.
- ✓ Kibrit, çakmak yakılmamalı, elektrik düğmelerine dokunulmamalıdır.
- ✓ Depremlerden sonra çıkan yangınlar oldukça sık görülen ikincil afetlerdir. Bu nedenle eğer gaz kokusu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 323 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

alırsanız, gaz vanasını kapatın.

- ✓ Dökülen tehlikeli maddeleri temizleyin.
- ✓ Yerinden oynayan telefon ahizelerini telefonun üstüne koyun.

8.4. Yıkıntı altında mahsur kaldıysanız;

- ✓ Paniklemeden durumunuzu kontrol edin.
- ✓ Hareket kabiliyetiniz kısıtlanmışsa çıkış için hayatınızı riske atacak hareketlere kalkışmayın. Biliniz ki kurtarma ekipleri en kısa zamanda size ulaşmak için çaba gösterecektir.
- ✓ Enerjinizi en tasarruflu şekilde kullanmak için hareketlerinizi kontrol altında tutun. Enerjinizi boşa harcayacak hareketler yapmayın.
- ✓ El ve ayaklarınızı kullanabiliyorsanız su, kalorifer, gaz tesisatlarına, zemine vurmak suretiyle varlığınızı duyurmaya çalışın.
- ✓ Sesinizi kullanabiliyorsanız kurtarma ekiplerinin seslerini duymaya ve onlara seslenmeye çalışınız. Ancak enerjinizi kontrollü kullanın.

8.5. Teknik altyapının korunması için yapılabilecekler:

- ✓ Hidroforun bakımının yapılması,
- ✓ Yangın algılama sistemlerinin kontrolü,
- ✓ Yangın dolapları ve yangın söndürme cihazlarının kontrolü,
- ✓ Acil aydınlatma ve yangın merdivenlerinin uygunluğunun sağlanması.
- ✓ Tahliye yollarının açık olması,
- ✓ Elektrik sistemlerinin uygunluğunun kontrolü,
- ✓ Elektrik kablolarının, priz ve elektronik cihazların vb. uygun koşul ve yükseklikte bulunmaları.
- ✓ İtfaiye vb. araçlar için gerekli düzenlemelerin yapılması.
- ✓ Gaz, ısı ve deprem sensörünün bakımı,
- ✓ Medikal gazların güvenliğinin sağlanması.

8.6. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- ✓ Deprem sarsıntıları geçer geçmez Olay Yönetim Ekibi hemen faaliyete geçirilir.
- ✓ **Deprem Süreçleri Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü** una uygun olarak hareket edilir.
- ✓ Tahliye durumunda Tesis Tahliye Prosedürü açılır.
- ✓ Yangın durumunda ilgili alanın yangın SOP'u kullanılır.
- ✓ Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları, alan birim sorumluları ve kurtarma ekipleri ile birlikte yönetir.
- ✓ Hastane içindeki ve dış paydaşlar ile iletişimin sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır. (telsizler, telefonlar, Deck telefonlar vb.)

8.7. Kurtarma

- ✓ Yaralı olup olmadığı kontrol edilir. Personellerin yaralanmadığı teyit edilir.
- ✓ Yaralı ve hastaların tahliye triyajları yapılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 324 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ✓ Personel, hastalar ve hasta yakınları tahliye triajına uygun tahliye edilir.
- ✓ Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir.
- ✓ Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- ✓ Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye verilmelidir.
- ✓ Bir oda boşaltıldığında, odanın içinde kimsenin olmadığı yönünde hiçbir şüphe kalmaması için oda açıkça işaretlenmelidir.
- ✓ Yönünü şaşırان bir hasta tahliyeden sonra birime tekrar girebileceğinden dolayı, bu işaret yazılı işaret olmalıdır. İşaretgüvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde olmalıdır.
- ✓ Bulunamayan hastalar için yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.

8.8. Tahliye Et/Kaç

- ✓ Personel deprem ile ilgili SOP'u izlemelidir.
- ✓ Hastane yöneticisi tahliye kararını verir ve tahliye yapıldıktan sonra sonlandırır.
- ✓ Personel, hastalar ve hasta yakınları tahliye triajına uygun tahliye edilir.
- ✓ Protokol yapılan kurumlardan tahliye konusunda yardım istenebilir.
- ✓ Sahra hastanesi olarak belirlenen yerlere yaralılar sevk edilmeye çalışılır. Gönderilen hastalar dosyaları ile birlikte dokümantasyon sorumlusu tarafından kayıt altına alınarak gönderilir.

8.9. Kontrol Et

- ✓ Kaçış yönündeki odalar masa altları, açık olan gazlar, yanmaya sebep olacak maddeler, vanalar, dolaplar yatak altları kontrol edilir.
- ✓ Çıkış yönlerine yüksek sesle "Sesimi Duyan Var mı?" diye bağırlır.
- ✓ Hastanenin tüm noktaları gözden geçirilip çıkılır.
- ✓ Hasta ve personel kalmadığı kontrol edilir.
- ✓ Hastaların evraklarının da tahliye edildiği kontrol edilir.
- ✓ Kullanılacak olan kritik ekipman ve malzemelerin de tahliye edildiği kontrol edilir.

8.10. Deprem Süreçleri Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	Deprem Süreçleri Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	Doküman No:AD-PR- Yayın Tarihi:10.01.2023 Revizyon No:00 Revizyon Tar:... Sayfa No:1/4

Temel Faaliyet

Deprem sırasında ve sonrasında hastanede oluşabilecek can ve mal kaybını önlemek, olaya müdahale ederek can ve mal kaybını en aza indirmek.

Hedefler

Durumu değerlendirmek,
Durumun boyutuna göre AFAD/ İtfaiye ile irtibata geçmek,
Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden can ve mal kaybını kurtarma çalışmalarına başlamak,
Daha fazla zararı önlemek

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi;		
Deprem sarsıntıları geçer geçmez Olay Yönetim Ekibi hemen faaliyete geçer.	Hemen	Hemen
Alan sorumlularından durum raporu (hasta, personel ve ekipman) istenir.	10 dk	30 dk.
Teknik servis sorumlusundan durum raporu ister.	10 dk	30 dk.
Hastane içi ve etrafında oluşmuş olan hasar tespiti yapılmasını sağlar.	10 dk	30 dk.
Teknik alt yapı hizmetlerinin durumu değerlendirilir ve çalışmayan ekipmanlar, sistemler belirlenerek rapor edilir.	10 dk	30 dk.
Hastane içindeki yaralı olup olmadığı kontrol ettirilir. Varsa hemen müdahale ettirilir.	15 dk	30 dk.
Kurtarma çalışmaları için ekipler hazırlanır.	10 dk	30 dk.
Yangın sistemi kontrol edilir.	10 dk	30 dk.
Acil durum ekiplerinin (kurtarma, söndürme, koruma, ilk yardım) hazırda bulunmasını sağlar.	10 dk	30 dk.
112 KKM/İl SAKOM ile ilk teması sağlar,	15 dk	30 dk.
Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, afad, diğer hastaneler) sürdürür,	10 dk	30 dk.
Teknik alt yapı hizmetlerinin tekrar devreye alınması uygunluğu değerlendirilir.	10 dk	30 dk.
Hastaların tahliyesi için durum değerlendirilir ve gerek görülürse başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,	10 dk	30 dk.
Personel Tarafından Müdahalenin Yönetimi;		
Panik yapmayın ve öncelikle Kendinizin, hastaların ve ekipmanların güvenliğini sağlayın,	5 dk.	60 dk.
Bölümünüzle ilgili bilgileri toplayın (yaralı hasta, hasarlı ekipman, hasarlı yapı)	5 dk.	
Alandaki alt yapı (tıbbi gaz, elektrik, vakum vb.) ekipmanların kontrolünü sağlayın,	5 dk.	60 dk.
Personelleri sorumlulukları konusunda bilgilendirin,	5 dk.	60 dk.
OYE ile koordineli hareket edin,	5 dk.	60 dk.
Yangın olması durumunda acilen OYE ve söndürme ekibine haber edin.	5 dk.	60 dk.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 326 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tahliye yapılması söz konusu olacağından tahliye ve triyaj hazırlıkları yapılır.	5 dk.	60 dk.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Olay Yönetim Ekibi sel başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, servis yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili yönetici tarafından verilir),	
Personeller kesinlikle kendilerini ve diğer çalışanları tehlikeye atacak çalışmalar yapmamalıdır.	
Acil müdahale yapılacak durumlarda mutlaka kişisel koruyucular kullanılmalıdır.	
Özellikle kırılan cam, düşen malzeme vb. olabileceği için çalışmalar dikkatli yapılmalıdır.	
Gaz kaçaqları olabileceği için açık ateş kullanılmamalıdır.	
Aydınlatma için fenerler kullanılmalıdır.	

Kullanılacak Materyaller

Yangın var ise yangın söndürme sistemleri hasta tahliyesi için yataklar, sedyeler,	
Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler,	
Tekerlekli sandalyeler (mümkün olduğunca koridorları kapatmadan kullanılmalı),	
Personele uygun giysiler.	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Zaman Dilimi

Alarm ver: Hemen		
Kurtar : Hemen		

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Tesis Tahliye Yönetim Prosedürü,	
Servise Özgü Tahliye Prosedürü,	
Deprem Standart Operasyon Prosedürü,	
Görev alacak kişilerin İşATı	

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Artçılar olacağından tahliye yapılmış ise uzun süre binaya girilmemelidir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 327 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Deprem anında korunacak yerler yanıcı patlayıcı yaralayıcı veya zara verici yerler olmamalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Alt yapıdaki hasar nedeniyle oluşabilecek tıbbi gaz veya yanıcı gaz kaçaqları olması ihtimalinde teknik servisle irtibata geçilir. Açık alev olacak ekipman kullanılmaz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Deprem sensörü nedeniyle jeneratör ve doğalgaz devre dışı kalabilir. Bu durumda teknik servisle iletişime geçilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler

Servis personeli, OYE, Koruma ekibi, Kurtarma ekibi, AFAD, İtfaiye, 112 KKM, UMKE	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Ekler

Tahliye yolları için harita/kroki		

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı		
Formlar: Tahliye durumunda hasta tanılama formu		
Raporlama Mekanizması:		
AMP’de belirtilen ilgili Formlar		

İzleme

Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun		
Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlendiğinden emin olun.		
Artçı depremleri göz önünde bulundurarak hastanenin genel durumunun kullanılabilir olduğundan emin olun.		

Güvenlik Konuları

elektrik sistemlerinin uygunluğu, elektrik kablolarının, priz ve elektronik cihazların uygunluğu kontrol edilmelidir.		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		
Deprem sırasında veya sonrasında hastane cephesinden veya çatıdan malzeme düşmesi oluşabilir. Bunu önlemek için kontroller yapılmalı ve bina etrafında durulmamalıdır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 328 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A.HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

- ✓ A/1: Tesis Sistemleri Durum Formu (EK 1-C Form 5)
- ✓ A/2: Olay Eylem Planı Standart Formu (EK 1-C Form 6)
- ✓ A/3: Bilgi Yönetimi İçin Genel Takip Formu (EK 1-C Form 28)
- ✓ A/4: Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Yaklaşımı Takip Formu (EK 1-C Form 30)
- ✓ A/5: İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş, vb. Talep Formu (EK 1-C 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

EK/ B1

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 Eden	Teslim Alan	Açıklama
			Kullanılır	Hasarlı Kullanılır	Kullanılamaz				
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



KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI

HASTANE AFET PLANI

Doküman No :AD-PL-37
Yayın Tarihi :20.01.2022
Revizyon No :02
Revizyon Tar.:23.01.2024
Sayfa No : 330 / 747

EK/B2

EK/ B2



ÖZEL OPTİMED HASTANESİ
..... BİRİMİ
HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU

Doküman No :AD-FR-43
Yayın Tarihi :21.06.2021
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.



KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI

HASTANE AFET PLANI

Doküman No :AD-PL-37
Yayın Tarihi :20.01.2022
Revizyon No :02
Revizyon Tar.:23.01.2024
Sayfa No : 331 / 747

EK/B3

EK/ B3



ÖZEL OPTİMED HASTANESİ
..... BİRİMİ
PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU

Doküman No :AD-FR-44
Yayın Tarihi :21.06.2021
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

EK-B4

Olay (Adı/ Kod):

Yer (Konum):

Tahmini süre:

Etkilenen Birim(ler)/İşlevler:

Göreve Çağrılan Kurtarma Ekibi(leri):

Olay Eylem Planı'nın uygulamaya geçirilmesinde genel sorumluluk kime aittir:

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/ileştirme 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, iletişim listeleri)

Tahmini maliyet

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır

EK/B5

OPTİMED	HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM	Doküman No :AD-FR-18 Yayın Tarihi :21.06.2021 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.			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 335 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI EKLERİ

EK 1-A İş Akış Talimatları

- AD.AD.TL.09 Hap Başkanı İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.10 Kurumlararası Koordinasyon Şefi İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.11 Halkla İlişkiler Şefi İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.12 İş Güvenliği Şefi İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.13 Tıbbi Teknik Danışma Kurul Şefi İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.14 Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.15 Operasyon Şefi İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.16 Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.17 Tıbbi Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.18 Yatan Hasta Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.19 Ayaktan Hasta Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.20 Acil Servis Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.21 Triyaj Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.22 Yoğunbakım Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.23 Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.24 Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.25 Görüntüleme Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.26 Hasta Kayıt Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.27 Alt Yapı Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.28 Güvenlik Amiri İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.29 Kbrn Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.30 Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.31 Planlama Şefi İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.32 Dokümantasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.33 Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.34 Personel Ve Malzeme Yönetim Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.35 Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.36 Lojistik Şefi İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.37 Sağlık Otelciliği Hiz.Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.38 Ulaştırma Ve Nakil Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.39 Temizlik Ve Çamaşır Hizm. Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.40 Atık Yönetimi Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.41 Gıda Hizmetleri Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.42 İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı
- AD.AD.TL.43 Bilişim Altyapısı Ve Haberleşme Sorumlusu İş Akış Talimatı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 336 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

AD.AD.TL.44 İlaç Ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu İşat

AD.AD.TL.45 Cihaz Araç Ve Gereç Sorumlusu İşat

AD.AD.TL.46 Finans Şefi İş Akiş Talimatı

AD.AD.TL.47 Satın Alma Sorumlusu İşat

AD.AD.TL.48 Faturalandırma Ve Maliy.Sor. İşat

AD.AD.TL.49 Hukuk, Tazminat Ve Tahakkuk Sor.

İşatAD.AD.TL.50 Çağrı Merkezi Görev Tanımı

EK 1-B Standart Operasyon Prosedürleri

AD.AD.PR. 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

AD.AD.PR.2 Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktivasyon-Alarm Sürecinin Değerlendirilmesi

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

AD.AD.PR. 4 Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi AD.AD.PR.5 Tıbbi Triyaj Yönetimi

AD.AD.PR. 6 Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli

AD.AD.PR. 7 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu

AD.AD.PR. 8 İnsan Kaynakları Yönetimi

AD.AD.PR. 9 Bilgi Yönetimi

AD.AD.PR.10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi

AD.AD.PR. 11 Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler

AD.AD.PR.12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi

SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi

AD.AD.PR. 14 Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi

AD.AD.PR. 15 Güvenlik Yönetimi

AD.AD.PR.16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi

AD.AD.PR. 17 Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi

AD.AD.PR. 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi

AD.AD.PR.19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

AD.AD.PR.20 Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

AD.AD.PR.21 Hastanede Oluşabilecek Kalabalığı Yönetim Sop

AD.AD.PR.22 Mor Kod Sop

AD.AD.PR.23 Hastane İçi Gri Kod Standart Operasyon Prosedürü

AD.AD.PR.24 Hastane İçi Turkuaz Kod Sop

AD.AD.PR.25 Hastane İçi Yeşil Kod Sop

AD.AD.PR.61 Acil Durum Kodlari Sop

AD.AD.PR.62 Hasta Servisleri Birim Müdahale Prosedürü

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 337 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

AD.AD.PR.63acil Servis Müdahale Prosedürü
AD.AD.PR.64 Ameliyathane Müdahale Prosedürü
AD.AD.PR.65 Yoğunbakımların Müdahale Prosedürü
AD.AD.PR.66 Hastane İçi Siyah Kod Sop
AD.AD.PR.67 Siber Saldırı Durumları Sop
AD.AD.PR.68 Sabotaj Durumları Sop

EK 1-C Formlar

AD.AD.FR.1 HAPAfet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Görevlendirme Formu
AD.AD.FR.2 Brifing Formu
AD.AD.FR.3 OlayBildirim Formu
AD.AD.FR.4 Operasyon Kayıt Formu
AD.AD.FR.5 Tesis Sistemleri Durum Formu
AD.AD.FR.6 Olay Eylem Planı Standart Formu
AD.AD.FR.7 Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu
AD.AD.FR.8 Hastane GirişKayıt Formu
AD.AD.FR.9 HastaDosyası Formu
AD.AD.FR.10 Hasta TakipListesi Formu
AD.AD.FR.11 Hastane Olay İstatistik Formu
AD.AD.FR.12 Hasta Son DurumListesi Formu
AD.AD.FR.13 Durum Rapor (İdari Birimler) Formu
AD.AD.FR.14 Durum Raporu (Yataklı Servis İçinÖrnek) Formu
AD.AD.FR.15 Hasta EşyasıTeslim Formu
AD.AD.FR.16 Mevcut Personel Kayıt Formu
AD.AD.FR.17 Göreve Gelen Personel Kayıt Formu
AD.AD.FR.18 Personel MesaiTablosu Formu
AD.AD.FR.19 Olay Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu
AD.AD.FR.20 Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu
AD.AD.FR.21 Alana Malzeme (Demirbaş, İlaç, Tıbbi Sarf vb.) Gönderme Takip Formu
AD.AD.FR.22 İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu
AD.AD.FR.23 MalzemeTakip Formu
AD.AD.FR.24 Özel Alanlar Formu
AD.AD.FR.25 Finans Yönetimi Kayıt Formu
AD.AD.FR.26 Lojistik Yönetimi Kayıt Formu
AD.AD.FR.27 Yönetimi Kayıt Formu
AD.AD.FR.-28 Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu
AD.AD.FR.29 Hastane İçinde Bilgi PaylaşımıTakip Formu
AD.AD.FR.30 Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 338 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

AD.AD.FR.31 Psikososyal Risk Analizi Formu
AD.AD.FR.32 Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu
AD.AD.FR.33 Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu
AD.AD.FR.34 Diyaliz Bilgisi Formu
AD.AD.FR.35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu
AD.AD.FR.36 Personel Bilgi Formu
AD.AD.FR.37 Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu
AD.AD.FR.38 Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu
AD.AD.FR.39 Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu
AD.AD.FR.40 Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu
AD.AD.FR.41 Firmalar ve Kritik Tedarikçiler Takip Formu
AD.AD.FR.42 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon İletişim Formu
AD.AD.FR.43 Kurtarma- Söndürme-İlkyardım Ekibi İletişim Formu
AD.AD.FR.44 HAP Yılı Eğitim-Tatbikat Planı Formu
AD.AD.FR.45 HAP.... Yılı Eğitim Rapor Formu
AD.AD.FR.46 HAP.... Yılı Tatbikat Rapor Formu
AD.AD.FR.47 Afet ve Acil Durum Kurum Rehberi
AD.AD.FR.48 Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu
AD.AD.FR.49 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu
AD.AD.FR.69 Masa Başı Tatbikat Rapor Formu
AD.AD.FR.70 Saha Tatbikat Rapor Formu
AD.AD.LS.07 Masa Başı Tatbikat Kontrol Listesi
AD.AD.LS.08 Saha Kontrol Listesi

EK 1 – D Acil Durum Kodları

AD.AD.TL.01 Mavi Kod Uygulama Talimatı
AD.AD.TL.02 Pembe Kod Uygulama Talimatı
AD.AD.TL.03 Beyaz Kod Uygulama Talimatı
AD.AD.TL.06 Kırmızı Kod Uygulama Talimatı
AD.AD.TL.08 Turuncu Kod Uygulama Talimatı

EK 1 – E Organizasyon Şeması

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 / HAP RİSK ANALİZİ

EK 2-D COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi

EK 3-A HAP Onay Sayfası

EK 3-B HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi

EK 4 Protokoller

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 339 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- EK 5-A Personel Bilgi Formu
- EK 5-B HAP Görevli Listesi
- EK 5-C Görevli İletişim Listesi
- EK 5-D Hastane Dahili Telefon Numaraları
- EK 5-E Tahliye Sorumluları ListesiEK
- 6 Sel/Su Baskını Algoritması
- EK 7 Acil Durum Ekibi Görev Tanımı
- EK 8 Hastaların Güvenli Transferi Talimatı
- EK 9-A Acil Durum ve Afet Malzeme Envanter Listesi
- EK 9-B Malzeme ve Cihaz Yönetim Prosedürü
- EK 9-C Yangın Otomasyon Tablo ve Bakım Planı
- EK 9-D Hastane Depreme Dayanıklılık Raporu
- Ek 10 Hastane Kat Krokileri// Hastane Yota Krokiler

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 340 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 1-A İŞ AKIŞ TALİMATLARI

1.Hap Başkanı İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Olay Yönetim Merkezi ve Olay Yönetim Ekibini (OYE) organize etmek ve yönetmek, Hastane Afet Müdahale Yönetimi ile ilgili acil müdahale eden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri vermek, gerekirse hastane tahliye işlemini başlatmak, yürütülen faaliyetlerin gerektiğinde sonlandırılmasına karar vermek.	
Bağlı Olduğu Bölüm	Üst Yönetim	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/ Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın	
Kendisine Bağlı Birim	OYE Ekibi	
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek HAP Başkanı	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)		
OYE' yi aktive etmek için OYE üyelerini whatsapp grubu, telsiz vb. aracılığı ile OYM'ne çağırın ve hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verir	0-2 Saat	2-12 Saat
OYE 'nin hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verir. (Tüm faaliyetleridikkate alarak; bir üye birden fazla işlevden sorumlu olabilir)	0-2 Saat	2-12 Saat
AMP aktivasyon düzeyi konusunda yetkili üst yöneticilere haber verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
OYE üyelerine sorumluluklarını bildiren iş akış talimatları/görev yeleklerinin olduğunukontrol eder, raporlama zamanlarını belirleyip görevleri verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
İlgili formların kullanıma hazır olmasını, doldurulmasını ve kayıtların Sekretaryanın kontrolünde olmasını sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat
Olay Yönetim Merkezi'nde(OYM)bulunan personel, stoklar, malzemeler vekapasitelere ilişkin bilgilerin güncelliğini kontrol eder; bilgi takibi yapmak için üyeleri görevlendirir	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut bilgiyi gözden geçirin ve sonraki iki saat boyunca OYE için ilk Olay Eylem Planı'nı hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Olayın hastane hizmetlerine etkisi hakkında bilgi edinir	0-2 Saat	2-12 Saat
Planlama ve Operasyon bölümlerinden OYE tarafından belirlenen zaman dilimine ait Olay Eylem Planı'nı belirlemelerini ister	0-2 Saat	2-12 Saat
OYE'nin toplantı ve brifing zamanına karar verir	0-2 Saat	2-12 Saat
Hastane genelinde değerlendirme raporunun zamanlamasına karar verir	0-2 Saat	2-12 Saat
Haberleşme cihazlarının ve personelinin, faaliyete hazır olmasını sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat
Kritik hizmetlerde devam eden faaliyetlerle ilgili rapor alır (Ameliyathane Görüntüleme, Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.)	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut yatak kapasitesine ilişkin rapor alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12)		
OYE üyeleri tarafından karar verilen kaynakların seferber edilmesine izin verir,	2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 341 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Servis Sorumlularıyla, OYE için rutin raporlama mekanizmasını ve zamanlamasını belirler	2-12 Saat	12-72 Saat
Personel nöbetlerinin düzenlenmesini sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat
Sağlık üst yöneticileri(Dış kurumlar) ile irtibata geçin ve alınan talimatlara göre hareket eder,	2-12 Saat	12-72 Saat
Kaynakları izleme kayıtlarının, düzenli olarak güncellenmesini sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat
Olay Eylem Planı'nın uygulanmasına izin verir (OYE'ye sunuldukları gibi),	2-12 Saat	12-72 Saat
Seferber edilen kaynaklarla birlikte yatak kapasitesinin artırılmasına yönelik eylem planını belirler	2-12 Saat	12-72 Saat
Hastanenin tıbbi kapasitesine ilişkin olarak düzenli raporlar ister.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Herhangi bir dahili olumsuz olayın derhal rapor edilmesini ve buna karşı tedbir alınmasını ve bu tedbirlerin uygulanmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
İstenildiği takdirde, İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilik Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'nde koordinasyon toplantılarına katılır	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Lojistik ihtiyaçlarının duruma göre belirlenmesini ve gerektiğinde tedarik edilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Tüm personelin psikososyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını ve yeterli düzeyde destek verilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonunun sona erdiğini (anons, telefon, telsiz, çağrı) yoluyla bildirir	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
112 AÇM/KKM/İl SAKOM'a aktivasyonun sona erdiğini bildirir	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Sonraki 24 saat için personel görevlendirilmesini değerlendirir,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Operasyonel süreçlerle ilgili raporlar hazırlar	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Gerekirse, personelin psikososyal destek almasını sağlar	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Olayın değerlendirilme sürecine katılır	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Hastaların takibi için		
Kapasiteleri değerlendirmek için		
Bilgi paylaşımı için		
Alınan kararlar için		

2.Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim	OYE ile koordineli çalışır		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin	Eylemlerin

OPTIMEDI	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 342 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	Gerçekleştirilme Zamanı	Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
İletişim cihazlarını etkin kullanır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının verdiği talimatlar doğrultusunda dış paydaşlarla iletişim halinde olur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
İletişime geçilen dış paydaşların kayıtları tutulur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Kurumca protokol imzalanan paydaşların takibini yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Diğer kurumların temsilcileri ile iletişim halinde olur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
HAP başkanı ile brifing halinde olur.	12-72 Saat	72 Saat sonrası
HAP başkanının bilgisi dahilinde dış paydaşlara bilgi verir.	12-72 Saat	72 Saat sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sona erdiği bilgisini dış paydaşlara bildirir.	12-72 Saat	72 Saat sonrası
İletişimin devamı için yardım alınan birimlerle iletişime geçerek koordinasyonu sağlar.	12-72 Saat	72 Saat sonrası
Hastanede hasar tespiti için bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/27/29/32		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

3.Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	HAP temsilciliği/birimi/ofisinde 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.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP Başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/ Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.		
Kendisine Bağlı Birim	OYE ekibi ile koordineli çalışır.		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek HAP Sekreteryası		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 343 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Görev yeleğini giyer, İşAT' ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatına göre hareket eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
AMP ve OYM nin açılması için gerekli bilgileri toplar ve HAP başkanına rapor eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatları doğrultusunda OYM nin açılmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm dokümanları hazır hale getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Görev yeleklerini dağıtılmak üzere hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
AMP ile ilgili yapılan tüm eylemlerin eksiksiz ve doğru kayıt edilmesini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
HAP başkanının talimatlarını kayıt altına alır.	2-12 Saat	12-72 Saat
AMP doğrultusunda kullanılan formları kayıt eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Bölüm şeflerinden gelen kayıtların saklanmasından sorumludur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Dış paydaşlarla olan ilişkileri kayıt altına alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
HAP başkanına ara rapor verir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP sona ermesi ile AMP aktivasyonundan itibaren tüm yapılan işlemleri, kayıtları OYM ekibine sunar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: HAP kapsamında kullanılan tüm formlar		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanına rapor verir.		

4.İş Güvenliği Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	İş sağlığı ve güvenliği açısından çalışma ortamının değerlendirilmesi ve önlemlerin alınarak risklerin azaltılması, kişisel koruyucu ekipmanın temini ve kullanımının sağlanması için gereğinin 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.
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğini giyer

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 344 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kendisine Bağlı Birim	OYE ile koordineli çalışır	
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer ve İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Acil durum hakkında gerekli tüm bilgileri alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Acil durum alanında risk teşkil edecek olasılıkları değerlendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon Şefi ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Acil durum alanında tespit edilen riskleri HAP başkanına bildirir.	2-12 Saat	12-72 Saat
HAP başkanına önlemler hakkında rapor verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Yapılan işlemlerin doğru ve eksiksiz tutulmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tespit edilen risklerle ilgili gerekli çalışmaları başlatır.	2-12 Saat	12-72 Saat
Alt yapı ve bina ile ilgili tüm raporları talep eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Afet alanlarının tekrar kontrollerini yapar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Hasta, hasta yakını ve çalışanlar için açılmış alanları olası risklere karşı kontrol eder.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Bina turuna katılır, hasar tespitlerine destek olur.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/19/24/27/32/48/49/54		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

5.Halkla İlişkiler Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Personel, hasta ve hasta yakınları ve basını da içerecek şekilde iç ve dış paydaşlara HAP başkanı tarafından onaylanan bilgilerin iletilmesini sağlar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 345 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Bağlı Olduğu Şef	HAP Başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğini giyer		
Kendisine Bağlı Birim	OYE ile koordineli çalışır		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer ve İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatları doğrultusunda hareket eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve HAP Başkanınadüzenli yazılı durum raporları verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hasta tedavi alanlarından ve afet yönetim merkezinden uzakta bir basın bilgilendirme alanı oluşturur. Görevli basın mensuplarının girebileceği ve giremeyeceğifiziki alanları belirler ve bu alanların düzenlenmesinde Güvenlik Sorumlusu ile birlikte çalışır		0-2 Saat	2-12 Saat
Gelen hastane dışı bilgileri değerlendirir, sağlık müdürlüğü ile bağlantı kurarakdoğrulamaya çalışır ve söylentilerin yayılmasını engeller		0-2 Saat	2-12 Saat
Halka ve basına haberler iletilmeden önce mesajların OYE tarafından gözden geçiriliponaylanmasını sağlar. Halkı bilgilendirecek ve basın açıklamalarını yapacak uygun bir sözcü belirler		0-2 Saat	2-12 Saat
Radyo, TV, gazete ve Internet gibi kaynaklardan gelen afet ve müdahale bilgilerinin izlemi ve raporlanması için personel görevlendirir ve gerekli bağlantıları kurar		0-2 Saat	2-12 Saat
Eğer aktive ise izlem ve dokümantasyon için Destek Hizmetler Sorumlusundan kayıt personeli ister		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
HAP başkanının talimatı ile basın alanının açılmasını sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hasta, hasta yakınları ve çalışanlara bilgi verilmesi için Bilgilendirme Alanlarınaaçılmasını organize eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
HAP başkanı ile birlikte basına ve diğer kazazede yakınlarına verilecek olan bilgileri belirler.		2-12 Saat	12-72 Saat
HAP başkanı ile birlikte iç ve dış paydaşları bilgilendirir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
HAP başkanının talimatı doğrultusunda dış paydaşlarla iletişime geçer.		12-72 Saat	72 Saat sonrası

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi

AMP sona ermesi ile HAP başkanı ile birlikte basına bilgilendirme yapar ve hastane işleyişinin devamı için yardım eder.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: İlgili kayıtlar

Formlar: 4/6/24/27/29/32

Raporlama Mekanizması: HAP başkanına bilgi verir.

6.Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Başkanı Akış Talimatı

Görev Tanımı	HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahaları doğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmet verir.	
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğini giyer	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatları doğrultusunda hareket eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm bölüm şefleri ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Teknik sorunlar ile ilgili danışmanlık hizmeti verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
HAP başkanına gerekli bilgi ve raporları verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
İş Güvenliği Uzmanı ile koordineli çalışır.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tıbbi bakım alanlarında oluşabilecek sorunlara danışmanlık hizmeti verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Hukuk bürosu ile iletişim halinde olur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Tüm yapılan işlemlerin eksiksiz tutulmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Acil müdahale alanlarının durumuna bakar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 347 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sona ermesi ile ilgili bölüm şeflerinin isteklerine danışmanlık yapar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/15/22/24/29/32		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

7.Planlama Şefi İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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. Kullanılan tüm kaynakların kaydını tutar.	
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Turkuaz/Görev yeleğini giyin	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve briefing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Olayla ilgili Olay Eylem Planını oluşturmak için bilgileri alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Gerekli olduğu takdirde alternatif kontrol hedeflerini oluşturur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut duruma göre Olaya Özel Planlarda anlık revizyon yapar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetleri dokümante eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Durum değerlendirme raporlarını hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Geri çağrılan personelin takibini yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Açılan özel alanlarda hasta bakımının kalitesini kontrol eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
İlgili alanlarda oluşabilecek olumsuzlukları koordine eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
HAP başkanının talimatı ile acil durumu sonlandırır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 348 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hasar tespitinde gerekli notların tutulmasını takip eder	12-72 Saat	72 saat ve Sonrası

8.Dokümantasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.		
Bağlı Olduğu Şef	Planlama şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılır ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Planlama Şefine düzenli yazılı durum raporları verir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Görevlendirilecek personeli belirler; ilgili iş akış tablolarını ve görev yeleklerini dağıtır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastane Afet Yönetim Merkezi içinde bir enformasyon merkezi kur ve alınan bilgileri ilet. Bu merkezde gelen bilgileri güncellemek üzere bir kayıt görevlisi atar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yap.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulayarak raporlar ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına iletir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Olay Yönetim Merkezi sekreterin yardımı ile son bilgileri içeren bir pano hazırlar ve bu panonun güncelleştirildiğinden emin ol.	0-2 Saat	2-12 Saat	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 349 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ulaşılan durum raporlarını al ve kaydet. Hastane Olay İstatistik Formu (FORM – 11) tut,	0-2 Saat	2-12 Saat
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin et.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Mevcut durum raporlarını almak için planlama Yöneticisi, bölüm şefleri ve birim sorumluları ile düzenli toplantı yap ve önemli bilgileri ekip üyelerine ilet.	2-12 Saat	12-72 Saat
Durum değerlendirme biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıdaki kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

9. Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.		
Bağlı Olduğu Şef	Planlama şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılır ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Planlama Şefine düzenli yazılı durum raporları verir	0-2 Saat	2-12 Saat	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 350 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Görevlendirilecek personeli belirler; ilgili iş akış tablolarını ve görev yeleklerini dağıtır	0-2 Saat	2-12 Saat
Hastane Afet Yönetim Merkezi içinde bir enformasyon merkezi kurar ve alınan bilgileri iletir. Bu merkezde gelen bilgileri güncellemek üzere bir kayıt görevlisi atar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yapar	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat
Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulayarak raporla ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına iletir	0-2 Saat	2-12 Saat
Olay Yönetim Merkezi sekreterin yardımı ile son bilgileri içeren bir pano hazırlar ve bu panonun güncelleştirildiğinden emin olur	0-2 Saat	2-12 Saat
Ulaşan durum raporlarını alır ve kaydeder. Hastane Olay İstatistik Formu (FORM – 11) tutar	0-2 Saat	2-12 Saat
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Mevcut durum raporlarını almak için planlama Yöneticisi, bölüm şefleri ve birim sorumluları ile düzenli toplantı yap ve önemli bilgileri ekip üyelerine ilet.	2-12 Saat	12-72 Saat
Durum değerlendirme biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat

10. Personel ve Malzeme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Mavi/Görev yeleğini giyer		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Planlama şefinden görevlendirme ve briefing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefi ile irtibat halinde olur.		0-2 Saat	2-12 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 351 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Stokta mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve işgüvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
İhtiyaç azaldığında, personelin kendi rutin görevlerine döndürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tutulan tüm kayıtları Planlama şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

11. Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	HAP Başkanının afet ve acil durumu sonlandırma kararıyla; için, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel süreçler kapsamında gerekli faaliyetleri koordine etmekten sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Planlama şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinden görevlendirme ve briefing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Planlama şefinedüzenli yazılı durum raporları verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum raporlarını inceler ve gereken raporları hazırlar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 352 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

4 saatte bir çalışanları bilgilendirmek amacı ile hastane içi durum raporu yayınla. Bu raporun hazırlanıp dağıtılmasında durum değerlendirme sorumlusu ile işbirliği yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Durum değerlendirme sorumlusu ile bölüm şefleri ve hastane afet yönetim ekibi ile işbirliği yaparak olağandışı durum sonlandırma planı oluşturulmasını sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonlarındurumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; tüm birimlerden imzalı ve kaşeli olarak son faaliyet raporlarını ister.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Yeşil kod prosedürünün uygulanmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Doldurulan formları imzalı ve kaşeli olarak toplar ve Planlama şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

12. Operasyon Şefi İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.	
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı/Görev yeleğini giyer	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve briefing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından aldığı talimatlar doğrultusunda Triyaj alanlarının kurulmasını sağlar ve yönetir.	0-2 Saat	2-12 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 353 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Brifingler doğrultusunda gerekli olan alt departmanları operasyona dahil eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Müdahaleye dahil olan Departman-servis-birimlerden mevcut durum raporunu ister.	0-2 Saat	2-12 Saat
İlave kaynak ihtiyaçlarını belirler.	0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefi ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından aldığı talimatlar doğrultusunda alt birimlere talimat verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının belirlediği sürede HAP başkanına brifing verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Düzenli aralıklarla çalışanlara brifing verir ve toplantılar yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Bilgi yönetimi için operasyon süresine dahil olan birimlerden durum raporu ister.	2-12 Saat	12-72 Saat
Kayıtların tam tutulmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Alt birimlerden gelen istekler doğrultusunda malzeme, ilaç vb. eksiklikler için kayıtformlarını alır.	2-12 Saat	12-72 Saat
Eksikliklerin giderilmesi için Lojistik Şefi ile koordineli çalışmaya devam eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Gerektiği durumlarda geçici alanların açılmasını ve yönetilmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
HAP başkanına strateji ve taktikler sunar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Mevcut çalışanların nöbet değişimini yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm birimlerden malzeme, ilaç vb. durumlarda son durum raporlarını ister.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastaların ve çalışanların yemek ihtiyaçlarının giderilmesi için Lojistik Şefi ile koordineli hareket eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/18/23/24/29/32		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 354 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

13. Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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. İhtiyaç duyulan personelin, araçların, ilacın, sağlanmasını organize eder ve yönetir. İhtiyaç duyulan cihaz araç/gereç ve tıbbi malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefinin talimatları doğrultusunda hareket eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Müdahale için aktivasyon seviyesini öğrenerek gerekli personel desteğini sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
İlaç, malzeme, araç/gereç gibi destekleri organize eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefi ile koordineli çalışır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet alanına gönderdiği araç gereç ve ilaç gibi desteklerin kayıt edilmesinden sorumludur.		2-12 Saat	12-72 Saat
Operasyon şefine hastane dışına gönderilen ekipman ve personellerle ilgili bilgi verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Gönderilen malzeme ve ekipmanların güvenliğini sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Afet alanına gönderilen personelin dinlenmesi için personel değişimi yapar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile tüm yapılan yardımların raporlanmasını sağlar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Raporları Operasyon şefine sunar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane dışına gönderilen malzeme ve ekipmanları eksiksiz teslim alır.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 355 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

14. Tıbbi Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Sorumluluğu altındaki klinik hizmetleri ve klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir. Planlama şefi ile Koordineli çalışır. hastaneye başvuran çok sayıda yaralının Tedavi önceliklerini belirleyebilmek için Triyaj alanının tanımlandığı şekilde kurulmasını sağlamak, gereksinim duyulan tıbbi cihaz ilaç ve sarf malzemeyi Personeli talep eder. Yaralıların öncelik sırasına göre değerlendirilmesini ve gerekli Tedavi alanlarına yönlendirilmesini sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğinizi giyer		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefini talimatları doğrultusunda hareket eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Birim sorumlularından ayaktan hasta ve kliniklerde yatan hastaların bilgilerini talep eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefinin talimatı üzerine ilgili alanların departman/ servis prosedürlerinin aktive edilmesi için alt birimlerine talimat verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Kliniklerin malzeme ve ekipman bilgilerini talep eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Ayaktan ve yatan hasta kayıtlarının eksiksiz tutulmasını takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hasta yığını olması durumunda taburcu olabilecek yatan hastaların hızlıca taburcu edilmesi talimatını verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Acil servis, laboratuvar ve görüntüleme süreçlerini takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Ameliyathane ve sterilizasyon işlemlerini takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Kliniklerden sevk olacak hastalar için Lojistik şefi ile koordineli hareket eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Kliniklerdeki durum hakkında operasyon şefine bilgi verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Trijaj alanlarının açılması için koordinasyonu sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Trijaj alanına gerekli ilaç ve malzeme desteğinin sağlanmasını takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat

15. Altyapı Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atık su, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefinin talimatlarını yerine getirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
İş güvenliği uzmanı ile koordineli çalışır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Alt yapı sistemlerini koordine eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Medikal gaz sistemlerini kapatır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Tekrar oluşabilecek herhangi bir kazaya karşı önlemlerini alır.		2-12 Saat	12-72 Saat
İş güvenliği uzmanı ile birlikte alanların kontrolünü yapar.		2-12 Saat	12-72 Saat
İlgili kayıtları tam ve eksiksiz tutar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Belirli sürelerle tüm alanların kontrolünü sağlar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile işleyişin devam edebilmesi için gerekli alt yapı ve medikal gazların kontrolünü yapar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hasar kayıtları için bina turuna katılır.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm hasar tespiti sonuç raporunu Planlama ve Operasyon şefine sunar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tutulan kayıtları Operasyon şefine sunar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			

Formlar: 2/4/5/6/7/24/29/32/54

Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi

16. Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, triyaj alanının kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, emanetlerin kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle iş birliği vb.) yürütür ve koordine eder.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefinin talimatlarını yerine getirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Durum tespit toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Operasyon Şefine düzenli yazılı durum raporları verir		0-2 Saat	2-12 Saat
Gerekli durumlarda, kontrollü giriş çıkış sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Yetkisi olmayan kişileri yasak bölgelerden çıkartır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Ek güvenlik personeli temin edilene kadar, servislerden geçici personel talep eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Ambulans giriş-çıkış ve ring alanlarını düzenleyerek, acil servis, triyaj alanı, morg ve aileler için oluşturulan alanlara erişimi açık tutar. Erişimi yalnızca yetkili araçlarla sınırlar		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Güvenlik personelinin, riskler ve güvenli olmayan durumlara karşı uyanık olmalarını ve tespit ettikleri sorunları bildirmelerini sağlar,		2-12 Saat	12-72 Saat
Gerektiğinde, yetkisi olmayan personelin erişimini kısıtlamak için tahliye alanlarında önlem alır		2-12 Saat	12-72 Saat

Kurumlar arası koordinasyon yetkilisi aracılığıyla itfaiye, emniyet güçleri ve diğer ilgili kurumlarla irtibata geçer	2-12 Saat	12-72 Saat
Güvenlik personelinin rutin brifinglerini belirleyin,	2-12 Saat	12-72 Saat
Araç ve yaya trafik kontrolünü gereken tüm araçlarla sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Telsiz konuşmalarını takip eder.	2-12 Saat	12-72 Saat

17. Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Psikososyal destek faaliyetleri kapsamında bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için sevk edilmesi, gerektiğinde bireysel terapötik görüşmelerin yürütülmesi ve takip edilmesi vb. hizmetlerini yürütmek.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyer		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefinden talimat alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve acil durum süresince ortaya çıkabilecek, iletişim, konaklama, beslenme, sağlık, manevi ve duygusal vb. ihtiyaçları da içeren, hasta ve hasta ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken psikososyal desteği sağlar ve organize eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin afet ve acil durum halinde temel(güvenlik,beslenme,barınma,banyo-tuvalet,iletişimvb.)ve özel ihtiyaçlarının(ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunur; personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojik takiplerinin yapılmasını sağlar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Ailelerin tekrar biraraya getirilmesi için çalışmaları yapar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Tutulan tüm kayıtları Operasyon şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevi sonlandığında Operasyon Şefini o anki problemler, devam eden sorunlar ve bundan sonraki ihtiyaçlar hakkında bilgilendirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

18. Yatan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Yatan hastaların tedavisinin sağlanmasını temin eder, yatan hasta alanlarını yönetir ve kontrollü bir şekilde hasta yatış ve taburcu işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Tıbbi bakım sorumlusu - Operasyon Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme			
Kendisine Bağlı Birim	Birimde çalışanlar		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-122-12 Saat
Tıbbi bakım sorumlusundan brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgilendirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize eder; bu konuda tıbbi bakım sorumlusunun vereceği talimatlara uyar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tahliye yapılacaksa genel tahliye ve birim tahliye prosedürüne uygun olarak tahliyeyi başlatır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hasta kabul edilecekse kabullerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hâlihazırda mevcut kaynakları değerlendirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Birim müdahale prosedürünü faaliyete geçirir.		0-2 Saat	2-12 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 360 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

OYE ile birlikte hareket eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek servislerle irtibata geçer.	2-12 Saat	12-72 Saat
Servisine kabul edilen yaralıların, klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Personelin ihtiyaçlarını tahmin eder ve bu doğrultuda Tıbbi Bakım Sorumlusundan istekte bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Birimde çalışan tüm personele düzenli brifing verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin eder ve Tıbbi bakım sorumlusundan talepte bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Serviste çalışan personellerin nöbet listelerini ve geri çağırılması gereken personeller ile ilgili son durumu tıbbi bakım sorumlusuna iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi		

19. Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon Şefi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 361 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi Bakım Sorumlusundan durum ile ilgili talimat ve bilgi alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Durum tespiti toplantılarına katılır ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Tıbbi Bakım Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verir,		0-2 Saat	2-12 Saat
Bütün bölüm şefleri ile o ana kadar meydana tüm gelen majör olay ve faaliyetlerin, kritik sorunların, operasyonel kavramların ve bir sonraki operasyonel periyotta atılacak adımların mevcut durumunu ve gelişimini öğrenmek üzere ilk bağlantıyı kurar		0-2 Saat	2-12 Saat
Talep olan alanlara gerekli kaynakların dağıtımını düzenler; -Personel -Araç -Ekipman ve malzeme -İlaç		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm Faaliyet Alanı Ekip personeline eldeki ekipman, malzeme, ilaç envanteri ve personel ihtiyacını Lojistik Birimi ile işbirliği içerisinde değerlendirmeleri talimatını verir, durumu Tıbbi Bakım Sorumlusuna rapor eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Gerektiğinde faaliyet planını ve tüm faaliyetlerdeki görevlendirmeleri değerlendirmek üzere Operasyon Yöneticisi ve Lojistik Yöneticisi ile toplantı yapar		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi Bakım Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırlar		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder		0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydeder, bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında Tıbbi Bakım Sorumlusu ile düzenli toplantılar yapar		2-12 Saat	12-72 Saat
Gerektiğinde İnsan Kaynakları Sorumlusu ve Lojistik Sorumlularıyla birlikte çalışarak gerekli personel, ekipman, malzeme, ilaç dağıtımının ve tesis destek hizmetlerinin sağlanmasını sürdürür		2-12 Saat	12-72 Saat
Dış kaynakların kullanımını koordine eder		2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 362 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Herhangi bir görevle görevlendirilmemiş personeli insan kaynakları sorumlusuna gönderir	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olur	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM-4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendifiziksel gereksinimlerini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevli personelin dinlendirilmesi için molaları düzenler.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlar açısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığı takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonlarınduru problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzenini gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personeli kendi rutin görevlerine döndürür ve pozisyonları kombine eder ya da kademeli olarak azaltır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM-4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer briefing ve toplantılara katılır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: Tıbbi Bakım Sorumlusu (OYE)		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 363 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

20. Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Ameliyathane iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak ameliyathane tıbbi müdahalesini koordine etmek ve yönetmek, Hastaların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak, Hasta/yaralılar için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla işyükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak, Afet ve acil durumda ameliyathanenin genel yönetimini sağlamak		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon Şefi Tıbbi Bakım Sorumlusu		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin RaporlamaZamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi Bakım Sorumlusunun verdiği talimatları uygular.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut ameliyathane personeline, mevcut durum ve personelden beklenenlerkonusunda bilgi verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize edin; bu konuda Tıbbi bakım sorumlusunun vereceği talimatlara uyar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hasta transferlerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlar,	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hâlihazırda mevcut kaynakları değerlendirir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Ameliyathane Müdahale Prosedürü'nün faaliyete geçirilmesini sağlar,	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE ile birlikte hareket eder,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Kanıtların daima kurtarılmasını sağlar,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek departman/servis/birimlerle irtibata geçer,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Ameliyathaneye kabul edilen yaralıların klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlar,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Personelin ihtiyaçlarını tahmin edin ve bu doğrultuda Tıbbi Bakım Sorumlusundan istekte bulunur,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Birimde çalışan tüm personele düzenli brifing verir,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin edin ve Tıbbi bakım sorumlusundan talepte bulunur,	2-12 Saat	12-72 Saat	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 364 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Ameliyathanede çalışan personellerin nöbet listelerini ve geri çağırılması gereken personeller ile ilgili son durumu Tıbbi Bakım Sorumlusuna iletir,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlar,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılır,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

21. Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Acil Servise gelen hastaların acil tıbbi bakımlarının yapılmasını sağlar; hastaların yönlendirilmelerini koordine ve organize eder. Yaralıların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırır.		
Bağlı Olduğu Şef	Tıbbi bakım sorumlusu-Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme			
Kendisine Bağlı Birim	Acil servis çalışanları		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi bakım sorumlusu ve Operasyon şefi ile koordineli çalışır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Afet ve Acil Durum Yönetimi Organizasyon Sistemi şemasını gözden geçirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut acil servis personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verir.		0-2 Saat	2-12 Saat

Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize eder; bu konuda karar alması için bir acil servis hekimini görevlendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Hasta kabullerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Hali hazırda mevcut kaynakları değerlendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Acil Servis için Müdahale Prosedürü 'nün faaliyete geçirilmesini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
OYE ile birlikte hareket eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Kanıtların daima kurtarılmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Resüsitasyona ihtiyacı olanlara özel dikkat göstererek yaralıların bakımını yönetir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek departman/servis/birimlerle irtibata geçer.	2-12 Saat	12-72 Saat
Acil Servise kabul edilen yaralıların, klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Personelin ihtiyaçlarını tahmin eder ve bu doğrultuda OYE'den istekte bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Acil Serviste çalışan tüm personele düzenli brifing verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Malzeme(ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin eder ve OYE'den talepte bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Ölen hastaların, hastane geçici morgu olarak işlev gören özel alanlara transfer edilmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Diğer servisler için (Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane vb.) planlanan hizmetlerin ve imkânların durumu konusunda son durumdan OYE'yi daima haberdar eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Talep edilmesi durumunda, hastane içi transfere yardımcı olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 366 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Formlar: İlgili formlar	
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi	

22. Yoğun Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Yoğun Bakım Ünitesi iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak yoğun Bakım ünitesinin tıbbi müdahalesini koordine etmek ve yönetmek, hastaların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak, hasta/yaralıları için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla iş yükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak, Afet ve acil durumda yoğun bakım servisinin genel yönetimini sağlamak		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi-Tıbbi bakım sorumlusu		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyer		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi Bakım Sorumlusunun verdiği talimatları uygular.		0-2 Saat	2-12 Saat
Personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize eder; bu konuda Tıbbi Bakım sorumlusunun vereceği talimatlara uyar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hasta kabulü yapılacaksa mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hâlihazırda mevcut kaynakları değerlendirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
OYE ile birlikte hareket eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Kanıtların daima kurtarılmasını sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek servislerle irtibata geçer.		2-12 Saat	12-72 Saat
Personelin ihtiyaçlarını tahmin eder ve bu doğrultuda Tıbbi Bakım Sorumlusundan istekte bulunur.		2-12 Saat	12-72 Saat
Birimde çalışan tüm personele düzenli brifing verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin eder ve Tıbbi bakım sorumlusundan talepte bulunur.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 367 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Birimde çalışan personellerin nöbet listelerini ve geri çağırılması gereken personeller ile ilgili son durumu Tıbbi Bakım Sorumlusuna iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

23. Triyaj Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.		
Bağlı Olduğu Şef	Tıbbi bakım sorumlusu-Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme			
Kendisine Bağlı Birim	Acil servis		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi bakım sorumlusunun talimatları doğrultusunda triyaj alanine açar ve yönetimine başlar		0-2 Saat	2-12 Saat
Trijaj alanında çalışacak personelin görev dağılımını yapar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Trijaj alanlarında kullanılacak olan malzeme,ilaç yönetimini sağlamak için sürekli iletişim halinde olur.		0-2 Saat	2-12 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 368 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Triaj alanına gelen hastaları karşılar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Gelen hastaların kayıtlarının tam ve eksiksiz tutulmasını sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat
Tıbbi alan sorumlusuna triyaj alanı hakkında rapor verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Güvenliğin sağlanması için operasyon şefinden güvenlik personeli talebinde bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Malzeme araç gereç kontrolünü ve teminini sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Çalışan personelin nöbet ve vardiyalarını oluşturur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Triyaj alanından sevk edilecek hastaların kurumlar arası kordinasyon şefi ile iletişimde olur ve güvenli nakilden sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nının sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Triyaj alanının toparlanmasını ve kullanılan malzeme araç ve gereçlerin güvenli şekilde taşınmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: triyaj kartı		
Formlar: 2/4/6/7/8/9/10/15/22/32		
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi		

24. KBRN Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.	
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı/Görev yeleğini giyin	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 369 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
KBRN algoritmasını gözden geçirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
İş güvenliği uzmanı ile irtibat halinde olur.	0-2 Saat	2-12 Saat
KKE kullanımına dikkat eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Anlaşmalı kurumlarla irtibat halinde ol ve gelen hastaları yönlendir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Anlaşmalı kurumlarla irtibat halinde ol ve gelen hastaları yönlendir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Tutulan tüm kayıtları Operasyon şefine iletir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Görevi sonlandığında Operasyon Şefini o anki problemler, devam eden sorunlar ve bundan sonraki ihtiyaçlar hakkında bilgilendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Varsa prosedür değişikliği önerilerini bildirir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

25. Hastane Afet Planı Bilişim Alt Yapısı Ve Haberleşme Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Haberleşme ve bilgisayar donanımı ile personeli sağlar. İç ve dış haberleşme ile bilişim uygulamalarını organize eder. 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. Gerekğinde yedek sistemleri devreye sokar. Operasyonun seyrine göre ihtiyaç duyulan noktalara iletişim sistemi kurulmasını sağlar.	
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon Şefi	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat

Alt yapı sorumlusundan görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
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,	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Alt Yapı Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verir,	0-2 Saat	2-12 Saat
Hastanenin tüm haberleşme ve bilgi işlem sisteminin mevcut durumunu tespit eder ve bunu Alt Yapı Sorumlusuna rapor eder,	0-2 Saat	2-12 Saat
Bilişim ve haberleşme hizmetleri kesilmiş ise, hemen onarım için gerekeni yapar	0-2 Saat	2-12 Saat
Bilgi işlem hizmetlerinin sürekliliğini sağlama planlarını yapar ve bu planları aktive eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Verilerin güvenli bir biçimde toplanmasını ve gerekli birimlere ve kurumlara aktarılmasını sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut hastane bilgi yönetim sisteminin çalışmaması durumunda kullanılacak alternatif yöntemleri belirler	0-2 Saat	2-12 Saat
Altyapı Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırlar	0-2 Saat	2-12 Saat
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yapar	2-12 Saat	12-72 Saat
Bilgi işlem hizmetleri ile malzemeleri mevcut durumunu kontrol eder. İhtiyaç duyulabilecek malzeme ve miktarını tespit ederek temin edilmesini planlar	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Bilişim Alt Yapı Ve Haberleşme biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağlar gerekirse İnsan Kaynakları Sorumlusundan personel talep eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olur,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bilgi işlem hizmetlerinin eksiksiz yürütülmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendifiziksel gereksinimlerini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 371 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlarından gözlemle. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktarır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığı takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonlarınduru mu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi

Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağanışleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları toplar ve düzenler	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM -4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş olan tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer briefing ve toplantılarına katılır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:	
Formlar:	
Raporlama Mekanizması:	

26. Görüntüleme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	İlerleyen saatler için birimin işlem kapasitesini değerlendirir. Acil olmayan görüntüleme işlemlerini iptal eder ve hastanın geldiği kliniğe geri gönderilmesini sağlar. Yapılan işlemlerin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlar. Gerekğinde birimin imkan ve kapasitesini artırmaya yönelik ek planlamalar yapar.		
Bağlı Olduğu Şef	Tıbbi bakım sorumlusu - Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 372 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Röntgen,bilgisayarlı tomografi ve ultrason çekmek için Birimin mevcut kapasitesini (personelin ve diğer kaynakların mevcudiyetini) değerlendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Servislere geri gönderilebilecek hastaları belirler ve bu hastaları servislere transfer eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Acil olmayan tüm işlemleri iptal eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
OYE ile işbirliği yapar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Kayıt tutmak için ilgili formları ve kayıtları kullanır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
OYE ile koordinasyonu sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Birimin faaliyetlerini yönetir ve personeli yönlendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Birimin imkan ve kapasitesini düzenli olarak değerlendirir, düzeltici önlemler alır ve gerekirse OYE'den personel ve malzeme desteği ister.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Personeli yönlendirmeye devam eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyetleri yönetmeye devam eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İmkân ve kapasiteyi izlemeye devam eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlamaya devam eder ve OYE ile işbirliği yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Tutulan kayıt ve raporları tıbbi bakım sorumlusuna iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane de işleyişinin devamlılığını sağlamakta destekçi olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İlgili alanının hasar tespitinde yardımcı olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

27.Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 373 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Bağlı Olduğu Şef	Tıbbi Bakım Sorumlusu		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme			
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Durum tespiti toplantılarına katılır ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Tıbbi Bakım Sorumlusuna. düzenli yazılı durum raporları verir		0-2 Saat	2-12 Saat
Bütün bölüm şefleri ile o ana kadar meydana tüm gelen majör olay ve faaliyetlerin, kritik sorunların, operasyonel kavramların ve bir sonraki operasyonel periyotta atılacak adımların mevcut durumunu ve gelişimini öğrenmek üzere ilk bağlantıyı kurar		0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut kan stoğu envanterini yapıp kurum dışında kullanılabilir miktarını belirle ve Destek Hizmetler Sorumlusuna bilgi verir		0-2 Saat	2-12 Saat
Tahlil sonuçlarının yerine ulaşma zamanını araştırır. Destek Hizmetler Sorumlusuna kapasite ve harekte geçebilme yeteneğine ilişkin rapor verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Kırmızı ve Sarı alanlar için uygun kan toplama aletleriyle birlikte kan alma görevlileri ve taşıma görevlileri belirler.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi Bakım Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.		0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydeder, bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonrakioperasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında Tıbbi Bakım Sorumlusu ile düzenli toplantılar yapar		2-12 Saat	12-72 Saat
Tıbbi Bakım Sorumlusu ile, test sonuçlarının düzenli olarak iletilmesinde bir sorun olup olmadığını görüşür		2-12 Saat	12-72 Saat
Yataklı birimleri verilebilen hizmetler konusunda bilgilendirir		2-12 Saat	12-72 Saat
İhtiyaç duyulan malzemelerin sipariş ve alımını gerçekleştirir		2-12 Saat	12-72 Saat

28.Lojistik Şefi İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 374 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefi ile koordineli çalışır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Alt birimlerden aldığı talimatlar doğrultusunda brifing verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hastane içi transfer işlemlerini yönetir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Gerektiğinde Olay Eylem Planının Lojistik kısmını hazırlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Operasyon şefinden gelen istekler doğrultusunda malzeme ve ihtiyaçları karşılar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hasta, hasta yakınları, personel ve aileleri için gıda ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hastanenin çamaşır ve yıkama talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesinive personel yönetimini sağlar, gerekli ise yedek personeli devreye sokar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Alınan malzeme ve yapılan diğer işlemlerin kayıtlarının tam tutulmasını sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hap başkanının belirlediği sürelerde Hap başkanına raporları verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Göreve çağrılan personel ailelerinin ulaştırma hizmetlerini yönetir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Açılan alternatif alanların kesintisiz hizmet vermesi için gerekli malzeme taleplerini yönetir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Alternatif planlar açıldıysa o alanların temizlik hizmetlerini yönetir.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Alt birimlere brifing verir.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hasar tespiti için OYE ile birlikte bina turu yapar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: İlgili kayıtlar

Formlar: 2/4/6/7/13/18/21/23/26/29/32

Raporlama Mekanizması: HAP başkanı

29. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Hastanenin iletişim sistemi, gıda-su, temizlik,bilgi teknolojileri vb.hizmetlerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, ekipmanın sürekli hazır tutulması için gerekli organizasyonu yapmakla sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefiyle koordineli çalışır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Haberleşme ve bilgisayar personel donanımını organize eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hasta hasta yakınları çalışan ve gönüllüler için gıda su temini ve dağıtım hizmetleriniorganize eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Sterilizasyon ünitesi ile ilgili arıza ve hasar varsa ilgililere iletir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Durumun gidişatını lojistik şefine bildirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
İlgili kayıtların tam ve eksiksiz tutulmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Alanlarda ki destek personel sayıları hakkında gerekli bilgileri alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Çamaşırhane hasarını kontrol eder alt yapı sorunu varsa ilgililere bildirir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Çamaşırhane hizmetlerinin sürdürülmesini sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hastane içi transfer işlemleri için düzenleme yapar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Mevcut malzeme araç gereç bilgilerini alır.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hastane içi bulunan atıkların bertaraf edilmesini sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Hasta hasta yakını çalışan ve gönüllüler için verilen gıda su stoklarını kontrol eder.Gerekirse dış paydaşlardan yardım talep eder.(Protokol yapılan gıda firmasından)		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Alanlarda ki destek personelin dinlenmesi için personelin geri çağırılmasına ilişkin insan kaynakları ile iletişim halinde olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Alternatif bakım alanlarının açılması için destek personel ve araç gereçlerin koordinasyonunu sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Aktivasyonun sona ermesi ile işleyişin devamı için gerekli koordinasyonu sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Alanların toparlatılmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: Lojistik şefi		

30. İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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 sağlamaklasorumludur.	
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyer	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefine bağlı çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Alanlarda ki personel bilgilerini alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefini bilgilendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut personelin sayısını Mevcut Personel Kayıt Formunu (Form-16) kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Göreve gelen personeli OYM tarafından belirlenen yerde Form –17 kaydet ve ilgili birim şefine gönderir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Lojistik şefinin talimatı ile personelin geri çağırılmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 377 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gelen personelin kayıtlarını tutar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Geri çağrılan personelleri nerede çalışacakları ve kime bağlı çalışacakları konusundabilgilendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Gönüllü olarak gelen kişileri lojistik şefine bildirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Gönüllülerin kayıtlarını ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasından sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Geri çağrılan ve mevcut personellerin mesailerinin tutulmasından ve lojistik şefine verilmesinden sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele ve yakınlarına lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile birlikte personeli bilgilendirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Geri çağrılan personellerin gönderilmesini koordine eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane de kalan mevcut personelin son durumunu çıkarır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tutulan tüm kayıtları lojistik şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/16/17/18/20/23/29/36/37/40		
Raporlama Mekanizması: Lojistik şefi		

31. İlaç Ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyer	
Kendisine Bağlı Birim	Diğer birim çalışanları	
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat

OYE ile iletişime geçer.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlar Lojistik Şefine durum raporunu sunar	0-2 Saat	2-12 Saat
OYE'den düzenli olarak brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Eczane ve sarf depo personelini bilgilendirir, talimatlar verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Faaliyetleri düzenler ve uzman personelin katılımını sağlar (7/24).	0-2 Saat	2-12 Saat
Eczane tarafından tedarik edilen ilaç ve intravenöz sıvılara veya diğer maddelere olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçer.	0-2 Saat	2-12 Saat
Taburcu olan hastaların kullanacağı ilaç/malzemelerin, özel eczanelerden nasıl temin edilmesi gerektiğini belirler.	0-2 Saat	2-12 Saat
Gerekli olması durumunda acil ilaç veya diğer maddelerin temin edilebilmesi içineca depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Operasyonel brifinglere katılır.	2-12 Saat	12-72 Saat
Personele, mümkün olduğunca sık operasyonel rapor verir ve personeli son durumdan haberdar eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Eczane hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Ekip üyelerinden durum raporu alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Lojistik Şefini (OYE), durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonu sonlandırıldığında normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet raporlarını hazırlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 379 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Tüm belgeleri OYE'ye iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: Lojistik şefi		

32. Cihaz Araç Ve Gereç Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik Şefinden görevlendirme ve brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlayın; Lojistik Şefine durum raporunu sunar,		0-2 Saat	2-12 Saat
En sık kullanılan tıbbi ve tıbbi olmayan malzemenin envanterini çıkart ve sürekli güncelleştirilmesini sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tedarik edilen tıbbi ve tıbbi olmayan malzemeye olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçer,		0-2 Saat	2-12 Saat
Taburcu olan hastaların kullanacağı malzemelerin, özel medikal kuruluşlardan nasıl temin edilmesi gerektiğini belirler,		0-2 Saat	2-12 Saat
Gerekli olması durumunda tıbbi ve tıbbi olmayan veya diğer maddelerin teminedilebilmesi için medikal malzeme depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet. Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olur		2-12 Saat	12-72 Saat
Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirir		2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 380 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Operasyonel brifinglere katılır	2-12 Saat	12-72 Saat
Personele, mümkün olduğunca sık, operasyonel rapor verir ve personeli son durumdan haberdar eder	2-12 Saat	12-72 Saat
Malzeme hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlar,	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturur,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Ekip üyelerinden durum raporu alır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Operasyon Şefini (OYE), durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar eder,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verir,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Alınan karar açıklandığında, normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet raporlarını hazırlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm gerekli belgeleri OYE'ye iletir (özel kayıtlar ve formlar)	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 4-29		
Raporlama Mekanizması: OYE		

33. Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Hastalar/hasta yakınları, personel/aileleri, gönüllüler ve ziyaretçiler için gıda-su temini,yemek hazırlama/dağıtım hizmetlerinin organizasyonunu ve sürdürülmesini sağlar.
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik Şefi
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin
Kendisine Bağlı Birim	
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek ki

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 381 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Sağlık otelciliği sorumlusundan görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Sağlık Otelciliği Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut gıda stoklarından kaç öğün yemeğin servis edilebileceğinin tahmin eder; durum zorunlu kılıyorsa kısıtlamaya gidilmesini ister.	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut acil içme suyu miktarını belirler ve ne zaman yeniden tedarik gerekeceğini tahmin ederek durumu zorunlu kılıyorsa kısıtlama yapar	0-2 Saat	2-12 Saat
Acil içme suyu ve yiyecek stoklarının mevcut düzeylerini Sağlık Otelciliği Sorumlusuna rapor eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Eldeki ekipman, malzeme envanteri ve personel ihtiyacını değerlendir, durumu Sağlık Otelciliği Sorumlusuna rapor eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Sağlık Otelciliği Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yapar	2-12 Saat	12-72 Saat
Sağlık Otelciliği Sorumlusuna tahmini su ve yiyecek ihtiyacının listesini verir. İhtiyaç listesinin hazırlanmasında mevcut acil gereksinimler yanı sıra hastalar, personel ve yakınlarının geleceğe yönelik gereksinimlerini de göz önüne alır	2-12 Saat	12-72 Saat
Besin ve su kaynaklarının korunması için Güvenlik Sorumlusu ile işbirliği yapar	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder	2-12 Saat	12-72 Saat
İnsan Kaynakları biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıtgörevlisi atanmasını sağlar gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep eder	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olur	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve işgüvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 382 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gıda hizmetlerinin eksiksiz yürütülmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendifiziksel gereksinimlerini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığı takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeni gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personeli kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azaltır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları toplar ve düzenler.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer briefing ve toplantılara katılır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

34. Ulaştırma ve Nakil İşlemleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyer		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 383 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Lojistik görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Sağlık Otelciliği Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verir,	0-2 Saat	2-12 Saat
Hastanenin tüm araç mevcut durumunu tespit eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Araçların şoförlerini görevlendirir	0-2 Saat	2-12 Saat
Hastaların, personel ve yakınları ile malzemelerin transferi için gereksinimleri ve ihtiyaçları belirler. İnsan Kaynakları Sorumlusundan hasta transfer taşıma malzemelerinin bir araya getirilmesine yardım etmeleri için hasta taşıyıcı personel ister	0-2 Saat	2-12 Saat
Sağlık Otelciliği Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29)kaydeder, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yapar	2-12 Saat	12-72 Saat
Ulaşım ve nakil hizmetleri için mevcut durumunu kontrol eder. İhtiyaç duyulabilecek araç ve personel miktarını tespit eder temin edilmesi için Sağlık Otelciliği Sorumlusuna bildirir	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	2-12 Saat	12-72 Saat
İnsan Kaynakları biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıtgörevlisi atanmasını sağlar. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olur,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve işgüvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Ulaştırma ve nakil hizmetlerinin eskizsiz yürütülmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığı takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonlarındurumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azaltır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 384 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastane Olay Yönetim Merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları toplar ve düzenler.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM -4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetimekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantıların yapılması.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

35.Finans Şefi İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.	
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Yeşil/Görev yeleğini giyin	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
OYE tarafından belirlenen finansal sınırların düzenli maliyet analizi ile gözetilmesini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Maliyet kayıtlarının doğru biçimde tutulmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik Bölümü Birim Sorumlularını, mevcut durum ve olayın hedefleri ve strateji hakkında kısaca bilgilendirir, bölüm eylem planı taslağını hazırlar, sonraki toplantının zamanını belirler	0-2 Saat	2-12 Saat
Bölüm Personel Mesai Tablosunu (Form -18)Lojistik Bölüm personeline dağıtır vemesailerin uygun şekilde kaydedildiğini kontrol eder. Bu tabloyu vardiya bitiminde veya her operasyon periyodunun bitiminde İnsan Kaynakları Sorumlusuna ulaştırır	0-2 Saat	2-12 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 385 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gereksinim durumunda Afet Eylem Planının düzenlenmesine, brifinglere ve toplantılara katılır; -Maliyet hesabını çıkarır. -Afet Eylem Planının HAY tarafından belirlenen finansal sınırlar içerisinde yürütülmesini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Herhangi bir özel anlaşma/sözleşme ihtiyacı olup olmadığına karar verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik Bölümü personelinin güvenlik ilke ve yöntemlerine riayet etmelerini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydeder. Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM-4) süregelen şekilde kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Lojistik şefinden gelen istekler doğrultusunda talep edilen malzeme, ilaç vb. alımların ödemelerini yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Yapılan ödemelerin kayıtlarının doğru kaydedilmesini ve denetlemesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Muhasebe işlemlerini izler, analiz eder ve muhasebe raporlarını düzenler.	2-12 Saat	12-72 Saat
Gelir / giderleri izler, dokümante eder ve OYE ye düzenli olarak bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Kısa ve uzun vadede karşılaşılabilecek finansal sorunları belirler ve çözüm üretir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Görevli personellerin ücret ve ödeme planlamasını yapar ve öder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Anlaşmalı olan ve olmayan satıcılardan alımlarla ilgili hesapları yönetir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamaların hesaplar ve raporlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm muhasebe formları, fatura, satın alma sözleşmesi ve diğer kayıtları muhafaza eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hasar tespiti için OYE ile bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bina turunda tespit edilen hasarların iyileştirilmesi için ödeme yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu olduğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümante edilmesinden sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 386 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: İlgili Kayıtlar

Formlar: 2/4/6/7/18/21/25/29

Raporlama Mekanizması: HAP başkanı

36.Faturanlandırma Maliyetlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Bildirilen afetin maliyet analizi verilerini sağlamak, afetin maliyet kayıtlarının doğru şekilde tutulmasından sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Finans şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin RaporlamaZamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Finans Şefinden görevlendirme ve brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Durum tespiti toplantılarına katılır ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale;ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Finans Şefine düzenli yazılı durum raporları verir		0-2 Saat	2-12 Saat
Uygun kodlamaları içerecek şekilde Faturalama/Maliyetlendirme prosedürlerinin kaydedilmesini sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.		0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydeder, bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Mevcut durum raporlarını almak için Finans Şefi, bölüm şefleri ve birim sorumluları ile düzenli toplantı yapar ve önemli bilgileri ekip üyelerine iletir		2-12 Saat	12-72 Saat
Faturalama/Maliyetlendirme biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterlisayıda kayıt görevlisi atanmasını sağlar gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep eder		2-12 Saat	12-72 Saat
Faturalama/Maliyetlendirme işlemlerinin izlemi ve analizlerini sürdürür		2-12 Saat	12-72 Saat
Tercihen sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde Finans Şefine sunulmak üzere bir Faturalama/Maliyetlendirme Raporu hazırlar		2-12 Saat	12-72 Saat
Bölüm eylem planı hazırlar, talep ettiğinde Finans Yöneticisi iletir		2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 387 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Düzeltilmediğin ya da çözemediğin herhangi bir sorun hakkında Finans Yöneticisini acilen bilgilendirir	2-12 Saat	12-72 Saat
Stres yönetimi, dinlenme ve gıda alımını fiziksel gereksinimlerini karşılayacak şekilde yapar	2-12 Saat	12-72 Saat
Görev devri yaptığı takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olur	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve işgüvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tercihen her sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde tüm ödemeleri düzenleyen bir Faturalama/Maliyetlendirme raporu hazırlamaya devam eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendifiziksel gereksinimlerini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlara açısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktarır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yapıldığı takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelin kendi rutin görevlerine döndürür ve pozisyonları kombine eder ya da kademeli olarak azaltır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm Faturalama/Maliyetlendirme kayıtlarını tamamlar ve bir özet afet Faturalama/Maliyetlendirme raporu hazırlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevi sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM-4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer briefing ve toplantılara katılır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: İlgili Formlar		
Raporlama Mekanizması: Finans Şefi, OYE		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 388 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

37. Satınalma Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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.		
Bağlı Olduğu Şef	Finans şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyer		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Finans şefine bağlı çalışır, Lojistik şefi ile iletişim halinde olur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Afete özel durumlar nedeni ile tahsil edilemeyecek zorunlu harcamalar, özellikle afetle ilişkili tüm satın alma sözleşmelerinin ve acil durum planında belirtilen alımların ayrı hesaplanmasını sağlar, denetler.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Maliyetleri asgariye düşürmek için anlaşma ve görüşmeler yapar, anlaşmazlıkları çözümler.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi malzeme, ayniyat ve diğer materyallerin transferi, paylaşımı için acil anlaşmalar yap ve raporlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydeder, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Lojistik şefinden gelen malzeme taleplerini değerlendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Finans şefinin bilgisi doğrultusunda talepleri temin eder.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Alınan malzemelerin faturalanmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar tutulan kayıtların finans şefine raporunu hazırlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Her sekiz saatte bir ve/veya Faturalama/Maliyetlendirme sorumlusunun belirlediği aralıklarla satın alımlarla ilgili Satın Alma raporlarını hazırlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Bölüm eylem planı hazırla, talep ettiğinde Finans Şefine iletir	2-12 Saat	12-72 Saat	
Düzeltilmediğin ya da çözemediğin herhangi bir sorun hakkında Finans Şefini acilen bilgilendirir	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tüm personel ve gönüllüleri stres ve uygunsuz davranış belirtileri açısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler	2-12 Saat	12-72 Saat	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 389 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Sorumlusuna aktarır.		
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve işgüvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Afet esnasında karşılatılan tüm anlaşmaları tanımlayacak şekilde Satın Almakayıtlarını tutmaya devam eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde BilgiPaylaşımı Takip Formu (FORM-29)kaydedilmesini sürdürür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendifiziksel gereksinimlerini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile afet durumunda alınan malzeme araç gereçilaç vb ihtiyaçların raporunu finans şefine sunar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelin kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonlarıkombine et ya da kademeli olarak azaltır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bina hasar tespit sonrası gerekli malzemelerin fiyatlandırmasını yapar ve rapor hazırlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Alınan malzemelere ait ilgili faturaların faturalama birimine tam ve eksiksiz teslimedilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: Finans şefi, OYE		

38.Hukuk Tazminat Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur. Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur
Bağlı Olduğu Şef	Finans şefi
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyer
Kendisine Bağlı Birim	
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 390 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Finans şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Durum tespiti toplantılarına katılır ve uygun müdahaleyi belirler. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Finans Şefine düzenli yazılı durum raporları verir,	0-2 Saat	2-12 Saat
Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin al, araştır ve doküman eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm Bölüm Personel Mesai Tablosunu (Form - 18) göre: Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesini sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydeder, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olur	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tercihen her sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde tüm ödemeleri düzenleyen bir Hukuk/Tazminat ve tahakkuk biriminin raporu hazırlamaya devam eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendifiziksel gereksinimlerini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzenini gözden geçirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelin kendi rutin görevlerine döndürür ve pozisyonları kombine eder ya da kademeli olarak azaltır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm Faturalama/Maliyetlendirme kayıtlarını tamamlar ve bir özet afet Faturalama/Maliyetlendirme raporu hazırlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 391 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katılır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: İlgili Formlar		
Raporlama Mekanizması: Finans Şefi, OYE		
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür	2-12 Saat	12-72 Saat
Tercihen her sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde tüm ödemeleri düzenleyen bir Hukuk/Tazminat biriminin raporu hazırlamaya devam eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm tahakkuk formlarının özet, kopya ya da orijinallerini toplar	2-12 Saat	12-72 Saat
Bölüm eylem planı hazırlar, talep ettiğinde Finans Yöneticisi iletir	2-12 Saat	12-72 Saat
Düzeltilmediğin ya da çözemediğin herhangi bir sorun hakkında Finans Yöneticisini acilen bilgilendirir	2-12 Saat	12-72 Saat
Stres yönetimi, dinlenme ve gıda alımını fiziksel gereksinimlerini karşılayacak şekilde yapar	2-12 Saat	12-72 Saat
Görev devri yaptığıın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır	2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 392 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 1-B STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 393 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

1. Tedavi Kapasitesi ve Yeteneği Değerlendirme Standart Operasyon Prosedürü

	TEDAVİ KAPASİTESİ VE YETENEĞİ DEĞERLENDİRME STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
TEMEL FAALİYET Hastanenin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek. HEDEFLER Hastaneye kabul edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin kapasite ve yeteneğini 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 imkân ve kapasitesini değerlendirmek, İlk 24 saat sonunda söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlama zamanı
Halihazırda kullanılmakta olan, boşaltılabilecek ve eklenebilecek yatakların, sayısını değerlendirin (koridorlardaki sedyelerdahil),	15 Dk	30 Dk
Yatakların kullanımını fonksiyonel hale getirmek için sonraki 24 saat içinde olabilecek değişiklikleri göz önünde bulundurarak personel, malzeme ve temel ekipman sağlama kapasitesini değerlendirin. Diğer sağlık tesisleri, özel sektör veya akredite gönüllülerden (sağlık veya genel gönüllü) gelen ek personel ile hastaneyi destekleyin,	15 Dk	30 Dk
Sonraki 48 saat içerisinde meydana gelebilecek olası değişiklikleri dikkate alarak, travma ve cerrahi bakıma yönelik maksimum kapasiteyi değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Kan bankası, eczane, laboratuvar, görüntüleme gibi kritik hizmetler sunan birimlerin maksimum kapasitelerini değerlendirin (hizmet verilebilecek hafif, orta, ağır yaralı/hasta sayılarını tahminedin),	15 Dk	30 Dk
Görev başında bulunan ve göreve çağırılacak personel (sağlık, idari ve teknik) durumunu ve sonraki 24 saat içerisinde meydana gelebilecek olası personel değişimini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Alt yapı süreçleriyle ilgili olarak medikal gaz sistemlerinin maksimum kapasitesini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 394 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Medikal cihazların maksimum kapasitesini değerlendirin, (kuvöz, ventilatör vs.)	15 Dk	30 Dk
Teknik süreçlerle ilgili mevcut kapasiteyi değerlendir (UPS, jeneratör, su depoları vs.)	15 Dk	30 Dk
İdari desteğin imkân ve kapasitesini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Tüm Servis Sorumlularından, halihazırdaki personelin sayı ve yeterliklerini tahmin etmelerini ve olası değişimi değerlendirmelerini isteyin, (her birimin SOP una eklenebilir.)	15 Dk	30 Dk
Personelin yeterliliğini ve ihtiyaç duydukları temel malzemeleri göz önünde bulundurarak zamanla meydana gelebilecek değişimi ve temel hizmet sunumuna yönelik sürdürülebilirliği belirleyin.	15 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
İş güvenliği prosedürleri, personel ve hastalar için olağan durumdaki gibi aynen uygulanmalıdır,		
Yataklar fonksiyonel yatak olmalıdır, tıbbi bakım verilemeyecek yataklara hastayatırılmamalıdır.		
Kişisel koruyucu ekipman durumu kontrol edilerek kapasite belirlenmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Kayıtlar, Formlar ve Kontrol Listeleri		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
OYE'nin istediği kritik bilgilerin, servisler tarafından en kısa sürede hazırlanarak değerlendirilmek üzere OYE'ye sunulduğundan emin olun.	30 Dk	60 Dk
Zaman Dilimi		
Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle başlar.	Hemen	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tıbbi triyaj yönetim prosedürü	15 Dk	30 Dk
Acil servis yönetimi ve hastaların servislere nakil SOP	15 Dk	30 Dk
Hastaneler arası sevkten sorumlu yöneticiler ve sağlık yetkilileriyle düzenli olarak bilgi paylaşımı; takip kayıtları kullanılarak OYE tarafından gerçekleştirilir (bkz. AMP Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölüm).	15 Dk	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Herhangi bir servis istenilen bilgiyi sağlayamazsa, kabaca bir tahminde bulunun (tahminlerde olası en düşük kapasiteleri kullanın),	15 Dk	30 Dk
Olay personelin iş yerine ulaşmasını engelleyecek boyutta ise, hastanenin	15 Dk	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 395 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

tedaviimkân ve kapasitesinin düşebileceğini göz önünde bulundurun.		
Sürece Dahil Kişiler		
OYEyeleri, tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, idari hizmetler ve lojistik		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Formlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili Kayıtlar	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması: İlgiliFormlar		
İzleme		
OYE, hastanenin tedavi imkan ve kapasitesinin gelişimini, belirlenmiş periyotlarla değerlendirmeye devam eder.		
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 396 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

2. Acil Müdahale Aktivasyonu Stanrat Operasyon Prosedürü

	ACİL MÜDAHALE AKTİVASYONU STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
TEMEL FAALİYET Herhangi bir olay bildiriminin, Acil Müdahale Planı (AMP) doğrultusunda derhal ve etkili bir şekilde ele alınmasını sağlamak. HEDEFLER Olay bildirimini doğrulamak ve olayın ciddiyet derecesini değerlendirmek, OYE'nin aktive edilmesiyle,Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonuna ilişkin karar alınmasını sağlamak/başlatmak, Olay Yönetim Merkezini açmayı göz önünde bulundurmak, Hastane servis sorumluları ile iletişime geçmek,		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler (15 dakikadan kısa sürede bildirimi değerlendirmek ve olayı doğrulamak)	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Olay bildirimini değerlendirmek için bildirim ve alarm durumu akış şemasını(Şekil 3)kullanın,	10 Dk	30 Dk
İlerleyen saatlerde tıbbi bakım hizmetlerine yönelik talep ve olası değişiklikler açısından olayın ciddiyetini (büyüklük, kapsam, etkilenen kişi sayısı vb.)değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Hastanenin, önceden belirlenmiş kontrol listesini kullanarak söz konusu talebi karşılama kapasitesindeğerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Temel hastane hizmetlerinin sunumunu ve sürekliliğini sağlamada olası eksikliklerideğerlendirin (ilk değerlendirme),	15 Dk	30 Dk
AMP'nin aktivasyonunun gerekip gerekmediğindeğerlendirin,	15 Dk	30 Dk
İlgili kişileri bilgilendirin (görevlerine göre),	Hemen	30 Dk
Olay Bildirim Formunu kullanarak orijinal iletiyikaydedin.	Hemen	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hastane iş güvenliğinin genel bir ön değerlendirmesini yaparak söz konusu olayın işgüvenliği ve emniyeti tehdit edip etmediği değerlendirilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Acil Müdahale Planı		
İş Akış Talimatı		
Standart Operasyon Prosedürü		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 397 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kontrollistesi		
Bildirim ve alarm durumu akışşeması. (Plan şekil 3)		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Bilgilendirilen kişilerin gerekli faaliyetleri gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin takibini sağlayın,	30 Dk	60 Dk
112 AÇM/KKM/İl SAKOM'un bilgilendirildiğinden emin olun.		
Zaman Dilimi		
Acil (olay bildiriminin alınmasından itibaren ilk 15 dakika içinde)	15 Dk	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
OlayYönetimEkibinin,OlayYönetimMerkezinin,AcilMüdahale Planı'nın (AMP) AktiveEdilmesiSOP'u. (SOP:3)	30 Dk	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
OYE üyeleriyle irtibata geçemezseniz, görevdeki yetkili sağlık personeliyle hemenbilgiyi paylaşın ve karar alma sürecinibaşlatın,	15 Dk	30 Dk
Olay, hastaneyi tehdit ediyorsa, OYE'yi seferber edin ve 112 AÇM/ KKM/İl SAKOM'ubilgilendirin.	15 Dk	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYEüyeleri,		
Ekler		
Olay BildirimFormu,		
Talepleri karşılamak amacıyla gerekli tedavi kapasitesinin kabaca tahminine yönelik ilgili Formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: İlgili Formlar		
Raporlama Mekanizması: AMP'de belirtilen ilgilialan		
İzleme		
1 saat sonra		
Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı alıp almadığını kontrol edin.	60 Dk	6 Saat
112 AÇM/KKM/İl SAKOM'u bilgilendirildiğinden emin olun.	60 Dk	6 Saat
Güvenlik Konuları		

3. Olay Yönetim Ekibi, Olay Yönetim Merkezi ve Acil Müdahale Planının Aktivasyonu Standart Operasyon Prosedürü

	OLAY YÖNETİM EKİBİ, OLAY YÖNETİM MERKEZİ VE ACİL MÜDAHALE PLANININ AKTİVASYONU STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...

Temel Faaliyet

Yönetim yapısını derhal aktif hale getirmek.

HEDEFLER

Mümkün olduğunca çok sayıda olay yönetim ekip üyesini aktive etmek (pozisyonlar/fonksiyonlar), OlayYönetimMerkezi'ni açmak(OYM)ve ilk OlayYönetimEkibi (OYE) toplantısını yapmak, Mevcut üyelere göre Olay Yönetim Ekibi'nin düzenlemek, Mevcut üyeler arasında görev ve sorumlulukları dağıtmak,

Etkili yönetim ve koordinasyonu sağlamak üzere Olay YönetimMerkezi'ni işlevsel hale getirmek, Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine karar vermek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlama zamanı
Olay Yönetim Merkezi'ni (OYM)açın (HAP Sekreteryası açar),	1 Dk	30 Dk
OYE çalışmalarını için Standart Operasyon Prosedürleri, İş Akış Talimatları, kayıtlar, kartlar, standart protokoller ve ekipmanın mevcut olup olmadığını kontrol edin,	2 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezi'ndeki haberleşme araçlarını kontrol edin,	5 Dk	30 Dk
OYE'nin çalışma yöntemine karar verin,	5 Dk	30 Dk
OYE'nin çalışmalarını kolaylaştırmak için destek personelin hazırda bulunmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
OYE'nin mevcut üyeleriyle, var olan bilgileri ve Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyon düzeyini göz önünde bulundurarak güncel durumu değerlendirin ve acil ihtiyaçları belirleyin,	10 Dk	30 Dk
Hastane içi ve dışındaki ana paydaşlarla öncelikli faaliyetlerin kararlaştırılmasına yönelik koordinasyonu sağlayın,	10 Dk	30 Dk
Yangın gibi devam etmekte olan bir iç tehdidin meydana gelmesi durumunda, Olay Yönetim Merkezi için alternatif bir oda da dahil olmak üzere; OYE'nin çalışmasını sürdürmeye yönelik yedek sistemleri belirleyin,	10 Dk	30 Dk
Epidemi durumunda, OYE toplantılarına, hastane enfeksiyon önleme ve kontrol programı sorumlusunu dahil edin,	10 Dk	30 Dk
Mevcut OYE üyeleri, işlenmesi/değerlendirilmesi gereken verilerin tespitinde şüphesizleri göz önünde bulundurmalıdır:	10 Dk	30 Dk
✓ Yalnızca karar vermeye yönelik verilere odaklanın,	5 Dk	30 Dk

✓ Olayın türüne göre (kitlesel travma, zehirlenme veya pandemi) acil ihtiyaç duyulan ve sonraki birkaç saat içerisinde ihtiyaç duyulacak verilerin olabileceğini göz önünde bulundurun,	15 Dk	30 Dk
✓ Verilerin kaynağı nerededir, nasıl toplanır, kim neyapacak, OYM 'de nasıl muhafaza edilip işlenecek gibi soruları cevaplayın.	15 Dk	30 Dk
İç ve dış koordinasyon tedbirlerini ve bunların mevcut duruma nasıl uyarlanacağını belirleyin (bilgi yönetimi bölümüne bakınız),	15 Dk	30 Dk
İlk 48 saat ve sonrasında, OYE'nin çalışmalarının nasıl düzenleneceğine karar verin,	20 Dk	30 Dk
AMP aktivasyon düzeyini yeniden değerlendirin ve Servis Müdahale Prosedürlerinin aktivasyonuna gerek olup olmadığına (gerek varsa hangi müdahale prosedürünün aktive edileceğine) karar verin,	25 Dk	30 Dk
Hangi alanların açılması gerektiğine karar verin,	15 Dk	30 Dk
Personelin nasıl geri çağırılacağına karar verin,	15 Dk	30 Dk
Mevcut personelin ne yapacağına karar verin (hastanede kalacak mı, kalmayacak mı?),	15 Dk	30 Dk
Geri dönen personelin toplanma noktasının neresi olacağına karar verin,	15 Dk	30 Dk
Sağlık yöneticileri ile irtibata geçin ve bilgi paylaşımında bulunun.	15 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceği ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
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 (OYM) ekipmanı.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
İrtibata geçilen OYE üyelerinin görevleri konusunda net talimatlara ulaşmaları için; kullanacakları İşAT'lar, Formlar ve SOP'ların hazır bulundurulmasını sağlayın,	15 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezi'nin açılması ve işlevsel olmasını sağlayın.	15 Dk	30 Dk
Zaman Dilimi		
Olay bildiriminin alınmasıyla başlar, 2 saatten kısa süre içinde gerçekleşir.		

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Naklinin YönetimiSOP'u,	Hasta	15 Dk	30 Dk
AcilServisYönetimiveHastalarınServislereNakli SOP'u,		15 Dk	30 Dk
Servislere ilişkin müdahaleprosedürleri,		15 Dk	30 Dk
Servis Müdahale ProsedürününAktivasyonu SOP'u,		15 Dk	30 Dk
İnsan Kaynakları YönetimiSOP'u,		15 Dk	30 Dk
Bilgi YönetimiSOP'u,		15 Dk	30 Dk
Sağlık yöneticileri ile bilgipaylaşımı.		15 Dk	30 Dk

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Hastane dışı olayın hastane hizmetlerine ilişkin olumsuz sonuçlar doğurma ihtimalidurumunda, Olay Eylem Planı'nı geliştirin (proaktif tutum ve öngörü).

Sürece Dahil Kişiler

OYEüyeleri,

Sağlıkyetkilileri.

Ekler

Krokiler

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Hemen	6 Saat

İzleme

OYE, operasyon koordinasyonu ve faaliyetlerde ortaya çıkabilecek önemli sorunları mümkün olan en kısa sürede tespit etmek için yönetim sistemlerinin izlenmesine kararvermelidir,

60 Dk

OYE, kaynakların etkin yönetildiğinden, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgipaylaşıldığından eminolmalıdır.

60 Dk

Güvenlik Konuları

4. Hastane Afet Triyaj Alanını Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışı Ve Hasta Naklinin Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	HASTANE AFET TRİYAJ ALANINI GELEN HASTALARA YÖNELİK HARİCİ TRAFİK AKIŞI VE HASTA NAKLİNİN YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...

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 Planı'nda (AMP) 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 hastaların tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre ilgili servislere naklini sağlamak (Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, ameliyathane, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.) ve gerektiğinde hastaya refakat etmek, Nakil araçları ve yürüyebilen hastalar için harici trafik akışını organize etmek, Tıbbi bakım hizmetlerinin kaydedilmesini sağlamak, Hastaların triyajını yaparak hastanenin tıbbi bakım kapasitesini arttırmaya katkıda bulunmak, Hastane alanı içinde güvenliği sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Acil Servis'e ve hastanenin diğer servislerine erişimi, yalnızca iyileştirilebilir vakalar veya kısıtlı kaynaklara erişerek fayda görebilecek vakalar için sağlayın. Bu nedenle:	5 Dk	30 Dk
✓ Hafif yaralanmaları ya da diğer hafif tıbbi durumları Acil Servis dışında tedavi etme seçeneğini göz önünde bulundurun,	5 Dk	30 Dk
✓ Hafif yaralıları tedavi etmek için Ayaktan Tedavi Bölümü (poliklinikleri) açın. Halihazırda ayaktan tedavi bölüm (ATB) varsa ve mekân bakımından sorun yoksagenişletin ve güçlendirin,	5 Dk	30 Dk
✓ Olağan ATB hastalarını, OYE aksini belirtmedikçe rutin bölümlere (polikliniklere) yönlendirin, (OYE bazı ATBfaaliyetlerini durdurabilir),	5 Dk	30 Dk
✓ Özellikle ATB, Acil Servis'e yakınsa, erişim sorunları ve aşırı yoğunluğa sebep olacaksa, aciliyeti olmayan tüm ATB konsültasyonlarının iptal edilebilir,	5 Dk	30 Dk

Eğer bazı Ayaktan Tedavi Bölümü faaliyetler iptal edilirse, bu durumda rutin olarak gelen hastalara nasıl haber verileceğine karar vermek gerekmektedir;	5 Dk	30 Dk
✓ Web üzerinden randevu alan hastalara, randevu iptallerini duyurmak için sms atılır veya aranır.		
Hastane afet triyaj alanını bir saatten daha kısa sürede çalışır hale getirmek için uygun önlemleri alın:	5 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanını açın, bu alana yedekli personel tayin edin, bu alanın güvenliğini sağlayıp donatmak ile ilgili AMP'yi esas alın,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanının açıldığını ve hastaların kabulünün nasıl organize edileceğini 112 AÇM/KKM/İl SAKOM'a bildirin,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanında kimin çalışacağına, hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceğine, hangi formların, kayıtların, prosedürlerin ve iş akış talimatlarının kullanılacağına karar verin,	10 Dk	30 Dk
✓ Kullanılabilecek standart tedavi protokollerini belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanıyla, OYE ve Acil Servis arasında bilgi paylaşımının nasıl yapılacağını belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Triage sorumlusu, hasta yakınlarının triyaj alanına alınmasını onaylamadıkça hasta yakınlarının triyaj alanına girmesine izin vermeyin (çocuk vakalar hariç),	10 Dk	30 Dk
✓ Önceden belirlenen hasta kartlarını kullanarak hastaların (koma durumunda olanlar dahil) kaydının yapılmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastaların sürekli olarak izlenebilir olmasını sağlayın, hastane afet triyaj alanı ve Acil Servis ayrı yerlerde ise bu iki alan arasında etkili bir koordinasyon olmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
✓ OYE hastane afet triyaj alanının güvenli bir şekilde organize edilmesini, yönetilmesini sağlar ve takip eder.	10 Dk	30 Dk
Hastane dışı trafik akışını organize edin:	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanı ve hastane girişi için güvenliği yönetmekle sorumlu olacak (gerektiğinde emniyet güçleri ile irtibatı sağlayacak ve birlikte çalışacak) yedekli bir güvenlik görevlisi tayin edin,	10 Dk	30 Dk
✓ Alanların belirlenmesini, işaret ve yönlendirme tabelalarının yerleştirilmiş olmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
✓ Hasta kabul alanlarının doğru bir şekilde belirlenmiş, güvenliğinin sağlanmış ve gerekli personelin görevlendirilmiş olduğunu teyit edin,	10 Dk	30 Dk
✓ İlgili personelin bilgilendirildiğinden ve gerekli koruma/korunma önlemlerinin alındığından emin olun,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanına ulaşmak için harici trafik akışını düzenleyin/düzenletin. Triage alanından Acil Servis'e ya da diğer servislere hastanenin aksamaması için alternatif yollar ile giriş çıkışları belirleyin,	10 Dk	30 Dk

✓ Harici trafik akışını kolaylaştırmak ve bu trafik akışını (ambulanslar) organize etmek için hastane afet triyaj alanının güvenli ve iyi belirlenmiş.

10 Dk

30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Görevli personelin kişisel koruyucu kıyafet kullanması sağlanmalıdır,

Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir,

Ayrıca kişisel eşya güvenliği de sağlanmalıdır (kişisel eşyaların etiketlenerek güvenlik personeli gözetiminde bulunan kilitli emanet dolabına konulur.)

Kullanılacak Materyaller

Hastane afet triyaj alanı için gerekli ekipman, olay yönetim merkezinde, ve ana depoda afet stoğunda bulundurulmalıdır,

Hasta kayıt ve izlemi için gerekli formlar ve kayıtlar,

Hasta kaydı için gerekli elektronik/dijital altyapı sağlanmalıdır,

Hastane tarafından belirlenen triyaj protokolü (bkz. Acil Müdahale Planı - AMP),

Görev yelekleri,

Trijaj alanındaki ekipman ve ilaçlar için kontrol listeleri,

Standart Operasyon Prosedürü (SOP).

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Hastane afet triyaj alanının gelen hastalar için tam fonksiyonel olmasını sağlayın
(personel, ekipman; güvenlik),

10 Dk

30 Dk

Harici trafiği düzenleyin ve trafik akışını sağlayın,

10 Dk

30 Dk

Güvenliği sağlayın.

10 Dk

30 Dk

Zaman Dilimi

OYE'nin Afet Triyaj Alanı açmaya yönelik kararı ile başlar, bir saatten kısa süre içinde gerçekleşir.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Standart Operasyon Prosedürü (SOP).....

5 Dk

30 Dk

İş Akış Talimatı (İşAT)

5 Dk

30 Dk

Servis Müdahale Prosedürü.....

5 Dk

30 Dk

Sağlık yetkilileri ile hastaları hastanelere göndermekle sorumlu komuta merkezi arasında düzenli olarak bilgi paylaşımı olmalıdır. Bilgi akışının sağlanması için, 112 AÇM/KKM/İl SAKOM bilgilendirmelidir. Bilgilendirme Bilgi Paylaşımı Takip Kayıt Formu kullanılarak yapılır.

5 Dk

30 Dk

Hastane içinde bilgi paylaşımı sürekli olmalıdır.

5 Dk

30 Dk

Diğer alan sorumluları ile birlikte hareket edilmelidir (hasta yakını alanı, medyabilgilendirme alanı, ölenlere ve kişisel eşyalara yönelik alan).	5 Dk	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Bulaşıcı hastalık acillerinde ya da bir epidemi durumunda, Bölüm 4'teki BulaşıcıHastalık yönetimine ilişkin Olaya Özel Plan'a bakınız ,	5 Dk	30 Dk
Kimyasal bir olay durumunda, Bölüm 4'teki kontamine hastalara ilişkin Olaya ÖzelPlan'a bakınız .	5 Dk	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE,		
Triyaj ekiplerinde çalışan sağlık personeli,		
Hastane afet triyaj alanında çalışan kayıt personeli ve idari personel,		
İlgili servis sorumluları,		
Güvenlik görevlisi,		
Kolluk kuvveti.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Kontrol listeleri:	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması: Acil Müdahale Planı'nın (AMP) ilgili bölüm		
Tedavi edilen ve kabul edilen hasta kayıtlarının tutulmasını sağlayın (hasta kartları),	Hemen	30 Dk
Hasta kayıt ve izlem formları ile ilgili kayıtların tutulmasını/saklanmasını sağlayın.	Hemen	30 Dk
İzleme		
Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun,	Olayın Başlamasından Bitmine Kadar	30 Dk
Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlendiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		
Hastane afet triyaj alanında güvenlik son derece önemlidir. Olayın hemen ardındankolluk kuvveti ile iş birliği sağlanmalıdır.		

5. Tıbbi Triyaj Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

TIBBİ TRIYAJ YÖNETİMİ STANDART
OPERASYON PROSEDÜRÜDoküman No: AD-PR-
Yayın Tarihi :03.01.2022
Revizyon No :00
Revizyon Tar :...**1. Temel Faaliyet**

Gelen her hastanın en uygun tedaviyi alması için hızlı bir şekilde muayene edilerek tıbbi durumunun değerlendirilmesini sağlamak.

2. Hedefler

Gelen tüm hastaların yeterliliğe 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 (Acil Servis, ameliyathaneler, Ayaktan Tedavi Bölümüvb.),

Hastanenin tedavi kapasitesini aşırı zorlamamak amacıyla hastaneye yatırılan hasta sayısını mümkün olan en düşük sayı tutmak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Triyaj ekibi/ekiplerinin çalışmaya hazır olduğunu ve bilginin nasıl paylaşılacağını, Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Birim Sorumlusu/Acil Servis Sorumlu Hekimine bildirin,	5 Dk	30 Dk
Triyajı yapılmış hastaların Acil Servis'te nereye nakledileceğine karar vermek için Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi/Acil Servis Birim Sorumlusu ile birlikte çalışın,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik tedbirlerinin alınması, personel ve hasta güvenliğinin sağlanması için güvenlik görevlisi ile birlikte çalışın,	5 Dk	30 Dk
Hastane afet triyaj alanı ile Acil Servis arasındaki nakillerin uygun bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Tıbbi tedavi ve kararları kayıt altına alın,	5 Dk	30 Dk
Hasta kabul alanlarının güvenliğini sağlayın (gerekirse kolluk kuvveti ile birlikte hareket edin),	Hemen	30 Dk
Güvenlik görevlisi ile iş birliği yaparak hasta kabul alanlarına yalnızca yetkili kişilerin girebilmesini sağlayın,	Hemen	30 Dk
Acil Servis'ten Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi/Acil Servis Birim Sorumlusunun izin vermediği hasta yakınlarının, hastane afet triyaj alanına ve Acil Servis'e girmelerini engelleyin.	Hemen	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 406 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek hemen güvenlik görevlisine bildirilmelidir,	
Ciddi tehdit teşkil edebilecek her türlü durum Acil Servis Birim Sorumlusu ve HAP Başkanı'na raporedilmelidir.	

Kullanılacak Materyaller

Standart Operasyon Prosedürü,	
İşaretler ve yönlendirme tabelaları,	
İşaret (ikaz) şeridi, tenteler ve önceden belirlenmiş diğer materyaller,	
Formlar ve kontrollisteleri,	
İlaçlar ve tıbbi ekipman (afet stoku),	
Görevyelekleri.	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Gelen tüm hastaların triyajlarının yapılmasını ve tıbbi bakım alanlarının yönlendirilmesini sağlar.	Hemen	30 Dk

Zaman Dilimi

Hastane afet triyaj alanının aktive edilmesinden hemen sonra başlar,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastalar hastaneye geldiği sürece devam eder.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Güvenlik Yönetimi SOP'u,	5 Dk	30 Dk
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/ Birimlere Nakli SOP'u,	5 Dk	30 Dk
Hastane Afet Triage Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik Sorumlusu İŞAT,	5 Dk	30 Dk
Triage Alan Sorumlusu İŞAT,	5 Dk	30 Dk
OYE ve Acil Servis ile koordinasyon.	5 Dk	30 Dk

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 407 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastayakınlarınıninkendilerineizin verilmediğihaldehastalarınınarefakat 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 anlaşılabilirşekildeişaretlenipetiketlenmişolmasınısağlayın;Güvenlik görevlisi ilebirlikte hareket edin.		
Sürece Dahil Kişiler		
Triyaj faaliyetine katılan tüm tıbbipersonel,		
OYE yada Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından görevlendirilen tüm idari personel vekayıt personeli,		
Güvenlikpersoneli.		
Ekler		
Farklı alanların konumlarını gösterenharitalar/krokiler,		
Kayıtlar veformlar,		
Mevcut malzemelerin kontrollistesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili formlar	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Hemen	
OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatlarınauyun.	Hemen	30 Dk
İzleme		
Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun.	Olay Başlamasında Kadar	
Güvenlik Konuları		

6. Acil Servis Yönetimi Ve Hastaların Servislere Nakli Standart Operasyon Prosedürü

ACIL SERVİS YÖNETİMİ VE HASTALARIN
SERVİSLERE NAKLİ STANDART OPERASYON
PROSEDÜRÜDoküman No: AD-PR-
Yayın Tarihi :03.01.2022
Revizyon No :00
Revizyon Tar :...**1.Temel Faaliyet**

Acil Servis'in çok sayıda hastaya hizmet verebilecek şekilde çalışır durumda olmasını sağlamak ve hastaların tıbbi bakım alanları arasındaki naklini organize etmek (hastane içi trafik akışı).

2.Hedefler

Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde Acil Servis'i bu plana göre organize etmek (bölümlerin farklı hasta kategorilerine göre oluştu rulması),
Rutin çalışma şeklinden, afet ve acil durum çalışma şekline geçiş yapmak (komuta, koordinasyon, bilgi yönetimi), Personelin, Acil Servis'in çeşitli bölümlerinde, net talimatlarla görevlendirilmesini sağlamak,
OYE ile koordineli olarak ek kaynakları (personel, malzeme, ekipman) devreye sokup, tedavi imkan ve kapasitesini artırmak, Acil Servis'te yoğunluk oluşmasını önlemek için, sağlık hizmetlerini öncelikli tıbbi tedavi ile sınırlandırarak devamlılığını sağlamak,
İlgili personelin her türlü tehlikeli durum hakkında bilgilendirilmesini ve korunmasını sağlamak,
Gerekli malzemelerin ve ekipmanların mevcut olmasını sağlamak (gereğinin yapılması için her türlü eksiklik hemen OYE'ye bildirilmelidir),
Acil Servis'te kalınan sürede ve hastanede ilgili servislere nakil sırasında öncelikli tıbbi tedavinin devamlılığını sağlamak,
Acil Servis ile tıbbi bakım alanları (Ayaktan Tedavi Bölümü, ameliyathane, yoğun bakım vb.) arasındaki hastane içi trafik akışını yönetmek,
Tıbbi bakımın devamlılığı için gereken önemli belgeleri hastalarla birlikte nakletmek, Personel ve hastaların (kişisel eşyaları dahil) güvenlik ve emniyetini sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek EylemlerEylemin
gerçekleştirilme
zamanı
Eylemin
raporlama
zamanı

Görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi aşağıdaki konuları OYE ile görüşmelidir:

5 Dk

30 Dk

Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (yönetim, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla rehber, prosedür ve İşAt'ların kullanıldığından emin olun,

5 Dk

30 Dk

Diğer birimlerden Acil Servis'e personel desteğinin nasıl sağlanacağına karar verin,

5 Dk

30 Dk

Acil Servis'in hastane afet triyaj alanının yönetimine nasıl katkıda bulunacağına karar verin,

5 Dk

30 Dk

Acil Servis'in, AMP ya da Acil Servis Müdahale Prosedürü'ne göre yeniden organize edilmesini sağlayın,

5 Dk

30 Dk

Personeli sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin,

5 Dk

30 Dk

Malzemelerin (afet stoku) ve ekipmanın kullanıma hazır olmasını sağlayın,

5 Dk

30 Dk

Personel, malzeme ve ekipman ihtiyacının artacağını göz önünde bulundurun,

5 Dk

30 Dk

Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak) OYE ile birlikte nihai karar alın,	5 Dk	30 Dk
Gelecek 24 saat içinde görev alacak personeli organize edin (nöbet/vardiya),	10 Dk	30 Dk
Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için Acil Servis'in bölümlerini işaretleyin/isimlendirin,	10 Dk	30 Dk
Güvenlik görevlisinden destek alarak, Acil Servis'e girişlerin sadece yetkili kişilerlesınırlandırılmasına dikkat edin,	10 Dk	30 Dk
Gelen hastaların kontamine (kimyasal ajan vb.), enfekte (pandemi, epidemi yapmapotansiyeline sahip ajan) olup olmadığından emin olun,	10 Dk	30 Dk
Dahili nakil kapasitesini (kullanılabilir sedyeler, personel), değerlendirerek yeterliolmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
Servis sorumlularını, hasta alımının nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirin,	10 Dk	30 Dk
Hastaların Acil Servis'ten etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayinedin,	10 Dk	30 Dk
Personelin, hastaların tıbbi bakımının devamlılığı açısından, nakil sırasında tıbbipersonel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın,	15 Dk	30 Dk
Hastanın, hastane içi uygun transferinin yapılması için önceden belirlenen Form/Formların kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları ilgili faaliyet konusunda vefaaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp, rapor edileceği konusunda bilgilendirin,	15 Dk	30 Dk
Acil Servis'in içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaret ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirildiğinden emin olun,	15 Dk	30 Dk
Hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasında, gerektiği durumlarda güvenlik görevlisinden destek alın,	15 Dk	30 Dk
Nakil yollarının hareketi engellemeyecek şekilde, sürekli açık olmasını sağlayın,yoğunluk oluşmasını önleyin,	5 Dk	30 Dk
Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre naklini sağlayın (tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil Servis OYE'nin kararlarına uymalıdır),	5 Dk	30 Dk
Acil Servis'te hasta naklinde görevli personelin, görev yeleği giymesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın.	5 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Acil Servis'te yalnızca yetkili kişiler çalışmalıdır,		

Aile üyeleri yalnızca Acil Servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat etmelidir (hasta başına bir kişi),

Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek Güvenlik görevlisine ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor edilmelidir (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir),

Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planı'nda (AMP) belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

Afet stoku,

Tıbbi malzemeler ve ekipman,

İşaretler ve yönlendirme tabelaları,

Formlar ve kontrol listeleri,

Görev yelekleri,

Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Acil Servis'te tüm hastalara ihtiyaçlarına göre tıbbi bakım verilmesinin sürekliliğini sağlayın,

Hemen

30 Dk

Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın doğru yönetildiğinden emin olun,

Hemen

30 Dk

İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını sağlayın.

Hemen

Zaman Dilimi

Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonundan hemen sonra başlar (Acil Servis'in yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzemelerin ve ekipmanın mobilize edilmesi 30 dakika içinde gerçekleştirilmelidir),

Olay

Başlamasından

Bitimine Kadar

Hastalar Acil Servis'e gelmeye devam ettiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Güvenlik Yönetimi SOP'u,

Hemen

30 Dk

Bilgi Yönetimi SOP'u,

Hemen

30 Dk

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

Hemen

30 Dk

Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u,

Hemen

30 Dk

Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,

Hemen

30 Dk

Ölü ve Kayıpların Yönetimi SOP'u,

Hemen

30 Dk

Güvenlik Sorumlusu İşAT,

Hemen

30 Dk

Triyaj Alan Sorumlusu İşAT,	Hemen	30 Dk
Acil Servis Birim Sorumlusu İşAT.	Hemen	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini sağlayın, Güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,	Hemen	30 Dk
Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,	Hemen	30 Dk
Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay vb.) yönlendirilmesini ve sevkini sağlayın.	Hemen	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
Acil Servis'te çalışan tüm sağlık çalışanları ve diğer çalışanlar,		
OYE ya da Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından diğer servislerden görevlendirilen tüm idari personel ve kayıt personeli,		
Güvenlik personeli.		
Ekler		
Farklı alanların konumlarının haritası/krokisi,		
Kayıtlar ve formlar,		
Standart Operasyon Prosedürü (SOP).		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Bilgi yönetimi Hasta dosyası Hasta takip formu		
Raporlama Mekanizması:		
OYE'nin ve Acil Servis Birim Sorumlusu'nun talimatlarına uyun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İzleme		
Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş sağlığı güvenliği ve emniyet konularının değerlendirildiğinden emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

Temel malzemelerin ve ekipmanın kullanılabilirliğinin kontrol edildiğinden emin olun,

Olay
Başlamasından
Bitimine Kadar

30 Dk

Tıbbi personel tarafından hasta nakillerinde uygulanmak üzere hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.

Olay
Başlamasından
Bitimine Kadar

30 Dk

Güvenlik Konuları

7. Servislerin Müdahale Aktivasyonu Standart Poerasyon Prosedürü

	SERVİSLERİN MÜDAHALE AKTİVASYONU STANDART POERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordinasyon içinde ilgili her servisin kendisine ait Müdahale Prosedürüne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak.		
Hedefler Gereken acil durumlarda/OYE'nin talebi halinde Servis Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle birlikte Yönetim zincirine (organizasyon şeması) ve koordinasyon mekanizmalarına her Birim'in Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi rutin çalışma şekline afet ve acil durumun çalışma şekline geçiş yapılmasını sağlamak, Her servisin hizmet sunumunun kalite standartları doğrultusunda sürekliliğini sağlamak, OYE'nin afet/acil durum müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak, Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak, Görevli personelin iş sağlığı güvenliğini ve emniyetini sağlamak, İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek, Servis düzeyinde gerekli Olay Eylem Planı'nı geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Servis Sorumlularından Müdahale Prosedürlerinde yer alan İş Akış Talimatları, Standart Operasyon Prosedürleri, kayıtlar ve Formların acil durumda ilgili personelin kullanımına hazır olup olmadığını kontrol etmelerini isteyin,	5 Dk	30 Dk
Müdahale Prosedürü'ne sahip servis sorumlularından aşağıdakileri kontrol etmesini isteyin:	5 Dk	30 Dk
Müdahale prosedürlerinin gerçekleştirilecek eylemler açısından uygunluğunun değerlendirilmesini,	5 Dk	30 Dk
OYE ile koordinasyonun nasıl sağlanacağını ve bilginin nasıl paylaşılacağını,	5 Dk	30 Dk
Lojistik ile ilgili servis ve OYE arasında belirlenecek yaklaşım/yöntemi; kimin ne yapacağını,	5 Dk	30 Dk
Kritik hizmetlerin güvenli bir şekilde sürdürülmesi için İş Akış Talimatları ve Güvenlik prosedürlerinin doğru yerde ilgili kişiler için hazır bulunup bulunmadığını.	5 Dk	30 Dk
Müdahale Prosedürü'nün (kimyasal olaylar, epidemi ve pandemi, personel iş güvenliği ve emniyeti gibi özel durumlar başta olmak üzere) mevcut acil duruma uygun olarak uyarlanıp uyarlanmadığını kontrol edin,	5 Dk	30 Dk

Servis düzeyinde bilginin (personele ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin,	5 Dk	30 Dk
İhtiyaçları ve olası sorunları öngörerek OYE ile servis arasında Lojistik Yönetimi konusunda etkili ve sürdürülebilir koordinasyonu sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Bilgi yönetimi prosedürünün aktive edilmiş olmasını sağlayın (OYE ve servisler arası koordinasyona odaklı),	5 Dk	30 Dk
Faaliyetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerekirse ilgili servisten Olay Eylem Planı geliştirmesini isteyin,	5 Dk	30 Dk
İnsan kaynaklarının nasıl yönetileceğine karar verin (OYE ve servis görev ve sorumlulukları),	5 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Servis sorumlusu tarafından personelin emniyetini, iş güvenliğini ve sağlığını tehditdebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir,		
Servislerde, yalnızca Servis Müdahale Prosedürlerine ya da OYE ve ilgili servis sorumlularının müşterek kararına göre yetkilendirilen personelin çalışmasına izin verilmelidir,		
Acil durumun süreci konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır,		
Personelin yaka kartları takması ve mümkünse yelek giymesi sağlanmalıdır,		
Bulaşıcı hastalıklar, pandemi ve/veya KBRN olaylarında tüm personelin koruyucu tedbirlere tamamen uyması sağlanmalıdır,		
Kritik ekipmanın bakımının ihmal edilmemesi ve gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
İlgili Servis Müdahale Prosedürü (SOP, organizasyon şeması, İşAT dahil),		
Bilgi Yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar,		
Lojistik Yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar,		
Görev yelekleri (varsa).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
İlgili servisin ana faaliyetleri ve kritik hizmetleri gerçekleştirdiğini kontrol edin,	Hemen	30 Dk
Bilgi yönetiminin etkili olmasını sağlayın,	Hemen	30 Dk
Lojistik ve Güvenlik yönetiminin etkili olmasını sağlayın.	Hemen	30 Dk
Zaman Dilimi		

İlgili Servis Müdahale Prosedürlerinin aktive edilmesiyle başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Standart Operasyon Prosedürü	Hemen	30 Dk
Diğer Servis Müdahale Prosedürü	Hemen	30 Dk
OYE	Hemen	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Personelin emniyeti, iş güvenliği ya da sağlığı tehdit altında olursa, acil düzeltici önleminin hemen OYE'ye haber verin,	Tehdit Ortaya Çıktığında	30 Dk
İlgili servisin faaliyeti personel, ekipman eksikliği ya da kritik altyapının kısmi kaybı (örneğin, elektrik kesintisi) gibi herhangi bir sebeple tehlikeye düşerse, düzeltici önlemler için hemen OYE ile irtibata geçin,	Olay Olunca	30 Dk
İlgili servisin kısmi olarak tahliye edilmesi gerektiğinde, hemen Tahliye ile ilgili Olaya Özel Planı uygulayın (bkz.Bölüm4).	Tahliye Durumu Olunca	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE personeli, servis sorumluları, servis personeli, Destek personeli (örneğin hastane dışından personel).		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili Formlar	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması: AMP de verilerin işlenmesi ve muhafaza edilmesi bölümünde açıklandığı gibi		30 Dk
İzleme		
Etkinleştirilen Servis Müdahale Prosedürlerini ya da OYE tarafından geliştirilen yenitalimatların, tamamen uyguladıklarından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İlgili servis sorumluları ve HAP Başkanı tarafından kararlaştırıldığı şekilde beklenen hizmetleri sağladıklarından emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		

8. İnsan Kaynakları Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak. Hedefler AMP aktive edildiğinde mevcut personelin yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelin rutin çalışma şekline afet/acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak, AMP'nin aktivasyon düzeyine göre geri çağırma prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak, Geri çağırılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek, OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel görevlendirmek, Personelin iş sağlığı, güvenliği ve emniyetini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak, Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek, Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak, Gerektiğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Servislerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE'ye haber vermelerini isteyin (örneğin, travma konusunda nitelikli cerrah sayısı),	Hemen	30 Dk
Servislerin, 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,	Hemen	30 Dk
İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin,	30 Dk	30 Dk
Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırma yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/ kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağırılan kritik personelin naklini organize edin),	Hemen	30 Dk
Geri çağırılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin,	10 Dk	30 Dk
Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE'nin ve servis sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin,	10 Dk	30 Dk
Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin; akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere AMP'de açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin,	30 Dk	60 Dk

Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.),	Hemen	30 Dk
Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevdeolmayan) sürekli güncel tutun,	Hemen	30 Dk
Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin,	Hemen	30 Dk
Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın.	30 Dk	60 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir,	10 Dk	30 Dk
OYE ve çeşitli servis sorumlularının kararına göre, ilgili servislerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verilmelidir,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin yaka kartları takması ve mümkünse görev yeleklerini giymesi sağlanmalıdır,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman (KKE) dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uyması sağlanmalıdır.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Kullanılacak Materyaller		
AMP'de açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, Formlarve kayıtlar,		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri,		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Görevde olan ve olmayan personelin yapması gerekenler konusunda bilgilendirilmesini sağlayın,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personel için en acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.	Olay	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 418 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	Başlamasından Bitimine Kadar	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Standart Operasyon Prosedürü.....	Hemen	
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü.....	Hemen	
Yerel sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,	Hemen	30 Dk
İlgili ise diğer hastaneler ile koordinasyon kurun.	Hemen	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Eğer olay personele yönelik bir sağlık sorunu teşkil ederse (örneğin kimyasal olay, insandan insana bulaşma potansiyeli olan şiddetli bulaşıcı hastalık) personelin sağlığını korumak amacıyla gereken önlemleri alın (örneğin koruyucu ekipman dağıtımı, personelin bilgilendirilmesi) ve profilaktik ilaç kullanımını aktive edin,	Hemen	30 Dk
En önemli hizmetleri sağlama konusunda personel eksikliği varsa, destek almak için sağlık yetkilileri ile irtibata geçin ve gönüllülerin katılımı veya özel sektörün sunabileceği katkı gibi alternatifleri değerlendirin.	Hemen	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE üyeleri, Servis sorumluları, Hastane personeli, Sağlık yetkilileri.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: 2/4/16/17/18/24/26/29/36	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
AMP'nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.		
İzleme		
OYE'nin gerekli gördüğü aralıklarla (örneğin, ilk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez) kontrol ederek, personelin nitelik ve niceliğinin hizmetin yeterliliği açısından uygun olduğundan emin olun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 419 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

9. Bilgi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	BİLGİ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
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 olay 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.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Öncelikle, düzenli güncellenecek kararların alınmasında etkili olan temel veri türlerini belirleyin (nasıl ve ne zaman gibi temel soruları içeren veri türlerini, veri kaynaklarını, veri toplama yöntemlerini ve OYE'ye raporlama mekanizmasını tespit edin),	5 Dk	30 Dk
İlk etapta AMP'de yer alan verileri dikkate alın ve değerlendirin (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),	5 Dk	30 Dk
OYE, aşağıdaki faaliyetlerin acilen yerine getirilmesi için hemen Planlama şefine bağlı olan Durum Değerlendirme Sorumlusunu görevlendirmelidir. Genellikle OYE bünyesinde planlama fonksiyonu dahilinde bir ekip, aşağıdaki faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli bilgi yönetimi altyapısını sağlar:	5 Dk	30 Dk
✓ Diğer hastaneler, acil sağlık hizmetleri, sağlık yetkilileri ve basın ile bilgi paylaşım yöntemi ve kurallarının gözden geçirilmesi,	5 Dk	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 420 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

✓ Acil durumlarda, hastanede gereksiz yoğunluğun önlenmesi amacıyla kamuoyunun bilgilendirilmesi (tüm hastaların uygun tedavi alabilecekleri diğer sağlık kurumlarına yönlendirilmesi de dahil),	5 Dk	30 Dk
✓ Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesinin sağlanması,	5 Dk	30 Dk
✓ Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğinin ve verilere nasıl ulaşılabileceğinin belirlenmesi (örneğin mevcut kaynaklara ve değişen ihtiyaçlara dair veriler),	5 Dk	30 Dk
✓ Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesinin sağlanması,	5 Dk	30 Dk
✓ Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığının kontrol edilmesi,	5 Dk	30 Dk
OYE, sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir:	5 Dk	30 Dk
✓ Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunun, risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilmesi,	5 Dk	30 Dk
✓ Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi.	5 Dk	30 Dk
OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir. Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.	5 Dk	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır,	
Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesi sağlanmalıdır,	
Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulması sağlanmalıdır,	
Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması sağlanmalıdır,	
Kamuya ya da medyaya yönelik bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılması sağlanmalıdır,	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 421 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastanenin sağlık sürveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunması ve özellikle sürveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesi sağlanmalıdır (Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).

Kullanılacak Materyaller

Formlar: İlgili formları

Standart Operasyon Prosedürü

Kayıtlar: İlgili kayıtlar

Takip kayıt belgeleri

Haberleşme araçları

Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Kritik verilerin düzenli olarak toplanması, işlenmesi, değerlendirilmesi, kullanılması ve depolanması sağlanır,

Olay
Başlamasından
Bitimine Kadar

30 Dk

Ana faaliyet ve operasyonların AMP'de açıklandığı şekilde kayıt altına alınması sağlanır.

Olay
Başlamasından
Bitimine Kadar

30 Dk

Zaman Dilimi

OYE'nin faaliyete geçmesiyle başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.

Olay
Başlamasından
Bitimine Kadar

30 Dk

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Karşılaşılabilecek 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.

Olay
Başlamasından
Bitimine Kadar

30 Dk

Sürece Dahil Kişiler

OYE, Servis sorumlusu, Güvenlik personeli, Sağlık yetkilileri.

Ekler

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: İlgili kayıtlar

Olay
Başlamasından

6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 422 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	Bitimine Kadar	
Formlar: İlgili formlar	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
OYE tarafından bir değişiklik yapılmadığı sürece AMP'de açıklanan çeşitli prosedürlere ve varsa olaya özel planlara her zaman uyulmasını sağlayın.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İzleme		
OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin AMP'de açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık süveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 423 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

10.Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Standart Standart Operasyon Prosedürü

	LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ STANDART STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesinisağlamak. 1.Hedefler Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek, Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örneğin ulaştırma araçları, haberleşme araçları, su ve elektrik vb.) mümkün olduğuk adaretkili 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 sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak, Olaya özele ekipmanların (örneğin, personeli 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	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Lojistik yönetiminde mevcut kaynakların etkin kullanımı amacıyla OYE ile servislerin koordinasyonunu sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezi'nde Lojistik Yönetimi için gerekli rehberlerin, prosedürlerin, İşAT'ların bulunmasını sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Servis Müdahale Prosedürlerindeki özel rehberlerin ve prosedürlerin, afet/ acil durum sırasında lojistik yönetimini sağlamak için uygun olduğundan emin olun. Normalde bu prosedürler ve İş Akış Talimatları, Olay Yönetim Merkezi'nde (OYM) demevcut olmalıdır,	5 Dk	30 Dk
Kullanılacak olan temel prosedürlerin mevcut acil duruma uyarlanması sağlayın. OYE'deki Lojistik Yönetimi Sorumlusu mevcut krizin yönetimi etkileyebilecek özelliklerini değerlendirmeli, temel prosedürler ve rehberlerle uyum sağlanıp sağlanmadığını veya düzenlemeler yapılması gerekip gerekmediğini kontrol etmelidir. Özellikle spesifik Olay Eylem Planı oluşturulmasının gerektiği durumlarda, lojistik yönetimindeki önemli zorlukların ne olduğu veya olabileceğini belirleyin,	5 Dk	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 424 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

OYE, çözüm üretiminde ekip yaklaşımıyla hareket etmek amacıyla,lojistiğin bazı bölümlerini yönetmekten sorumlu olan kişileri toplantıya çağırarak isteyebilir. Önerilen strateji, sisteme dayalı bir yaklaşımdır ve şunları içerir:	5 Dk	30 Dk
✓ Genel strateji ve çalışma şekli konusunda açıkça karar verilir (merkezi veya servise dayalı strateji),	10 Dk	30 Dk
✓ Yeniden tedarik sistemi iyi bir şekilde tanımlanır,	10 Dk	30 Dk
✓ Yedek parçaların tedariki ve kritik ekipmanın tamiri gibi konularda, hastane dışı uzmanlardan yardım istenebilir. (Bknz AMP teknik alt yapı bölümü)	10 Dk	30 Dk
✓ Servis ve OYE arasındaki Lojistik Yönetimiyle ilgili ortak yetki verilmesi gibi taleplerin bir havuzda toplanması birinci seçenek olarak düşünülmelidir.	10 Dk	30 Dk
✓ Lojistiğin mümkün olan en iyi şekilde yönetimini sağlamak için sağlık yetkilileri (KKM, Diğer Kurumların Yetkilileri) ile birlikte hareket edin,	10 Dk	30 Dk
✓ Lojistik ihtiyaçların mümkün olan en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla temel harici paydaşlarla (örneğin, emniyet güçleri, tedarikçiler, icracı bakanlıklar) birlikte hareket edin.	10 Dk	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunlar öngörülmelidir,	
Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçların değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler öngörülmelidir,	
OYE, personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır,	
Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.	

Kullanılacak Materyaller

Formlar: İlgili formlar	
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	
Standart Operasyon Prosedürü	
Kontrollisteleri	
Görev yetkileri, Yönlendirici tablolar, Kutular, depolar, araçlar vb.	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	

Zaman Dilimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 425 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Bilgi YönetimiSOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
İnsan Kaynakları YönetimiSOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Temel tedavi alanlarına ilişkinSOP,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Sağlık yetkilileri.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltici önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Eğer ulaşım ve haberleşme araçlarının sorunlu hale geleceği öngörülürse, heme ndüzeltici önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltici önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Çeşitli servis personeli, Güvenlik personeli, Harici tedarikçiler ve paydaşlar.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 426 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Formlar: 6/7/13/21/22/23/24/30/41	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
AMPveServisMüdahaleProsedürü'nde açıklandığı şekliyle raporlandırın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İzleme		
Düzenli olarak lojistik ihtiyaçlarının takip edildiğinden ve taleple ihtiyaçlar arasındaki farkın (nicel ve nitel) değerlendirildiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		
Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 427 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

11.Eczane Yönetimi (Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman Ve Diğer Malzemeler) Standart Operasyon Prosedürü

	ECZANE YÖNETİMİ (TEMEL İLAÇLAR, AŞILAR, KORUYUCU EKİPMAN VE DİĞER MALZEMER) STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Eczanede depolanan malzemelerin ve ekipmanın, Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) verdiği karara göre, hemen kullanımasunulmasınısağlamak. Hedefler Personel için koruyucu ekipman, temel ilaçlar ve malzemeler bakımından eczane stoklarının ne durumdaolduğunusaptamak, Mevcutdurumdeğerlendiripihitiyaçlarıbelirleyerekeczaneningerekli malzemeleri ne kadar süre boyunca sağlayabileceğini saptamak, OYE'nin talebi doğrultusunda gerekli malzemelerin doğru yer, zaman ve miktarda kullanıma sunulmasınısağlamak, OYE ile koordinasyon içinde, temel malzemeler azalmadan önce yeniden tedarik siparişi vererek önlemalmak, Eczanede depolanan temel ilaçlar ve diğer kritik malzemelerin hem rutin hastalar hem de olaydan etkilenmiş hastalar için her zaman ulaşılabilir olmasınısağlamak, Eğer durum özel ilaç (örneğin, kimyasal olaylarda yüksek miktarda antidot; büyük bir salgında antibiyotik) veya özel koruyucu ekipman (örneğin, pandemi durumlarında personel için yüksek miktarda kişisel koruyucu ekipman) gerektiriyorsa hemen olaya özel önlemler almak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Görevdeki SorumluEczacı:		
Tedavi uygulanabilecek hasta sayısını, mevcut imkanların neler olduğunu ve ne tür ihtiyaçların karşılanacağını değerlendirin,	5 Dk	30 Dk
Eczanede sınırlı miktarda depolanmış ilaç ve malzemenin afet ve acil durumda artangereksinime göre daha ne kadar temin edilmesi gerektiğini belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Gerekli ilaç ve malzemeleri kısa sürede kullanıma sunun; yetersizliği durumunda ise yeniden tedarik edilmeleri için eylem planı oluşturun,	5 Dk	30 Dk
Kimyasalbirolayveyabulaşıcıhastalıkihtimalivarsadezenfektanlar, aşılar, koruyucu kıyafetler ve antidotlar gibi diğer özel malzemeler gerektiren durumlarda gerekli tedbirleri alın.	5 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Ekibi(OYE):	5 Dk	30 Dk
Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilip yönetilmediğini kontrol edin,	5 Dk	30 Dk
Bu personelin işleri yürütmek için tüm prosedürlere, iş akış talimatlarına, kayıtlara, formlara ve varsa müdahale prosedürlerine erişimi olup olmadığını	5 Dk	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 428 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

kontrol edin. Aksi bir durumda, bir eczacı devralana kadar eczaneye OYE'nin direkt kontrolü altında yöneticilik yapabilecek deneyimli bir personel görevlendirin.		
Eczane malzemelerin satınalma, nakliye gibi tedarik işlemlerinde OYE Lojistik Sorumlusu'ndan yardım isteyebilir.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eczanede Görevli Personel	10 Dk	30 Dk
✓ Bu görev OYE'nin Lojistik Sorumlusu tarafından üstlenilmemişse civardaki hastaneler de dahil olmak üzere, gerektiğinde ekstra ilaçları ve sarfmalzemelerini acil bir şekilde sağlayabilecek tedarikçileri belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Kamu veya özel sektördeki diğer hastanelerin eczaneleri, ilaç depoları, tıbbi cihaz ve malzeme firmaları ile önceden yapılmış iş birliği protokollerini gözden geçirin,	10 Dk	30 Dk
✓ Diğer hastanelerin (özel, kamu, üniversite, vb.) bu alandaki imkan ve kapasitelerini değerlendirin,	10 Dk	30 Dk
✓ Nitelikli personel ve yardımcı personel eksikliği ile ilgili sorunları belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Eczane depolarının mevcut durumdan etkilenip etkilenmediğini belirleyin (örneğin, soğuk zincir),	10 Dk	30 Dk
✓ Farklı birimlerin (Laboratuvar ve Kan Bankası vb.) ihtiyacı olan ürünlerin eczanede-hastane özelinde bulunması durumunda yeterli miktarda olup olmadığını belirleyin ve OYE ile koordineli olarak düzeltici önlemleri alın.	10 Dk	30 Dk
✓ İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
✓ Eczane yetkili olmayan kişilerin herhangi bir müdahalesine karşı güvenlikpersoneli ile korunmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar: 21/22/23/26		
Kayıtlar		
Kontrol Listeleri		
Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Servis Müdahale Prosedürü		
Görevyelekleri		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 429 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Eczane ile ilgili değerlendirmelerin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eczane tarafından kullanıma sunulan malzemelerin OYE'nin verdiği yetki dahilinde gerçekleştirildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
AMP aktive edildikten sonraki 1 saat içinde başlar, olağan duruma geçilince sonaerer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Lojistik ve Malzeme YönetimiSOP'u, Güvenlik YönetimiSOP'u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Eğereczanede birincil öncelikteki özel malzemelerin stoku çok sınırlıysa ve gereken miktar stok miktarını aşacaksa, bu malzemelerin yeniden tedariki için hemen gereken önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eğereczana stokları da olayın tehdidi altında ise, en önemli malzemeleri güvenli bir yere taşıyın veya eczanenin güvenliğinin sağlanması için hemen Olay Eylem Planı oluşturun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Eczane personeli, Güvenlik personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: İlgili Formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	
Kayıtlar ile Formları kullanın ve OYE'yi sürekli olarak durumdan haberdar edin.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 430 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İzleme			
Eczanetarafındankullanımasunulantenemalmalzemelerinveekipmanın ihtiyaç duyulanyerde gerektiği ölçüde kullanıldığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk	
Yeniden tedarik sisteminin proaktif olduğundan ve malzemelerin eczanede tükenmeden önce sipariş verilip, temin edildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk	
Eczone deposunun güvenli olduğundan ve korunduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk	
Güvenlik Konuları			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 431 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

12. Laboratuvar Ve Kan Merkezi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	LABORATUVAR VE KAN MERKEZİ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
1. Temel Faaliyet Hayati öneme sahip tıbbi faaliyetler için kritik laboratuvar analizlerinin zamanında yapılmasını ve kan teminini sağlamak. 2. Hedefler Hekim tarafından istenen kritik tetkikleri yapma konusunda laboratuvarın nicel ve nitel 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 tetkiklerini 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 tetkik yapma konusunda diğer alternatifleri değerlendirmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
OYE, operasyonlar dahilinde derhal laboratuvar ve Kan Bankası Sorumlusu - yok ise- atamalı ve sorumlulara hemen aşağıdakileri nasıl yapacağını ele almak için laboratuvar personeli ve Kan Merkezi personeli ile iletişime geçmesi konusunda talimat vermelidir:	5 Dk	30 Dk
✓ Afet ve acil durumlarda laboratuvar ve Kan Bankasını yönetmek için hazırlanmış prosedürleri, İşAT'ları, kayıtları ve Formları seçin ve gerekiyorsa mevcut duruma uyarlayın,	5 Dk	30 Dk
✓ Hastane laboratuvarının bölgedeki hastaneler içindeki rolünü değerlendirin, belirli senaryolar (kimyasal olaylar, bulaşıcı hastalıklar vb.) için hangi laboratuvarın referans olduğunu belirleyin. Bu durumlarda hangi prosedürlerin uygulanacağına karar verin,	5 Dk	30 Dk
✓ Olası sorunları ve riskleri belirleyin,	5 Dk	30 Dk
✓ Kritik madde ve malzemeleri kontrol edin ve ihtiyaçları belirleyerek tedarik hesaplaması yapın (örneğin laboratuvar kitleri),	5 Dk	30 Dk
✓ Tedarik konusunda koordinasyon sağlayın,	5 Dk	30 Dk
✓ Hastane personelini kan ürünlerini, tetkiklerini ve hizmetlerini mümkün olduğu kadar ekonomik bir şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirin,	5 Dk	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 432 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

✓ 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 olun.	10 Dk	30 Dk
Nitelikli personel eksikliği ile ilgili muhtemel sorunları ve ihtiyaçları belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Personelin mevcut kan stoklarını değerlendirmesini sağlayın.	10 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Ekibi (OYE) kan ihtiyacını önceden tahmin etmeli ve gerektiğinde Olay Eylem Planı oluşturarak düzeltici önlemleri almalı (bölge kan merkezi veya diğer hastaneler gibi diğer kan kaynakları ile iletişime geçmek), acil kan tedarikini sağlamalıdır,	10 Dk	30 Dk
Uygun diğer laboratuvarlarla iletişim kurmayı değerlendirin (özel sektör de dahil),	10 Dk	30 Dk
Laboratuvar personelinin gözetimi altında çalışabilecek kalifiye akredite olmuş gönüllüler (örneğin, yeni emekli olmuş personel vb.) ile çalışmayı öngörün,	10 Dk	30 Dk
Afet/acil durumun ilk safhalarında ihtiyat amacıyla gerekli izinleri alarak kan almayı düşünün (bu seçenek, birçok teknik sorun yaratabileceğinden, son seçenek olarak düşünülmelidir).	10 Dk	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Laboratuvar personel için herhangi bir sağlık sorunu oluşturmayacak şekilde yönetilmelidir,	
Kan kullanımında kan güvenliği ile ilgili ulusal rehberlere tamamen uyulmalıdır (nakilsadece çapraz karşılaştırma ve kanın nitelik olarak uygunluğundan emin 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,	
Tetkiklerin en ekonomik şekilde talep edildiğinden emin olun.	

Kullanılacak Materyaller

Formlar	
Kontrol listesi	
Standart Operasyon Prosedürü,	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 433 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Servis Müdahale Prosedürü,

Görev yeleği.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Laboratuvar ve Kan Merkezinin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlamak,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İmkan ve kapasite ile ilgili değerlendirmenin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlamak,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Laboratuvarın ihtiyaç duyduğu kritik malzemelerin mevcut olduğundan emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hekimlerin sadece kritik tetkikleri talep etmesi ile ilgili olarak bilgilendirildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tedarik konusunun kısa sürede ele alındığından emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Zaman Dilimi

OYE'nin faaliyete geçmesini takip eden 1 saat içinde başlar, olağan duruma geçildiğinde sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Güvenlik Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi SOP'u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Nitelikli personel eksikliği varsa, laboratuvarın sürekli olarak nitelikli personel tarafından işletilmesini ve/veya diğer laboratuvarların (örneğin özel laboratuvar vb.) yardımcı olmasını sağlamak için hemen Olay Eylem Planı oluşturun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İnsandan insana bulaşan hastalık durumlarında, tüm iş güvenliği kurallarına tamamen uyulmasını sağlamak,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 434 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ciddi bir kan sıkıntısı olacağı düşünülüyorsa, hemen dış kaynaklardan kan tedarik etmeyi düşünün,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Elektrik kesintisi söz konusu ise, soğuk zinciri koruyarak kan ve kan ürünlerinin kullanılabilir kalmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Laboratuvar ve Kan Merkezi sorumluları, Laboratuvar ve Kan Merkezi personeli, Güvenlik personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 6/7/16/17/20/21/29/36/38/41	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Güvenlik Konuları		
Laboratuvara sadece görevli personellerin girmesini sağlayın.		

13.Psikososyal Destek Hizmetleri Yönetim Standart Operasyon Prosedürüleri

	PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ YÖNETİM STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜLERİ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Afet/acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip, toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak.		
Hedefler Hasta ve personel arasında psikolojik sıkıntı yaşayan ve yaşayabilecek kişileri mümkün olduğu kadar hızlı şekilde belirlemek, Koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla yüksek riskli ruhsal tepkileri belirlemek, Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek, Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin nicel ve nitel imkan ve kapasitesini değerlendirmek, Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak, Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik tedaviye ihtiyaç duyulma olasılığını azaltmak, Olaydan şiddetli şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edileceğinden emin olmak, Personelin ve hastaların yüksek öncelikli ihtiyaçlarının karşılandığından emin olmak, Psikososyal destek hizmetlerinin hasta, hasta yakını ve personelin tamamını kapsadığından emin olmak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
OYE afet/acil durumlarda hastanenin rolüne uygun olarak, psikososyal destek hizmetinde hastane içi ve dışındaki diğer hizmet sunucularıyla koordine olmalıdır.	5 Dk	30 Dk
Psikososyal destek ekibi aşağıdakilerden sorumludur:	5 Dk	30 Dk
SOP'lar, İşAT'lar, Formlar ile kayıt prosedürlerini hızlıca değerlendirin, kullanılacak olanları seçin, afet/acil duruma uyumunu sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Psikososyal destek ekibinin görev yapacağı alanı belirleyin ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) psikososyal desteğe nasıl ulaşacağını açıkça belirtin,	5 Dk	30 Dk
Psikososyal açıdan özel ihtiyaç sahibi ve zarar görebilir hasta, hasta yakınları ve personeli belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl sağlanacağı, kaygı ve stres belirtilerinin neler olduğu, normal ve şiddetli belirtilerin tanınması gibi bilgileri içeren broşür vb. basılı materyal hazırlayın ve dağıtımını yaygınlaştırın,	5 Dk	30 Dk
İhtiyaç duyan hasta, ölü-kayıp yakınlarına ve ölü teşhisi için gelen ailelere/aile yakınlarına eşlik edin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

Öncelikle aktif görev yapan personelin temel ihtiyaçları (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi vb. konularda çalışmalar yürütün,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastaların ve personelin acil sosyal ihtiyaçlarının (aileleriyle iletişim vb.) karşılanmasını sağlayın ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Stres ve kaygı belirtileri nedeniyle destek almak isteyen sağlık personeli için güvenli bir oda/alan hazırlayın ve oda/alanın personel arasında bilinirliğini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	a. Dk
Psikolojik triyaj, psikososyal ihtiyaç/kaynak analizi, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları ile psikoeğitim çalışmaları gibi temel psikososyal destek uygulamalarını planlayarak yürütün.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak koşuluyla, sağlık kurumlarıyla koordineli çalışan, toplum temelli hizmet sunan kuruluşlar, STK'lar, din görevlileri ve toplum liderleri vd. kurumsal paydaşlarla işbirliği içinde olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastane psikososyal destek ekibi olarak, OYE'nin bilgisi ve izni dahilinde, afet/acil durumlarla ilgili çalışan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü gibi kilit kurum ve kuruluşlarla koordinasyon içinde olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sevk ve takip sisteminin kurulması için, OYE'nin bilgisi ve izni dahilinde, aile sağlığı merkezleri, toplum temelli psikososyal destek hizmetleri, özel sektör uzmanları, akredite gönüllüler ve akredite STK'larla koordinasyon içinde olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Afetlerde sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ve olasırefakatsiz, kayıp, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilere destek verilmesi için diğer paydaşlarla koordinasyon içinde olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Sağlık ve psikososyal destek hizmetleri sunan personelin ikincil travmadan etkilenmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır,	
Personelin temel ihtiyaçları giderilmelidir,	
Personelin dinlenme alanı ve saatler planlandığı şekilde uygulanmalıdır,	
Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.	

Kullanılacak Materyaller

Formlar

Standart Operasyon Prosedürü

Kayıtlar

Görev yelekleri

Bileklik, isimlik vb. (hasta için).

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Psikososyal destek ekibinin, OYE tarafından görevlendirilen psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb. personelden oluştuğundan emin olunmalıdır,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

Gönüllü kişi ve kuruluşlarla yürütülmesi düşünülen çalışmalar konusunda OYE'nin izni ve bilgisi olduğundan emin olunmalıdır,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

AMP aktive edildiği sürece psikososyal destek hizmetlerinin görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olunmalıdır,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

İleri düzey desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sistemi kullanılmalıdır,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

Psikososyal destek hizmetlerinin sunumu için gerekli fiziksel alanın mevcut olduğundan emin olunmalıdır,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

Ruhsal açıdan etkilenen hastaların taburcu edilmelerinin hemen sonrasında ilgili kurum (örneğin, İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü) tarafından takip edilmeleri sağlanmalıdır.

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

Zaman Dilimi

AMP'nin aktivasyonundan hemen sonra başlar, AMP aktivasyonu sonlandırılırsa da ihtiyaç olduğu süre boyunca devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

Güvenlik Yönetimi SOP'u,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 438 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Eğitim Programları ve Plan Tatbikatı SOP'u	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hizmeti sağlayacak yetkinlik sahibi personel sayısı yetersiz ise, destek alma konusunda gerekli eylem planını oluşturun ve hemen yerel düzey psikososyal destekhizmet grubu ve diğer dış paydaşlarla koordine olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Akredite gönüllülerin, din görevlilerinin veya toplum liderlerinin desteği gerekli görülüyorsa, faaliyetlerin OYE'nin kararları ve izni çerçevesinde uygulanması ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeleri yapın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Psikososyal destek hizmetler personeli, Güvenlik personeli, Hastane yönetimi personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 1/2/4/16/18/24/29	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

AMP'nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

İzleme

Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece OYE'nin kararına göre gerekli görülenlerlesınırlı kalmasını sağlayın,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

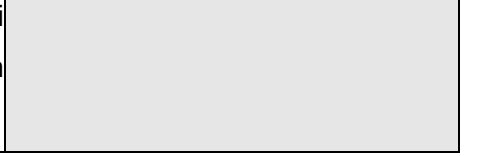
Takip gerektiren hastalara ve personele hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın/sağlatın.

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

6 Saat

Güvenlik Konuları

Çok fazla kişinin aynı alanda olması stres düzeyini yükseltebileceğinden ciddi sorunlaryaratabilir. Bu nedenle emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alın.



14.Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	AİLELERE YÖNELİK ALANLARIN YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Hasta ailelerini/yakınlarını yeterli şekilde bilgilendirmek, gerekli bilgileri doğru ve zamanında almalarını sağlamak.		
Hedefler Acil Servis'e 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, Hasta yakınlarının medya ile karşılaşma koşullarını yönlendirmek, İhtiyaç duyulması halinde hastaneyi ziyaret eden ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerini planlamak, Hastane afet triyaj alanı, acil servis ve hastane servislerinin aşırı kalabalık olmasını önlemek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Ailelere yönelik alan için gereken battaniye, sandalye gibi malzemeleri ekipman ve malzeme kontrol listesine göre hazırlayın,	5 Dk	30 Dk
Ailelere yönelik alanı işaretler ve afişlerle belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Ailelere yönelik alanın güvenli ve emniyetli olmasını sağlayın ve emniyet güçlerinin bulundurulmasının gerekli olup olmadığını değerlendirin,	5 Dk	30 Dk
Hasta yakınlarının bu alanda uzun süre geçirebileceklerini planlayarak asgari düzeydesu ve yiyeceği hazır bulundurun,	5 Dk	30 Dk
İdare personelinin, ailelere yönelik alanı yönetmek üzere görevlendirildiğinden emin olun,	5 Dk	30 Dk
Gerekli görüldüğünde psikososyal destek ekibi personelini bu alanda hasta yakınlarına psikososyal destek vermek üzere görevlendirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
OYE'nin talimatları doğrultusunda aileleri, hastaları hakkındabilgilendirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Kayıp olan veya kayıp olduğu bildirilen kişilerle ilgili bilgi yönetimine katkıda bulunun.Ailesi tarafından aranan ve hastanede olmadığı belirlenen hastalar için ailenin iletişim bilgilerini kaydederek, kayıpla ilgili bilgi geldiğinde kendilerine ulaştırın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 441 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastalarla, aileleriyle ve ölülerle ilgili kayıtların ve bilgilerin uygun şekilde paylaşılmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Ailelere yönelik alanlar güvenlik personeli veya ihtiyaç halinde emniyet güçleri tarafından tamamen güvenlik altına alınmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar		
Kayıtlar		
Kontrol listesi		
Standart Operasyon Prosedürü		
Görev yelekleri, İşaret ve afişler, Odalar (sandalye, battaniye, su, sıhhi tesisatı olan).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Ailelere yönelik alanın güvenli olması ve ailelere iklimine uygun bir ortam sunulması sağlanır,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelerin acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanması sağlanır (örneğin, hastayı evine geri götürme vb.).	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
OYE'nin bu alanları açma kararı vermesinden sonra başlar, olağan duruma geçildiğinde sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Standart Operasyon Prosedürü.....	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Emniyet güçleri, OYE, Sağlık yetkilileri.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Bulaşıcı hastalık veya kimyasal olay durumunda, hasta ve ölülerle ilgili olaya özel plan	Olayın Başlamasından	6 Saat

ve uygulamalar konusunda aileleri bilgilendirin,	Bitimine Kadar	
Hasta ve ölü yakınları ile ilgili bir güvenlik sorunu olması durumunda; hemen emniyetgüçlerinden ek destek isteyin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Refakatsiz çocuk, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilerin Sosyal Hizmetler birim sorumlusu ile koordinasyon sağlanarak uygun bir başka alanda bekletilmesi gerektiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
İdare personeli, Psikososyal destek hizmetleri personeli, Hasta bakım personeli, Din görevlileri, Sosyal hizmet personeli, Emniyet güçleri, Hastanenin güvenlik sorumlusuve personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 2/4/6/7/10/12/13/29/30	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Aksi yönde karar verilmediği sürece 3 saatte bir OYE ile bilgi paylaşımını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Özellikle hasta ve ölümler ile ilgili faaliyetler olmak üzere tüm faaliyetlerin kaydınıintutulmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
İş güvenliği ve emniyetin tamamen sağlandığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelerin su, gıda vb. temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olun,	Olayın Başlamasından	6 Saat

	Bitimine Kadar	
Ölülerin teşhisi ve kimlik tespiti için yakınlarına gösterilmesinin, emniyet güçlerinin vepsikososyal personelin tam desteği ile gerçekleştirildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelere yönelik alanın kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		
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.		

15. Güvenlik Yönetimi Standary Operasyon Prosedürleri

	GÜVENLİK YÖNETİMİ STANDARY OPERASYON PROSEDÜRLERİ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlamak.		
Hedefler Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak, Hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevki için erişim yollarının 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. 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 OYE ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak,		
Söz konusu afet/acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturması halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Mevcut afet/acil durumun özelliklerini ve hastanenin işleyişini güvenlik açısından nasıl etkileyebileceğini belirleyin,	5 Dk	30 Dk
OYE’de bir güvenlik sorumlusu belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik Sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtları hızlıca değerlendirin, kullanılacak olanların belirlenmesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik sorumlusu’ndan görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrelenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesini isteyin,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik sorumlusu’nun mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Hastanenin olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmaları sırasında güvenlik hizmeti sağlayın,	Olayın Başlamasından	30 Dk

	Bitimine Kadar	
Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapın, güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim düzenleyin,	Afet ve Acil Durum Öncesi	30 Dk
Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınmasını sağlayın, güvenliğini sürekli olarak kontrol edin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Epidemi ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğini sağlanması için özel ihtiyaçları belirleyin ve hizmetin sürekliliğini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Bomba ihbarı, yangın gibi hastane içindeki acil durumlarda özel durum işleyişlerine, Olaya Özel Planlara uygun davranılmasını sağlayın, tahliye prosedürlerini gözden geçirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Gerektiğinde emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile işbirliği yapmak için gerekli önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı, güvenlik personelinin sürekli olarak yelek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır,		
Eğitim almış ve bilgilendirilmiş yeterli sayıda personelin sürekli görev- de olması sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar		
Standart Operasyon Prosedürü		
Kontrol listesi		
Görev yeleği		
Özel ekipman		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
OYE'nin faaliyete geçmesinden hemen sonra başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Değerlendirilmesi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Servislere Nakli SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 447 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Psikososyal Hizmetlerin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hastane İçi Yangın SOP'u	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tahliye SOP'u	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Emniyet güçleri.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
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 alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Güvenlik hizmetleri personeli, Emniyet güçleri.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 2/4/6/13/24/29/42	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
Gerekli durumlarda, AMP'nin Güvenlik ve Olaya Özel Planların ilgili bölümlerine bakın.	Olayın Başlamasından	6 Saat

	Bitimine Kadar	
İzleme		
Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve işgüvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik personelinin sağlığını etkileyebilecek risk almadığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik konusunda emniyet güçleri ve ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyonu içinde olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 449 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

16.Çamaşırhane, Temizlik Hizmetleri Ve Atık Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	ÇAMAŞIRHANE, TEMİZLİK HİZMETLERİ VE ATIK YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
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: ☐ Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış, ☐ Bulaşıcı hastalık riskinde artış (özellikle insandan insana bulaş), ☐ Hastane afet triyaj alanı, hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması, ☐ Personel sayısındaki eksikliğe bağlı olarak hizmetin sürdürülmesinde fazla mesai gerekliliği ☐ Yeterli miktarda tedarik sağlanması ve sürdürülebilmesi, ☐ Epidemiy veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personelinin enfeksiyon riskleri açısından korunması. Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: ☐ Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış, ☐ Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış, ☐ Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen kısıtlılıklar (örneğin, çalışanlar, ekipman kapasitesi). Atık yönetimde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak ☐ Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örneğin, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler), ☐ Hastane atıklarının toplanmasına, depolanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması, ☐ Afet durumunda atık taşıma hizmetinin yapılamaması gibi hastane dışı zorlukların hastanenin kısıtlılıklarıyla birleşmesi. 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 el niyetini ve iş güvenliğini sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin SOP'ları ve İşAT'ları OYM'de değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelin görevlendirin,	5 Dk	30 Dk
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Servis Müdahale Prosedürü (ya da SOP'ları) faaliyete geçirin ve bu hizmetlerin mevcut duruma uygun hale getirilip getirilmediğini değerlendirin; gerektiği takdirde düzeltici faaliyetlerde bulunun,	5 Dk	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 450 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın,	5 Dk	30 Dk
İhtiyaca bağlı olarak uygun personeli yeniden görevlendirin,	5 Dk	30 Dk
Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin,	5 Dk	30 Dk
İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğini dikkate almasını sağlayın, gerekli eğitimleri verin,	5 Dk	30 Dk
Hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin,	5 Dk	30 Dk
Öngörülen bir eksiklik (personel, malzeme, ekipman vb.) durumunda gereken Olay Eylem Planını oluşturun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Bilgi yönetiminin (raporlama sistemi, izleme) işlevsel olmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alınmalıdır,	
Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlık riskleri ve güvenlik prosedürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olunmalıdır,	
Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine tam olarak uyduğundan emin olunmalıdır (kontamine ya da bulaşıcı atıklarla çalışırken).	
Pandemi ve epidemi durumunda faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulandığından emin olunmalıdır.	

Kullanılacak Materyaller

Kayıtlar,	
Formlar,	
Standart Operasyon Prosedürü,	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 451 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ekipman ve malzemeler.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Gerekli hizmetlerin doğru zamanda ve yeterli miktarda verilmesini sağlayın	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Çalışan personelin eğitim aldığından emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Zaman Dilimi

AMP'nin aktive edilmesiyle başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Standart Operasyon Prosedürü	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Kimyasal bir olayda ya da insandan insana bulaşma ihtimali olan hastalık durumlarında, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Kimyasal bir olay yaşanması halinde, kanalizasyon sisteminin mümkün olduğunca atık su ile kontamine olmasını engellemek amacıyla dekontaminasyon alanının sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Sürece Dahil Kişiler

OYE, OYM personeli, Destek hizmetler personeli, Dış paydaşlar.	

Ekler

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 2/4/9/16/17/20/23/29	Olayın	6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 452 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	Başlamasından Bitimine Kadar	
Raporlama Mekanizması:		
Bilgi yönetimine ilişkin ilkelerin ve prosedürlerin AMP'de açıklandığı şekliyle uygulanmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Temizlik hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri ve atık yönetimi hizmetlerinin yeterli ve zamanında verildiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 453 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

17.Ölü Ve Kayıplarla İlgili Süreç Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ SÜREÇ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
TEMEL FAALİYET Hastane içinde ölümlerle ilgili sürecin yönetiminin etkili bir biçimde organize edilmesini sağlamak. HEDEFLER Ölümlerin ihtiyaç halinde güvenli bir şekilde muhafaza edilmesini sağlamak, Ölen kişilerin kişisel eşyalarının güvenli bir yerde korunmasını, muhafaza edilmesini ve ailelerine teslim edilmesini sağlamak, Ölümlerin kimliğini tespit etme sürecine aktif şekilde katkı sağlamak Yakınların kaybeden ve yataş etmek üzere hastanede bulunanailelere psikososyal destek sağlamak, Ölümlerin saklama koşullarının uygun olmaması gibi durumlardan kaynaklanabilecek halk sağlığı sorunlarını önlemek Kayıp kişilerin aranması esnasında emniyet güçlerine hastalar ve ölümler hakkında bilgi vererek kayıp yönetimine katkıda bulunmak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Beklenen ölü sayısı hastanenin morg kapasitesinin üzerinde ise hemen, cesetlerin bir süre muhafaza edilebileceği geçici morg alanı açın/oluşturun:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Emniyet güçlerinin yardımıyla bu alanın güvenliğini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Bu alana yetkisiz kişilerin girmesini ve cesetlerin alan dışından görülmesini engelleyin	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Alanı emniyet güçleri ile iş birliği kurarak, psikososyal destek ekibinin önerileri doğrultusunda, yakınları tarafından ölümlerin kimliklerinin tespit edilmesini kolaylaştırabilecek şekilde hazırlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ İhtiyacı olanlara psikososyal destek sağlayın	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Ölen kişilere ait tüm eşyaların emniyet güçleri kontrolünde güvenli halde muhafaza edilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Tüm faaliyetlerde emniyet güçleri ile koordinasyon halinde olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 454 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

✓ Ölülerin fotoğrafını çekin (mümkünse dişleri görünecek şekilde ikinci bir fotoğraf).	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Çeşitli Servisler, Acil Servis, triyaj alanı vb. için, ölümlerle ilgili sürecin yönetimine ilişkin bilgileri hazırlayın. Bu bilgilerde geçici morga nakil, kimlik tespitine yardımcı olabilecek her türlü bilginin kayıt altına alınması vb. prosedürlerin yer almasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölümlerle bağlantılı her türlü toksikolojik ve enfeksiyon riski olan durumlarda özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Geçici morgda, emniyet güçleri ile iş birliği içinde yeterli sayıda personelin çalışmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölümlerin dini kurallara uygun şekilde ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölü ve kayıplar konusunda ilgili kurumlarla bilgi paylaşımını yapın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Gereken durumlarda din görevlileriyle iş birliği yapın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölümlerin hastaneden çıkışına ilişkin resmi bir prosedüroluşturun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Geçici morga bütün girişlerin ve çıkışların kaydını tutun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ceset torbası vb. lojistik ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Gerekli olduğu takdirde cenaze hizmeti veren ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçin.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Geçici morg alanının tamamen emniyet altına alındığından ve sadece		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 455 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

yetkisi bulunan kişilerin girişine izin verildiğinden emin olunmalıdır,	
Ölülere ait kişisel eşyaların doğru bir şekilde toplanıp	
Muhafaza edildiğinden emin olunmalıdır,	
Ölülerle ilgili halk sağlığı konularının dikkate alındığından emin olunmalıdır,	
Sürece dahil olan personelin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaması için koruyucutedbirlere uymasısağlanmalıdır,	
Gerekirse sürece dahil olan personele sağlık kontrolüyapılmalıdır.	

Kullanılacak Materyaller

Formlar,	
Kayıtlar,	
Standart OperasyonProsedürü,	
Fotoğraf makinesi vefotoğraflar,	
Halatlar, mahremiyet sağlanması için çadırlar, yönlendirmetabelaları,	
Görevyelekleri.	

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Ölülerin mahremiyet ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesinisağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
OYE görerek teşhis etmeyi kararlaştırdıysa bu sürecin mahremiyete saygı çerçevesinde vepsikososyal destek eşliğinde gerçekleşmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Emniyet güçlerinin ölü yönetimi sürecine dahil olmasınısağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Zaman Dilimi

AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devameder.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Ailelere Yönelik Alanların YönetimiSOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Lojistik ve Malzeme YönetimiSOP'u,	Olayın Başlamasından	6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 456 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	Bitimine Kadar	
Güvenlik YönetimiSOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Psikososyal Hizmetlerin YönetimiSOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık YönetimiSOP'u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Ölümsebebibirkimyasaldandolayızehirlenmeyadabulaşıcıhastalığa yakalanma ise, sürece dahil olan personelin sağlığını korumak içinderhal koruyucu önlemler alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ölülerin çeşitli nedenlerle bir günden fazla muhafaza edilmesi gereken durumlarda,süreçdahilindeilgilitoplamaalanınınakilleriçindişpaydaş kurumlarla acilen işbirliğisağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Güvenlikpersoneli, Emniyet güçleri, Destekpersoneli, İdari personel, PsikososyalDestekPersoneli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 1/2/4/16/24/29	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Bilgi yönetimi ve ölümlerle ilgili süreç yönetimi raporlamasını,AMP'de tanımlananşekildeyapın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 457 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İzleme		
Ölülerin ailelerine teslim edildiğinden ya da ilgili toplama alanınanakledildiğinden ve ilgili formların doldurulduğundan emin olun (ölüler hastanenin geçici morgunda 48 saatten fazlabırakılmamalıdır),	Tesliminden 5 Dk Sonra	6 Saat
Ölen kişiye ait tüm kişisel eşyaların emniyet güçleri gözetiminde ailelere teslim edildiğinden emin olun.	Tesliminden 5 Dk Sonra	6 Saat
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 458 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

18. Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Kritik Ekipmanın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	TIBBİ BAKIM HİZMETLERİNİN KRİTİK EKİPMANIN YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
TEMEL FAALİYET Tıbbi bakım hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için kritik ekipman ile temel hastane demirbaşlarının kullanılır durumda ve daima koruma altında olmasını sağlamak.		
HEDEFLER Kritik ekipmanın hazır ve çalışır durumda kalmasını sağlamak, Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halinde derhal tamir edilmesini sağlamak, Elektrik, su, haberleşme vb. kritik altyapıların 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 gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Lojistik görevi kapsamında cihaz ve araç/gereç sorumlusu ile operasyon görevi kapsamında altyapı sorumlusu görevlendirilmeli ve şu tali- matlar verilmelidir:	5 Dk	30 Dk
Teknik bakım hizmetleri personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü , iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve kullanılacak olanların seçilerek mevcut duruma uyarlanması sağlansın	5 Dk	30 Dk
Servis Sorumluları ile kritik ekipmanın faaliyet düzeyini belirleyin. Eksik ya da aşırı kullanım gibi sorunları ön görebilmek için bir izleme sistemi oluşturun (AMP'de tanımlanan porosedür ve kontrol listelerini kullanın),	5 Dk	30 Dk
Servis Müdahale Prosedürlerinde açıklanan şekilde rehberleri ve kontrol listelerini kullanarak, kritik sistemlerin güvenliğinin sürdürülebilir olup olmadığını değerlendirin. Öncelik elektrik ve su gibi kaynaklar olsa da atık yönetimi gibi diğer konuları da dikkate alın,	5 Dk	30 Dk
Kritik ekipmanın etkili bir şekilde işleyişi ve kritik sistemlerin erken dönemde bakım ve iyileştirilmesi için katkı sağlayabilecek harici paydaşları, tedarikçileri, uzmanları belirleyerek, gerektiğinde protokoller yapın,	5 Dk	30 Dk
Dış kaynaklı bir olayda hastanenin de etkilenmesi (örneğin, hastane binasının zarar görmesi, kritik ekipmanın kısmi ya da tamamen hasar görmesi veya kullanım dışı olması gibi) durumunda OYE aşağıdaki adımları izlemelidir:	5 Dk	30 Dk
Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4),	5 Dk	30 Dk

Hemen teknik bakım ve güvenlik birimlerinden hasar tespiti yapmalarını isteyin, Bölüm 4'te açıklandığı üzere, prosedür ve kontrol listelerini kullanın. Hastane dışından ihtiyaç duyulan ek teknik uzmanlık hizmetlerini belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Her Servis Sorumlusundan, kritik ekipman ve kritik sistemlerin işleyişi ile ilgili tüm sorunları bildirmesini isteyin,	5 Dk	30 Dk
Hasarlı yapıların güvenliğine ilişkin karar alma sürecine katkı sağlayabilecek taraflarla acil toplantı yapın (hastanenin tahliyesi her zaman son seçenek olarak değerlendirilmelidir, yüksek risklerin olması halinde tedbir amaçlı tahliye önerilmektedir),	10 Dk	30 Dk
✓ Toplum (kamu) hizmeti veren kurum ve kuruluşlarla, kritik ekipman ve sistemlerin eski haline getirilmesi için işbirliği sağlayın ve eylem planı oluşturun,	10 Dk	30 Dk
✓ İzleme yöntemleri oluşturun.	10 Dk	30 Dk
Hastane içinde yangın çıkması halinde OYE aşağıdaki adımları izlemelidir:	10 Dk	30 Dk
✓ Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4),	1 Dk	30 Dk
✓ Güvenlik ve teknik bakım hizmetleri personelinin, ortak durum değerlendirmesi yapmasını ve tedbir amaçlı tahliyeye yönelik ilk durum tespit raporu hazırlamasını isteyin,	5 Dk	30 Dk
✓ Yangınla mücadelede yardımcı olabilecek tüm personeli seferber edin,	1 Dk	30 Dk
✓ Temel teknik hizmetlerin sunulmasının önemini göz önünde bulundurun, en kötü senaryoyu düşünün, buna uygun bir eylem planı oluşturun.	5 Dk	30 Dk
Teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olabilmek için seferber edilecek araçları belirleyin:		
Mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetleri sağlayan personeli, gerek görüldüğünde teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olmak üzere eğitin,	Afet ve Acil Durum Öncesi	6 Saat
Güvenlik hizmetleri personeliyle iş birliği yapın,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Gerektiğinde hastane dışından yardımcı olabilecek uzman ve teknisyenlerin listesini hazırlayın.	Afet ve Acil Durum Öncesi	6 Saat
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 460 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kritik ekipman önceden belirlenen prosedürlere ve kontrol listelerine göre kullanıma uygun hale getirilmelidir,

Kritik ekipmanın işleyişinin, ilgili dış hizmet sağlayıcıları ile işbirliği içinde yürütüldüğünden emin olunmalıdır,

Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye atmamalıdır,

Kritik altyapı ya da kritik ekipmanın kaybı Bölüm 4'teki Olaya Özel Planlara göre ele alınmalıdır,

Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalı ve epidemi vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.

Kullanılacak Materyaller

Formlar

Kayıtlar

Standart Operasyon Prosedürü

Görev yelekleri

Özel ekipman

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her serviste güvenli kullanılabilmesini sağlayın,

Olayın
Başlamasından
bitimine Kadar

6 Saat

Hastanenin kritik altyapısının çalışır durumda olmasını sağlayın,

Olayın
Başlamasından
bitimine Kadar

6 Saat

Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun,

Olayın
Başlamasından
bitimine Kadar

6 Saat

Kritik ekipmanın zarar görülebilirlik riskinin en aza indirildiğinden emin olun.

Olayın
Başlamasından
bitimine Kadar

6 Saat

Zaman Dilimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 461 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

OYE faaliyete geçtiğinde hemen başlar ve olağan duruma geçildiğinde sona erer.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Güvenlik Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Servislere ait Müdahale Prosedürleri,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
İş Sürekliliğine ilişkin SOP.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Zarar gören kritik ekipmanın hemen yerine konulamaması, hasta bakım hizmetkalitesi ve sayısında azalmaya neden oluyorsa, Bölüm 4'te yer alan İş Sürekliliğine ilişkin Olaya Özel Planı faaliyete geçirin.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Teknik bakım hizmetleri personeli, Güvenlik personeli, Temel dış paydaşlar (kritik altyapıyla ilgili, tamirden sorumlu teknisyenler, yedek parça tedarikçileri ve/veya ekipmanın yenisiyle değiştirilmesini sağlayan kişiler).		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 1/2/3/4/13/16/18/29/39/41/43	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
AMP ve ilgili Olaya Özel Plana (faaliyete geçirilmişse) görehazırlanır.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 462 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İzleme

Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Kritik altyapının veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat

Güvenlik Konuları

19. Eğitim Programları Ve Planının Uygulanması Standart Operasyon Prosedürü

Temel Faaliyet: Acil Müdahale Planının işlevsel olmasını sağlamak. Personelin Acil Müdahale Planı doğrultusunda harekete geçmesi ve eylemde bulunması için hazır olmasını temin etmek

Hedefler

- 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;

1. Adım

İçeriğin baştanbaşa tanımlanması: 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.

2. Adım

Tatbikatların geliştirilmesi: 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.

3. Adım

Tatbikatın gerçekleştirilmesi: Tatbikatın yapılış şekli tatbikat türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Brifng 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.

4. Adım

Değerlendirme ve geribildirim: Tatbikatın amacına ulaşp 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.

5. Adım

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). Personele 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 466 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 467 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

20.Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi .

	RİSK İLETİŞİMİ, HAP KONUSUNDA PERSONELİN VE TOPLUMUN BİLGİLENDİRİLMESİ .	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Afet öncesi başta olmak üzere, afet risk azaltma ve afet yönetimi aşamalarının bütünü kapsayacak biçimde, tüm paydaşlar ile risk iletişimi faaliyetlerini etkili bir şekilde yürütebilmek; Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) hakkında bilgilendirilmesini sağlayarak, afete hazırlık ve afet durumlarında müdahale yönetiminin katılımcı ve etkili şekilde yürütülmesini sağlamak. Hedefler Tüm hastane personelinin HAP hakkında yeterli bilgiye sahip olmasını sağlamak, Personelin HAP yaklaşımı ve faaliyetlerine ilişkin görüş, öneri ve katkılarını sunabilme mekanizmalarını oluşturmak, Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP' tan haberdar olmasını sağlamak, Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP' ın afet risk yönetimi yaklaşımına destek olması ve planın amacına uygun davranışları benimsemesini sağlamak, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak, Medya veya diğer risk iletişimi paydaşları ile afet öncesi dönemde gerekli ilişkilerin kurulması sureti ile afet sonrası ve sonrasında hastane, toplum ve medya arasında daha sağlıklı ve kolay bir bilgi akışını sağlamak, Medya veya diğer risk iletişimi paydaşlarına afet öncesi dönemde gerekli bilgilerin aktarılması ile afet öncesi, sonrası ve sonrasında topluma doğru bilginin uygun yöntem ve şekillerle iletilmesine katkı sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
HAP'ın hazırlanma ve/veya güncellenme sürecinin başlaması ile birlikte bir risk iletişimi planlaması yapılmalıdır.	Ocak Ayı İçinde	Aralık Ayında
İlk etapta hedef kitle ve özellikleri belirlenmelidir. Hedef kitle temel olarak üç ana gruptan oluşmaktadır: Hastane personeli, toplum, medya.	Ocak Ayı İçinde	Aralık Ayında
Hastane personeli: Hastanedeki personel sayısına ve personel özelliklerine göre, personel gruplara ayrılmalıdır. Bu gruplar ve özellikleri göz önüne alınarak HAP'ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlandığı bilgisi uygun içerik, biçim ve araçlarla personele duyurulmalıdır. HAP'ın hazırlanması veya güncellenmesi sonrasında şekillenecek Plan, oluşturulan alt gruplara yönelik toplantılarda, personel ile paylaşılmalıdır	Ocak Ayı İçinde Ve Plan Onaylandıktan Sonra	Aralık Ayında
Toplum: Hastanenin fonksiyonunun, bulunduğu il, bölge, semt vb. yerel özellikler değerlendirilerek hedef kitesinin ve alt gruplarının (hasta, hasta yakını ve ziyaretçisi gibi) tanımlanması ve bu hedef kitlelere ulaşım mekanizmaları (mahalle dernekleri, hasta dayanışma dernekleri vd. yerel örgütlenmeler) belirlenerek yılın belirli dönemlerinde afiş, duyuru, kampanya gibi farklı ve hedef gruplara uygun yöntemler aracılığı ile toplum ile paylaşılmalıdır.	Ocak Ayı İçinde Ve Plan Onaylandıktan Sonra	Aralık Ayında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 468 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Medya: Yerel ve ulusal medya olmak üzere paydaşlar belirlenmeli, gerekli ilişkiler önceden kurulmalı ve HAP söz konusu paydaşlara tanıtılmalıdır; bu yaklaşım bir afet/acil durumda medyanın doğru bilgiye dayalı, destekleyici katkısını sağlayıcıdır. Toplum bilgilendirme için medya ile düzenli işbirliği yapılmalıdır.	Ocak Ayı İçinde Ve Plan Onaylandıktan Sonra	Aralık Ayında
Gazete, radyo, TV gibi geleneksel medya kanalları dışındaki sosyal medya vb. sürekli gelişen iletişim kanalları da göz önünde bulundurulmalı, uygun bulunduğu da bir risk iletişimi aracı olarak kullanılmalıdır,	Ocak Ayı İçinde Ve Plan Onaylandıktan Sonra	Aralık Ayında
Lodos, fırtına gibi doğa kaynaklı tehlikelerin mevsimi, 17 Ağustos, 12 Kasım deprem yıldönümleri gibi bölge ve iller için afetler bakımından anlamlı tarihler, tatbikat dönemleri HAP’a yönelik risk iletişimi için değerlendirilmelidir.	Ocak Ayı İçinde Ve Plan Onaylandıktan Sonra	Aralık Ayında
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Risk iletişimi çalışmalarının hastane işleyişi, hasta, refakatçi, ziyaretçi ve personel güvenliğini sekteye uğratmadan yürütülmesi sağlanmalıdır,		
Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır,		
Kritik verilerin ve paylaşılması uygun olmayan plan kısımlarının ilgililer dışında paylaşılması sağlanmalıdır,		
Yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması gereken verilerle ilgili işleyişe dikkat edilmelidir,		
Topluma ya da medyaya yönelik bilgilendirmenin afet öncesi, sorası ve sonrası süreçlerde yetkilendirilmiş birim veya kişilerce planlı bir şekilde yapılması sağlanmalıdır,		
Personele yönelik çalışmalar planlanırken, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel de (part-time, nöbet usulü, uzaktan ve benzeri çalışanlar) göz önüne alınmalıdır, onların da bu bilgilendirmelere ve çalışmalara dahil edilmesi sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
HAP Hazırlama Komisyonu tarafından belirlenecektir.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Toplumdan ve personelden gelen geri bildirimler derlenerek HAP Hazırlama Komisyonu'na sunulur,	Yıl İçinde	Aralık Ayında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 469 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinin öncesi ve sonrasında değerlendirme anketleri veya görüşmeleri yapılır,	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Dağıtılan ve kullanılan broşür, afiş benzeri malzemenin sayı ve çeşitleri raporlanır.	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Zaman Dilimi		
HAP'ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlaması ile başlar; yıl boyunca bir sonraki HAP güncellemesine kadar devam eder.	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Bilgi Yönetimine ilişkin SOP 9 başta olmak üzere tüm SOP'lar,		
Diğer üst planlar (il planları). (TAMP, SAKOM, KKM tarafından yapılacak olan planlar)		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Sürece Dahil Kişiler		
HAP Hazırlama Komisyonu, Hastanenin tüm personeli, Hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçiler, Hastanenin hizmet sunduğu toplum, Dış paydaşlar.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Formlar: İlgili formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Raporlama Mekanizması:		
Yapılan çalışmaları mutlaka raporlayın, bir sonraki risk iletişimi çalışmasında kullanılmak üzere değerlendirin, en geç bir sonraki HAP güncelleme sürecinde ele alın.		
İzleme		
Yapılan risk iletişimi çalışmalarına ilişkin geri bildirim mekanizmaları oluşturun,	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Çalışma raporlarını veya çalışmaları değerlendirme amaçlı yapılan anket, görüşme ve kontrol listelerini analiz edin,	Yıl İçinde	Aralık Ayında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 470 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun,	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla verilen bilgilerin basit, anlaşılır ve doğru olduğundan emin olun,	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Tüm personelin çalışmalara dahil edildiğinden emin olun (Sağlık personeli, destek hizmetler personeli, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel),	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.	Yıl İçinde	Aralık Ayında
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 471 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

21. Hastanede Oluşabilecek Kalabalığın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

	HASTANEDE OLUŞABİLECEK KALABALIĞIN YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Hastanenin kalabalık anında kargaşayı azaltıp, genel işleyişin devamını sağlamak.Hasta, hasta yakınları ve personelin panik durumunu engelleyip olağan işleyişe geri dönmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, Kalabalığın durumuna göre Hastane Yöneticiliğine ve kolluk kuvvetlerine haber vermek, Hastanenin olağan hizmet akışının devamlılığını sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Gerekli tüm güvenlik tedbirlerini alın. (AMP de belirtildiği gibi)	5 Dk	15 Dk
Olay Yönetim Ekibi müdahale yönetimini üstlenir:		
✓ Kalabalık kaosa dönüşmeden güvenlik görevlileri tarafından kontrol altına alınır.	5 Dk	15 Dk
✓ Emniyet şeridi kullanılarak kargaşa olan yerlerde kişilerin sıraya geçmesi sağlanır.	5 Dk	15 Dk
✓ Muayene alanlarında personellere ihtiyaç duyulduğunda gerekli destek sağlanır.	5 Dk	15 Dk
✓ Personele, hasta ve hasta yakınlarına hastanenin anons sistemi kullanılarak duyuru yapıp kargaşa önlenmeye çalışılır.	5 Dk	15 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hastanede tüm hasta, hasta yakınları ve personelin panik yapması engellenmelidir		
Kullanılacak Materyaller		
Emniyet şeridi, Megafon, çalışıyorsa anons sistemi, Tahliye gerektiği durumda hastane tahliye için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler,		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlar,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 472 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
AMP'nin aktive edilmesiyle başlar ve AMP aktif olduğu sürece devam eder.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hastayakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek alınır.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Güvenlik hizmetleri personeli, Emniyet güçleri.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: İlgili formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
Gerekli durumlarda, AMP'nin Güvenlik ve Olaya Özel Planların ilgili bölümlerine bakın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 473 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik personelinin sağlığını etkileyebilecek risk kalmadığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik konusunda emniyet güçleri ve ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyonu içinde olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 474 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

22.Siyah Kod Standart Operasyon Prosedürü

	SİYAH KOD STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
1. Temel Faaliyet Hastanede ve hastane çevresinde, bomba tehdidi oluşturabilecek herhangi bir şüpheli paket / çanta vb. fark edilmesi durumunda paketin bulunduğu bölgenin ve çevresinin güvenliğini sağlamak için verilen alarmdır. 2. HEDEFLER Bomba tehdidinin olduğu öğrenildiğinde siyah kodun aktivasyonunu sağlamak. Konuyla ilgili personelin bilgilendirilmesi, OYE yi harekete geçirmek. Emniyet güçleriyle iletişime geçmek. Onların direktifleri doğrultusunda hareket etmek. Eğer mümkünse hasta ve hasta yakını ve personelleri güvende tutmak, güvenli bir bölgeye taşımak. Hastane çevresindeki güvenlik önlemlerini artırmak. Hastane tahliyesi sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Hastanede hasta/hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehlide maruz kalmaları halinde olaya şahit olan hastane personeli en yakın dahili telefondan 2018 nolu numarayı arar ve siyah kod anonsu verilir.	1 Dakika	30 Dakika
Alarm verildikten sonra güvenlik görevlileri hızla olay yerine gelir.	5 Dakika	30 Dakika
Güvenlik görevlileri olay yerini boşaltır, gerekirse hastane tahliyesi yapılır.	5 Dakika	30 Dakika
Emniyet şeridi çekerek bölgeye girişi engeller ve riskli bölgeyi kontrol altına alır.	1 Dakika	30 Dakika
Güvenlik amiri tarafından emniyet güçleri aranır ve gerekli bilgiler verilir.	5 Dakika	30 Dakika
Bölge, genel kolluk kuvvetleri gelene kadar koruma altında tutulur, şüpheli paket/çanta hareket ettirilmez.	5 Dakika	30 Dakika
Riskli bölge yakınlarındaki çabuk alev alan maddeler bölgeden uzaklaştırılır.	1 Dakika	30 Dakika
Olay yerine ulaşan emniyet güçlerine ve bomba imha ekiplerine gerekli destek verilir.	5 Dakika	30 Dakika
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 Yönetimi ile paylaşılır.	5 Dakika	30 Dakika
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hastanedeki güvenlik görevlilerine gerekli talimatlar verilerek bölgelerin sürekli olarak kontrol edilmesi sağlanır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 475 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Monitör odasından şüpheli durumlarda olaylara anında müdahale edilebilmesi amacıyla, sürekli kamera izlemesi yapılır. Hastane Ana Giriş kapılarında 24 saat güvenlik görevlisi bulundurulur, girişlerin kontrollü olarak yapılması sağlanır.	
Kullanılacak Materyaller	
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri	
Zaman Dilimi	
Siyah kod sona erdirilmesine kadar olay yerinden ayrılmamalıdır.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon	
Yangın Önleme ve Söndürme SOP	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar 30 Dk
Tesis Tahliye SOP Olayın	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar 30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar	
Sürece Dahil Kişiler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
Kayıtlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar 6 Saat
Formlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar 6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar 6 Saat
İzleme	
Güvenlik Konuları	

23.Gri Kod Standart Operasyon Prosedürü

	GRİ KOD STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...

1. Temel Faaliyet

Hastanede meydana gelebilecek silahlı saldırı yada tehdit durumlarında çalışan, hasta ve hasta yakınlarının olay yerine girişlerini engellemek ve güvenliği sağlamak.

2. Hedefler

Saldırgan kişinin, silahlı olması aktif ateş edilme ve rehine durumuna müdahale etmek Saldırganı etkisiz hale getirmek

Emniyet teslim etmek

Gri kodun sona ermesini sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Hastanede hasta/hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehdide maruz kalmaları halinde olaya şahit olan hastane personeli en yakın dahili telefondan 2018 nolu numarayı arar ve gri kod anonsu verilir.	1 Dk	30 Dk
Alarm verildikten sonra güvenlik görevlileri hızla olay yerine gelir.	5 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezinde Olay Yönetim Ekibi toplanır. Olaya Özel önlemler hakkında karar verir.	5 Dk	30 Dk
Güvenlik görevlileri olay yerine girişi engellemek amacı ile bölgeyi emniyet şeridi içine alarak suç mahallini korur.	5 Dk	30 Dk
Güvenlik amiri tarafından emniyet güçleri aranır ve gerekli bilgiler verilir.	5 Dk	30 Dk
Bölge genel kolluk kuvvetleri gelene kadar koruma altına alınır, içeriden hiçbir şey alınmaz veya yer değiştirilmesi yapılmaz.	5 Dk	30 Dk
Saldırganın olduğu mahele girilmez dışarıdan dikkatinin dağıtılması içi psikiyatri uzmanından destek alınır.	5 Dk	30 Dk
Silahlı saldırı gerçekleşmiş ise yaralı kişiye müdahale etmek üzere en yakın klinik /poliklinikten hekim çağrılarak güvenlik tedbirleri eşliğinde ilk müdahalenin yapılması sağlanır.	5 Dk	30 Dk
Kolluk kuvvetlerinin gelmesi ve saldırganın etkisiz hale getirilmesi ile gerekli kontrollerin yapılması sonucu (gerekirse bina çevresi ve içinin araştırılması) ile Gri Kod sonlandırılır.	5 Dk	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Hastane güvenlik görevlilerine gerekli talimatlar verilerek hastanenin sürekli olarak kontrol edilmesi sağlanır.

Güvenlik odasından da bulunan kameralardan şüpheli durumlarda olaylara müdahale edilebilmesi amacıyla sürekli olarak izlenmesi sağlanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 477 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kullanılacak Materyaller

Telsiz, telefon

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Zaman Dilimi

Gri kod sona erdirilene kadar olay yerinden ayrılmamalıdır.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Sürece Dahil Kişiler

OYE, İş Güvenliği Uzmanı, Güvenlik, Hastane Müdürü, Kalite Direktörü, Başhemşire, Kolluk kuvvetleri

Ekler

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Formlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

İzleme

Güvenlik Konuları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 478 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

24.Turkuaz Kod Standart Operasyon Prosedürü

	TURKUAZ KOD STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...

1. Temel Faaliyet

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 bulunabilmek için verilen alarmdır.

2. Hedefler

Toplu yaralanma olduğu öğrenildiğinde turkuaz kodun aktivasyonunu sağlamak.

Çoklu yaralanmalara en sistemli ve hızlı şekilde müdahale edebilmek için Acil Servis Ünitesini ünitesinin aktif hale getirmek.

Konuyla ilgili personelin bilgilendirilmesini sağlamak. OYE yi harekete geçirmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Çoklu yaralanma ile neticelenen olayların ve afetlerin meydana gelmesi ya da meydana gelme olasılığının ortaya çıkması halinde HAP Başkanı tarafından 2018 aranarak Turkuaz kod verilir.	1 Dk	30 Dk
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 Dk	30 Dk
Acil Servis'e hasta alımı durdurulur (Çok aciller hariç).	1 Dk	30 Dk
Acil Servis'te bulunan hastalardan taburcu edilebilecek olanlar ivedilikle taburcu edilir, taburcu olamayacak olanlar hastanenin ilgili bölümlerine sevk edilerek Acil Servis boşaltılır.	5 Dk	30 Dk
Afet triaj sistemine geçilir.	1 Dk	30 Dk
Afet triajına uygun olarak yeşil, sarı, kırmızı ve siyah bakım alanları düzenlenir; triaj alanı, psikiyatri alanı, aile bekleme ve taburculuk alanı ile gönüllü kabul ve başvuru alanı oluşturulur.	5 Dk	30 Dk
Triaj alanında ilk triaj işlemi yapılan hastalar, triaj kartları takılarak uygun bakım alanlarına yönlendirilirler.	1 Dk	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Acil Serviste ve Triaj Alanlarında gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.

Personelin koruyucu ekipman kullanılması sağlanmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 479 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İlk andaki hazır oluşluk açısından arka depoya ek bir ön depo olarak kriz dolabı oluşturulur. Düzenli olarak check- listlerle kontrolleri yapılan bu dolabın içerisinde acil durumda kullanılacak tüm tıbbi malzemelerin yanında dekontaminasyonda gerekli malzemeler, triaj kartları ve kol bantları bulunur	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
Turkuaz kod verilmesiyle başlar kod sonlanınca biter.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Dış toplu yaralanma sonucu hastaneye gelen hastalarla ilgili oluşabilecek özel durumlara uygun hareket edilmesini sağlamak,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Acil servis personeli, Güvenlik		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
AMP'de belirtilen ilgili Formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 480 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

25.Yeşil Kod Standart Operasyon Prosedürü

	YEŞİL KOD STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
1. Temel Faaliyet Hastaneyi etkileyen iç ve/veya dış afet durumlarında aktive edilen Hastane Afet Planı'nın, olağanüstü durumun ortadan kalkması halinde sonlandırılmasını sağlar.		
2. HEDEFLER Tamamen ya da kısmen aktif hale getirilmiş Hastane Afet Planı'nın sonlandırmak		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Acil durum sonlandırma sorumlusu tarafından acil durumun sonlandığı bilgisi verilir.	OYM Kararından Sonra Hemen	Olay Bitimi
Acil Durumun ortadan kalkması ile HAP Başkanı tarafından Afet Yönetiminin sonlandırılmasına karar verilir.	Hemen	Olay Bitimi
2018 aranarak Yeşil Kod anonsu verilir.	30 Dk	Olay Bitimi
Normal işleyişe dönüş için gerekli hazırlıklar başlatılır.	1 Saat	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi olay sonrası genel bir değerlendirme toplantısı yaparak faaliyet raporu düzenler.	Olay Bitiminde	Olay Bitimi
Tüm birimler tarafından Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu (Form – 32) doldurularak OYM teslim edilir.	Olay Bitiminde	Olay Bitimi
Gerekli hallerde basın toplantısı düzenlenerek kamuoyu bilgilendirilir.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Bulunduğunuz görev gereği gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasını sağlayın ve kendinizi güvene alın.		
Kullanılacak Materyaller		
Telsiz, Telefon		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		
Yeşil Kod ilanına karar verilmesi ile başlar, Yeşil Kod ile edilmesi ile sona erer.	Yeşil Kod İlanı ile başlar ve tüm işlemler yapılırca biter	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 481 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tüm SOP lar ve İş Akış Talimatları	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, olaya dahil olan personeller		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	Olay Bitimi
Formlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	Olay Bitimi
Hizmetin devam etmesi için gerekli önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 482 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

26.Mor Kod Standart Operasyon Prosedürü

	MOR KOD STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
1. Temel Faaliyet 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. Hedefler İhtiyaç halinde acil müdahale planını aktive etmek Acil müdahale planının aktivasyonu yapıldıktan sonra OYE açmak OYE nin aktif olarak çalışmaya başlamasını sağlamak. Acil Durum veya Afeti en organize şekilde müdahale etmek, En kısa sürede hastaneyi normal çalışma düzenine döndürmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Hastane afet ve acil durumda doğrudan etkilendiyse veya hastanenin bulunduğu ilçede afet durumu ilan edilmişse HAP Başkanı tarafından duruma göre uygun seviyede Hastane Afet ve Acil Durum Planı aktive edilir.	Hemen	Olay Bitimi
Olay Yönetim Merkezi açılır ve görev dağılımı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Operasyon Şefi, Planlama Şefi ve Lojistik Şefi derhal hastanenin durumu hakkında bilgi toplar ve HAP Başkanı'na iletir.	5 Dk	Olay Bitimi
Operasyon şefinin sorumluluğunda hasar gören bölümler var ise elektrik, su ve gaz kesilir.	Hemen	Olay Bitimi
Hasarın boyutuna göre HAP Başkanı tarafından tahliye kararı verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Eğer binada çatlak ve hasar varsa ve o bölüm için yatay tahliyeye karar verilmişse, hastaların nereye gönderileceğine Operasyon Sorumlusu karar verir.	Hemen	Olay Bitimi
Binada büyük oranda hasar varsa ve tamamen boşaltılması gerekiyorsa, hastalar uygun diğer hastanelere nakledileceklerdir.	En Kısa Sürede	Olay Bitimi
Her iki halde de tüm ilgili kurumlarla iletişim Kurumlararası Koordinasyon Şefi tarafından sağlanır.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	Olay Bitimi
Tahliye işlemi esnasında Güvenlik Sorumlusu; genel olarak güvenliği sağlar ve toplanma alanlarının güvenliğini sağlar.	Tahliye Başlayınca	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hasar gören yerlerde gerekli önlemler alınmalıdır.		
Tahliye alanları ve tahliye yolları kontrol edilmeli		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (OlayYönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,		

Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiç bir 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 her hangi bir tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Olay Yönetim Ekibi'ne rapor edin,

Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.

Kullanılacak Materyaller

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

Olay Bitimi

Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın,

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

Olay Bitimi

Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

Olay Bitimi

Zaman Dilimi

OYE'nin faaliyete geçmesinden hemen sonra başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Tüm SOP lar ve İş Akış Talimatları

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

Olay Bitimi

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Verilen Mor Kod sebebine göre karşılaşılabilecek özel durumlar belirlenir ve duruma özel müdahale başlatılır.

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler

OYE, Güvenlik, Emniyet güçleri

Ekler

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

İzleme

Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.

Olayın
Başlamasından
Bitimine Kadar

Olay Bitimi

Güvenlik Konuları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 484 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

27.Acil Durum Kodları Standart Operasyon Prosedürü

	ACİL DURUM KODLARI STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...

Temel Faaliyet

Hastane bünyesinde yer alan birimlerde oluşabilecek acil durumlarda en kısa zamanda, en etkili müdahale ile, oluşabilecek zararları en aza indirmek amacıyla ile STANDART ACİL DURUM KODLARI hazırlanmıştır.

Hedefler

Acil durumlarda oluşabilecek müdahale ve yetki kargaşasını önleyerek sağlıklı ve bilinçli bir müdahale bilinci yaratmak, hastalarımızı ve çalışanlarımızı oluşabilecek zararlara karşı en iyi şekilde korumaktır

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
Hastane içinde meydana gelebilecek taciz, fiziksel saldırı vb durumlarında Beyaz Kod kullanılır. Olayı gören ilk kişi en yakın telefonu kullanarak santrali arar (1111) acil durum çağrısı yapar santral görevlisi de Beyaz Kod ve çağrının geldiği birimi anons eder. Örneğin: 'Dikkat, dikkat! Beyaz Kod 4. kat, Beyaz 4. kat gibi.		
Bir hastada şuur kaybı, solunum durması, kalp ve/veya dolaşım durması durumlarında Mavi Kod kullanılır. Bu durumdaki hastayı bulan/gören ilk kişi en yakın telefonu kullanarak santrali arar(2222) acil durum çağrısı yapar santral görevlisi de mavi kod(Mavi Kod1: Yetişkin, Mavi Kod2: çocuk) ve çağrının geldiği birimi anons eder. Örneğin: 'Dikkat, dikkat! Mavi Kod 4. kat, Mavi Kod 4. kat gibi.		
Hastanede yangın meydana geldiğinde Kırmızı Kod kullanılır. Yangını gören ilk kişi en yakın telefonu kullanarak santrali arar acil durum çağrısı yapar santral görevlisi de kırmızı kod ve çağrının geldiği birimi anons eder. Örneğin: 'Dikkat, dikkat! Kırmızı Kod 4. kat, Kırmızı Kod 4. kat gibi.		
Hastane içerisinde Hastane içi / dışı bomba olayı, Silahlı saldırı / rehine alma, Ciddi kavga / tartışma, Hırsızlık gibi olaylarda GRİ KOD çağrısı yapılır. Olayı gören hastane personeli santrali arayarak GRİ KOD çağrısı yapar. Güvenlik elemanları olayın olduğu yere giderek nerede ve ne zaman gerçekleştiği hakkında detaylı bilgi edindikten sonra, hastane müdürü ve başhekimine detaylı bilgi verir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 485 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Hastanemizde alınan tüm önlemlere rağmen yatan bebek/ çocuk hastaların kaçırılmaları, kaybolmaları durumunda Pembe Kod kullanılır. Böyle bir durumla karşılaşan kişi daha sonra görevlilerin bilgilendirilmesini sağlar. Hasta hakkında gerekli detay bilgiyi (hastanın cinsiyeti, yaşı vb.) alır ve en kısa zamanda Pembe Kod çağrısı yapar. 'Dikkat, dikkat! Pembe Kod (Kat Adı)		
Deprem, sel, su baskını, yangın vs tahliye gerektiren durumlarda Sarı Kod anonsu yapılır. Dikkat, dikkat! Sarı Kod (Kat Adı/Hastane Geneli)		
Hastane içerisinde herhangi bir alanda uzun süreli ve hastanenin işleyişini olumsuz etkileyecek teknik arızalar (uzun süreli elektrik ve su kesintileri, jeneratör arızaları,		
kazan patlamaları vb. teknik arızalar), zararlı kimyasalların çevreye yayılması, enfekte materyallerin çevreye yayılması gibi durumlardan herhangi biri meydana geldiğinde olayı gören kişi görevlilerin bilgilendirilmesini sağlar. Olayın meydana geldiği yer, zaman, olayın açık tanımı konularında çağrıyı yapan kişiden detaylı bilgi alındıktan sonra (mümkünse) TURUNCU KOD çağrısı yapılır .		

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Kullanılacak Materyaller		
Dahili ve dech telefonlar		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		
Olay görüldüğü an acil uyarı ve bildirim yapılmalıdır.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Sürece Dahil Kişiler		
Ekler		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 486 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar: Bildirim Formları		
Raporlama Mekanizması:		
AMP'de belirtilen ilgiliFormlar		
İzleme		
Güvenlik Konuları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 487 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

28.Siber Saldırı Durumları Standart Operasyon Prosedürü

	SİBER SALDIRI DURUMLARI STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...
Temel Faaliyet Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek siber saldırı olayında verilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda müdahale etmek. Veri kaybını engellemek. İş sürekliliğini kaybetmemek. Hedefler ✓ Vakit kaybetmeden durumu değerlendirerek haber vermek. ✓ En kısa zamanda müdahaleye başlamak. ✓ Bilgi kaybını önlemek. ✓ İş sürekliliğini sağlayarak önlemleri uygulamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
• Hastanenin kayıt sisteminin başka bir yerde mutlaka yedeklenmesi sağlanmalıdır.		
• Server sisteminde anti virus programı olmalıdır.		
• E-posta üzerinden gerçekleştirilebilecek ortalama saldırılarına karşı da dikkatli davranılması gerekmektedir. Bu kapsamda tüm e-posta kullanıcılarının bilgilendirilerek uyarılması gerekmektedir.		
• Dikkatli olunması gereken husus sadece bilinmeyen kişiler tarafından gönderilmiş e-postalarla sınırlı olmayıp şüpheli hiçbir linkin açılmaması önem arz etmektedir.		
• Siber suçlar ile iltişime geçilmelidir.		
• Hastane bilgi işlem servisi ile iletişime geçin.		
• Siber Saldırı durumunda internet ağını kesip, verilerin güvenliğini ve Güncelliğini kontrol edilmelidir.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Hastanede tüm hasta, hasta yakınları ve personelin güvenliğini sağlamak, can vemaal kaybını en aza indirmek, Veri güvenliğini sağlamak		
Kullanılacak Materyaller		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 488 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- Bilgisayar - Server - Kamera sistemleri		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		
Hemen		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnternet sistemi kullanılamaz hale gelebilir.		
Verilere ulaşılamayabilir		
Veriler silinebilir.		
Kişisel veriler çalınabilir.		
Sürece Dahil Kişiler		
Bilgi işlem yöneticisi		
Siber suçlar		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama Mekanizması:		
AMP'de belirtilen ilgili Formlar		
İzleme		
Sürekli		
Güvenlik Konuları		
Antivirüs sistemleri olmalı ve güncel tutulmalıdır.		
İnternet üzerinden yasaklı alanlara girilmemeli ve şifre vb. bilgilerpaylaşılmamalıdır.		
Hastanenin izin vermediği kişiler ile bilgisayara uzaktan bağlanılmamalıdır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 489 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

29. Sabotaj Durumları Standart Operasyon Prosedürü

	SABOTAJ DURUMLARI STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Doküman No: AD-PR- Yayın Tarihi :03.01.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar :...

Temel Faaliyet

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek sabotaj olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda müdahale etmek.

Hedefler

- ☐ Vakit kaybetmeden durumu değerlendirerek haber vermek.
- ☐ En kısa zamanda müdahaleye başlamak.
- ☐ Can ve mal kaybını önlemek.

İş sürekliliğini sağlayarak önlemleri uygulamak

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
• İç ve dış sabotaja karşı tüm personel dikkatli olmalı, şüpheli davranan kişileri yetkililere haber vermelidir.		
• Silahlı, bombalı veya saldırı olması durumunda 1111 nolu telefon ile iç haberleşme sağlanmalıdır.		
• HAP başkanı hemen Kurumlar arası koordinasyon sorumlusu aracılığı ile ilk olarak telefonla polise haber verilir.		
• Eğer saldırgan silahlı ise müdahale edilmez polisin gelmesi beklenir.		
• Saldırgan oyalanmaya veya nereye gittiği takip edilmeye çalışılır.		
• Araçlı ise aracın plakası alınır. Aracın etrafında durulmaz.		
• Eğer saldırgan silahsız ise güvenlik ekibi tarafından etkisiz hale getirilmeye çalışılır.		
▪ Bomba ihtimali varsa polis ayrıca bilgilendirilir. Belirlenen alan güvenlik ekiplerince kapatılır.		
▪ Bomba ve silahlı saldırıdan diğer çalışanlar, hasta ve hasta yakınları etkilenmemesi için hastane boşaltılabilir. Bu kararı Olay yönetim ekibi verecektir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 490 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Hastanede tüm hasta, hasta yakınları ve personelin güvenliğini sağlamak, can vemaal kaybını en aza indirmek,
- Personeller kesinlikle kendilerini ve diğer kişilerin hayatını tehlikeye atmazlar.

Kullanılacak Materyaller

- Kameralar

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Zaman Dilimi

Hemen

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Bomba patlayabilir
- Zehirli malzeme konabilir
- Yangın çıkarılabilir.

Sürece Dahil Kişiler

Güvenlik ekibi

Polis

Ekler

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama Mekanizması:

AMP'de belirtilen ilgili Formlar

İzleme

Sürekli

Güvenlik Konuları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 491 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kötü niyetli kişiler tarafından tesislere ve çalışanlara zarar vermek amacı ile kritik noktalara bomba atarak veya başka bir şekilde patlamaya sebep olarak yâda yemeklere zehirleyici madde konularak sabotaj yapılabilir.		
Personel ve hastalar tehlikeye atılmaz.		
Şüpheli paketler açılmaz veya zarar verilmez.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 492 / 747

EK 1-C FORMLAR

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 493 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-1 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Görevlendirme Formu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-04 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/2		
	HAP ORGANİZASYON GÖREVLENDİRME FORMU (FORM-01)			
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				
Tıbbi Bakım Sorumlusu				
Altyapı Sorumlusu				
Güvenlik Sorumlusu				
İş Sürekliliği Sorumlusu				
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu				

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 494 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Psikososyal Destek Sorumlusu				
Planlama Bölümü				
Planlama Şefi				
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu				
Durum Değerlendirme Sorumlusu				
Dokümantasyon Sorumlusu				
Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu				
Lojistik Bölümü				
Lojistik Şefi				
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu				
İnsan Kaynakları Sorumlusu				
Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu				
İlaç ve Tıbbi Malzeme 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				

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 495 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 496 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-2 Brifing Formu

	HAP BRİFİNG FORMU (FORM-2)	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		
Notlar (Aşılan sorunlar, devam eden sorunlar, uyarılar, direktifler)		
Düzenleyen (Ad-Soyad/Pozisyon)		
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 497 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-3 Olay Bildirim Formu

	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-12 Yayın Tarihi:21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 1/1
	OLAY BİLDİRİM FORMU (FORM-03)	
İl /İlçe Adı:		
Tarih / Saat:		
Olayın Tanımı:		
Yapılan ilk müdahale bilgisi:		
Yaralı Sayısı:		
Ölü Sayısı:		
Bilgi Veren (İlgili Kişi):		
112 AÇM Müdürlüğü Tel.No:0282 261 11 59 (1459) 112 AÇM Müdürlüğü Fax No: 0282 261 23 26 Sağlık Komuta Kontrol Merkezi Tel No: 0282 258 24 10 Sağlık Komuta Kontrol Merkezi Faks No:0 282 261 80 70 İl SAKOM Tel No: 0 282 261 80 70 İl SAKOM Faks No:(0 282) 262 49 44 - (0 282) 262 57 29		
1-Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2-Olayı haber alan kişi tarafından doldurulur. 3-OYE tarafından uygun görülen birim ve kişilere gönderilir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 499 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-5 Tesis Sistemleri Durum Formu

	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-36 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/3
	TESİS SİSTEMLERİ DURUM FORMU (FORM-05)	
Tarih -Saat :		Görevli Adı-Soyadı:
Sistem Adı	Durum	Eğer tamamen fonksiyonel değilse bu bölümde yeri, sebebi ve tamirat için gerekecek yaklaşık zamanı yazınız.
İnternet	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Video Tele Konferans (VTC) Kablolu	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
ALT YAPI		
Tesise Ulaşım (Yollar, kaldırımlar, köprüler..)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ 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	
Buz Makinesi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Çamaşırhane / Çamaşır Ekipmanları	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 500 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	☐ Yok	
Yapısal Unsurlar (Bina Bütünlüğü)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
HASTA BAKIMI		
Dekontaminasyon Sistemi (Arındırma Ünitesi)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Dijital Röntgen Sistemi Digital (Radyoloji ünitesi, rutin PACS, CT, MRI, diğer)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Buharlı /Kimyasal Sterilizatörler	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
İzolasyon Odaları(Pozitif/Negatif Hava)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Tamamen kullanılıyor	
GÜVENLİK		
Tesis Kilit Sistemleri (Kapı/anahtar kart erişimi)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Kampüs Güvenliği (Harici Panik Alarmlar)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Kampüs Güvenliği (Işıklandırma)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Panik Alarmları (Dahili ve diğer cihazlar)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
KRİTİK HİZMETLER		
Elektrik Enerjisi (Öncelikli Servisler)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 501 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	o Yok	
Elektrik Enerjisi (Yedek Jeneratör)	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Yakıt Deposu	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Sanitasyon Sistemleri	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Su	o Tamamen kullanılıyor	
	o 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	
Tibbi Atık Yönetimi Sistemi	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	
Oksijen	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	
	o Kullanım dışı	
	o Yok	
Medikal Gazlar	o Tamamen kullanılıyor	
	o Kısmen kullanılıyor	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 502 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Pnmatik Taşıma Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Buhar Kazanı	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Arındırma Ünitesi Atık Su Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Su Arıtma Sistemi (Varsa)	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Vakum (Aspire etmek için)	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Su Isıtıcı ve Dolaştırıcısı	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Harici Aydınlatma	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Harici Depo (Ekipman)	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Harici Depo Araçlar	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	
Araç Otoparkı	☐ Tamamen kullanılıyor ☐ Kısmen kullanılıyor ☐ Kullanım dışı ☐ Yok	(güç, panik butonu, ışıklar, giriş, çıkış kontrolü)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 503 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Kontrol Eden 1: Yapılan Birim: Kontrol eden 2:	Onaylayan:	Bildirim
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Hastanenin olaya maruz kalması durumunda kullanılır. 2) Olaydan etkilenen departman/servis/birim tarafından doldurulur. 3) Alt yapı sorumlusuna gönderilir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 504 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-6 Olay Eylem Planı Standart Formu

	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No:AD-FR-13 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No:1/5
	OLAY EYLEM PLANI STANDART FORMU (FORM-6)	
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 listeleyniz.		
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)	
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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 506 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-7 Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu

	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-14 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
	OLAY EYLEM PLANI TAKİP KAYIT FORMU (FORM-7)	

Olay Adı :

Başlangıç Tarihi:

Yer:

Sayfa Numarası :

Olay Eylem Planının adı (ad veya sayı verilebilir) ve Olay Eylem Planına kabul ediliş tarihi	Stratejiler (Olay Eylem Planı Standart Form'unda açıklandığı şekilde özet)	Taktik Yönler ve Faaliyetler (ne, nerede, kim, ne zaman: kaydedilen ilerleme, başarılar, sınırlandırmalar; zayıf yönler ve boşluklar; zaman çizelgesinden bahsedilmesi: ilgili Acil Müdale Planı'nın geçerliliği)

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Bu form, hastane tarafından yapılan tüm Olay Eylem Planlarını özetlemektedir.

Her Olay Eylem Planının kaydedilmesi gerekmektedir (Olay Yönetim Ekibi tarafından geliştirilenler, farklı Departmanlar ve Birimler tarafından geliştirilenler).

2) OYE tarafından kullanılır.

3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir

[illegible]

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 508 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-9 Hasta Dosyası Formu

	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-26 Yayın Tarihi :01.06.2022 Revizyon No :00 Revizyon Tar.:.... Sayfa No: 1/1					
	HASTA DOSYASI FORMU (FORM-09)						
Olay Adı							
Tarih:	Saat:	Hasta Kayıt No					
Trijaj 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.							

[illegible]

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. * Hastanın yoğun bakımında hangi klinik adına yatırıldığı değil nerde yatırıldığına göre kayıt yapılacaktır. ** Olayın özelliğine göre istenilen farklı bilgiler bu bölüme yazılacaktır (Mesleki bilgileri , genel durumları, yaş ve cinsiyet dağılımı vb.). ***Bilgiler gelen hasta son durum formundan kontrol edilerek alınacaktır.
- 2) Durum değerlendirme sorumlusu tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir

Form-12 Hasta Son Durum Listesi Formu

OPTIMED		KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI		Doküman No :AD-FR-21 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1						
HASTA SON DURUM LİSTESİ (FORM-12)										
Olay Adı:										
Olay Başlangıç Tarih ve Saati - Olay Bitiş Tarih ve Saati:										
Sıra No	Protokol No	Ad Soyad/Esgal	TC Kimlik No	Cinsiyet (K/E)	Yaş	Triyaj Kodu	İstnilen Tetkikler (USG, CT, Anjiyo vb.)	Ame liyata Sevk Saati	Sonuç ve saati (Taburcu, Yatış, Sevk, Morg)	Açıklama
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
DÜZENLEYEN AD SOYAD UNVAN		DÜZENLEYEN AD SOYAD UNVAN		ONAYLAYAN AD SOYAD UNVAN		İMZA				
İMZA		İMZA		İMZA		İMZA				
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Bu Form farklı birimler tarafından doldurulur. Hastane Olay İstatistik Formu ile uyumlu olmalıdır.										
2) Durum değerlendirme sorumlusu tarafından doldurulur/doldurtulur.										
3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.										

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 512 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-13 Durum Rapor (İdari Birimler) Formu

	DURUM RAPOR (İdari Birimler) FORMU (FORM 13)	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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 513 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-14 Durum Raporu (Yataklı Servis) Formu

	DURUM RAPORU (YATAKLI SERVİS) FORMU (FORM-14)	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		

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 514 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-15 Hasta Eşyası Teslim Formu

OPTİMED	HASTA EŞYASI TESLİM FORMU (FORM-15)		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				
14				
15				
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				

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 518 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-19 Olay Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu.

	OLAY EYLEM PLANI İŞ GÜVENLİĞİ ANALİZ FORMU (FORM-19)		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)
İş Güvenliği Yetkilisi.:			
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) Hasta girişinin olduğu tüm alanlarda doldurulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir			

Form-24 Özel Alanlar Formu

Sıra No		Alan	Alan m ²	ÖZEL ALANLAR FORMU												Doküman No: AD-FR-30 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1	
Sıra No	Alan	Alan m ²	Su	Elektrik		Telefon		Telsiz		Fax		İnternet		Bilgisayar		Olağan Günde Kullanım Amacı	
				Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
1	Poliklinikler (40 Polk. *15 m2)	Zemin, 1 ve 2. kat	x	x		x		x		x		x		x		Yatarak Tedavi	
2	Endoskopi	2. kat	x	x		x		x		x		x		x		Yatarak Tedavi	
3	Doğumhane	4.kat	x	x		x		x		x		x		x		Yatarak Tedavi	
4	Personel Dinlenme Alanı	Mola alanı	x	x		x		x		x		x		x		Personel Dinlenme Alanı	
5	Afet Triyaj Alanı	Acil Servis lobi/Acil Servis Önü	x	x		x		x		x		x		x		Hasta ve hasta yakınlarının bekleme alanı	
6	Ayaktan Tedavi Bölümü	Zemin kat poliklinikler	x	x		x		x		x		x		x		Hasta ve hasta yakınlarının bekleme alanı	
7	Hasta Yakını Bilgilendirme Alanı	İdari ofisler önü (giriş)		x		x		x		x		x		x		Otopark	
8	Medya Bilgilendirme Alanı	Zemin kat. Teras kafeterya	x	x		x		x		x		x		x		Kafeterya	
9	Geçici Morg Alanı	Hastane yanındaki depo	x	x		x		x		x		x		x		Depo	
10	Personel Bilgilendirme Alanı	-1. Kat İnsan Kaynakları Odası	x	x		x		x		x		x		x		Eğitim Salonu	
11	Hasta Eşyaları Muhafaza Alanı	-1.kat Odyometri odası	x	x		x		x		x		x		x		Odyometri testi	
12	Personel Yakınları Bilgilendirme Alanı	-1. Kat toplantı odası	x	x		x		x		x		x		x		Toplantı odası	
13	Psikosozyal Destek Ünitesi	-1. Kat idari ofisler 1. oda	x	x		x		x		x		x		x			
14	Kimlik Belirleme Alanı	Hastane yanındaki depo	x	x		x		x		x		x		x			
15	Olay Yönetim Merkezi	1. Kat Eğitim Salonu (Yedeği -1 kat Acil Servis doktor dinlenme odası)	x	x		x		x		x		x		x		Eğitim salonu	

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 524 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-25 Finans Yönetimi Kayıt Formu

	FİNANS YÖNETİMİ KAYIT FORMU (FORM-25)				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					

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 527 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-28 Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu

		BİLGİ YÖNETİMİ GENEL TAKİP FORMU (FORM-28)		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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 530 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-31 Psikososyal Risk Analizi Formu

	PSİKOSOSYAL RİSK ANALİZİ FORMU (FORM-31)	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	:	
ACİL 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 o 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 .		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 531 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-32 Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu

	AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU (FORM-32)	Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :1/3	
Olayın Adı:		Tarih .../.../... ..	
Açıklama: Görevli pozisyonların aktivasyonu sona erdirildiğinde ve tüm kaynakların kullanımı sonlandırıldığında doldurulacaktır. Görevli pozisyonların aktivasyonunun sona erdirilmesi ve tüm kaynakların kullanımının sonlandırılması; sadece aşağıdaki kutucuklar doldurulduğunda, tüm malzemeler bakımları yapılmış şekilde teslim edildiğinde ve tüm dokümanlar Dokümantasyon Sorumlusu'na iletilildiğinde mümkün olacaktır. Bölüm sorumluları, afet/acil durum sonlandırıldığında, formda kendilerine ayrılmış bölümü imzalamalıdır		Saat .../... - .../.....	
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			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 532 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.		
Bölmelerdeki 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.		
Bölmelere 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 artırılan güvenlik personeli bilgilendirilerek, güvenlik personeli sayısı olay öncesi sayısına indirildi.		
Müdahale süresince ek olarak kullanılan güvenlik tedbirleri artık devre dışı bırakıldı.		
Bölmelere 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.		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
İŞ SÜREKLİLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bölmelere 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.		
Bölmelere 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.		
Bölmelere 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.		
Bölmelere 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 supervise günlük işleyişe tekrar dönülmesiyle ilgili bilgi verildi.		

Hazırlayan
Ad Soyad:

İMZA

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 534 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Görevi:
Tarih/Saat:

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 yürütölür.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 535 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-33 Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu

	HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU (FORM-33)	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.)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 536 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-34 Diyaliz Bilgisi Formu

	DİYALİZ BİLGİ FORMU (FORM-34)				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	Diyaliz Servis Konumu
Hastanemizde Diyaliz Ünitesi bulunmamaktadır.					
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. Hastane başka özellikli hizmet sunuyorsa onlar için de ayrı form oluşturmalıdır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.					

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 537 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Form-35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-27 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
	HASTANE YATAK/ODA BİLGİSİ FORMU (FORM-35)	

Departman/Servis Birim Adı	Yatak Sayısı	Arttırılabilir yatak Sayısı	Yer (Blok adı, kaçınıcı kat vb.)	Muayene Oda Sayısı	Ameliyathane Sayıları	Ameliyathane Oda Sayıları	Ameliyathane Masası
Dahiliye	12	24	7. KAT	0	0	0	0
Kardiyoloji							
Göğüs Hastalıkları							
Nöroloji							
Cerrahi	28	45	1.VE 6. KAT	2	0	0	0
Ortopedi ve Travmatoloji							
Üroloji							
Plastik Cerrahi							
Kadın Doğum ve Çocuk	6	12	4. KAT	1	0	0	0
Genel Yoğun Bakım	26	27	3.KAT				
Yeni Doğan YoğunBakım	16	17					
Ameliyathane			-1. KAT		4 SALON		4 MASA

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

	ADI	SOYADI	ÇALIŞTIĞI BİTRİM	UNVAN	GSM TEL.	ADRES	Açıklama (Özel Durum Belirtilecek.
1	Açelya	BADEMCI	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5340541698	NUSRATİYE MAH.MAVİLİ BAHÇE 1.SOK.DENİZ YILDIRIM APT. NO:11/6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
2	Aleyna	KUVAÇ	Odyoloji	Odyoloji Teknikeri	530 307 92 07	SELİMPAŞA MAH. 3024.SOK NO:4/2 SİLİVRİ/İSTANBUL	
3	Ali	ÜZBAŞ	Ameliyathane	Hizmetli Personel	5465546963	GAZİLYAS MAH. ESKİ DEBBAY CAD. ONARAN APT. BLOK NO:40/3 EDREMİT/BALIKESİR	
4	Arzu Ceren	TUNA	Hasta Hizmetleri	Hasta Kabul Görevlisi	542 631 00 59	ALİ PAŞA MAH.AHMET HAMDİ GÜRPINAR CAD.MENEKŞE A BLOK NO:7/11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
5	Asuman	ACAR	Yiyecek / İçecek	Bulaşıkçı	5012262965	HİDİRAGA MAH.HACI HAMAM SOK.ONEL APT.NO:26- 6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
6	Aylin	BAYRAK	Hasta Hizmetleri	Hasta Kabul Görevlisi	5301812301	ALİPAŞA MAH. ÇETİN EMEÇ BUL. ELİT PARK. NO:118/122-14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
7	Aynur	YENİCELİ	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5454539583	ŞEYHSİNAN MAH. KARANFİL 4. SOK. NO.31/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
8	Aysel	DEMİRAY AT	Hemşirelik Hizmetler	Ayaktan Hasta Danışmanı	538 399 48 40	ZAFER MAH.CUMHURİYET BUL.ARMADA CITY B6 BLOK NO:5-14/19 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
9	Aysel	TEZCAN	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5307714246	HAVUZLAR MAH.KARAKAŞ CAD.GÖNEN APT.NO:8J/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
10	Aysel Buse	RAHVAN	Biyomedikal Sorum.	Biyomedikal Sorum.	546 451 8418	MUHİTTİN MAH. ATATÜRK BULV. DOĞAN APT. NO:47/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
11	Aysu	ÜNSAL	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	537 055 45 74	ESENTEPE MAH. SANCAK CAD. 1.SOK YILDIRIM KENT SİTESİ UFUK APT. NO.1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
12	Ayşe	KUŞ	Yiyecek / İçecek	Bulaşıkçı	5318235217	ÇOBANÇEŞME MAH.MUSTAFA KEMAL 1.SOK.YILMAZ APT.NO:32/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
13	Ayşe Sena	DERE	Acil Servis	Yatan Hasta Danışmanı	5518272186	REŞADİYE MAH. KURŞUN SK. NO:10-4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
14	Ayşenur	ERDEM	Yetişkin Yoğun Bakım	Hemşire	5435086409	RUMELİ MAH.CENAP ŞEHABETTİN SOK.NO:28/6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
15	Ayşenur	GÜRBÜZ	Kadın Doğum 1	Ebe	543 832 28 44	REŞADİYE MAH. YENİEVLER 1. SOK. SARIKONUTLAR A BLOK ÇORLU/TEKİRDAĞ	
16	Ayşenur	KENGER ACAMI	Yetişkin Yoğun Bakım	Paramedik	542 549 68 83	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. ERGENE VADİSİ B/3 D/46 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
17	Ayşenur	TAŞÇI	Cerrahi Servis-2	Hemşire	5438255886	NUSRATİYE MAH.DOĞANEVLER SOK.GÜNGÖR APT.NO:7/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
18	Aytül	KÖSTEKÇİ	Efor	Hemşire	5342347507	MUHİTTİN MAH.AYDIN EVLER CAD.BAŞAK EVLERİ NO:40/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
19	Azize	ERKARTAL	Cerrahi Servis-2	Hizmetli Personel	544 671 67 85	ALİPAŞA MAH. NURULLAH ATAÇ SOK ÇAYKENT APT. BLOK NO:14/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
20	Bade Sıla	BAY	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5075965397	MUHİTTİN MAH. LEYLA SK. GÖZÜM APT. NO:19-6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
21	Batuhan	DÜLGAR	Radyoloji	Radyoloji Tekn.	5370329086	SAĞLIK MAH.4.SOK.NO:55 ERGENE/TEKİRDAĞ	
22	Benna	KASAP	Acil Servis	Yatan Hasta Danışmanı	541 793 72 18	MUHİTTİN MAH. YAVUZ SELİM CAD. UMUT YAPI KOOP.SİTESİ NO:14/16 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
23	Berfin	GÖKKAYA	Ameliyathane	Hemşire	5531660288	CUMHURİYRT MAH.AV.ORHAN GÜNGÖR SOK.HUKUKÇULAR SİTESİ E1 BLOK NO:1/7-6 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
24	Berfin Şilan	ÖKTAR	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5364029464	ŞEYHSİNAN MAH.AKŞEMSEDİN SOK.HALİL BABA BULUT APT.K:4 D:20 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
25	Berivan	ERGÜN	Destek Hizmetler	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	5380936559	ÇOBANÇEŞME MAH.YİĞİTLER SOK.E BLOK NO:12/3- 4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
26	Berk	DEMİR	Ameliyathane	Hemşire	5303794299	ŞEYHSİNAN MAH.MEMDUH ŞEVKET ESENDAL CAD.FERİZ AKPINAR MİSİNLİ APT.NO:19/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

27	Berrak	SIRTAŞ	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5061699222	BEYLİK MAH. 4. GÖÇMENLER SOK. NO:111/1 PINARHİSAR/KIRKLARELİ	
28	Beste	YORULMAZ	Hasta Hizmetleri	Ayaktan Hasta Danışmanı	546 954 59 99	BAHÇELİEVLER MAH. SAADET SK. NO:11/3C MARMARAEREĞLİSİ/TEKİRDAĞ	
29	Bilge	PERVER KÖSE	Hasta Hizmetleri	Hasta Kabul Görevlisi	533 279 57 37	REŞADİYE MAH.ATATÜRK 3 SOK.NO:7/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
30	Bilge	ÜNER	Yetişkin Yoğun Bakım	Paramedik	5462401171	KAZIMIYE MAH. DADALOĞLU CAD. AKGÜN VILLARI NO:44 59760 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
31	Bilgen	NARİNÇ	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	545 255 73 53	TÜRKGÜCÜ MAH. TÜRKGÜCÜ 5.SK NO:56/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
32	Binnur	USLU	Ameliyathane	Yatan Hasta Danışmanı	5423847881	NUSRATİYE MAH. ALIPAŞA İLKÖĞRETİM ARKA SOK. VİLDAN APT. NO:7/9 -8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
33	Birkan	AKDOĞAN	Bilgi İşlem	Bilgi İşlem Gör	5367735380	ÇOBANÇEŞME MAH. ATAY CD. NO:7-6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
34	Buket	BAYRAKTAR	Anlaşmalı Kurumlar	Faturalandırma Görevlisi	544 911 66 18	REŞADİYE MAH. SEVİNÇ SOK. NO:9/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
35	Buket	ŞAHİN	Cerrahi Servis-2	Hemşire	544 861 22 42	HAVUZLAR MAH.KARAKAŞ CAD.GÜZESU APT.NO:60/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
36	Burak	AKBAY	Ameliyathane	Hemşire	5318531753	ŞEYHSİNAN MAH.MESUT KAHYA SOK.BOZKURT APT.NO:9-11/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
37	Buse	DAMLAPINAR	Cerrahi Servis-1	Sorumlu Hemşire	5389452408	MUHİTTİN MAH.GELİNCİK SOK.HAVVA KAYA APT.NO:13/23 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
38	Buse	GÜNAYDIN	Yetişkin Yoğun Bakım	Paramedik	535 656 93 77	MARMARACIK MAH. 1964.SK. NO:1/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
39	Buse	OKSUZOĞLU	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5342301387	MUHİTTİN MAH.SELAHATTİN PINAR SOK.NO:4/6-18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
40	Buse	TALMAZ	Hasta Hizmetleri	Ayaktan Hasta Danışmanı	542 559 17 79	ŞEYHSİNAN MAHALLESİ ARPALIK 1.SOKAK DR.NECATİ SANSARCI APARTMANI NO1 KAT:5 DAİRE:25	
41	Buse	VAROL	Ameliyathane	Hemşire	5317684051	YEŞİLTEPE MAH. MEHMET AKİF ERSOY CAD. NO:79/3 ERGENE/TEKİRDAĞ	
42	Büşra Nur	BAYIR	Acil Servis	Hemşire	5412815928	ŞEYHSİNAN MAH.KALEM SOK.NO:12/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
43	Cansu	ERKOÇAK	Ameliyathane	Hizmetli Personel	537 515 72 49	CUMHURİYET MAH.1355SK. NO:18 İÇ KAPI NO:3 ERGENE/TEKİRDAĞ	
44	Cansu	ÖZDEN	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	545 344 90 99	ZAFER MAH.ESKİ BEDİR CAD.820 A BLOK NO:94/5 LÜLEBURGAZ/KIRKLARELİ	
45	Ceren	GÖÇMEN	Radyoloji	Yatan Hasta Danışmanı	552 451 42 35	REŞADİYE MAH.MANDIRACI 2.ARALIK SOK.ŞENER APT.NO:1-4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
46	Ceren	KESKİN	Cerrahi Servis-1	Hemşire	5368755153	HAVUZLAR MAH. DOSTLUK CAD. NO:13/10 ÇORLU TEKİRDAĞ	
47	Ceren	ÜLKÜ	Hasta Hizmetleri	Ayaktan Hasta Danışmanı	5464561824	ŞEYHSİNAN MAH. ÇUKUR ÇEŞME SOK. KÜÇÜKOĞLU APT. NO:8/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
48	Çağatay	ŞEN	Teknik Servis	Teknik Servis Gör	5424790992	ALIPAŞA MAH.TAŞKENT CAD.GÜL SİTESİ NO:11A/12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
49	Çağtay	PEKTAŞ	Acil Servis	Paramedik	5392481672	ALIPAŞA MAH.TAŞKENT CAD.SEVİNÇ APT.B BLOK NO:4/23 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
50	Çisil	KARACA	Kadın Doğum 1	Sorumlu Hemşire	5362147793	ALIPAŞA MAH.FERMAN SOK.BARIŞCAN APT.NO:6-8/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
51	DAMLA	KAHVECİ	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	5347344739	SAĞLIK MAH.EDİRNE 3.SOK.NO:8/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
52	Damla	ŞAHİN	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5535432659	MUHİTTİN MAH. GRLİNCİK SK. MERT APT. C BLOK NO:42-18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
53	DEMET	KOKUM	Laboratuvar	Laboratuvar Sor	5366040523	Muhittin mah. fazilet sokak ahmet hasçelik apt kat 1 d 2	
54	Durjan	YILDIZ	Kurumsal İletişim ve Paz.	Uluslararası Hasta Hizmetleri Koor.	5310331957	NUSRATİYE MAH.KOCA TEPE CAD.TUNCAY AVCIOĞLU APT.NO:15/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
55	Ebru	ASLAN	Ameliyathane	Hemşire	544 723 83 29	Alipaşa mahallesi şelale sokak no no-2 kat 4 daire 16 Çorlu/Tekirdağ	
56	Ebru	KARTAL	Yenidoğan Yoğun Bak.	Sorumlu Hemşire	546 867 43 34	muhittin mah. tütün sok. kınık apt. B blok no:10 daire:21 çorlu/Tekirdağ	
57	Ebru	USTA	Hasta Hizmetleri	Ayaktan Hasta Danışmanı	541 445 13 75	NUSRATİYE MAH. MAVİLİ BAHÇE 5.SK. EVREN ÇINAR APT. BLOK NO:1/18 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
58	Ece	TURGUT	Eczane	Eczane Görevlisi	5389854628	NUSRATİYE MAH.ERDAL İNÖNÜ CAD.SEYHAN APT.NO:23-12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

59	Ece Berrak	OSMANOĞLU	Kurumsal İletişim ve Paz.	Kurumsal İletişim Uzm.	541 693 28 21	MUHİTTİN MAH. ANT SK. HAMZA KELEŞ APT. BLOK NO:12-14/6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
60	Ecehan	SEDA	Hasta Hizmetleri	Hasta Kabul Görevlisi	542 433 12 26	REŞADİYE MAH.YUNUS EMRE 4.SOK.KARDEŞLER APT.BLOK NO:3/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
61	Ecenur	METE	Kadın Doğum 1	Hemşire	542 640 09 20	HATİP MAH.ALİ OSMAN ÇELEBİ BUL.NO:82/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
62	Eda	BALKI	Kadın Doğum 1	Ebe	5393267784	REŞADİYE MAH.YENİ EVLER 3.SOK.AYDOĞDU APT.NO:19-21/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
63	Elçin	ESEN EŞİYOK	İnsan Kaynakları	İnsan Kaynakları Uzman Yard	538 568 64 64	HÜRRİYET MAH.ÇAMLİBEL CAD.NO:19/26 VİZYON 3 KONUTLARI C BLOK K:7 D:32 ÇORLU TEKİRDAĞ	
64	Elçin	SÜLEYMANOĞLU	İşletme Direktörlüğü	İşletme Direktörü	541 459 49 40	Esentepe Mah, Adnan Doğu Cd. Emlak Konutları 1. Kısım, Mimoza 1 Apt. Kat 3 D.13, Çorlu	
65	Elif	AYTAÇ	Ameliyathane	Hemşire	539 893 96 19	ŞEYHSINAN MAH. ÖĞRETMEN EVLER CAD. 19. BLOK SİTESİ NO:25/17 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
66	Elif	DAĞLI	Ameliyathane	Sağlık Memuru	5538244239	RUMELİ MAH.SAKARYA CAD.NO:10C/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
67	Elif	KARABACAK UZEL	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	552 947 21 77	MUHİTTİN MAH.ŞİNASI KURŞUN CAD.NO:11/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
68	Elif	KİLİM	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5448543339	ALIPAŞA MAH.KILIÇ ALIPAŞA CAD.NO:10/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
69	Elmas	ÇAKIR	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5416195340	YEŞİL TEPE MAH. YİĞİT SK. NO:3/2 ERGENE/TEKİRDAĞ	
70	Emel	VURAL	Acil Servis	Acil Tıp Teknisyeni	543 466 57 91	NUSRATİYE MAH.ALAGÜL SK. SİDAR APT. BLOK NO:26/3 ÇORLU/ TEKİRDAĞ	
71	Emel	ZEYBECİK	Hasta Hizmetleri	Hasta Hizmetleri Müdürü	542 481 23 22	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. SARDUNYA 2 BLOK İÇ KAPI NO:68 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
72	Emine	ÇABUK	Nöbetçi İşletme Yönetimi	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	541 661 80 61	NUSRATİYE MAH.ERDAL İNÖNÜ CAD.AKEMLER SİTESİ NO:83/7 ÇORLU	
73	Emine	DÜLGER	Ameliyathane	Hemşire	5412799818	KAZIYİME MAH.ACIBADEM SOK.KELEBEK VADİSİ C BLOK NO:21/1-3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
74	Emre	TOKATLI	Ameliyathane	Hemşire	5516530139	AKEVLER MAH.1076.SK.CROWN TOWERS SİTESİ NO:10C/205 ESENYURT/İSTANBUL	
75	Eren	KIRIK	Teknik Servis	Teknik Servis Gör	541 518 01 59	ALIPAŞA MAH. TAŞKENT CAD. MERİH 2.BLOK NO:33 İÇ KAPI NO:11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
76	Ertan	DÖNMEZ	Nöbetçi İşletme Yönetimi	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	5395564256	ÇOBANÇEŞME MAHALLESİ NİSAN SOKAK MODA PARK EVLERİ A/1 BLOK KAT 3 DAİRE 21 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
77	Esin	DEMİR	Kadın Doğum 1	Ebe	5336089650	REŞADİYE MAH.ŞİNASI KURŞUN 2.SOK.NO:8/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
78	Esma Nur	ÜÇKARDAŞ	Destek Hizmetler	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	5445521598	MUHİTTİN MAH.AHMET PRİŞTİNA CAD.FİLİZ YAPI C BLOK NO:50/22 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
79	Esra	PALA	Radyoloji	Radyoloji Tekn.	5300963370	ŞEYHSINAN MAH.ARPALIKSOK.BİLGİN APT.NO:6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
80	Esranur	TOK	Acil Servis	Hemşire	5453602922	ŞEYHSINAN MAH. DERİNYOL SK. ÖZTUNALI APT. NO:16/3 ÇORLU TEKİRDAĞ	
81	Ezgi Nur	DEMİRPERÇİN	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	5408671797	ALIPAŞA MAH.KARA ELMAS SOK.ERCAN APT.NO:24/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
82	Fatma	ÇİTİRKİ	Dahiliye-1	Hemşire	5526427310	RUMELİ MAH.ŞAKAYIK SOK.C BLOK NO:4C/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
83	Fatma	ESMER	Radyoloji	Radyoloji Sorumlusu	533 567 42 92	Muhittin mh. Zeytindalı sok. Kristal evleri C blok Kat:2 Daire:11 ÇORLU	
84	Fatma	ŞENTÜRK	Yiyecek / İçecek	Bulaşıkçı	5424138241	CEMALİYE MAH.KÖPRÜ SOK.KUZKAYA APT.NO:3/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
85	Fatma	YILMAZ 2	Acil Servis	Hizmetli Personel	5422419960	KAYALIK MAH.AŞIK VEYSEL CAD.NO:19/1-1 MERKEZ/ADİYAMAN	
86	Fehmiye	UÇAR	Radyoloji	Radyoloji Tekn.	5436764410	ŞEYHSINAN MAH. KARA SÜLEYMAN SOK. HACER HANIM AP. NO:4 KAT:2 D:5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
87	Felek	BİRDAL ERENLER	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5462581640	ALIPAŞA MAH.TAŞKENT 1.SOK.SEMA7 SİTESİ NO:3/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
88	Ferah	TOKALI	Yiyecek / İçecek	Bulaşıkçı	533 969 30 83	REŞADİYE MAH. ŞİNASI KURŞUN 5.SOK.NO:8/10/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
89	Feyza	SARIOĞLU	Cerrahi Servis-1	Hemşire	5435928575	HÜRRİYET MAH.ERİM CAD.NO:12/22 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

90	Gazi	KURT	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5457809287	ŞEYH SİNAN MAH. ORMANCI SOK.GÜRSOY APT. NO: 16/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
91	Gizem Saffet	ARABACI	Hemşirelik Hizmetler	Enf.Kont.-EğitimHemş	5078380112	RUMELİ MAH.TEMMUZ SOK.NO:1/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
92	Gökçe	GÜLOĞLU	Cerrahi Servis-1	Yatan Hasta Danışmanı	538 884 84 88	MUHİTTİN MAH.ARI SOK GÜRKENT SİTESİ .C BLOK NO:4/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
93	Gökçen	BAŞÇI	Kalite	Kalite Uzman Yardımcısı	5525015901	KAZIMIYE MAH.SALİH OMURTAK CAD.ERKAN TÜZMEN APT.NO:102/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
94	Güler	ÖZÇELİK	Eczane	Eczacı	532 373 99 91	MUHİTTİN MAH. ŞEBNEM SOK. CAN SİTESİ B BLOK NO:5-20 ÇORLU-TEKİRDAĞ	
95	Gülhan	KÜÇÜK	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	545 341 23 68	SAĞLIK MAH. DEDE KORKUT SK. YAMANLAR APT BLOK NO:4-1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
96	Gülizar	ALAV	Laboratuvar	Hemşire	5307831584	KEMALETTİN MAH.NAZAR SOK.NO:1/24 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
97	Gülşah	BEKTAŞ	Acil Servis	Acil Tıp Teknisyeni	5436793095	MUHİTTİN MAH.BAĞLARIÇI 3.SOK.ŞEHİT OĞLU APT.NO:53/16 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
98	Gürcan	AĞAOĞLU	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5412478358	REŞADİYE MAH.MUSTAFA KEMAL CAD.CAN APT.NO:21/15 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
99	Hacer	GİRGİN KILINÇ	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	545 437 47 14		
100	Hakan	ÖZTÜRK	Ameliyathane	Paramedik	5380476441	NUSRATİYE MAH.KARACA SOK.NO:9-13/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
101	Hamide	CİNGÖZ	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	542 520 17 54	NUSRATİYE MAH. KÖMÜRCÜ 1.SK. NO:23/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
102	Harbiye	ACAR	Cerrahi Servis-1	Hemşire	543 739 92 42	CEMALİYE MAH.ÇÖMLEKÇİ SOK.M.ÇAVUŞ APT.NO:8/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
103	Harun	ÖNER	Hemşirelik Hizmetler	Hemşire	543 146 70 20	KARACAGÜR MAH. 5340 SK. 0 BLOK NO:7 MALKARA/TEKİRDAĞ	
104	Hasan	NERGİSLİ	Lojistik / Depo	Depo Sorumlusu	537 603 79 89	Ali Paşa Mah.Ahmet Hamdi Gürpınar Cad.Leylak C Blok Sitesi Leylak C Blok No:9/10 Çorlu/Tekirdağ	
105	Hatice	DAĞHAN	Dahiliye-1	Hemşire	5349641555	ÇOBANÇEŞME MAH.NİSAN SOK.A BLOK SİTESİ NO:1A/24 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
106	Hatice	ŞAHİN	Destek Hizmetler	Destek Hizmetler Yöneticisi	532 506 39 56	ESENTEPE MAH. SANCAK 1.SK UFUK BLOK 6 NO:4/3 İÇ KAPI:6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
107	Hatice	TOSUN	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	5530231461	ÇOBANÇEŞME MAH.MUSTAFA KEMAL CAD.ASKENT C1 NO:32/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
108	Hayriye	DEĞİRMENCI	Yenidoğan Yoğun Bak.	Hemşire	530 063 37 63	KAZIMIYE MAHALLESİ KELEBEK SOKAK NO:12 ŞELELE PARK 2 EVLERİ A BLOK KAT:1 DAİRE:9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
109	Hazal	KARAHAN	Kadın Doğum 1	Hemşire	5354657355	RUMELİ MAH.SAMYELİ SOK. KAYANPARK APT. NO:2/4 DAİRE:1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
110	Hicran	ASLAN	Hemşirelik Hizmetler	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	532 667 17 66	ESENTEPE MAH.ADNAN DOĞU 2 SOK.DORUK EVLER SRTESO SİTESİ KILIÇOĞLU DORUK EVLERİ A BLOK NO:2A/19ÇORLU	
111	Hilal	DAMAR	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5309474568	UMURÇU MAH.5703.SOK.NO:11A HAYRABOLU/TEKİRDAĞ	
112	Hira Nur	YÜCEL	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	5424397618	CEDİT ALİPŞAŞA MAH.PERİNTHAS CAD.NO:56/6 MARMARAEREĞLİSİ/TEKİRDAĞ	
113	Hüseyin	AYDIN	Bilgi İşlem	Bilgi İşlem Gör	543 271 67 11	KEMALETTİN MAH.İNCİ SOK.NURİ ÇİMEN APT.NO:6-8/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
114	İlayda	AVCI	Efor	Paramedik	5439059645	ÇOBANÇEŞME MAH.ESKİ TEKİRDAĞ CAD.NO:15/B-7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
115	İlayda	DEMİRSOY	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	5467678340	NUSRATİYE MAH.ŞERİF AĞA ARPALIK 1.SOK.YILDIRIM APT.NO:25/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
116	İlayda	ERGUN	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5445371608	NUSRATİYE MAH.YENGEC SOK.İŞİLKENT SİTESİ B BLOK K:4D:13 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
117	İlayda	UZUN	Laboratuvar	Laboratuvar Tekn.	541 577 93 78	ZAFER MAH.CUMHURİYET BUL.UZAY 9.BLOK NO:17/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
118	İlke	MUHACİR	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5078422506	MUHİTTİN MAH.ADNAN KAHVECİ CAD.UMUT KENT KOOP.SİTESİ UMUT KENT NO:21/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
119	İlknur	ÖZER CAN	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5412444393	HAVUZLAR MAH. DERYA SK. NO:63/11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
120	İpek	ŞENER	İdari Tıbbi Sekreter	İdari Tıbbi Sekreter	5541268287	REŞADİYE MAH. MANDIRACI 25 ARALIK SK. AKEMLER APT. BLOK NO:13/5 ÇORLU TEKİRDAĞ	
121	İrem	AYAZ	Yetişkin Yoğun Bakım	Hemşire	5459498391	HACIEVHAT MAH. ÜÇLER SOK. NO:18/1 KAPI NO:4 MALKARA/TEKİRDAĞ	

122	İrem Nur	ÖNER	Endoskopi	Hemşire	5304234493	RUMELİ MAH. BÜLENT ECEVİT BUL. NO:141/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
123	İSMAIL	UYMAZ	Ameliyathane	Paramedik	544 783 99 43	ALIPAŞA MH.ULAŞ SK.C BLOK SİTESİ C BLOK NO:1D/8	
124	Kadri	KOÇHAN	Yiyecek / İçecek	Aşçı	5363311652	ULAŞ MAH.FESLEĞEN SOK.NO:15/6 ERGENE/TEKİRDAĞ	
125	Kiraz	TURAN	Destek Hizmetler	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	5306833259	VELİMEŞE MAH.METUŞAĞA SOK.NO:20/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
126	Kübra	AYIK	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5423916597	CEMALİYE MAH.ESKİ ÇERKEZKÖY 1.SOK.KAPLAN APT.ÇORLU/TEKİRDAĞ	
127	Leyla	TEKİN	Yiyecek / İçecek	Bulaşıkçı	5422955980	HİDİRAGA MAH.BARIŞ CAD.NO:21/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
128	Mehtap	KONUR KIYICIDAN	Kurumsal İletişim ve Paz.	Kurumsal iletişim ve pazarlama Direktörü	532 608 97 87	HÜRRİYET MAH.BAŞMASLAK 1.SOK.NO:13/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
129	Mehtap	ÖZKAN	Hasta Hizmetleri	Hasta Kabul Ekip Lideri	534 820 11 10	ŞEYHSINAN MAH. ÖZLÜ SOK. ÇETİNKAYA APT BLOK NO:4/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
130	Melda Nur	EVİRGEN	Cerrahi Servis-1	Hemşire	5426868953	ALIPAŞA MAH.BÜLENT ECEVİT BULV.ECE SİTESİ B BLOK NO:62/2-3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
131	Melis	ÇELİKKAN	Radyoloji	Radyoloji Tekn.	539 610 51 29	ZAFER MAH. CUMHURİYET BULVARI ARMADA CITY 1.ETAP F 2 BLOK D 3 ÇORLU TEKİRDAĞ	
132	Melis	ER	Dahiliye-1	Paramedik	5456226018	MUHİTTİN MAH.BAĞLARIÇI 4.SOK.ÇAKIR APT.NO:54/13 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
133	Melis	GÜZ	Acil Servis	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	5427897912	KÖZYÖRÜK MAH.MAHMUT PAŞA YOKUŞU SOK. MALKARA/TEKİRDAĞ	
134	Melis	KARNAK	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5435253530	KAZİMİYE MAH.SPOR ARALIĞI SOK.DEVİREN APT.NO:2/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
135	Meral	KARABAŞ	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5433115385	HÜRRİYET MAH.BİLECİK 1.SOK. A BLOK NO:5A/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
136	Meray	AKAR	Acil Servis	Anestezi Tekn.	545 394 63 34	RUMELİ MAH. ŞİNASI KURŞUN CAD. B BLOK NO:131/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
137	Merve	AĞDAĞLI İLHAN	Kurumsal İletişim ve Paz.	Basın Yayın Sorumlusu	5380313801	MUHİTTİN MAH.BAĞLARIÇI 2.SOK.NO:35/7 D:4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
138	Merve	AVCI	Ameliyathane	Hemşire	5063806738	CUMHURİYET MAH. 1330.SOK. NO:19/2 ERGENE/Tekirdağ	
139	Merve	LÜLOK	Dahiliye-1	Hemşire	5422497735	ŞEYHSINAN MAH.ÇUKUR ÇEŞME SOK.KUÇUKOĞLU APT.NO:8/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
140	Merve	SEVER	Laboratuvar	Laboratuvar Tekn.	5438173996	HAVUZLAR MAH. YILDIZ SK. NO:3/2 ÇORLU TEKİRDAĞ	
141	Mervenur	BENZER	Cerrahi Servis-1	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	5413944859	ŞEYHSINAN MAH.KIRCAALI CAD.BOZKURT APT.NO:7/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
142	Mine	AKGÜN	Radyoloji	Radyoloji Tekn.	534 232 60 44	YULAFLI MAH.2604 SOK.NO:2 ERGENE/TEKİRDAĞ	
143	Mine	DOĞAN	Cerrahi Servis-1	Hizmetli Personel	5438666637	KAZİMİYE MAH.BARBAROS 3.SOK.DOĞUKENT D BLK NO:6/5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
144	Minel	DURMUŞ	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	551 170 23 96	KEMALETTİN MAH.KUŞATAN SOK.NO:1/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
145	Muhammet	MUCULU	Lojistik / Depo	Depo Görevlisi	5464313745	REŞADİYE MAH.ŞİNASI KURŞUN 5.SOK.NO:11/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
146	Mustafa Hadi	KONBAL	Yetişkin Yoğun Bakım	Hemşire	534 549 00 73	MUHİTTİN MAHALLESİ ŞİNASI KURŞUN CADDESİ YAMAÇ APT.NO:91 KAT.1 D:2	
147	Nagihan	AKTAŞ	Kurumsal İletişim ve Paz.	Kurumsal İletişim Uzm.	506 531 06 83	Ali Paşa Mah. Ahmet Hamdi Gürpınar Cad.Şafak Ap. Kat:1 D:2 Çorlu / Tekirdağ	
148	Nermin	AKSU	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	545 452 95 05	ŞEYHSINAN MAH.ORTANCA SOK.FATMA HANIM APT.BLOK NO:18/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
149	Neslihan	ODABAŞ	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5315407108	SAĞLIK MAH.PİRİ REİS CAD.EROĞLU APT.NO:27/12 ERGENE/TEKİRDAĞ	
150	Neşe	BALABAN	Kurumsal İletişim ve Paz.	Uluslararası Hasta Hizmetleri Koor.	5321606331	KAZİMİYE MAH.ACIBADEM SOK.KELEBEK VADİSİ D BLOK NO:21/13 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
151	Neşe	SÜLÜŞOĞLU	Cerrahi Servis-1	Hemşire	5342432992	HAVUZLAR MAH. ORHAN KEMAL CD. NO:48/2 ÇORLU TEKİRDAĞ	

152	Nida	İLHAN	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	5546938644	ÇINARLI MAH.RÜSTEM PAŞA SOK.NO:12-14/6 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
153	Nilüfer	PAÇAL	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5426020517	RUMELİ MAH.MOLLA FENARİ SK.NO:1/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
154	Nur	SÜLÇO	Dahiliye-1	Yatan Hasta Danışmanı	543 866 01 61	ALTINOVA MAH.GAZİ HASAN PAŞA CAD.NO:74/15 SÜLEYMANPAŞA	
155	Nurgül	SEYREK	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	542 397 18 91	KEMALLETİN MAH.ESKİ ÇERKEZKÖY CAD.NO:48/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
156	Nursena	TEKİNALP	Acil Servis	Yatan Hasta Danışmanı	5386044522	REŞADİYE MAH.KAMER SOK.DENİZ APT.NO:8-7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
157	Nurşah	DOĞAN	Radyoloji	Radyoloji Tekn.	543 582 92 63	MUHİTTİN MAH.LEYLA SOK.B BLOK SİTESİ LEYLA APT. A BLOK NO:33/13 ÇORLU	
158	Nurşah	KARAGÖZ	Ameliyathane	Paramedik	5534219575	NUSRATİYE MAH.MAVİLİ BAHÇE 1.SOK.NO:16/12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
159	Nurşah	KUM	Dahiliye-1	Hemşire	5465730527	REŞADİYE MAH.MEHMET AĞA 2.SOK.TREND 1001 APT.NO:7/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
160	Nurten	BÜYÜKKESKİN	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	541 837 52 02	KEMALLETİN MAH.SEDEF SOK.UZUN APT.NO:1/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
161	Oktay	KILIÇ	Ameliyathane	Hizmetli Personel	5412310877	REŞADİYE MAH.ŞİNASI KURŞUN 12.SOK.MEHMET FİŞKİN APT.NO:15/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
162	Özge	DEMİR	Cerrahi Servis-2	Yatan Hasta Danışmanı	5413500158	DEREĞİZİ MAH. BAĞLAR SOK. NO:20/1 MARMARAEREĞLİSİ/TEKİRDAĞ	
163	Özge	YILMAZ	Cerrahi Servis-2	Hemşire	553 148 09 82	MARMARACIK MH. 1960 SK. NO:6/1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
164	Özgem	ÇANGAL	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5535458986	MUHİTTİN MAH.SERÇE SOK.AKEL APT.NO:13/12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
165	Özlem	BAYAZIT	Ameliyathane	Sağlık Memuru	534 439 06 84	NUSRATİYE MAH. MAVİLİ BAHÇE SOK. ATILIM SİTESİ A BLOK NO:27/20 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
166	Özlem	DEMİR	Yetişkin Yoğun Bakım	Hemşire	505 109 51 56	ALİ PAŞA MAH.AHMET HAMDİ GÜRPINAR CAD.AÇELYA B BLOK NO:11/15 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
167	Özlem	OLĞUL	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5411449654	SİLAHTARAĞA MAH.KUMLUCA DERE SOK.NO:26/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
168	Rabia	KAHVECİ	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	545 596 03 56	SUBAŞI BELDESİ ŞEHİT MEHMET AYDIN MAH.8.SOK.NO:18/2 MERİÇ/EDİRNE	
169	Rasim	ÜZÜLMEZ	Ameliyathane	Hizmetli Personel	543 886 48 63	KEMALLETİN MAH. PAPATYA 1.SOK. EYÜP BEKAR APT. NO:22/19 ÇORLU/TEİRDAĞ	
170	Rugeyye	AKPOLAT	Cerrahi Servis-2	Hemşire	535 617 27 76	Kazımiye mah. Bahçelievler 4.sk No:10 Üçler Apt K:6 D:11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
171	Sabır	BAĞATIR	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5538032988	NUSRATİYE MAH.TOROMAN SOK.TOKCAN APT.NO:5/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
172	Saliha	KUVVET	Acil Servis	Sorumlu Hemşire	544 587 06 17	KAZİMİYE MAH.ACIBADEM SOK.C BLOK SİTESİ C BLOK NO:21-1/17 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
173	Sebile Betül	TOSUN	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5425660401	REŞADİYE MAH.YUNUS EMRE CAD.VASFI KAYAN APT.NO:3/20 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
174	Seçil	CAN	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5455448820	SEYMEN MAH.ÇINARLI 1.2.ARALIK SOK.NO:7/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
175	Sedat	AT	Hemşirelik Hizmetler	Anestezi Tekn.	538 870 77 75	ZAFER MAH.CUMHURİYET BUL.ARMADA CITY PLAS ÇORLU/TEKİRDAĞ	
176	Sedef	KÖROĞLU	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	5394225953	MUHİTTİN MAH. ŞİNASI KURŞUN CAD. GÜVENÇ EVLER C BLOK NO:63/2 ÇORLU TEKİRDAĞ	
177	Sedef Nur	BOZKURT	Cerrahi Servis-2	Hemşire	5417352632	GÜNEŞ MAH. KENAR CAD. NO:69/2 LÜLEBURGAZ/KIRKLARELİ	
178	Seher	ERCASIP	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5417372536	RUMELİ MAH.SİPAHİ SOK.KOPARATİF BİNA NO:6/12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
179	Selin	FİDAN	Yenidoğan Yoğun Bak.	Paramedik	554 876 18 48	ESENTEPE MAH.ADNAN DOĞU CAD.EMLAK KONUTLARI SİTESİ A05 MİMOZA 2 BLOK NO:1V/14 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
180	Selin	KOŞAR	Anlaşmalı Kurumlar	Faturalandırma Görevlisi	5423055906	KAZİMİYE MAH.YAVUZ SOK.ÖZLEM APT.C BLOK NO:12-3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
181	Selin	TANIK	Laboratuvar	Laboratuvar Tekn.	5417280599	ALİPAŞA MAH. 18 MART CAD. MELİH 5. BLOK D:25 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
182	Selin Naile	ŞEN	Hasta Hizmetleri	Ayaktan Hasta Danışmanı	5425260271	ÇOBANÇEŞME MAH. TAŞKÖPRÜ SK. NO:5-2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
183	Sena Ayça	KURT	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	531 289 34 10	CUMHURİYET MAH. CENGİZ TOPEL CAD. NO:102-1/21 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	

184	Senanur	YILMAZ	Radyoloji	Radyoloji Tekn.	554 668 08 97	KEMALETTİN MAH.KOCATEPE CAMİİ SOK.ÇAKIR APT.BLOK NO:1-3/1 ÇORLU	
185	Seray	BİLİCİ	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	5427143122	BEĞENDİK BELDESİ YENİ MAH.SÜMBÜL SOK.YILDIRIM CAD.KEŞAN/EDİRNE	
186	Serra	TAZEGÜL HAYTA	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5386172075	ÇOBAN ÇEŞME MAH. GEDİK AHMET PAŞA CAD. A BLOK SİTESİ NO:29/2A/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
187	Seval	ÇETİN	Kadın Doğum 1	Yatan Hasta Danışmanı	5443323836	MUHİTTİN MAH.GELİNCİK SOK.EMİNE HANIM APT.NO:34/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
188	Sevde	AYDIN	Cerrahi Servis-2	Hemşire	507 897 46 04	ZAFER MAH. GARDENYA SK. NO:5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
189	Sevgi	OFLAZ	Kadın Doğum 1	Hemşire	546 945 73 71	Hatip mahallesi koşubayırı sokak no 6 daire 3 Çorlu Tekirdağ	
190	Sevil	ŞEN	Ameliyathane	Acil Tıp Teknisyeni	5321005547	KAZIMIYE MAH.DADALOĞLU 4.SOK.NO:3/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
191	Simge	AKDOĞAN	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	531 215 95 84	MUHİTTİN MAH.AHMET PRİŞTİNA SOK. BAĞLAR SİTESİ E BLOK NO:16/1 ÇORLU/Tekirdağ	
192	Simge	YAMAN	Laboratuvar	Laboratuvar Tekn.	545 836 48 29	Nusratiye Mah. M.T.A Sok. Emek Apt. Blok No:16/3 Çorlu/Tekirdağ	
193	Sudem	ESER	Acil Servis	Paramedik	5380707795	REŞADİYE MAH.ŞİNASI KURŞUN 13.SOK.UMUT APT.NO:3-11 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
194	Sudenaz	TUNÇ	Destek Hizmetler	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	5416905957	CEMADİYE MAH. ESKİ ÇERKEZKÖY 2. SOK. ALI ARDAHAN APT. NO:1-3/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
195	Şebnem Merve	PAT	Yenidoğan Yoğun Bak.	Hemşire	539 283 73 17	ALIPAŞA MAH. VARİŞ SK. NO:4/8 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
196	Şehri	ŞENGÜN	Yiyecek / İçecek	Bulaşıkçı	5462145570	REŞADİYE MAH.YUNUS EMRE 3.SOK.ZÜHRE APT.NO:9/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
197	Şenay	DEMİR	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5511046744	NUSRATİYE MAH. KARADENİZ CAD. TOPRAKLI APT. BLOK NO:33/7 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
198	Şengül	YILMAZ	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5448543499	KEMALETTİN MAH.KİSMET SOK.NO:3/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
199	ŞERMIN	CANTÜRK	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanları Ekip Lideri	534 728 85 30	ALIPAŞA MAH.YÜKSELEN CAD.NO:4/3 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
200	Şevket	ÖZCAN	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	543 400 02 10	ZAFER MAH.ATAÇ SOK.NO:16/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
201	Şevval	KAYAOĞLU	Hasta Hizmetleri	Ayaktan Hasta Danışmanı	537 682 20 85	CUMHURİYET MAH. CEZAEVİ YOLU SOK. C-BLOK NO:12C İÇ KAPI NO:7 UZUNKÖPRÜ/EDİRNE	
202	Şevval Buse	EROL	Kadın Doğum 1	Hemşire	5416841462	YEŞİL TEPE MAH.İŞİK CAD.NO:32/2 ERGENE/TEKİRDAĞ	
203	Şeyda	DURŞUN	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	530 423 57 59	ALİ PAŞA MAH.ÖĞREN SOK.ÇETİNER APT. BLOK NO:3/8 ÇORLU /TEKİRDAĞ	
204	Şeyma	KILIÇ ZAMKI	Cerrahi Servis-2	Hemşire	5303857211	KEMALETTİN MAH.ŞADIRVAN SOK.ÇETİN APT.NO:22/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
205	Şule	ATEŞ	Hasta Kabul	Hasta Kabul Görevlisi	5378347543	REŞADİYE MAH.YENİ EVLER 4.SOK.SARIKAN APT.NO:28/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
206	Şükriye	ARMAĞAN	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5421541977	YALI MAH. 236. SK. İKİZLER SİTESİ D BLOK N:4-14 KARASU/SAKARYA	
207	Tarık	ÇIRAK	Teknik Servis	Teknik Servis Gör	5317251129	SARILAR MAH.ÇAMLIK 7.SOK.NO:20 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
208	Tenzile	UZUN	Laboratuvar	Laboratuvar Tekn.	5330258329	KIŞLAR MAH.İNÖNÜ CAD.NO:5/3 YENİCE/ÇANAKKALE	
209	Tuana	DEMİRCAN	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5443068706	ŞEYHSINAN MAH.ÖĞRETMEN EVLER CAD.13.BLOKNO:2M/13 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
210	Tuğba	SERT	Ayaktan Hasta Danışmanları	Ayaktan Hasta Danışmanı	5303912456	KAZIYİME MAH.GELİBOLU CAD.ALSAHI SİTESİ K2D12 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
211	Umutcan	YALÇIN	Acil Servis	Anestezi Tekn.	5345647864	BOZABA MAH.2956.SOK.NO:6/1 SARAY/TEKİRDAĞ	
212	Vesile	BAYKARA	Yenidoğan Yoğun Bak.	Yatan Hasta Danışmanı	538 304 67 59	REŞADİYE MAH.ATATÜRK 3.SOK DİLEK APT. BLOK NO: 7/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
213	Yaren	BENLİ	Radyoloji	Yatan Hasta Danışmanı	5425845982	MUHİTTİN MAH.BAĞLARIÇI 3.SOK.B BLOK SİTESİ RECEP ÇALIŞKAN APT. NO:61B-16 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
214	Yasemin	TUNCAY	Dahiliye-1	Paramedik	5308342959	HAVUZLAR MAH.VATAN 5.SOK.NO:9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
215	Yavuz	ALHAN	Eczane	Eczane Görevlisi	5373406243	RUMELİ MAH.İSMET PAŞA BULV.NO:96/5 ALHAN APT.ÇORLU/TEKİRDAĞ	

216	Yıldız	ZEYTİN	Ameliyathane	Hemşire	531 033 21 17		
217	Yunusemre	YAŞAR	Ameliyathane	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	546 890 76 99	CEMALİYE MAH.ÜMİT SOK.NO:50/16 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
218	Yurdağül	BAL	Cerrahi Servis-1	Hemşire	541 598 99 94	ŞEYHSİNAN MAH.ÖMER SEYFETTİN SOK.NO:22/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
219	Zeynep	GÜLÜSTAN	Hasta Hizmetleri	Ayaktan Hasta Danışmanı	530 956 03 59	HATİP MAH. MURAT SK. NO:13/A ÇORLU/TEKİRDAĞ	
220	Zöhre	GÜLMEZ	Kadın Doğum 1	Hasta ve Yaşlı Bakım Görevlisi	5510619402	ZAFER MAH.ATAÇ SOK.NO:14/4 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
221	Züleyha	ENGİN	Destek Hizmetler	Hizmetli Personel	5427484859	MUHİTTİN MAH.BAĞLAR İÇİ SOK.KARACA APT.NO:39/2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
222	Züleyha	KOÇ CANLI	Ameliyathane	Anestezi Tekn.	0530 207 03 61	HAVUZLAR MAH.ORHAN KEMAL 5. SOK.NO:4-6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

Form-37 Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu

OPTİMED	KALİTE YÖNETİMİ DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-57 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
	HEKİM UZMANLIK DALLARI BİLGİ FORMU (FORM-37)	

Anestezioloji	Beyin Cer.	Biyokimya	Çocuk Cer.	Çocuk Hst	Deri-Züh.	Enfeksiyon	FTR	Cenel Cer.	Göğüs Hst.	Göz Hst.	İç.Hst	Pratisyen Hekim	Kadın Hst.	Kardiyoloji	KBB	Nöroloji	Ortopedi	Psikiyatri	Plastik Cerrahi	Radyoloji	Üroloji	TOPLAM
2	0	1	0	2	1	0	0	2	0	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2
																						7

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

Hemşire/Ebe	Radyoloji	Laboratuvar	ATT/Paramedik	Anestezi	Fizyoterapist	Eczacı	Diğer Sağlık													Diğer	Toplam
50	8	6	23	10	0	1	2													90	185

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

Bilgi İşlem	Teknik ve Biyomedikal Hizm.	Biyomedikal	Bilgi İşlem	Elektrik	Teknik Servis													Dğer	Toplam
0	1	1	2	1	2														7

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

3	Güvenlik Görevlisi
3	Diğer
3	TOPL

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

Sıra No	Firma veya Tedarikçi İsmi	Konu	Telefon No	İrtibat Kurulacak Yetkili		
				Adı Soyadı	GSM No	E-posta
1	AKSA	AKSA JENERATÖR	0530 940 87 83			
2	BUDERUS İLKER ELEKTRİK	ÇORLU BOBİNAJ	0507 315 73 05			
3	ENEL	ENEL UPS	0536 841 83 58			
4	ESN	ESN ENERJİ İT PANOLARI	0212 969 02 69			
5	HABAŞ	HABAŞ MEDİKAL TÜPLER	0533 452 52 04			
6	HÜNERLİ	HEPA ÖLÇÜM HÜNERLİ	0554 971 71 70			
7	İNTEGRAL	İNTEGRAL	0531 784 00 48			
8	SAVTEK	SAVTEK (OTOKLAV)	0535 476 49 08			
9	REKLAM 59	REKLAM 59	0541 288 22 59			
10	SİMEKS SWISSLOG	SİMEKS SWISSLOG (PNÖMATİK)	0850 460 09 00			
11	POLAR	POLAR SU ARITMA	0530 955 80 24			
12	SİTELER ASANSÖR	ASANSÖR	0282 653 20 50			
13	SANİHİDRO	ATIK POMPALARI	0212 275 30 88			
14	ELT TEKNİK	TASKİ YIKAMA ARABALARI	0216 766 08 19			
15	MAVİLİ	YANGIN SİSTEMİ	0544 932 19 93			
16	BİRLİK	YANGIN TÜPLERİ	0212 858 16 47-48			
17	YILDIZ SOĞUTMA	MORG DOLAPLARI	0532 413 32 87			
18	ATKOM	KOMPRESÖR	0282 673 27 78			
19	ÖZCAN KARDEŞLER	OKSİJEN SANTRALİ	0212 549 54 00			
20	EMSE	POMPA	0282 673 73 22			
21	ARMADA	SU ARITMA	0533 057 80 59			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 551 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

		YUMUŞATMA SİSTEMLERİ					

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

		HAP AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ ORGANİZASYON İLETİŞİM FORMU (FORM-42)					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								

2	Tıbbi Teknik Kurul Başkanı								
3	İş Güvenliği Uzmanı								
4	HAP Sekreteri								
5	Halkla İlişkiler Görevlisi								
6	Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu								
7	Operasyon Şefi								
8	Planlama Şefi								
9	Lojistik Şefi								
10	Finans Şefi								

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. HAP organizasyon şemasında yer alan tüm pozisyonlara görevlendirilen isimler yer alır.

3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Sıra No	Adı Soyadı	Ünvanı	Görevi	Çalıştığı Birim	Yer Aldığı Ekip	Dahili Telefon No	GSM No	E Posta	Ev Adresi
1	Hicran ASLAN	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Ekip Lideri	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8009	0532 667 17 66	hicranaslan@optimedhastanesi.com	
2	Emine ÇABUK	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	Ekip Lideri (Yedek)	Genel Müdürlük	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8130	05341 661 80 61	eminecabuk@optimedhastanesi.com	
3	Ertan DÖNMEZ	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	Ekip Lideri (Yedek)	Genel Müdürlük	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8130	0539 556 42 56	ertandonmez@optimedhastanesi.com	
4	Mehtap ÖZKAN	Hasta Kabul Ekip Lideri	Söndürme Ekibi (Ekip Lideri)	Hasta Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8013	0534 820 11 10	mehtapozkan@optimedhastanesi.com	
5	Çağatay ŞEN	Teknik Servis Görevlisi	Söndürme Ekibi	Teknik ve Teknolojik Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8036	0542 479 09 92	cagataysen@optimedglobal.com	
6	Şevket ÖZCAN	Hizmetli Personel	Söndürme Ekibi	Destek Hizmetler	Kırmızı Kod		0543 400 02 10	sevketozcan@optimedglobal.com	
7	Buse DAMLAPINAR	Hemşire	Söndürme Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8034	0538 945 24 08	busedamlapinar@optimedhastanesi.com	
8	Mustafa Hadi KONBAL	Hemşire	Söndürme Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8038	0534 549 00 73	mustafakonbal@optimedhastanesi.com	
9	Ebru ŞAHİN	Hemşire	Söndürme Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8032	0544 723 83 29	ebrusahin@optimedhastanesi.com	
10	Fatma ÇİTİRKİ	Hemşire	Söndürme Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8721	0552 642 73 10	fatmacitirki@optimedhastanesi.com	
11	Hasan NERGİSLİ	Depo Sorumlusu	Söndürme Ekibi	Lojistik-Depo	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8023	0537 603 79 89	hasannergisli@optimedhastanesi.com	
12	Hatice ŞAHİN	Destek Hizmetler Müdürü	Kurtarma Ekibi	Destek Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8060	0532 506 39 56	haticesahin@optimedhastanesi.com	
13	Şenay DEMİR	Hizmetli Personel	Kurtarma Ekibi	Destek Hizmetler	Kırmızı Kod		0551 104 67 44	senaydemir@optimedglobal.com	
14	Elçin ESEN EŞİYOK	İnsan Kaynakları Uzmanı	Kurtarma Ekibi	Genel Müdürlük	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8025	0538 568 64 64	elcinesen@optimedhastanesi.com	
15	Ebru KARTAL	Hemşire	Kurtarma Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8031	0546 867 43 34	ebrukartal@optimedhastanesi.com	
16	Gizem ARABACI	Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Kurtarma Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8037	0537 838 01 12	gizemarabaci@optimedhastanesi.com	
17	Sabır BAĞATIR	Hizmetli Personel	Kurtarma Ekibi	Destek Hizmetler	Kırmızı Kod		0553 803 29 88	sabirbagirtir@optimedglobal.com	
18	Aysel Buse RAHVAN	Biyomedikal Mühendisi	Destek Ekibi	Teknik ve Teknolojik Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8035	0546 451 60 02	ayselbuserahvan@optimedhastanesi.com	
19	Tarik ÇIRAK	Teknik Servis Görevlisi	Destek Ekibi	Teknik ve Teknolojik Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8036	0531 725 11 29	tarikcirak@optimedglobal.com	
20	Eren KIRIK	Teknik Servis	Destek Ekibi	Teknik ve Teknolojik	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8036	0543 518 01 59	erenkirik@optimedglobal.com	

		Görevlisi		Hizmetler					
21	Hüseyin AYDIN	Bilgi İşlem Görevlisi	Destek Ekibi	Teknik ve Teknolojik Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8050	0543 271 67 11	huseyinaydin@optimedhastanesi.com	
22	Züleyha KOÇ CANLI	Anestezi Teknisyeni	Destek Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8039	0530 207 03 61	zuleyhakoccanli@optimedhastanesi.com	
23	İlker UĞURELLİ	Güvenlik Görevlisi	Koruma Ekibi	Destek Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8014		ilkerugurelli@optimedglobal.com	
24	Mert AHISKA	Güvenlik Görevlisi	Koruma Ekibi	Destek Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8014	0543 247 79 48	mertahiska@optimedglobal.com	
25	Rukiye ÇELİKKAN	Güvenlik Görevlisi	Koruma Ekibi	Destek Hizmetler	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8014	0537 383 01 87	rukiyecelikkan@optimedglobal.com	
26	Salih KUVVET	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8033	0544 587 06 17	salihakuvvet@optimedhastanesi.com	
27	Gülşah BEKTAŞ	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8065	0543 679 30 95	gulsahbektas@optimedglobal.com	
28	Büşra Nur BAYIR	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8065	0541 281 59 28	busranurbayir@optimedglobal.com	
29	Emel VURAL	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8065	0543 466 57 51	emelvural@optimedglobal.com	
30	Sudem ESER	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8065	0538 070 77 95	sudemeser@optimedglobal.com	
31	Meray AKAR	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8065	0545 394 63 34	merayakar@optimedglobal.com	
32	Çisil KARACA	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8010	0536 214 77 93	cisilkaraca@optimedhastanesi.com	
33	Buket ŞAHİN	Hemşire	İlkyardım Ekibi	Hemşirelik Hizmetleri	Kırmızı Kod	(0282) 726 05 55-8621	0544 861 22 42	buketsahin@optimedhastanesi.com	

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM'de bulundurulur.

İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Sıra No	Eğitim-Tatbikat Konusu	Yapılacağı Yer	Destek Kurumlar	Katılımcı Kişiler	Tarih	Süresi (Gün)
1	Beyaz Kod	Poliklinik	10.09.2024	Olay Yönetim Ekibi		1 gün
2	Mavi Kod	Klinik	20.05.2024	Olay Yönetim Ekibi		1 gün
3	Kırmızı Kod	Yoğunbakım	27.05.2024	Olay Yönetim Ekibi		1 gün
4	Pembe Kod	Poliklinik	24.09.2024	Olay Yönetim Ekibi		1 gün
5	Sarı Kod	Yoğunbakım	27.05.2024	Olay Yönetim Ekibi		1 gün
6	Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Olay Yönetim Merkezi	İl Sağlık Müdürlüğü	Olay Yönetim Ekibi		1 gün
7	Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı		İl Sağlık Müdürlüğü	Olay Yönetim Ekibi		1 gün

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. Yılın başında hazırlanır. 2) HAP Hazırlama Komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 556 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	KALİTE YÖNETİMİ DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-24 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
	HAP YILI EĞİTİM RAPOR FORMU (FORM-45)	

Sıra No	Konusu	Katılan Kişi Sayısı	Eğitimi Veren Kişi /Kurum	Eğitimin Yeri
1	Tehlikeli Maddeler Sağlık ve Güvenlik İşaretleri	172	Tehlikeli Madde Danışmanı	Eğitim Salonu
	Radyasyon Güvenliği	103	Fatma SEVİLMİŞ-Radyoloji Sorumlu Teknisyeni	Eğitim Salonu
	Triyaj	62	Saliha KUVVET-Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Eğitim Salonu
	Elektriksel Güvenlik, Tıbbi Gaz Kullanımı	47	Sebahattin ÜNAL-İSG Uzmanı	Eğitim Salonu
	Hastane Afet Planı, Deprem ve Acil Durum Kodları	187	Cemalettin KULAI-İSG Uzmanı	Eğitim Salonu
	Yangın-Kırmızı Kod, Hastane Tahliyesi	188	Zafer BORA-Yangın Eğitimcisi	Eğitim Salonu
	Yangın Söndürme Tüpü Kullanımı	30	Zafer BORA-Yangın Eğitimcisi	Hastane Otoparkı
	Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi, İzolasyon, Kişisel Koruyucu Donanımı, El hijyeni, Kesici Delici Yaralanmalardan Korunma, Covid-19 Enfeksiyonu ve Önlemler, Pandemik İnflüenza	190	Öznur ÜLKÜ-Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi	Eğitim Salonu
	Mavi Kod, Pembe Ko, Beyaz Kod	162	Öznur ÜLKÜ-Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi	Eğitim Salonu
	Temel Düzey CPR Eğitimi	61	Burak ÖZTÜRK-Acil Servis Sorumlu Hekimi	Eğitim Salonu

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.

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 557 / 747

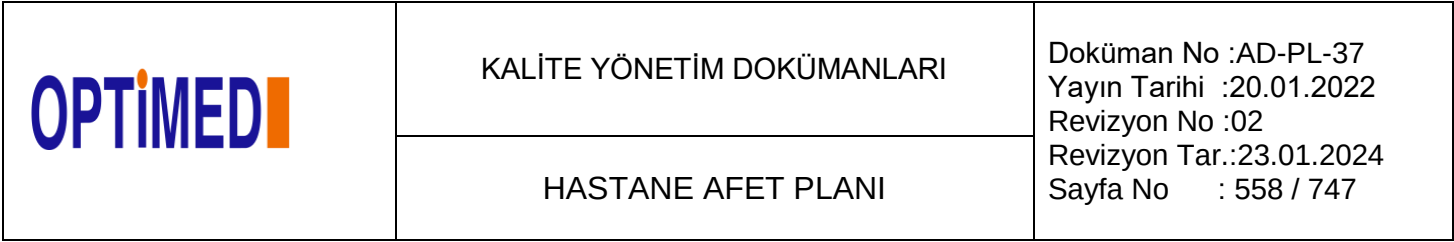
OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-25 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00
	HAP YILI TATBİKAT RAPOR FORMU (FORM-46)	Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1

Sıra No	Konusu	Tatbikatın Şekli Masabaşı/Uygulama	Katılan Kişi Sayısı	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.



Doküman No :AD-PL-37
Yayın Tarihi :20.01.2022
Revizyon No :02
Revizyon Tar.:23.01.2024
Sayfa No : 558 / 747

Doküman No :AD-FR-22
Yayın Tarihi :21.06.2021
Revizyon No :00
Revizyon Tar.:
Sayfa No :1/1

[illegible]

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 559 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI	Doküman No :AD-FR-48 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
	YAPISAL RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU (FORM-48)	

Bulunduğu Yerleşim Birimi				
İnceleme Tarihi				
Sıra No	Bölüm Adı	Sorunlar (Öncelik Sırasıyla)	Önlem/Düzenleme (Uygulama birimi, tarih)	Açıklama (Durum Bilgisi)
1	ORTAK KULLANIM ALANLARI	DOLAPLARIN DEVRİLMELİ TEHLİKESİ	DEMİR İLE SABİTLEME	SABİTLENDİ
2	İDARİ OFİSLER	CİHAZLARIN DEVRİLMELİ TEHLİKESİ	DEMİR İLE SABİTLENDİ	SABİTLENDİ
3	YOĞUN BAKIMLAR	DOLAP DEVRİLMELİ TEHLİKESİ	DEMİR İLE SABİTLEME	SABİTLENDİ
4	AMELİYATHANELER	DOLAP DEVRİLMELİ TEHLİKESİ	DEMİR İLE SABİTLEME	SABİTLENDİ
5	STERİLİZASYON ÜNİTESİ	DOLAP DEVRİLMELİ TEHLİKESİ	DEMİR İLE SABİTLEME	SABİTLENDİ
6	TEKNİK ODALAR	YÜKSEK RAF VE DOLAPLARIN DEVRİLMELİ TEHLİKESİ JENERATÖRÜN SARSINTIDA DEVRİLMELİ TEHLİKESİ	VİDA VE DEMİR İLE SABİTLEME SİSMİK RÖLE TAKILMASI	SABİTLENDİ
7	ARŞİV	YÜKSEK RAFLARIN DEVRİLMELİ TEHLİKESİ	VİDA İLE SABİTLEME	SABİTLENDİ

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 560 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

		YAPISAL OLMAYAN RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU (FORM-49)		Doküman No: AD-FR-50 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :1/1
Bulunduğu Yerleşim Birimi		Hastane geneli		
İnceleme Tarihi		04.12.2023		
İnceleyen		CAVİT CEYLAN		
İnceleme Tarihi İtibariyle Durum Bilgisi		Güncel		
Sıra No	Bölüm Adı	Sorunlar (Öncelik Sırasıyla)	Önlem/Düzenleme (Uygulama birimi, tarih)	Açıklama (Durum Bilgisi)
1	YOĞUN BAKIMLAR	DOLARIN DEVRİLME TEHLİKESİ	L DEMİR İLE SABİTLENDİ	SABİTLENDİ
2	POLİKLİNİKLER	DOLARIN DEVRİLME TEHLİKESİ	L DEMİR İLE SABİTLENDİ	SABİTLENDİ
3	OFİSLER	DOLARIN DEVRİLME TEHLİKESİ	L DEMİR İLE SABİTLENDİ	SABİTLENDİ
4	ARŞİV	DOLARIN DEVRİLME TEHLİKESİ	L DEMİR İLE SABİTLENDİ	SABİTLENDİ
5	ECZANE	DOLARIN DEVRİLME TEHLİKESİ	L DEMİR İLE SABİTLENDİ	SABİTLENDİ
6	ORTAK KULLANIM ALANLARI	DOLARIN DEVRİLME TEHLİKESİ	L DEMİR İLE SABİTLENDİ	SABİTLENDİ
7	JENERATÖR ODASI	DEVİRİLME SONUCU YANGIN TEHLİKESİ	SİSMİK ROLE TAKILMASI	JENERATÖR FİRMASINDAN GÖRÜŞ ALINDI
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.				

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 561 / 747

EK/B1						
	ÖZEL OPTİMED HASTANESİ BİRİMİ TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU					Doküman No :AD-FR-46 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :1/1
Olay Adı		Yer (Konum)			Başlangıç Tarihi	
Etkilenen Hastane İşlevi/İşlevleri						
Sayfa Numarası						
Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Protokol Numarası	Tanısı	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, 'İş Sürekliliği Olaya Özel Planında' kullanılacaktır. 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. Bu kayıt, yalnızca ana paydaşlar için kullanılmaktadır (ilk müdahale edenler, diğer hastaneler, ana tedarikçiler). Bu kayıt belgesi, her zaman "Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu " (Form 28) ile birlikte doldurulmalıdır. 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.						

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 562 / 747

EK/ B2		
	ÖZEL OPTİMED HASTANESİ BİRİMİ HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU	Doküman No :AD-FR-43 Yayın Tarihi :21.06.2021 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 563 / 747

EK/ B3							
		ÖZEL OPTİMED HASTANESİ BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU				Doküman No :AD-FR-44 Yayın Tarihi :21.06.2021 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.							

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 564 / 747

EK-B4		
	İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI FORMU	Doküman No :AD-FR-45 Yayın Tarihi :21.06.2021 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 565 / 747

EK/B5

	ÖZEL OPTİMED HASTANESİ HASTANESİ HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM	Doküman No :AD-FR-18 Yayın Tarihi :21.04.2021 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 566 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK/ B6						
	ÖZEL OPTİMED HASTANESİ BİRİMİ TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU					Doküman No :AD-FR-46 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.... Sayfa No :1/1
Olay Adı		Yer (Konum)		Başlangıç Tarihi		
Etkilenen Hastane İşlevi/İşlevleri						
Sayfa Numarası						
Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Protokol Numarası	Tanısı	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, 'İş Sürekliliği Olaya Özel Planında' kullanılacaktır. 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. Bu kayıt, yalnızca ana paydaşlar için kullanılmaktadır (ilk müdahale edenler, diğer hastaneler, ana tedarikçiler). Bu kayıt belgesi, her zaman "Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu " (Form 28) ile birlikte doldurulmalıdır. 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.						

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 567 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 1-D

ACİL SERVİS DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 568 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 RİSK DEĞERLENDİRMESİ

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,

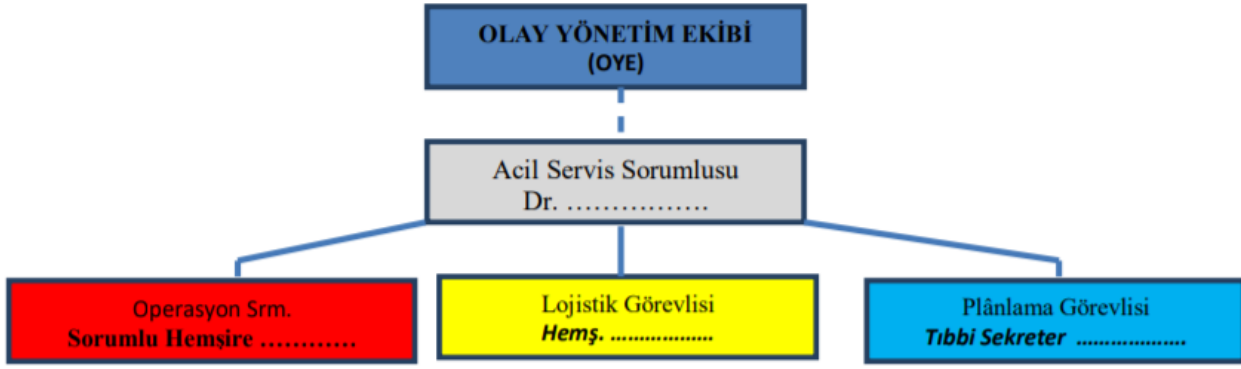
OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 569 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

– 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 570 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 571 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 ihtiyaçları, 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 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 sağlayın, eksik ve/veya stoğu az olan malzemeler ivedi olarak tamamlanır.
- Personelin, ilk tıbbi ihtiyaç değerlendirmesine göre diğer servislere tahsis edilmesini sağlanır,• 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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 572 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- 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 güvenliğini 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 573 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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

Triyaj 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.

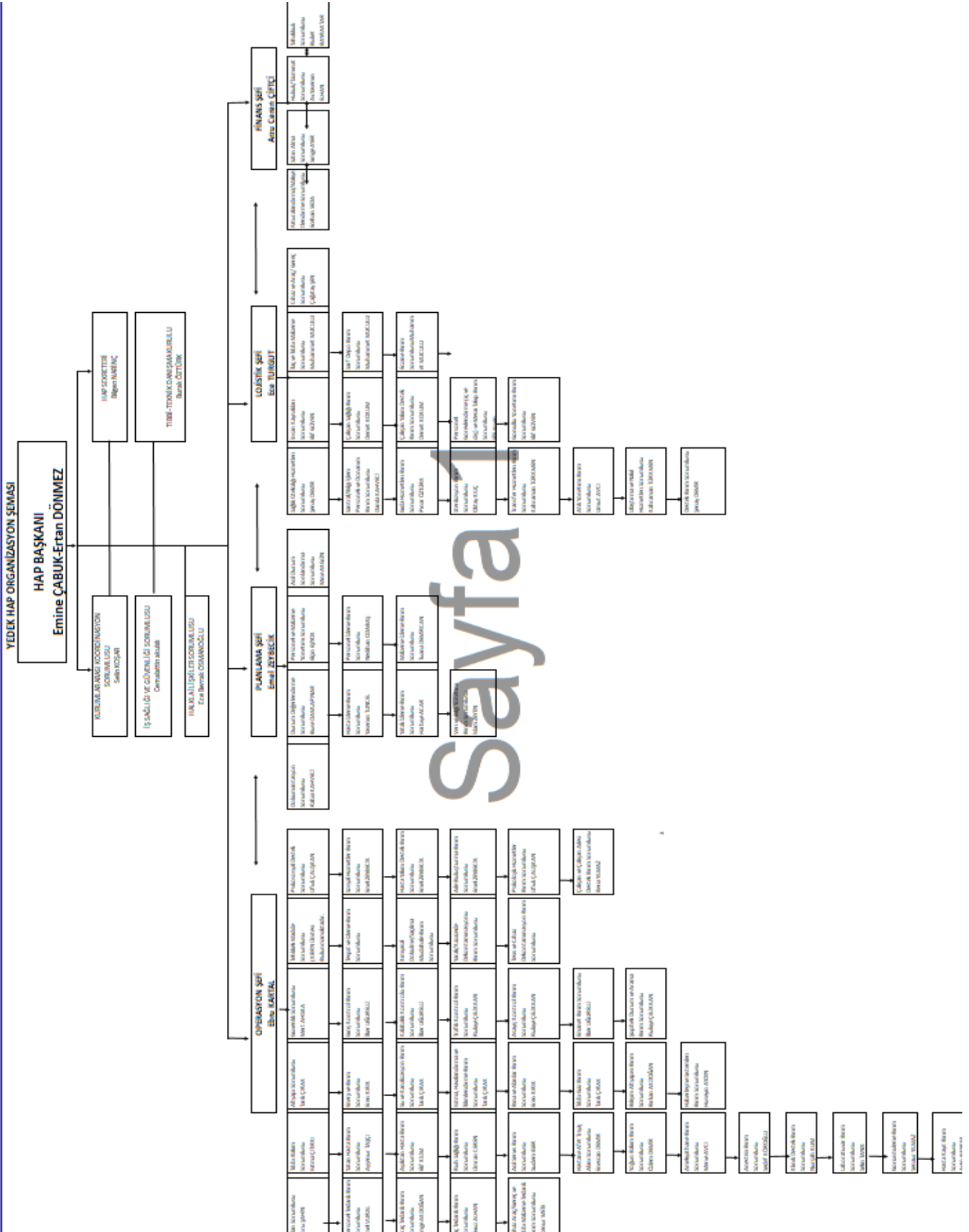
19. İLK YAYINLANMA VE REVİZYON TARİHLERİ

Yayın Tarihi:23.05.2018 Revizyon Tarihi:..

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 574 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 1-E

ORGANİZASYON ŞEMASI



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 577 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 2-A

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO)

(Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetim Çerçevesi)

Dünya çapında ülkelerin karşı karşıya olduğu halk (kamu) sağlığına yönelik acil durum/afet riskleri yaygın ve çok çeşitlidir; bu kapsamda, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar, güvenli olmayan gıda ve su, kimyasal ve radyasyon kirliliği, doğa ve teknoloji kaynaklı tehlikeler, çatışmalar, iklim değişikliği, plansız kentleşme ve diğer etkenlerle ilişkili sağlık riskleri ve sonuçları belirtilebilir. Ülkeler ve toplumların söz konusu sağlık riskleri ve sonuçları ile baş edebilmeleri ise, ulusal, yerel ve kurumsal düzeylerde, afet ve acil durumların önleme, zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik önlemleri içeren, **sağlık acil durum ve afet risk** yönetimi kapasitelerini güçlendirmeleri ile mümkündür.

Günümüzde sağlık sistemleri, acil durum ve afet halinde “hayat kurtarmaya” odaklı, reaktif müdahale anlayışının ötesinde, olağan ve acil sağlık hizmetleri açısından her türlü tehlike karşısında, **tehlikeye maruziyetin ve zarar görülebilirliklerin**, dolayısıyla **risklerin azaltılmasına** odaklı, proaktif bir yaklaşımla her düzeyde hayati bir rolü üstlenmektedir.

Birleşmiş Milletler Afet Risk Azaltma Ofisi (UNDRR) üst yönetiminden, Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi’nin (SFDRR/2015- 2030) kabulünün 5. yılında, Mart 2020’de COVID-19 salgını ile ilgili yapılan açıklamada afet risk azaltma ve afet yönetimi bakımından şu başlıklara özellikle işaret edilmektedir:

- Doğa kaynaklı tehlikelerle birlikte, sağlık acil durumlarının da en öncelikli olarak ele alınması,
- Biyolojik tehlikelerin yönetimine, sağlık sistemlerinin hazırlık ve dayanıklılığına öncelik verilmesi,
- Afet risk yönetiminin her düzeydeki sağlık hizmetiyle bütünleştirilmesi (entegrasyonu),
- Afet yöneticileri ile sağlık çalışanları arasında afetleri önlemeye yönelik işbirliğinin geliştirilmesi; sağlık kapsamında odak noktasının “afete müdahale”de kalmayıp, hazırlık, izleme-gözlem ve afet risk yönetimine yönelmesinin desteklenmesi. Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında afet risk yönetiminin ayrıntılı olarak ele alındığı, uluslararası bağlayıcılığı olan temel bir kaynak Uluslararası Sağlık Tüzüğü’dür. Tüzük halk (kamu) sağlığının, kökenine ve kaynağına bakılmaksızın tüm hastalık risklerinden korunmasına ilişkin uluslararası işbirliğinin etkili ve kapsamlı bir ifadesidir; yalnızca belirli hastalıkları değil, ileride ortaya çıkabilecek farklı hastalıkları da içermekte ve bu hastalıklarla ilgili alınabilecek tedbirlerin belirlenmesini de düzenlemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), afet ve acil durumlarla ilişkili sağlık risklerini yönetmek amacıyla sağlık sektörü ile diğer sektörlerde ülke ve toplum kapasitelerinin geliştirilmesi için destek sağlamaktadır; bu çalışmalar, Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nün ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve iklim değişikliği Paris Anlaşması’nın sağlıkla ilgili yaklaşım ve önceliklerinin uygulanması ile uyumlu olarak gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen **Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi** ile sağlık sistemleri geliştirme stratejilerinin, çok sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi geliştirme stratejileri ve iklim değişikliğine uyum stratejileri ile bütünleştirilmesi (entegrasyonu) amaçlanmaktadır **Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi**’nde kapsamlı bir stratejinin oluşturulması yönünde, sağlık

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 578 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

sektörü tarafından her düzeyde dikkate alınması gereken alanlar şöyle tanımlanmaktadır: Sürveyans, erken uyarı ve alarm sistemleri; tüm tehlikeler, tüm sağlık sistemi ve tüm sektörler bakımından, operasyonel hazırlık ve kitlesel yaralanmalı olay yönetim sistemleri dahil, acil durum müdahalesine hazırlık; güvenli, emniyetli, sürdürülebilir ve acil durum, afet halinde fonksiyonudevam edebilen dayanıklı hastaneler ve sağlık tesisleri.

Ülkelerin sağlık yöneticilerine ve diğer paydaşlara rehberlik sağlamak üzere yayınlanan Çerçeve, her türlü acil durum ve afetle ilişkili sağlık risk ve sonuçlarının azaltılmasında, ülkeler nezdinde sağlık hizmetleri ve diğer sektörleri de içerecek şekilde sistem ve kapasite geliştirilmesini sağlamaya yöneliktir. Çerçeve, bu yönde, afet risk yönetimi temel kavramlarını, yönlendirici ilkeleri, etkili bir uygulama için gereken bileşen- leri ve fonksiyonları tanımlamaktadır.

TEMEL KAVRAMLAR, İLKELER VE YAKLAŞIMLAR

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi şu temel kavram, ilke ve yaklaşımları esas almaktadır:

1. Risk tabanlı (odaklı) yaklaşım
2. Kapsamlı (tüm aşamaları kapsayan) acil durum yönetimi
3. Tüm tehlikeler yaklaşımı (tehlikelere bütüncül yaklaşım)
4. Kapsayıcı, insan ve toplum merkezli yaklaşım
5. Çok-sektörlü ve çok-disiplinli işbirliği
6. Tüm sağlık sistemi temelli sorumluluk
7. Etik hususlar

Çerçeve’de tanımlanan Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (Sağlık ADARY) politikaları, stratejileri, programları ve

uygulamaları için yönlendirici nitelik taşıyan temel kavram, ilke ve yaklaşımlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Risk Tabanlı (Odaklı) Yaklaşım:

Acil durumların oluşturduğu riskler, toplumların tehlikelere maruz kalması, söz konusu tehlikeler karşı- sında zarar görebilirlikleri ve olayların öncesi, sonrası, sonrasında risk yönetimi kapasiteleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, ülkeler ve toplumlar acil durumların sağlıkla ilgili ve diğer olumsuz sonuçlarını, tehlikeleri önleme/zarar azaltma, tehlikelere maruziyeti azaltma, zarar görebilirliklerini en aza indirme ve/veya kapasitelerini güçlendirme yoluyla, etkili bir şekilde azaltabilir.

2. Kapsamlı (Tüm Aşamaları Kapsayan) Acil Durum Yönetimi:

Kapsamlı yaklaşım, afet ve acil durumların birbiriyle yakından ilişkili önleme/zarar azaltma, acil durum hazırlığı (operasyonel hazırlık dahil), müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik faaliyet ve önlemleri ifade eder. Bu şekilde, önleme ve zarar azaltma faaliyet ve önlemlerinin acil durumların olasılığını ve ciddiyetini azaltabileceği varsayımına dayanmaktadır; sağlambir hazırlık zamanında ve etkili birmüdahaleyi mümkün kılacak; müdahalenin etkin koordinasyonu, sağlık hizmetlerinin zarar görebilir gruplara odaklanması ve etkilenenlerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunulmasıyla sonuçlanacaktır; ayrıca iyileştirme ve yeniden yapılanma faaliyetleri, gelecekteki acil durumların risklerini azaltacak şekilde tasarlanmalıdır (Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi de dahil olmak üzere eskisinden, öncekinden daha iyi/dayanıklı yapılandırma yaklaşımı).

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 579 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

3. Tüm Tehlikeler Yaklaşımı (Tehlikelere Bütüncül Yaklaşım):

Farklı tehlike türleri (doğa, insan, teknoloji kaynaklı) sağlık hizmetleri açısından benzer risklerle ilişkili olup, sağlık s istemini benzer şekilde zorlarlar. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi fonksiyonları da birbirine benzer (örneğin: planlama, lojistik, risk iletişimi). Her bir tehlike için, ayrı, bağımsız kapasite geliştirmek ya da müdahale süreçleri ve prosedürleri oluşturmak, verimli olmadığı gibi maliyet etkin de değildir. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi politikaları, stratejileri ve ilgili programlar, bu nedenle ortak sorunları ortak kapasitelerle çözmek üzere tasarlanmalı ve aynı zamanda, riske özel kapasitelerle desteklenmelidir.

4. Kapsayıcı, İnsan ve Toplum Merkezli Yaklaşım:

Toplumu oluşturan insanlar Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (Sağlık ADARY) bakımından en önemli konumdadır, çünkü acil durum ve afetler dahil her tehlikeli olayda onların sağlıkları, geçim kaynakları, mal ve diğer varlıkları risk altındadır. İnsanlar çoğu zaman risklerini kendileri, aileleri ve çevresindekiler için koruma sağlayan eylemlerle yönetmeye uygun konumdadır ve bir acil durumda ilk müdahale eden de kendileridir.

Sağlık ADARY erişilebilir ve ayrımcılık yapılmayan katılımı esas alan, kapsayıcı bir yaklaşıma sahiptir. Bu yaklaşım, en büyük risk altında olanlar ve acil durum/afetlerden orantısız olarak etkilenen insanların, özellikle en yoksulların, yanı sıra kadın, çocuk, engelli, yaşlı insanlarla, göçmen, mülteci ve diğer yerinden edilmiş kişiler, kronik hastalıkları olanlar ve toplumun nispeten daha yüksek risk altındaki kesimlerinden insanların ihtiyaçları ve kapasitelerine öncelik vermektedir. Sağlık ADARY kapsamındaki tüm politika ve uygulamalar toplumsal cinsiyet, yaş, engellilik ve kültürel bakış açıları ile bütünleşmeli; bu süreçte kadınların, gençliğin ve diğer riskli grupların yönlendiriciliği desteklenmelidir.

Toplumların dayanıklılığı, ilgili tehlikeler ve zarar görülebilirliklerin belirlenmesi ve zarar azaltma, acil durumlara hazırlık, müdahale ve iyileştirme kapasitelerinin geliştirilmesi desteklenerek güçlendirilebilir. **“Tüm Toplum Katılımı”** kavramından hareketle, etkili bir Sağlık ADARY ancak yerel yönetimlerin, sivil toplum ve gönüllü oluşumların, özel sektörün ve bireylerin aktif katılımı ile mümkün olabilir.

5. Çok Sektörlü ve Çok Disiplinli İşbirliği:

Acil durumların sağlık için oluşturduğu risklerin etkili bir şekilde yönetimi sektörler arasında güçlü, sü- rekli bir işbirliğini gerektirmektedir. Örneğin, **“Tek Sağlık”** yaklaşımı insan-hayvan-çevre etkileşimli bir sağlık tehdidine karşı, insanlar ve hayvanlar için en uygun sağlık sonuçlarını sağlamak amacıyla, kamu sağlığı, hayvan sağlığı ve diğer ilgili sektör ve disiplinler arasında işbirliği, iletişim ve ortak çalışmayı esas almaktadır. Sağlık sektörü bulaşıcı hastalık riskini yönetmede teknik olarak yönlendirici role sahip- ken, tehlikeler ve olayların pek çoğunda diğer sektörler teknik yönlendirici konumda olacaktır (örneğin, güvenli olmayan gıda için tarım, fırtınalar için erken uyarıda meteoroloji hizmetleri, sellere karşı acil müdahaledesivil korunma). Sağlığı korumaya yönelik çok sayıda Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi faaliyeti de diğer sektörler tarafından gerçekleştirilmektedir (örneğin, kritik altyapının bakımı, insan ihtiyaçları ve sağlık tesislerinin çalışması için gerekli su ve sanitasyon, taşıma, lojistik, acil hizmetler ve gıda güvenliği).

Sağlık sektörünün acil durumların sağlığa yönelik risklerini yönetmede rolü olan, farklı disiplinlerden çok sayıda uygulayıcıyla güçlü ilişkiler kurmaya ihtiyacı vardır. Bunlar arasında şehir plancıları, inşaat mühendisleri, tehlikeli tesislerin işletmecileri, iklim bilgisi sağlayıcılar, hayvan sağlığı profesyonelleri, medya ve acil hizmetler sayılabilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 580 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Aynı zamanda, sağlık sistemine dahil çok sayıda disiplin arasında da etkili koordinasyon gereklidir (örneğin, acil tıp, afet surveyansı, akıl sağlığı, beslenme, su ve sanitasyon, sağlık enformasyon yönetimi ve diğerleri).

6. Tüm Sağlık Sistemi Temelli Sorumluluk:

Genel sağlık sistemini güçlendiren çok sayıda tedbir Sağlık ADARY bakımından en etkili uygulamalar arasındadır. Temel sağlık hizmetlerinde yüksek kapsayıcılık oranının, örneğin “**Evrensel Sağlık Kap sayıcılığı**” politikalarının uygulanmasıyla sağlanması, genel sağlık durumunu iyileştirecek, salgınların önlenmesine katkıda bulunacak ve acil durumların sağlık sonuçlarındaki olumsuzlukları azaltacaktır. İyileştirilmiş temel sağlık ve beslenme koşulları toplumun dayanıklılığına katkıda bulunan en önemli faktörlerdendir. Sağlık ADARY ilkeleri ve uygulamalarının ulusal ve yerel sağlık politikaları, planları, programları ve Sağlık ADARY bileşenleri ve fonksiyonlarıyla ilgili hizmetlerle bütünleştirilmesi, acil durumların ve afetlerin sağlıkla ilgili risklerini ve sonuçlarını azaltmak bakımından yaşamsal önemdedir.

7. Etik Hususlar:

Sağlık ADARY süreçlerinde çok kaynaklı etik çelişkiler ortaya çıkmaktadır. Riskleri azaltma ya da afet- lere müdahalede önceliklerle ilgili kararlar, sağlığın bir insan hakkı olarak korunmasını, etik yönleri, pragmatik, ekonomik, politik ve diğer hususları içermektedir. Sağlık ADARY etik standartlar ve ulus- lararası sağlık hukuka uygunluk içerisindedir; insanlara saygı, adalet, dayanışma ve kültürel duyarlılık ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkeler Sağlık ADARY politika, uygulama, iletişim, değerlendirme ve araş- tırmalarında etik davranışı sağlayıcı ve etkilenen toplumlarla karşılıklı ilişkilerde güven geliştiricidir. Hükümetler, hükümetler arası (örneğin, BM kuruluşları) ve hükümet dışı örgütler (STK’lar) toplum kesimlerinin, özellikle zarar görebilirlik düzeyleri daha yüksek olan ve kendilerini etkileyen hizmetlerin planlanması, tasarımı ve sağlanması süreçlerine katılımcı yaklaşımlarla dahil edilmeleri gereken nüfu- sun, farklılık gösteren ihtiyaçlarını dikkate almalıdır. Halk acil durum riskleri ve duruma uygun yerel ve bireysel davranışlarla ilgili doğru, güncel ve kolayca anlaşılır bilgiye, her zaman erişebilmelidir. Poli- tikaların ve eylemlerin planlanması, uygulanması, etkinliği ve etkisinin değerlendirilmesinde, özellikle zarar görebilir gruplarla ilgili gereken düzeltmelerin zamanında yapılabilmesi için, mümkün olan en iyi bilimsel ve sosyoekonomik kanıtlar, analizler ve ayrıştırılmış veriler kullanılmalıdır.

TEMEL FONKSİYONLAR VE BİLEŞENLER

Sağlıkta Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi politika, uygulama ve araştırmalarının da kayda değer artışla önem kazandığı süreçte, Dünya Sağlık Örgütü önemli ölçüde örgütsel değişime yönelmiştir. Organizasyonun acil durumları yönetme kapasitesini geliştirmek amacıyla, 2017 yılında DSÖ Sağlık Acil Durumları Programı başlatılmış, çok sayıda ve farklı acil durum riskleri için kurumsal yapıya çeşitli fonksiyonlar entegre edilmiştir.

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi, esas olarak sağlık sektörüne odaklanırken, sağlık riskleri ve sonuçlarını azaltmada önemli katkılarda bulunan çok sayıda diğer sektörle işbirliği ihtiyacı ve gerek- liliğinin de altını çizmektedir. Çerçeve’de, yerel ve ulusal düzeylerde, ülkelerde uygulamanın başarısında çok sektörlü yaklaşımla, sağlık bakanlıkları ve diğer bakanlıkların, ulusal afet yönetimi kurumu, özel sektör, yerel topluluklar ve toplum temelli kuruluşların ortak planlama ve işbirliği içerisinde hareketinin belirleyici önemi vurgulanmaktadır.

Çerçeve, temel olarak şu fonksiyon ve bileşenlerden oluşmaktadır:

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 581 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

2. Planlama ve Koordinasyon
3. İnsan Kaynakları
4. Finans Kaynakları
5. Enformasyon ve Bilgi Yönetimi
6. Risk İletişimi
7. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği
8. Sağlık ve İlgili Hizmetler
9. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri

10. İzleme ve Değerlendirme

Çerçeve kapsamında, ülkelerin sağlık sektörü ve diğer sektörlerinde sağlık acil durum ve afet risklerinin her düzeyde ortak yönetimini sağlayıcı sistemlerin oluşturulmasına yönelik temel fonksiyonlar ve bileşenler ana hatlarıyla şöyle tanımlanmaktadır:

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar:

Sağlık ADARY kapsamında hükümetlerin ve diğer katılımcıların/paydaşların yapıları, rolleri ve sorumluluklarının tanımlanması:

Sağlık ADARY ile ilgili hususlar, uygun yasal düzenlemelerle desteklenerek, ilgili politikalar ve stratejilerle bütünleştirilmelidir: Ulusal sağlık politikalarına dahil edilmeli, ulusal planlama ve bütçe döngüleriyle ilişkilendirilmeli, ulusal ve yerel sağlık programlarında kapsamlı biçimde yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık ADARY ile ilgili ulusal politika yadastrateji kamu,

özel, sivil toplum paydaşlarının tüm tehlikeleri dikkate alan Sağlık ADARY bileşenleriyle ilgili rol ve sorumluluklarını belirlemeli ve planlama, koordinasyon, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005), surveyans ve erken uyarı, acil durum hazırlığı ve müdahale, iyileştirme, güvenli hastaneler ile sağlık ve ilgili hizmetlerden sorumlu olanlar dahil edilmelidir. Aynı şekilde, çoksektörlü acil durum ve afet risk yönetimi ile ilgili politikalar ve yasal düzenlemelerde, halk sağlığının korunması ve tüm sektörlerin eylem amaçları ve hedefleri bakımından sağlıkla ilgili sonuçların en aza indirgenmesi özellikle yer almalıdır. Sağlıkla ilgili konular sektörler arası politika ve stratejilerde çoğu zaman yeterli biçimde yer almamaktadır, bu durumda önem taşıyan çok sektörlü politika, strateji ve girişimlerde sağlık için merkezde bir konumlanmanın sağlanması güçlü bir savunuculuk gerektirebilir.

2. Planlama ve Koordinasyon:

Sağlık ADARY planlaması ve operasyonları için etkili koordinasyon mekanizmalarının öneminin vurgulanması:

Sağlık ADARY hayata geçirilirken, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST/2005) ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi'nin ulusal düzeydeki uygulamalarını desteklemek üzere geliştirilenler dahil, bir dizi planlama gereklidir. Bu planlar hazırlanırken, özellikle ulusal düzeyde tüm tehlikeleri esas alan çok sektörlü afet risk yönetimi kapsamında ve UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi'ne uygun olarak gerçekleştirilen, risk ve kapasite değerlendirme, tatbikat ve gözden geçirme bulgularından yararlanılmalıdır. Sağlıkla ilgili hususlara sağlık planlarında ve çok sektörlü planlarda, örneğin ulusal sağlık güvenliği planları, ulusal afet risk azaltma planları, hazırlık, müdahale ve iyileştirme planları ve olay yönetim sistemlerinde, tam olarak yer verilmelidir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 582 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ulusal ve yerel, farklı düzeylerde ve yetki alanlarında geliştirilen planlar arasında tutarlılık ve süreklilik olmalıdır. Acil duruma hazırlık ve müdahale planları düzenli olarak test edilmeli ve gözden geçirilmelidir. Bir acil durum esnasında yaşamsal fonksiyon ve hizmetlerin devamlılığını sağlamak üzere kamu ve özel sektör kuruluşlarının iş sürekliliği planlarının da hazır olması gerekecektir. Sağlık ADARY koord- nasyon mekanizmaları ve/veya görevli birimler, sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında her düzeyde gerekli koordinasyonu sağlamak üzere, oluşturulmalıdır. Ulusal kapasiteleri aşan büyük ölçekli acil du- rumlarda uluslararası sağlık ortaklarıyla ilgili talepte bulunma, kabul ve koordine etme prosedürleri de hazır olmalıdır. Bu hazırlığa, ortak çalışma için kabul, görüntüleme, kayıt ve görevlendirme ile ihtiyaç duyulan ilaç ve ekipman bağışlarının tahmini, talep ve kabul edilmesi için gerekli sistemler dahildir.

1. İnsan Kaynakları:

Sağlık ADARY'nin kapasiteler yelpazesi içinde her düzeyde kadrolaşma, eğitim, mesleki bilgilendirme ve personelin iş sağlığı ve güvenliği dahil planlama:

Sağlık ADARY stratejilerini ve ilişkili programlar yönetmek ve faaliyetleri gerçekleştirmek üzere ulusal ve yerel düzeylerde, göreve uygun personel gereklidir. İnsan kaynakları yönetiminde kadro gereklerine uygun planlama (acil müdahalede hastaakını kapasitesi dahil), yeterliği geliştirme için eğitim ve mes- leki bilgilendirme ile iş sağlığı ve güvenliği temel hususlar arasındadır. Vasıflı insan kaynakları Sağlık ADARY stratejilerini ve ilişkili programlarının etkili olabilmesi için ana önemdedir; Sağlık ADARY'nin geniş kapasite yelpazesi içinde, acil durum planlaması, olay yönetimi, epidemiyoloji, laboratuvar tanı- ları, enformasyon yönetimi, risk ve ihtiyaç analizleri, lojistik, risk iletişimi, sağlık hizmeti sunumu vb. teknik alanlarda spesifik ve uzun dönemli eğitim ve mesleki bilgilendirme yatırımları gerektirir.

2. Finans Kaynakları:

Sağlık ADARY faaliyetlerinin uygulanması, kapasite geliştirme ve olası acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanı için

destek:

Kapasite geliştirmek, program ve faaliyetleri gerçekleştirmek için Sağlık Bakanlığı dahil, hükümetlerden ve diğer kaynaklardan mali tahsislerin yeterli olması gereklidir. Sağlık ADARY için, önleme ve hazırlık tedbirleri dahil, tekrarlayan maliyet söz konusudur ve nüfusun güvenliği ve emniyeti ile ilgili diğer sektörlerde olduğu gibi, tam olarak dikkate alınmalı ve karşılanmalıdır. Finansal mekanizmalar beklen- medik acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanını da içermelidir. Ulusal bütçeleme sistemleri bir acil durum sonrasında süratle mali destek sağlamak üzere yeterli esnekliğe sahip olmalıdır. Görüşlerin savu- nulması ve planlamada kullanılmak amacıyla, geçmiş afetlerin sağlık ve sağlık sistemlerine ekonomik etkilerinin belgelendirilmesi, potansiyel acil durum ve afetlerle ilgili maliyet tahminlerinin yapılması önemlidir.

3. Enformasyon ve Bilgi Yönetimi:

Risk değerlendirme, surveyans, erken uyarı, enformasyon yönetimi, teknik rehberlik ve araştırma kapsa- mında: Enformasyon ve bilgi yönetimi kapasitelerinin risk/ihtiyaç analizlerini, afet surveyansı ve diğer erken uyarı sistemlerini ve kamuya (halkla) iletişimi desteklemek üzere güçlendirilmesi gerekecektir. Enformasyon toplama, analiz ve yayma, ilgili sektörler arasında uyum sağlanması ve "doğru enformasyonun doğru insanlara doğru

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 583 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

zamanda ulaşması”nı sağlayacak mekanizmaların var olması önemlidir. Araştırma kanıt, bilgi ve uygulamanın evrimini ve yeni ilaçlar, aşılar ve risk yönetiminde yenilikçi önlemlerin geliştirilmesini destekleyicidir. Kanıta dayalı teknik rehberlik, mesleki bilgilendirme

programları ve sağlık sistemlerinde iyileştirmeler yoluyla, kapasite oluşturma için gereklidir.

4. Risk İletişimi:

Etkili iletişimin sağlık ve diğer sektörler, hükümet yetkilileri, medya ve halk için kritik öneminin farkında olunması:

Risk iletişimi dahil olmak üzere, iletişimin etkili biçimde gerçekleştirilmesi, özellikle diğer sektörlerle, hükümet yetkilileriyle, medya ve halkla ilgiliyse, Sağlık ADARY bakımından kritik bir fonksiyondur. Enformasyona, tavsiye ve görüşlere gerçek- zamanlı erişim ve karşılıklı paylaşım sağlanması, risk altındaki herkesin durumdan haberdar olarak karar verebilmesi ve potansiyel acil durumlara karşı önleme, zarar azaltma, müdahale için harekete geçebilmesi bakımından yaşamsal önem taşımaktadır. Kamuyu (halkı) bilgilendirme faaliyetleri, çelişen bilgilerin yayılmasını önlemek amacıyla, paydaşlar arasında koordine edilmeli ve zarar görülebilirlik düzeyleri daha yüksek olanlar dahil risk altındaki grupların farklı risk ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır.

3. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği:

Sağlık ADARY’ni desteklemek üzere güvenli, sürdürülebilir, emniyetli ve hazırlıklı sağlık tesisleri, kritik altyapı (su, enerji vb.),

lojistik ve tedarik sistemlerine odaklanma:

Hastaneleri, sağlık tesislerini ve ilgili altyapıyı güvenli ve emniyetli, acil durumlara hazırlıklı ve enerjiyi verimli kullanır hale getirmek, ortamdaki kullanıcıların hayatını koruyacak, sağlıkla ilgili müdahale ve iyileştirmenin etkili biçimde gerçekleştirilmesini sağlayacak, kamu ve özel sektör yatırımlarını muhafaza edecek, sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlayacak, iklim ve çevre üzerindeki etkisini azaltacaktır. Sağlık ve sağlık bakım hizmetleri için gerekli olan çok sayıda temel hizmet, örneğin su, sanitasyon ve enerji, bir olay öncesi, sırası ve sonrasında mevcut ve kullanılabilir olmalıdır. Lojistik destek kapsamına, ilaçlar ve gereçlerin stoklanması ve ön konumlandırması, tedarik zincirlerinin etkinliği, ulaştırma ve telekomünikasyon sistemlerinin güvenilirliği dahil edilecektir.

4. Sağlık ve İlgili Hizmetler:

Sağlık ADARY için geniş çaplı sağlık bakım hizmetleri ve ilgili tedbirlerin tanınması:

Kamu sağlık, hastane öncesi ve tesis tabanlı klinik hizmetleri sağlık sonuçları olan bir acil duruma etkili müdahale edebilmek için iyi hazırlanmalıdır; bu kapsamda, artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamak (örneğin, yatak kapasitesini artırma, geçici tesis ya da seyyar klinikler oluşturma, aşılama kampanyaları) üzere hizmet ölçeğini büyütme ve belirli tehlikelerle ilgili spesifik önlemleri (örneğin, bulaşıcı vakaların izolasyonu) alma kapasitesine sahip olmalıdır. Sağlık bakım hizmetleriyle ilgili çok sayıda disiplin, riski önleme ve zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme dahil olmak üzere, Sağlık ADARY’ne, toplumlarda ve ülkelerde dayanıklılığın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Farklı disiplinlerin temsilcileri risk ve kapasite değerlendirmelerine, planlama, uygulama, izleme ve değerlendirmeye olabildiğince katkı sağlamalıdır.

5. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri:

Yerel sağlık işgücü kapasitelerinin güçlendirilmesi ve kapsayıcı toplum merkezli planlama ve eylem üzerinde

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:23.01.2024 Sayfa No : 584 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

odaklanma: Toplum üyelerinin yerel tehlikeleri ve zarar görebilirlikleri belirlemek üzere risk değerlendirmelerine katılmaları, sağlık risklerini acil durum meydana gelmeden önce azaltabilecek eylemlerin saptanmasını sağlayacaktır. Acil durumun ilksaatlerinde, dışarıdan yardım henüz ulaşmadan, etkili bir yerel müdahaleyle çok sayıda hayat kurtarılabilir. Yerel nüfus iyileştirme ve yeniden inşa gayretlerinde de öncü rol oynayacaktır. Toplum kapasiteleri ve faaliyetleri -birinci basamak sağlık hizmeti dahil- ve yerel sağlık çalışanları, sivil toplum ve özel sektörün rolleri, etkili bir Sağlık ADARY için belirleyici öneme sahiptir. Sivil toplum topluluk düzeyi surveyans, hane düzeyi hazırlık, yerel depolama, ilkyardım eğitimi ve acil müdahaleye katkıda bulunabilir. Bakanlıklar ve özel sektör kritik altyapının (örneğin, su tedariki, elektrik, ulaştırma, telekomünikasyon) yönetiminden sorumlu olabilir ve sivil faaliyetleri destekleyebilir. Sağlık ADARY'nin tüm yönleriyle ilgili faaliyetlere aktif katılımlar bu nedenle şamsaldır.

6. İzleme ve Değerlendirme

Riskler ve kapasitelerin izlenmesi, stratejilerin ve ilişkili program ve faaliyetlerin uygulanmasıyla ilgili değerlendirmeler dahil, Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik ilerlemeyi izleme süreçleri:

Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve çekirdek kapasiteler ile ilgili gelişmeleri izleme süreçleri sağlık sektöründemevcut izleme sistemleri ile bütünleştirilmelidir. Riskleri, kapasiteleri ve program uygulamalarını, hepsini izleme için standartlaştırılmış göstergeler gereklidir. Konuyla ilgili gösterge kaynakları arasında, Sendai Çerçevesi İzleme hedefleri ve göstergeleri, UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi, Dünya Sağlık Örgütü Sağlık ADARY için ülke kapasiteleri konulu küresel araştırma ve DSÖ bölgesel izleme ve değerlendirme mekanizmaları bulunmaktadır. Sürmekte olan izlemeler belirli aralıklarla yapılacak ve özellikle hazırlık (örneğin, simülasyonlar), müdahale ve iyileştirme faaliyetleriyle ilgili değerlendirmelerle tamamlanabilir.

EK 2-B

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

**(Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık Ön Değerlendirme
Bilgisi)**

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :586 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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 kapsamında 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:

- Hastanelerin acil durum ve afetler sırasında ve sonrasında fonksiyonlarını sürdürebilmesi, gereken sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sağlayabilmesi;
- Sağlık çalışanları, hastalar ve ailelerin korunması;
- Hastane binalarının, donanımın ve kritik hastane sistemlerinin fiziksel bütünlüğünün korunması;
- Hastanelerin, iklim değişikliği dahil gelecekteki risklere karşı güvenli ve dayanıklı hale getirilmesi.

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :587 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.

Çalışmanın Bölümleri

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması 2 bölümden oluşmaktadır:

Bölüm 1: Hastane ile ilgili genel bilgiler

Bu bölüm hastane ile ilgili genel bilgiler ile fiziksel durumu, olağan ve genişletilebilecek operasyonel kapasite bilgilerini içermektedir. Bu ilk bölümde yer alan 14 maddelik form, 2. Bölümde yer alan kontrol listeleri çerçevesinde gerçekleştirilecek değerlendirmeler öncesinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Başkanı ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından tamamlanmalıdır.

Bölüm 2: Güvenli Hastane kontrol listesi

Bu bölümde dört başlık (modül) yer almaktadır:

- 1) Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler,
- 2) Yapısal Güvenlik,
- 3) Yapısal Olmayan Güvenlik,
- 4) Afet ve Acil Durum Yönetimi.

Modül 1, hastanenin coğrafik konumu ve sorumluluk bölgesindeki nüfus dikkate alınarak, doğa ve in- san kaynaklı tehlikelerin belirlenmesi çerçevesinde, ilgili kamu kurumları ve yerel yönetim birimleriyle işbirliği içerisinde yapılması gereken bir ön çalışmadır.

Diğer üç modül (Modül 2, 3 ve 4) yapısal ve yapısal olmayan unsurlarla ilgili güvenlik ve afet yönetimi bakımından hastanenin fonksiyonel kapasitesi ile ilgili değerlendirme bölümlerini içermekte ve toplam 151 maddeden oluşmaktadır. Bu şekilde, hastanenin sırasıyla yapısal elemanları, yapısal olmayan elemanları bakımından zarar görülebilirlik düzeyi ile afet/acil durum yönetimi bakımından fonksiyonel kapasitesinin etkili kullanım düzeyinin belirlenmesi için, mevcut uygulamaları geliştirerek katkıda bulunacak şekilde, hızlı bir ön değerlendirme yapılabilir.

Uluslararası uygulamalarda değerlendirme ekipleri kurum yönetici ve personelinin yanı sıra, sağlık profesyonelleri, mühendis, mimar ve alan uzmanları ile ilgili kamu kurum ve yerel yönetim birimleri temsilcilerinin katılımıyla oluşturulmaktadır. Ekipler uzmanlık alanlarına göre en az 2 kişilik alt ekiplere de ayrılabilmektedir. Değerlendirmelerin özellikle en titiz yapılmasına dikkatli edilen hastane bölümleri afet/acil durum halinde sağlık hizmeti talebinin en yoğun olacağı kritik alanlardır. Her modül ile ilgili inceleme son- rasında, formun en altında değerlendirenin adı, soyadı, imzası ve gözlem/açıklama notları yer almaktadır

Kontrol listesinin üç modülünün (Modül 2, 3 ve 4) toplam olarak değerlendirilmesinde ise, sismik hareketlilik ve kuvvetli rüzgarlar bakımından daha yüksek riskle karşı karşıya olan bölgelerde, yapısal güvenlik bölümü yüzde 50, yapısal olmayan güvenlik bölümü yüzde 30 ve fonksiyonel kapasite bölümüne yüzde 20 ağırlık verilmektedir (Deprem ve kuvvetli rüzgar riski olmayan ülkelerde üç modül de eşit ağırlığa sahip olarak değerlendirilmektedir).

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

1.1 TEHLİKELER	TEHLİKE DÜZEYİ			Hastane bu tehlikeye karşı müdahale ye hazırlanm alı mı EVET ise işaretleyi n	Gözlemler
	Tehlike yok	Tehlike düzeyi			
		Düşük	Orta		
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.

HASTANE AFET PLANI

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 olarak) 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 olarak) 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 olarak) 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

x

Hastane
bodrum giriş
kapısına
logar
açılarak

fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.

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 alarak) 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 alarak) 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 alarak) belirleyin

x

HASTANE AFET PLANI

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 doymuş toprağın yol açabileceği heyelan tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede suya doymuş topraktan kaynaklanan heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) 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

HASTANE AFET PLANI

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)

x

(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 tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) 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 alarak) belirleyin

x

Pandemi Eylem Planı oluşturuldu, çalışanlara enfeksiyonlardan 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 alarak) belirleyin.

x

Dış toplu yaralanmalarla 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 alarak) 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 alarak) 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

Hastanemiz de 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.

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

Kimyasal

x

Hastanemiz de KBRN ünitesi yoktur. Olası hastalar ilk müdahale için ccil servise gerekli kişisel

(sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da tehlikeli maddelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.

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.

Hastanede 2 adet jeneratör mevcuttur.

x

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.

60 tonluk su deposu mevcuttur. Afet durumunda içme suyu tedariki için protokol imzalanmıştır.

x

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

Dış toplu yaralanmalarla ilgili tatbikat gerçekleştirilmiştir.

x

tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.

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

x

müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.

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 olarak) belirleyin

x

Kitlesel etkinlikler Kitlesel katılımlı etkinlikler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) 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

x

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.

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:.....

.....

.....

.....

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			x	

= Kolonların gücü kirişlerin gücünden fazla.

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

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 çevresinde böyle bir olay yaşanmamıştır.

HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.

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 sözkonusu; 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 sözkonusu; 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

x

zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.

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 söz konusu.

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 söz konusu.

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 söz konusu.

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, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.

x

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 uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.

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 uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.

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 söz konusu.

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 söz konusu. HASTANEDE ALÇI YA DA ASMA TAVAN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN; AÇIKLAMADA BELİRTİN.

x

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 sözkonusu. 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 sözkonusu.

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 daönemsiz bir potansiyel engel ya da zarar söz konusu.

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			x	

önlemleri mevcut.

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 tehlikelerden 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 sistemleri hastane haberleşmesinde orta derecede parazit yaratmaktadır; Yüksek = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haberleşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.			x	
53. Telekomünikasyon sistemlerinin bulunduğu alanların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon sistemlerine ayrılan alanlar kötü durumda; tehlikeler nedeniyle aksama riski yüksek; koruyucu önlemler yok; Orta = Alanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, 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). HASTANEDE SU DEPOLAMA TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.

x

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

x

tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.

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,

x

hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.

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;
sabitlenme ya da çevrili alan yok; tanklar tehlikeler dikate alınarak
yerleştirilmemiş; Orta = Yakıt tankları kullanılabilir durumda;
sabitlenme 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 erişim mümkün.
HASTANEDE YAKIT TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN
VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.

Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır

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 =			x	

Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede; tıbbi gaz ve yangın 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,

x

denetim ve ikaz sistemi testleri düzenli yapılıyor.

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 altında ve 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 ekipmanının 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 ekipmanının 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 güvenliğininGüvenlik 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			x	

prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.

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 kapasitesine 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 eğitimlidir, 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		x		

araçlar yeterli sayıda mevcut.

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 = Triage için ayrılmış bir yer ya da prosedürler yok; Orta = Triage 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. Kitlesele 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 sadece 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 surveyans, önleme ve kontrol prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirlenmiş politika ve prosedürler yok; enfeksiyon önleme ve kontrol için standart önlemler rutin olarak uygulanmıyor; Orta = Politika ve prosedürler var, standart önlemler rutin olarak uygulanıyor, personele eğitim verilmiş, ancak epidemiler dahil afet/acil durumda gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Politika ve prosedürler var, enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri tam, personele eğitim verilmiş ve 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 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 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:.....

.....

.....

.....

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :636 / 747

EK 2-C

KAİSER RİSK ANALİZİ// HAP RİSK ANALİZİ

Hastane Tehlike ve Zarar Görebilirlik Analizi

AÇIKLAMALAR:

Her bir tehlike için olay ve yanıt potansiyelini aşağıdaki kategorilerde ve belirtilen ölçüleri dikkate alarak değerlendirin.

OLASILIK aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Bilinen risk
- 2 Geçmişe ait kayıtlar
- 3 Üretici/tedarikçi istatistikleri

Olaya **YANIT (müdahale)** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Olaya yerinde müdahale için toplanma süresi
- 2 Yanıt yeteneğinin genişliği
- 3 Geçmişteki başarılı yanıt uygulamaları

Olayın **İNSANA ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Çalışanlar için yaralanma veya ölme potansiyeli
- 2 Hastalar için yaralanma veya ölme potansiyeli

Olayın **MALA/MÜLKE ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Yenileme maliyeti
- 2 Geçici olarak yerine koyma maliyeti
- 3 Onarım maliyeti

Olayın **İŞE ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İşin kesintiye uğraması
- 2 Personelin görev başında olamaması
- 3 Hastaların hastaneye ulaşamaması
- 4 Tedarikçilerin anlaşmaları ihlal etmesi
- 5 Cezai yaptırımların (para cezası, hapis veya mahkeme masrafı) uygulanması
- 6 6 Kritik malzemenin temininde kesintinin olması
- 7 Malzeme dağıtımında kesinti

Olaya **HAZIRLIK** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Mevcut planların durumu
- 2 Eğitim ve tatbikatların gerçekleştirilme sıklığı
- 3 Sigorta
- 4 Yedekleme sistemlerinin varlığı
- 5 Toplumun sahip olduğu kaynaklar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :638 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

İÇ KAYNAKLAR (iç yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Eldeki mevcut malzeme türleri
- 2 Mevcut malzemenin miktarı
- 3 Personel durumu
- 4 Hastanenin tüm tesisleri/bölemleri ile koordinasyon

DIŞ KAYNAKLAR (dış yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İlgili kurum ve kuruluşlarla karşılıklı anlaşma ve tatbikatlar
- 2 Kamu birimleri ve yerel yönetim kurumlarıyla koordinasyon
- 3 İl Sağlık Müdürlüğü ve bölgedeki sağlık kuruluşlarıyla koordinasyon
- 4 4 Özel tedavi birimleri olan hastanelerle koordinasyon

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		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 tehdit*
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%
Deprem								
Sel (dış)								
Epidemi								
Gökğürültülü şiddetli fırtına, sağanak								
Kuraklık								
Sıcaklık uç değerleri								
Büyük yangın (orman, tarım alanı, yerleşim)								
Kuvvetli/ Tam fırtına								
Hortum								
Karfırtınası (tipi)								
Heyelan								
Yıldırım								
Kar yükü, çığ								
Buz fırtınası								
Tsunami, kıyı dalgası								
Baraj taşkını								
Volkan aktivitesi								
ORTALAMA SKOR								

*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK = OLASILIK * ŞİDDET

0,13

0,39

0,33

TEKNOLOJİ

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLK 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 vemalezmesi	Göreceli tehdit*
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%
Endüstriyel patlama	2	2	2	3	3	2	2	52%
Yangın (iç)	2	3	3	3	1	2	2	52%
Elektrik arızası	2	3	1	3	1	1	2	41%
Su yokluğu	2	2	1	3	1	1	2	37%
Haberleşme kesintisi	2	1	0	2	2	2	2	33%
Bilgi sistemleri	2	1	1	3	1	1	2	33%
Tıbbi aspirasyon	2	3	0	2	1	1	1	30%
Sel (iç)	1	3	3	3	1	2	2	26%
Jeneratör arızası	1	3	1	3	1	2	3	24%
Yangın alarmı	1	3	3	3	1	1	2	24%
Tehlikeli maddeye maruzluk (iç)	1	2	2	2	2	2	3	24%
Malzeme/kaynak	1	2	1	3	1	2	3	22%
Yapısal hasar	1	3	3	3	1	1	1	22%
Yakıt yokluğu	1	2	1	3	1	1	3	20%
Ulaştırma sorunu	1	2	1	3	1	1	2	19%
Doğalgaz yokluğu	1	1	0	2	3	3	1	19%
Kanalizasyon arızası	1	1	2	3	1	1	1	17%
Klimlendirme sistemi (HVAC) arızası	1	2	1	2	1	1	2	17%
Tıbbi gaz arızası	1	3	0	2	1	1	1	15%
Buhar arızası	0	0	0	0	0	0	0	0%
ORTALAMA SKOR	1,30	2,10	1,30	2,55	1,25	1,40	1,85	25%

Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK = OLASILIK *
ŞİDDET

0,5

İNSANA BAĞLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MALAMÜLKE 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 tehdit*
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%
Göç olayları	2	1	1	2	2	2	2	37%
Savaş çıkması	1	3	3	3	3	2	2	30%
Kitleselel yaralanmalı olay (travma)	2	1	1	2	1	1	2	30%
Terör olayı, Biyolojik	1	3	1	3	3	2	2	26%
Bomba Tehdidi	1	3	3	3	2	2	1	26%
Bebek Kaçırılması	2	1	0	2	1	1	1	22%
Adli Başvurular	2	1	1	1	1	1	1	22%
Kitleselel yaralanmalı olay (tıbbi/enfeksiyöz)	1	2	1	3	2	2	2	22%
İş Eylemi	1	1	1	3	2	2	2	20%
Toplumsal Olaylar	1	2	1	2	1	2	2	19%
VIP Durumu	1	0	0	1	2	2	3	15%
Rehin Alınma Durumu	1	2	1	2	1	1	1	15%
ORTALAMA SKOR	1,08	1,33	0,83	1,83	1,33	1,33	1,42	25%

*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK	OLASILIK	* ŞİDDET
=	İK	
0,25	0,44	0,5
		7

TEHLİKELİ MADDELER (HAZMAT) İLE İLGİLİ OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		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 / Yardımlaştırma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit *
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%
Terör olayı, Kimyasal	1	3	3	3	2	2	3	30%
Terör olayı, Radyolojik	1	3	2	3	2	2	3	28%
Küçük-orta çaplı dökülme-saçılma (iç)	2	1	1	1	1	1	2	26%
Büyük çaplı dökülme-saçılma (dış)	1	3	2	2	2	2	3	26%
Radyolojik maruziyet (dış)	1	3	2	3	1	2	3	26%
Kimyasal maddeye maruzluk (dış)	1	2	1	3	2	2	3	24%
Tehlikeli maddeye bağlı kitlesel yaralanmalı olay (Kurumdaki geçmiş olayda >= 5 kurban)	1	3	2	2	1	2	1	20%
Tehlikeli maddeye bağlı küçük ölçekli olay (Kurumdaki geçmiş olayda < 5 kurban)	1	2	1	2	1	2	1	17%
Radyolojik maruziyet (iç)	1	2	1	2	1	1	2	17%
ORTALAMA SKOR	1,11	2,44	1,67	2,33	1,44	1,78	2,33	25%

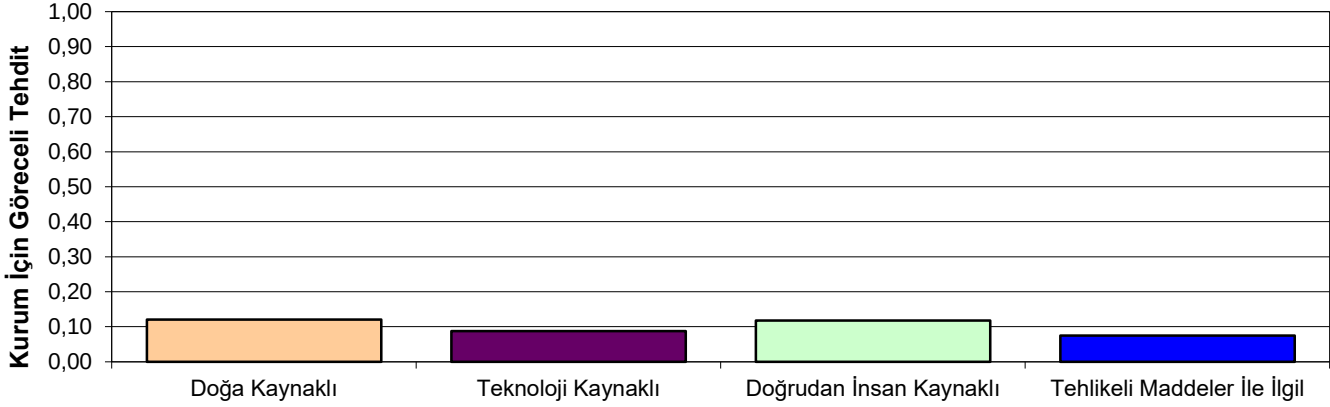
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK = OLASILIK * ŞİDDET		
0,25	0,37	0,67

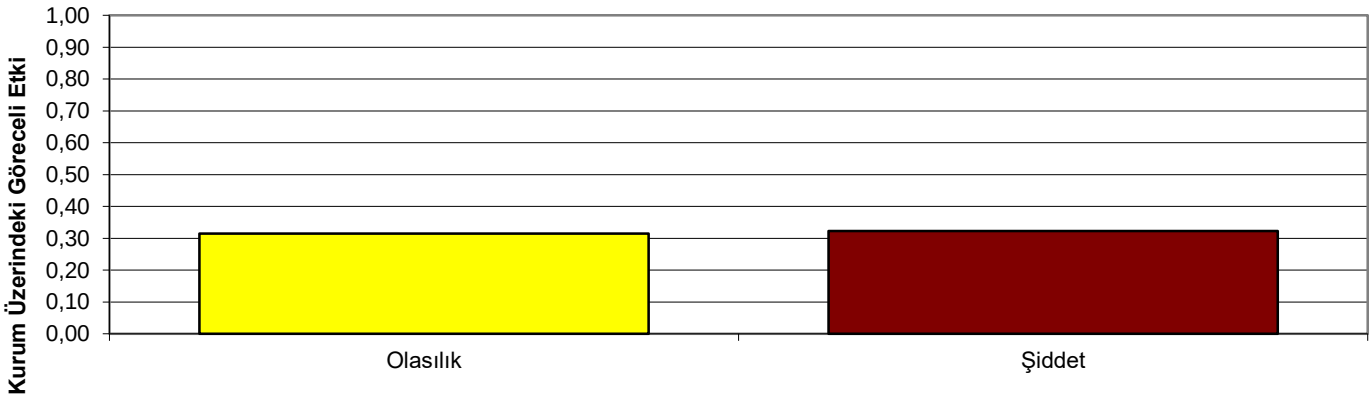
HASTANE TEHLİKE ANALİZ ÖZETİ

	Doğa Kaynaklı	Teknoloji Kaynaklı	Doğrudan İnsan Kaynaklı	Tehlikeli Maddeler İle 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



Tehlikelerin Hastane Bakımından Olasılığı ve Şiddeti



Bu doküman bir Tehlike Etkilenme Değerlendirme Aracıdır. Kapsamlı bir afet ve acil durum hazırlık programının ikamesi değildir. Bu değerlendirme aracını kullanan bireyler ve/veya kurumlar hastane için her türlü afet tehlikesinin değerlendirilmesinde ve hastanede afet güvenliği ile ilgili yasa, yönetmelik ve uygulamalar bakımından tek sorumlu değildir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :645 / 747

EK 2-D

COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ

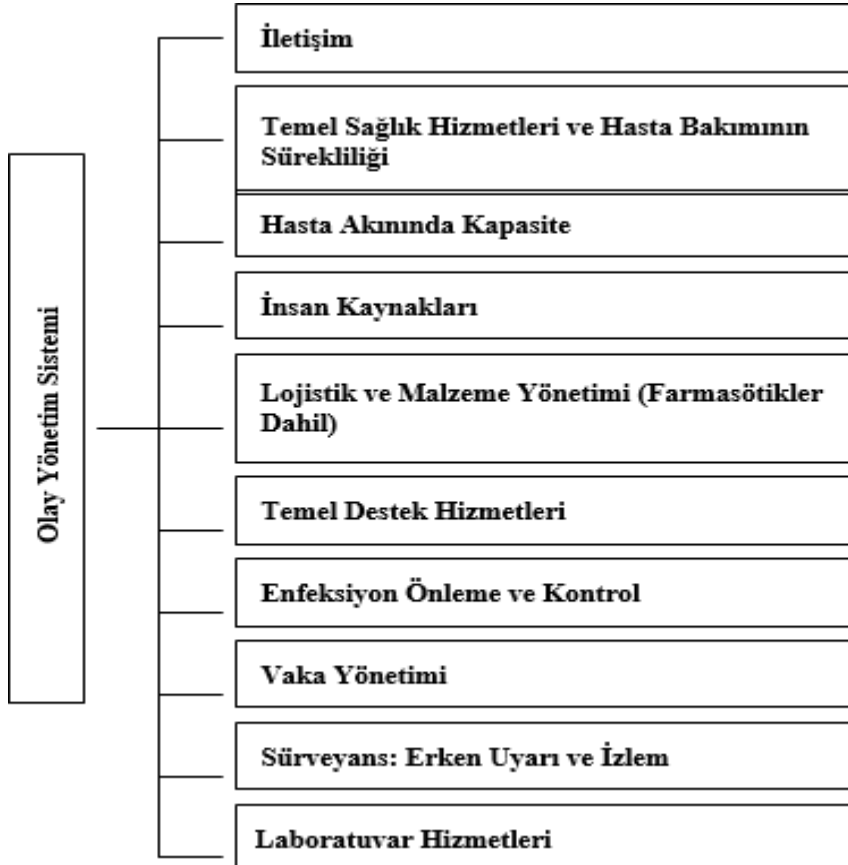
OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :646 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ

Hastanemiz COVID-19 vakalı hastalara da hizmet vermektedir. Çalışan Personel, yatan hasta ve hasta yakınlarında tespit edildiğinde “COVID-19 Pandemisi Olaya Özel Plâni”na göre hareket edilecektir.

Bu kontrol listesi COVID-19 salgınına karşı hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatma- da, 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:



1. OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

Acil durum operasyonlarının etkili biçimde yönetilebilmesi için hastane Olay Yönetim Sisteminin (OYS) iyi işlemesi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane Acil Müdahale Planınız (AMP) varmı? Cevabınız Evet ise, planı aktive edin. Değilse, geçici çözüm olarak acil durum müdahale operasyonlarını			X
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.			X
Bu dokümanda belirtilen her ana bileşen için bir sorumlu belirleyerek ilgili müdahale faaliyetlerinde gereken koordinasyonu ve yönetimi sağlayın			X
Her durumda karar verme ve kaynak yönetimsürekliliğini güvence altına almak için yöneticiler ve irtibat kişilerinin yerine geçebilecekleri belirleyin.			X
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			X

2. HASTA AKINI DURUMUNDA TIBBİ KAPASİTE ARTIŞI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :648 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Azami vaka kabul kapasitesini hesaplayın, yataksayısının 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.			X
COVID-19 salgını sırasında hastane hizmetlerine yönelik talep artışını tahmin etmek için mevcut planlama varsayımlarını ve araçlarını kullanın			X
Hastanenin yatan hasta kapasitesini (fiziksel alan, personel, malzeme ve işleyiş dahil) artırmanın yollarını belirleyin			X
Sağlık hizmetinin, özellikle kritik bakım hizmetinin, sağlanmasında ortaya çıkabilecek eksiklikleri belirleyin; bu eksikliklerin giderilmesi için yetkililer ve yakındaki hastanelerle koordinasyon sağlayın.			X
Kritik olmayan hastalar için uygun alternatif tedavi yerlerinde (örneğin, hafif rahatsızlıklar için evde, kronik bakım gerektiren hastalar için uzun			X

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			X
Gereken durumlarda zorunlu olmayan hizmetleri (örneğin, elektif cerrahi vakalar) iptal edin.			X
Kabul ve taburcu kriterlerini belirleyin. Hastalara ve klinik müdahalelere, mevcut tedavi kapasitesi ve talebe göre öncelik verin			X

3. 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.

Önemli 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.			X
Sağlık çalışanlarının standart önlemleri tüm hastalara uygulamasını sağlayın.			X

Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 vakaları için önerilen damlacık ve temas önlemleri bulunmaktadır. Bu önlemler hasta asemptomatik duruma gelinceye kadar sürmelidir			X
Hastalar havalandırması yeterli (hasta başına 60 L /sani- ye) tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Tek kişilik oda yoksa, COVID-19 şüphesi olan hastalar birlikte grup- lanmalıdır. Şüpheli ve teyit edilmiş vakaları birbiriyle karıştırmayın			X
Hastalarda COVID-19 şüphesi olup olmadığına bakıl- maksızın yataklar arasında bir metre mesafe olmasını sağlayın.			X
Ekipmanların tek kullanımlık ve atılabilir olduğundan ya da hastalar için ortak kullanılan ekipmanın (örneğin, steteskoplar, kan basıncı ölçer bileklikler, termometreler, yemek tepsileri) her hasta için kullanımdan önce temizlendiği ve dezenfekte (örneğin, %70 etil alkol ile) edildiğinden emin olun			X
Hastanın temas ettiği yüzeyleri düzenli temizleyin ve dezenfekte edin. Ambulansların rutin temizliği ve dezenfeksiyonunda COVID-19 için önerilen standart ve kılavuzlara uygun yöntemleri uygulayın			X
Sağlık çalışanlarının şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 hastalarının odasına girmeden önce damlacık ve temas			X

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			X
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			X
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			X

Tıbben 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			X
Ziyaretçi sayısını hastaya destek için gerekli kişilerle sınırlandırın. Ziyaretçilerin damlacık ve temasla ilgili önlemlere uymasını sağlayın			X
Hastanın odasına giren tüm kişilerin, tüm çalışanlar ve ziyaretçiler dahil, kaydını tutun.			X
Laboratuvar örnekleri, çamaşırhane, yemek servis malzemeleri ve tıbbi atıkları Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programında belirtilen rutin güvenlik prosedürlerine göre yönetin			X

4. 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.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Triyaj, erken tanı ve kaynak kontrolü için uygulama mekanizmalarını sağlayın (COVID-19 şüphesi olan hastaları izole ederek)			X
Sağlık tesisinin girişinde, eğitimli personelin bulunduğu, yeterli donanımına 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			X
Sağlık çalışanlarının klinik şüpheli düzeyinin yüksek olmasını sağlayın			X
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			X
Hastaneye gelen hastaların triyajı için mümkünse hastane dışında, ek alanlar oluşturmayı dikkate alın			X
Tüm triyaj operasyonlarının gözetim/denetiminden sorumlu bir triyaj sorumlusu atayın.			X

Akut solunum enfeksiyonu vakaların belirlenmesini sağlayacak bir triyaj protokolü oluşturun. COVID-19 şüphesi olan vakalar için yeterli mesafenin gözetildiği bir alan gereklidir.			X
Standart ve damlacıkla ilgili önlemlerin her zaman uygulanmasını sağlayın.			X
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			X
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.			X
Covid 19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarında, COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olanları hastaneye yatırın.			X
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			X

sayıda yatağın hazır olmasını sağlayın			
Vital bulguların (örneğin; vücut ısı, kan basıncı, nabız, solunum hızı, bilinç düzeyi, dehidrasyon ya da şokla ilgili klinik işaretler) ve oksijen saturasyonunun (nabız oksimetresi veya kan gazı analizleri) düzenli izlenmesini sağlayın.			X
Entübe hastalar için oksijen desteği araçları ve yeterli sedasyon sağlayın. Oksijen maskeleri ve nazal kanüller tek kullanımlık olmalıdır.			X
Hasta bakımında ulusal ve uluslararası kılavuzları izleyin Tüm çalışanların vaka yönetimiyle ilgili ulusal ve uluslararası kılavuzlardan haberdar olmalarını sağlayın.			X
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.			X
Sağlık personelinin, ilaçların lisans dışı kullanımının ilgili protokollere göre yapıldığını ve çıktılarının standardize değişkenlere göre kayıt edildiğini bildiğinden emin olun.			X

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :656 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

5. 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.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Çalışanların temas/iletişim bilgilerini güncelleyin.			X
Çalışanların devamsızlık (görev başında olmama) durumunu önceden tahmin edin ve düzenli olarak izleyin.			X
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.)			X
Her departman/servis/birimin yeterli hizmet vermesini sağlamak için gereken asgari sağlık çalışanı ve diğer çalışan sayısını belirleyin			X
Çalışan ihtiyacını departman/servis/birime göre önceliklendirin ve personel dağılımını da bu şekilde yapın.			X
Öngörülen ihtiyaca göre, mevcut çalışanlara ek çalışanlar (örneğin, emekli personel, ihtiyat askeri personel, üniversite ilgilileri/öğrencileri, toplum gönüllüleri) belirleyin ve eğitim verin			X
Hasta akınında destek olarak, departman/servis/birim çalışanlarını talebin yüksek olduğu alanlarda (örneğin enfeksiyon			X

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			X
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			X
Çalışanların aileleri ve hastalar için, sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar, tercümanlar, din görevlileri dahil, multi-disipliner psikososyal destek ekiplerinin hizmet vermesini sağlayın			X
Uzmanlık alanları dışında çalışma durumundaki personelle ilgili yükümlülük, sigorta (mesleki zorunluluk sigortası vb.) ve geçici lisans konularını çözünüz			X
Gönüllü çalışanların yönetimi (güvenlik araştırması, kabul etme, red etme, yükümlülük konuları vb.) için belirlenmiş politikaların yürütülmesini sağlayın.			X
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu komplikasyonları bakımından yüksek riskli personelin yeniden görevlendirilmesini			X

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI		Doküman No :AD-PL-37
	HASTANE AFET PLANI		Yayın Tarihi :20.01.2022
			Revizyon No :01
			Revizyon Tar.:14.01.2023
			Sayfa No :658 / 747
dikkatle değerlendirin.			

6. 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.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanenin tüm hizmetlerini öncelik sırasına göre listeleyin.			X
Hastanenizin her zaman ve her koşulda sağlaması gereken hastane hizmetlerini belirleyin ve sürdürün.			X
Tanımlanan temel hastane hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için gereken kaynakları (insan kaynakları ve lojistik) belirleyin.			X
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.			X

7. 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.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı

Hastanede bir epidemiyolojisti erken uyarı ve sürveyansla ilgili tüm faaliyetlerden sorumlu olarak sürdürün.			X
Toplanması gereken tüm bilgileri belirleyin ve bilginin kullanım amaçlarını tanımlayın			X
Olağandışı sağlık olaylarının (COVID-19) sağlık çalışanları tarafından rapor edilmesini, hastane içinde ve sağlık yöneticileri ile iletişim kanalları ve prosedürler oluşturarak, geliştirin.			X
Ulusal sağlık politikası ve talimatları doğrultusunda veri toplama ve raporlama mekanizmaları geliştirin			X
Standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyanskriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da deeskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele alın.			X
Sağlık çalışanlarının olağandışı sağlık olayı raporlarını ve/veya izlem faaliyetleri sırasında belirlenen olağandışı bulguları derhal araştırın.			X
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			X

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.			X
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			X

8. İLETİŞİM

Doğru ve zamanında iletişim, bilgiye dayalı karar verme, etkili destek ve işbirliği, kamu farkındalığı ve güvenin sağlanması bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane yönetimi, departman/servis/birim sorumluları ve hastane çalışanları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırıcı iletişim mekanizmalarını oluşturun			X
Hastane çalışanlarına OYS çerçevesinde COVID- 19'un yönetimindeki rol ve sorumlulukları hakkında brifing verin			X
İlgili tüm çalışanlar ve paydaşların klinik triyaj, hasta önceliklendirmesi (örneğin, uygulanan yatış ve taburcu kriterleri), enfeksiyon önleme ve kontrol			X

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			X
Farklı hedef kitleler (örneğin, hastalar, ziyaretçiler, çalışanlar, toplum, medya) için hazırlanacak COVID-19 ile ilgili çeşitli senaryolarda verilecek ana mesajları önceden belirleyin			X
Kamu, medya ve sağlık makamları ile iletişimi koordine etmek üzere bir kamu bilgilendirme sözcüsü belirleyin			X
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.			X
Ulusal düzeyde mevcut sevk mekanizmalarını ve ilgili haberleşme mekanizmalarını			X

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI		Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :662 / 747
	HASTANE AFET PLANI		
öğrenin			

9. 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.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Tüm ekipman, malzemeler ve farmasötikler için güncel bir envanter geliştirin ve kullanın; eksiklikler için ikaz ve yeniden sipariş mekanizması oluşturun			X
Olası bir salgınla ilgili senaryoya dayanarak temel ekipman, malzeme ve farmasötik tüketimini (örneğin, haftalık kullanım miktarını) hesaplayın			X
Temel ilaç ve malzemenin sürekli tedarikini sağlamak üzere (örneğin, kurumsal ve merkezi stoklar, yerel tedarikçilerle acil durum sözleşmeleri, bağışlar) yetkililerle görüşün			X
Olası acil durumlarda kullanılacak malzemeyi satın alırken önce kalitesini kontrol edin, kalitenin belgelendirilmesini isteyin			X
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.			X

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.			X
Gerekli malzeme ve farmasötikleri belirtilen talimatlara uygun şekilde depolayın. Stoklanmış maddelerin zamanında kullanımını sağlayın, tüketim tarihinin geçmesi nedeniyle kayıpları önleyin.			X
Hastane eczanesinin evde ya da diğer alternatif tedavi alanlarında/mezanlarında tedavi gören vakalara farmasötik sağlamadaki rolünü tanımlayın.			X
Temel hizmetler için gerekli ekipmanın kullanıma hazır bulunması ve anında onarımı için bir mekanizma oluşturun. Diğer ekipmanın bakım ve onarımını erteleyin.			X
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.)			X
Medikal malzeme, çalışanlar için gıda vb. bağışların yönetimi için politika belirleyin.			X

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :664 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Temel laboratuvar hizmetlerinin sürdürülmesi hem pandemi hem diğer hastalar ve aynı zamanda COVID-19 ile ilgili hastane

tabanlı sürveyans için gerekli klinik yönetimi bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Temel laboratuvar testlerinin (örneğin, tam kan testi, biyokimya profili, elektrolitler, kangazı analizi, kan kültürü ve balgam incelemesi) sürekliliğini sağlayın.			X
Temel laboratuvar malzemeleri ve kaynaklarını belirleyin ve sürekli mevcut olmalarını sağlayın.			X
Laboratuvar personeli için yedekleme yapın ve/veya alternatif laboratuvar hizmetlerini belirleyin.			X
Hastane tabanlı sürveyans için, laboratuvar verilerinin klinik yönetiminden ve sürveyanstan sorumlu hekimlere ve sağlık makamlarına hemen iletilmesi için gerekli mekanizmaları belirleyin.			X
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.			X
COVID-19'un belirlenmesi, teyidi ve izlemi için (virüs karakteristiklerinde virülans, bulaş ve antivirüs rezistans gibi değişiklikler dahil)			X

laboratuvarında 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.			X

10.TEMEL DESTEK HİZMETLERİ

COVID-19 salgını sırasında hasta bakımını optimize etmek için temel destek hizmetlerini (örneğin, ça- maşırhane, temizlik, atık yönetimi, beslenme hizmetleri ve güvenlik) belirlemek ve sürdürmek gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Destek hizmetleri için gereken ilave malzemeleri hesaplayın ve bu malzemelerin sürekli mevcut olması için bir mekanizma geliştirin.			X
Destek hizmetlerini artan taleple baş edebilecek şekilde uyumlu hale getirin.			X
COVID-19'un hastanenin gıda malzemelerine muhtemel etkisini öngörün; gıdanın sürekliliğini sağlamak için pro- aktif önlemler alın.			X
Su, enerji ve oksijen gibi temel alt yapılar için gereken yedekleme/destek düzenlemelerini sağlayın.			X

Potansiyel güvenlik sorunlarını belirlemede ve tesise erişim, temel farmasötik stoklar, hasta akışı, trafik, park konularını optimize etmede hastane güvenliğinin girdilerinden yararlanın.			X
Geçici morg olarak kullanılmak üzere bir alan belirleyin; yeterli sayıda ceset torbası ve kefen/örtü bulunmasını sağlayın.			X
Ölüm sonrası hizmetler konusunda ilgili paydaşlarla (örneğin, cenaze hazırlık ve defin hizmetleri) bir olası acil durum planı yapın.			X

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :667 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 3-A

HAP ONAY SAYFASI

ONAY SAYFASI			
	ADI SOYADI UNVANI/GÖREVİ	TARİH	İMZA
HAZIRLAYAN	Dr. Çetin ÜÇEÇAM Başhekim/Mesul Müdür		
İNCELEYEN			
DENETLEYEN			
ONAYLAYAN			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :668 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

EK 3-B

HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ

2024 YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ

NO	ADI SOYADI	UNVANI/GÖREVİ	ÇALIŞTIĞI BİRİM	TARİH	İMZA
1	Çetin ÜÇEÇAM	Başhekim/ Mesul Müdür	Tıbbi Direktörlük		
2	Cavit CEYLAN	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	İş Sağlığı ve Güvenliği		
3	Filiz ALBAYRAK	Kalite Yönetim Direktörü	Kalite		
4	Hicran ASLAN	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Hemşirelik Hizmetleri		
5	Elçin SÜLEYMANOĞLU	İşletme Direktörü	İşletme Direktörlüğü		
6	Burak ÖZTÜRK	Acil Servis Sorumlu Hekimi	Tıbbi Direktörlük		
7	Saliha KUVVET	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri		
8	Hatice ŞAHİN	Destek Hizmetler Yöneticisi/ Güvenlikten Sorumlu Müdür HAP Birim Personeli	Destek Hizmetler		
9	Ebru ASLAN	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri		
10	Mehmet Emrah TEMEL	Ameliyathane Sorumlu Hekimi	Tıbbi Direktörlük		
11	Mehmet Emrah TEMEL	Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Tıbbi Direktörlük		
12	Mustafa Hadi KONBAL	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetleri		
13	Gizem ARABACI	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sorumlusu (Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi)	Hemşirelik Hizmetleri		
14	Demet KOKUM	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni	Hemşirelik Hizmetleri		
15	Emel ZEYBECİK	HAP Ofisi/Birimi/Temsilcisi Personeli	Hasta Hizmetleri		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :669 / 747

EK 4 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: 100
Tekstilcilik A.Ş. 003 Eviyenler/İST.
Ahtapot : 0312 1169446362

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 tedariki konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 17.11.2021 tarihinde imzalanmış, taraflarca itiraz olmaz ise otomatik yenilecektir.

ASBAŞ TİCARET

TOPTAN PERAKENDE SATILANLARI

ÖZKAN ASBAŞ

İhtiyaç Müh. M. Hakan Özyurt No: 17 Çekirge TEKİRDAĞ
Tel & Faks: 0282 725 04 73 + 0282 725 04 83
Mersis No: 08040035000001000000000000000000
E-posta: info@asbas.com.tr

GIDA-YEMEK PROTOKOLÜ

- 1.Bu protokol bir tarafta Optimed Sağlık Hizmetleri ile diğer tarafta Beşler Emlak Gayrimenkul Gıda Teks. Mak. Loj. Pet.Tur.Sos.Hizm. San.Tic.Şti arasında imzalanmıştır.
- 2.Beşler Tic.Şti. firması acil durumda afet durumunda ve/veya herhangi bir sebeple yemekhanesinde zarar görmesi durumunda 1 saat içinde Optimed'e yemek ve diğer gıda ihtiyaçlarını tedarik etmek ve hizmet vermek ile zorunludur.
- 3.Yemek firması aynı zamanda acil durum boyunca Optimed'in tüm yemek hizmetini 24 saat kesintisiz sağlamak zorundadır.
- 4.Bu protokol süresi Beşler Emlak Gayrimenkul Gıda Teks. Mak. Loj. Pet.Tur.Sos.Hizm. San.Tic.Şti firması ile imzalanmış imzlanmış olduğu 02.01.2017 tarihinden itibaren geçerlidir.Taraflar bir ay önceden haber verilmemesi durumunda kendiliğinden 1 yıl daha uzar.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN.TİC.A.Ş.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN.TİC.A.Ş.
Optimed Hastanesi
G.M.K.P.Mah. Atatürk Cad. No 118
Çerkezköy / Tekirdağ
Çerkezköy V.D. 644 030 6578



YEMEK DÜNYASI

Beşler Emlak Gayrimenkul Gıda Teks.
Mak.Loş.Pet.Tur.Sos.Hiz.San.Tic.Şti.
İstasyon Mahallesi Tekirdağ No:49
Çerkezköy / Tekirdağ
Tic.Sicil No:2744 Çerkezköy V.D.167 052 9845



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :673 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

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. Bülent Ecevit Cd.33.Sic.No:3
Kapaklı / TEKİRDAĞ - Tic.Sic.No:625
Çerkezköy V.D. 473 005 0501
Mersis No: 0 4730 0505 0100016

12.10.2023

PROTOKOL

Bu protokol OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş ile BİR NEFES SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş. arasında imzalanmıştır.

Optimed Sağlık Grubu Hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda hastanede bulunan hastaların il dışı bir hastaneye tahliye edilmesi durumunda Özel Bir Nefes Hastanesi gerekli desteği sağlayacaktır.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 12.10.2023 tarihinde imzalanmış olup taraflarca itiraz olmaz ise her yıl kendiliğinden yenilenecektir.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş.

BİR NEFES SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.

BİR NEFES SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.
Laleburgaz V.D. No: 177 059 1754 Tic. Sic. No: 4711
Mersis No: 0177 0591 7540 0001
Sitelier Mah. Nakiî Bekan Cad. No: 35-37
Laleburgaz/KIRKLARELİ
Tel: 0288 415 74 74 Faks: 0288 415 65 95
www.birnefes.com.tr

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :675 / 747

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-MAZLİYİ DAYANIMLI DAYANIMSIZ
TÜK. MAL. TUKİZA TEKSTİL SAN. İZM. TİC.LTD.ŞTİ.
Yazışma Tel: 0 222 726 69 69
Fevzipaşa Mah. H.Batur Cad. İsa Çavuş Sk.No:9 ÇERKEZKÖY
Çerkezköy /T.D. 722 005 2888

ÖZEL OPTİMED HASTANESİ

TEL: 0 (282) 726 05 55

ADRES: Atatürk cad. No: 118

Çerkezköy/TEKİRDAĞ


SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş.
G.M.G.P. T.C. Sağlık Bakanlığı T.C. Sağlık Bakanlığı
Çerkezköy /T.D. 722 005 2888

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :676 / 747

SU PROTOKOLÜ

1. Bu protokol bir tarafta Optimed Sağlık Hizmetleri San.Tic.A.Ş. ile diğer tarafta Yeni Doğa Su Perakende ve Toptan Gıda Tem.Paz. Dağ.Tic.A.Ş. arasında imzalanmıştır.
2. Yeni Doğa Su Perakende ve Toptan Gıda Tem.Paz. Dağ.Tic.A.Ş.firması acil durumda ve/veya su şebekesinin zarar görmesi durumunda 1 saat içinde Optimed' e yeterli miktarda/sayıda içecek su temin etmek zorundadır.
3. Su firması aynı zamanda acil durum boyunca Optimed' in tüm içilecek su hizmetini 24 saat kesintisiz sağlamak zorundadır.
4. Bu protokol Yeni Doğa Su Perakende ve Toptan Gıda Tem.Paz. Dağ.Tic.A.Ş. ile imzalanmış olup, imzalandığı 02.01.2017 tarihinden itibaren geçerlidir. Taraflar bir ay önceden haber verilmemesi durumunda kendiliğinden 1 yıl daha uzar.

OPTİMED SAĞLIK HİZM.SAN.TİC.AŞ.

YENİ DOĞA SU
Perakende ve Toptan Gıda Tem. Paz. Dağ. Tic.
Özkan AKDAŞ
Atılış Mh. Hükümet Cd. No:19 Çarşıköy / T. DAĞ
Telefaks: 0 282 726 68 76
Çarşıköy V.D. 205 489 70870

MEDİKAL GAZLAR PROTOKOLÜ

- 1.Bu protokol bir tarafta Optimed Sağlık Hizmetleri ile diğer tarafta Osman Telhüner-Telhüner Ticaret Sınai Gaz Bayi (HABAŞ) arasında imzalanmıştır.
2. Osman Telhüner-Telhüner Ticaret Sınai Gaz Bayi (HABAŞ) firması acil durumda afet durumunda ve/veya medikal gaz sisteminin zarar görmesi durumunda 1 saat içinde Optimed'e yeterli sayıda tüp getirmek zorundadır.
- 3.Medikal gaz firması aynı zamanda acil durum boyunca Optimed'in tüm medikal gaz hizmetini 24 saat kesintisiz sağlamak zorundadır.
- 4.Bu protokol süresi Osman Telhüner-Telhüner Ticaret Sınai Gaz Bayi (HABAŞ) firması ile imzalanmış imzlanmış olduğu 02.01.2017 tarihinden itibaren geçerlidir.Taraflar bir ay önceden haber verilmemesi durumunda kendiliğinden 1 yıl daha uzar.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN.TİC.A.Ş.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN.TİC.A.Ş.
Optimed Hastanesi
G.M.K.P Mah. Atatürk Cad. No 118
Çerkezköy / Tekirdağ
Çerkezköy / T.C. 811 038 8578



TELHÜNER TİCARET
SAĞLIK VE TIBBİ GAZ BAYİ
Osman TELHÜNER
Blok No:17 Çerkezköy
Sakarya 811 71-Tic. Sic. No:2715
Çerkezköy / T.C. 487 567 084 88



26.09.2023

PROTOKOL

Bu protokol OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş ile BEST GÜVENLİK HİZMETLERİ TİC.LTD. ŞTİ. arasında imzalanmıştır.

Optimed Sağlık Grubu Hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda hastanenin güvenliğinin sağlanması konusunda BEST GÜVENLİK HİZMETLERİ TİC.LTD. ŞTİ. gerekli desteği sağlayacaktır.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 17.08.2023 tarihinde imzalanmış olup taraflarca itiraz olmaz ise her yıl kendiliğinden yenilenecektir.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ

SAN. TİC. A.Ş.



BEST GÜVENLİK HİZMETLERİ

TİC.LTD. ŞTİ.

26.09.2023

PROTOKOL

Bu protokol OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş ile SANCAK ECZA DEPOSU. arasında imzalanmıştır.

Optimed Sağlık Grubu Hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda hastanenin güvenliğinin sağlanması SANCAK ECZA DEPOSU gerekli desteği sağlayacaktır.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 26.09.2023 tarihinde imzalanmış olup taraflarca itiraz olmaz ise her yıl kendiliğinden yenilenecektir.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ

OPTİMED
SAN. TİC. A.Ş.
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş.
C.M.K.P. Mahallesi Ataturk Caddesi No:118
Çekirgeköy / D / 544 030 6578

SANCAK ECZA DEPOSU

SANCAK ECZA DEPOSU A.Ş.
Bağlar Mah. 63. Sok. No:5-21
Bağcılar / 34292 / İstanbul
Göreceli V.D. 093 093 0938
Tel:444 49 2 200 / Sık. No:156675-5
Mersis:08170069005800001

16.01.2024

PROTOKOL

Bu protokol OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş. ile BAŞARI KREŞ VE GÜNDÜZ BAKİMEVİ arasında imzalanmıştır.

Optimed Sağlık Grubu Hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda hastane çalışanlarının çocukları için gerekli kreş desteğini sağlayacaktır.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 16.01.2024 tarihinde imzalanmış olup taraflarca itiraz olmaz ise her yıl kendiliğinden yenilenecektir.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ

SAN. TİC. A.Ş.

OPTİMED
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. VE TİC. A.Ş.Aynasah Mah. Kılıç Ali Paşa Cad. No:36/1 Çorlu
T.C. Çerkezköy V.N. : 644 030 6578

BAŞARI KREŞ VE GÜNDÜZ

BAKİMEVİ



Seda Babbar

13.01.2024

PROTOKOL

Bu protokol OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN TİC A.Ş ile GÜNEŞLER PETROL OTO. TAŞ.HİZ. SAN. TİC. LTD. ŞTİ. arasında imzalanmıştır

Optimed Sağlık Grubu hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda hastanelerimize; istasyonda yakıt olduğu sürece önceliği hastanelere vererek yakıt konusunda gerekli desteği sağlayacaktır.

Bu protokol taraflarca 1 nüsha olarak 13.01.2024 tarihinde imzalanmış olup taraflarca itiraz olmaz ise her yıl kendiliğinden yenilecektir.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ
SAN. TİC A.Ş



GÜNEŞLER PETROL OTO. TAR.ÜR.
TAŞ HİZ. SAN. TİC.LTD ŞTİ



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :682 / 747

EK 5-A
PERSONEL BİLGİ FORMU

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :684 / 747

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :685 / 747

EK 5-B
HAP GÖREVLİ LİSTESİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :686 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

	OYE Pozisyonu	Pozisyonadaki kişi İsim-Soyisim
01	HAP Başkanı	Çetin ÜÇEÇAM (Asil) Emine ÇABUK (Yedek) Ertan DÖNMEZ (Yedek)
02	HAP Sekreteryası	Şermin CANTÜRK (Asil) Bilgen NARİNÇ (Yedek)
03	Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu	Buket BAYRAKTAR (Asil) Selin KOŞAR(Yedek)
04	Halkla İlişkiler Sorumlusu	Nagihan AKTAŞ(Asil) Ece Berrak OSMANOĞLU (Yedek)
05	İş Güvenliği Sorumlusu	Cavit CEYLAN (Asil)
06	Tıbbi Teknik Danışma Kurulu	Dr. Muhammet Cabir ÖZDEMİR(Asil) Dr. Burak ÖZTÜRK(Yedek)
07	Operasyon Şefi	Hicran ARSLAN(Asil) Ebru KARTAL (Yedek)
08	Planlama Şefi	Elçin SÜLEYMANOĞLU (Asil) Emel ZEYBECİK(Yedek)
09	Lojistik Şefi	Hasan NERGİSLİ (Asil) Ece TURGUT (Yedek)
10	Finans Şefi	Mehtap ÖZKAN Asil) Arzu Ceren ÇİFTÇİ (Yedek)
11	Alan Sorumlusu	Ebru Kartal(Asil) Ebru Şahin (Yedek)
12	Tıbbi Bakım Sorumlusu	Saliha KUVVET(Asil) Fatma ÇITIRKI(Yedek)
13	Güvenlik Sorumlusu	İlker UĞURELLİ (Asil) Mert AHISKA (Yedek)
14	Altyapı Sorumlusu	Çağatay ŞEN(Asil) Tarık ÇIRAK (Yedek)
15	Psikososyal Destek Sorumlusu	Beria YILMAZ (Asil) Ufuk ÇALIŞKAN(Yedek)

16	Dokümantasyon Sorumlusu	İpek ŞEN (Asil) Rabia KAHVECİ(Yedek)
17	Durum değerlendirme sorumlusu	Buket ŞAHİN(Asil) Buse DAMLAPINAR (Yedek)
18	Personel ve Malzeme Yönetimi	Emel ZEYBECİK (Asil) Elçin EŞİYOK (Yedek)
19	Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu	Fatma SEVİLMİŞ (Asil) Mine AKGÜN(Yedek)
20	Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu	Hatice ŞAHİN (Asil) Şenay DEMİR (Yedek)
21	İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu	Ece TURGUT (Asil) Muhammet MUCULLU(Yedek)
22	Cihaz ve araç gereç sorumlusu	Aysel Buse RAHVAN (Asil) Çağatay ŞEN(Yedek)
23	Faturalandırma/Maliyetlendirme Sorumlusu	Selin KOŞAR(Asil) Ecehan SEDA (Yedek)
24	Satın Alma Sorumlusu	Gülay ERDAĞ (Asil) Simge AYER (Yedek)
25	Hukuk Tazminat Sorumlusu	Av. Yasemin ELHAN
26	Tahakkuk Sorumlusu	Ecehan SEDA(Asil) Buket BAYRAKTAR (Yedek)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :688 / 747

EK 5-C
HAP GÖREVLİ İLETİŞİM LİSTESİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :689 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

HASTANE AFET PLANI ORGANİZASYON YAPISI GÖREVLİ İLETİŞİM LİSTESİ

ASİL ÜYELER							POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ						
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi	
HAP Başkanı	Çetin ÜÇEÇAM	Başhekim	8000	0530 292 92 11	cetinucecam@optimedhastanesi.com	Hürriyet Mah.Eski Bağlar Caddesi.Trifo Park Sitesi B Blok Çorlu	Emine ÇABUK Ertan DÖNMEZ	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	8067	0541 661 80 61 0539 556 42 56	eminecabuk@optimedhastanesi.com ertandonmez@optimedhastanesi.com		
Halkla İlişkiler Şefi	Nagihan AKTAŞ	Kurumsal Pazarlama	8012	0506 531 06 83	nagihanaktas@optimedhastanesi.com	Nusratiye Mah. Cengizhan Cad. Eroğlu Apt. Çorlu/Tekirdağ	Ece Berrak OSMANOĞLU	Kurumsal Pazarlama	8058	0541 693 28 21	eeceosmanoglu@optimedhastanesi.com	Muhittin Mah.Ant Sok.Hamza Keleş Apt. Blok No:12-14/6 Çorlu	
Kurumlararası Koordinasyon Şefi	Buket BAYRAKTAR	Anlaşmalı Kurumlar	8017	546 256 06 37	buketbayraktar@optimedhastanesi.com	Reşadiye Mah. Sevinç Sok. No:9/4 Çorlu	Selin KOŞAR	Anlaşmalı Kurumlar	8018	542 305 59 06	selinkosar@optimedhastanesi.com	Kazımiye Mah.Yavuz Sok.Özlem Apt.C Blok No:12-3 Çorlu	
İş Sağlığı ve Güvenliği Şefi	Cavit CEYLAN	İş Güvenliği Uzmanı		532 681 44 41				İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI					
Tıbbi/Teknik Danışmanı	Muhammet Cabir ÖZDEMİR	Dahiliye Uzmanı	8209	505 238 43 72	muhammetcabirozdemir@optimedhastanesi.com		BURAK ÖZTÜRK	Acil Servis Sorumlu Hekimi	8043	0552 081 54 8		Yeni Mah. 7052 Sok. Sarallife Blok No:1/1a İç Kapı:3 Silivri/İstanbul	
HAP Sekreteryası (HAP Birim Personeli)	Şermin CANTÜRK	Yatan Hasta Danışmanı	8301	537 545 56 24	sermincanturk@optimedhastanesi.com		Bilgen NARİNÇ	Hasta Kabul Görevlisi		545 255 73 53		Türkgücü Mah. Türkgücü 5.Sk No:56/1 Çorlu/Tekirdağ	
Operasyon Bölümü													
ASİL ÜYELER							POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ						
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi	
Operasyon Şefi	Hicran ASLAN	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	8009	05326671 766	hicrabaslan@optimedhastanesi.com	Esentepe Mah.Adnan Doğu 2. Sok.Doruk Evler Sıteso Sitesi	Ebru KARTAL	YDYB SORUMLU HEMŞİRESİ	8032	05526427 310	ebrukartal@optimedhastanesi.com	Gazibey Mah.Kurtuluş Cad.No: 23/3 Malkara/T.Dağ	

Alan Sorumlusu	Ebru KARTAL	YDYB Sorumlu Hemşiresi	8032	05526427310	ebrukartal@optimedhastanesi.com	Rumeli Mah.Şakayık Sok.C Blok No:4c/5 Çorlu/Tekirdağ	Fatma ÇITIRKI	Klinik Sorumlu Hemşiresi	8721	5526427310	fatmacitirki@optimedhastanesi.com	Rumeli Mah.Şakayık Sok.C Blok No:4c/5 Çorlu/Tekirdağ
Tıbbi Bakım Sorumlusu	Saliha KUVVET	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	8033	05445870617	salihakuvvet@optimedhastanesi.com	Kazımiye Mah.Acıbadem Sok.C Blok Sitesi C Blok No:21-1/17 Çorlu	Fatma ÇITIRKI	Klinik Sorumlu Hemşiresi	8721	5526427310	fatmacitirki@optimedhastanesi.com	Rumeli Mah.Şakayık Sok.C Blok No:4c/5 Çorlu/Tekirdağ
Altyapı Sorumlusu	Çağatay ŞEN	Teknik Servis Görevlisi	8036	5424790992	cagataysen@optimedglobal.com	Alipaşa Mah.Taşkent Cad.Gül Sitesi No:11a/12 Çorlu/Tekirdağ	Tarık ÇITAK	Teknik Servis Görevlisi	8036	531 725 11 29	tarikcirak@optimedglobal.com	Sarılar Mah.Çamlık 7.Sok.No:20 Çorlu/Tekirdağ
Güvenlik Sorumlusu	İlker UĞURELLİ	Güvenlik Görevlisi	8014		Yeşiltepe Mah.Avşar Sok.No:16/1 Ergene/Tekirdağ	Yeşiltepe Mah.Avşar Sok.No:16/1 Ergene/Tekirdağ	Mert AHISKA	Güvenlik Görevlisi	8014	5432427948		
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu												
Psikososyal Destek Sorumlusu	Beria YILMAZ	Psikolog	8103	5071014540	Muhittin Mah.Nakış Sok.No:11/10 Çorlu/Tekirdağ	beriyilmaz@optimedhastanesi.com	Ufuk ÇALIŞKAN	Psikiyatri Uzmanı	8205	05058027295	ufukcaliskan@optimedhastanesi.com	Hürriyet Mah. Altıntaş Cad. No:4/3 Çorlu/Tekirdağ

Planlama Bölümü

ASİL ÜYELER							POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ					
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi
Planlama Şefi	Elçin SÜLEYMANOĞLU	İşletme Direktörü	8020	5414594940	elcin@optimedhastanesi.com	Adnan Doğu Cd. No:14 Özkul Sitesi D.2 Esentepe Mah, Çorlu	Emel ZEYBECİ	Hasta Hizmetleri Müdürü	8100	5424812322	emelzeybeci@optimedhastanesi.com	Esentepe Mah. Adnan Doğu Cad. Sardunya 2 Blok İç Kapı No:68 Çorlu
Dokümantasyon Sorumlusu	İpek ŞENER	Hasta Kabul	8089	5541268287		Reşadiye Mah.Mandıracı 2,5 Aralık Sok.Akemi ler Apt.Blok	Rabia KAHVECİ	Ayaktan Hasta Danışmanı		5455960356		Subaşı Beldesi Mehmet Aydın Mah.8.Sok.No:18/2 Meriç Çorlu
Durum Değerlendirme	Buket ŞAHİN	Klinik Sorumlu Hemşiresi	8621	5448612242		Havuzlar Mah.Karakış Cad.Güzel	Buse Damla PINAR	Klinik Sorumlu Hemşiresi	8034	05389452408		Muhittin Mah.Geliç Sok.H

Sorumlusu						su Apt.No:60/ 10						Apt.No:1 3/23 Çorlu/Te kirdağ
Acil Durum Sonlandır ma Sorumlusu	Fatma SEVİLMİŞ	Radyoloji Sorumlu Teknisye ni		53356742 92		G.M.K.P. Mah. Cambazlar Sok.No:7 Ç.Köy/T.Da ğ	Mine AKGÜN	Radyolo ji Tekniker i		534232 60 40		Yulaflı Mah.260 4 Sok.No:2 Ergene/T ekirdağ
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu	Emel ZEYBECİ K	Hasta Hizmetleri Müdürü	8100	54248123 22	emelzeybecik @optimedhasta nesi.com	Esentepe Mah. Adnan Doğu Cad. Sardunya 2 Blok İç Kapı No:68 Çorlu	Elçin ESEN EŞİYOK	İnsan Kaynakl arı Uzmanı	8025	53856864 64		Esentep e Mah. Adnan Doğu Cad. Sarduny a 2 Blok İç Kapı No:68 Çorlu
Lojistik Bölümü												
ASİL ÜYELER							POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ					
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefo n No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefo n No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi
Lojistik Şefi	Hasan NERGİSLİ	Depo- Lojistik Sorumlus u	8023	53760379 89		Ali Paşa Mah. Ahmet Hamdi Gürpınar Cad. Leylak C Blok Sitesi Leylak C Blok Çorlu	Ece TURGUT	Eczane Görevlis i	8080	53898546 28		Nusratiy e Mah.Erd al İnönü Cad.Sey han Apt.No:2 3-12 Çorlu
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu	Hatice ŞAHİN	Destek Hizmetler Müdür Yardımcı sı	8060	53250639 56		Esentepe Mah. Sancak 1.Sk Ufuk Blok 6 No:4/3 İç Kapı No:6 Çorlu	Şenay DEMİR	Hizmetli Persone l		0551 104 67 44		Nusratiy e Mah.Kar adeniz Cad.Topr aklı Apt. Blok No:33/7
İnsan Kaynakları Sorumlusu	Elçin ESEN EŞİOK	İnsan Kaynaklar ı Uzmanı	8025	53856864 64		Edirköy Mah. Edirköy Sok. No:68/1 Saray	Elif GÜVEN		1654 1654	05373095 019		Küçükkyo ncalı Mah. Küçükkyo ncalı Mah. Küçükkyo ncalı Sok. No:294/1
İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu	Ece TURGUT	Eczane Görevlisi	8080	53898546 28		Nusratiye Mah.Erdal İnönü Cad.Seyha n Apt.No:23- 12	Muhamme t MUCULU	Depo Görevlis i	8024	05464313 745		Reşadiye Mah.Şin asi Kurşun 5.Sok.No :11/9 Çorlu/Te kirdağ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :693 / 747

EK 5-D
HASTANE DAHİLİ TELEFON NUMARALARI

ÇORLU INTERNATIONAL DAHİLİ NUMARALAR

NUMARA	BÖLÜM	KAT
8000	ÇETİN ÜÇEÇAM	BAŞHEKİM
8140	HASTA KABUL / ÇOCUK	1.KAT
8104	HASTA KABUL / KADIN DOĞUM	1.KAT
8091	KAN ALMA	1.KAT
8240	HASTA KABUL	2.KAT
8241	HASTA KABUL	2.KAT
8202	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	HURİYE ÇETİN	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 MÜŞAHADE	ACİL SERVİS
8033	SALİHA KUVVET	ACİL SERVİS
8063	AMELİYATHANE BANKO	AMELİYATHANE
8032	EBRU ŞAHİN	AMELİYATHANE
8039	ZÜLEYHNA KOÇ CANLI	ANESTEZİ SORUMLUSU
8009	HİCRAN ASLAN	BAŞHEMŞİRE
8801	BİLGİ İŞLEM ODASI	BİLGİ İŞLEM
8019		BİLGİ İŞLEM
8050	HÜSEYİN AYDIN	BİLGİ İŞLEM
8007	RECA Yİ İSENKUL	BİYOKİMYA UZMANI
8035	BUSE RAHVAN	BİYOMEDİKAL
8108	YUSUF GÜZEL	ÇOCUK SAĞ.VE HASTALIKLARI
8024	DEPO	DEPO
8023	HASAN NERGİSLİ	DEPO
8060	HATİCE ŞAHİN	DESTEK HİZMETLERİ SORUMLUSU
8201	PINAR KURT ÖZTÜRK	BESLENME VE DİYET
8080	ECZANE	ECZANE
8203	NİLGÜN SÜER	KALP DAMAR CERRAHİ POLİKLİNİĞİ
8212	ENDOSKOPİ	ENDOSKOPİ
8204	HAKAN SUNAL	GENEL CERRAHİ
8211	EYÜP DURAN	GENEL CERRAHİ
8201	MUZAFFER KURT	PLASTİK CERRAHİ
8213	AYHAN AKBIYIK	GÖZ HASTALIKLARI

8014	GÜVENLİK	GÜVENLİK
8025	ELÇİN ESEN EŞİYOK	HASTA HAKLARI
8100	EMEL ZEYBEKÇİ	HASTA HİZMETLERİ MÜDÜRÜ
8013	GÜNAY SÖZLÜ	HASTA KABUL EKİP LİDERİ
8209	MUHAMMED CABİR ÖZDEMİR	İÇ HASTALIKLARI
8002	İBRAHİM DİNÇ	İÇ HASTALIKLARI
8089	BAHAR GÜLTEN	İDARİ TIBBİ SEKRETERLİK/ARŞİV
8020	ELÇİN SÜLEYMANOĞLU	İŞLETME DİREKTÖRÜ
8106	CİHAN İNAN	KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİ
8041	ALİ PEKİNCE	KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİ
8026	OĞUZ BALKIŞ	BEYİN CERRAHİ POLİKLİNİĞİ
8043	DUYGU KARAER ÖZTÜRK	KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİ
8888	KAFETERYA	KAFETERYA
8120	SEZGİN ÖZTÜRK	KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİ
8114	ARDA DENİZ ASUTAY	DIŞ HEKİMİ
8110	AYNUR YENİCELİ / KARDİYOLOJİ H.DANIŞMANI	KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİ
8111	ÖZLEM SUNA MUTLU	NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİ
8112	EFOR – HOLTER	EFOR – HOLTER
8113	AYDIN GÜRBÜZ	ORTOPEDİ POLİKLİNİĞİ
8057	YÜCEL TALİP BAŞARAN	KBB POLİKLİNİĞİ
8103	BERİA YILMAZ	KLİNİK PSİKOLOG
8012	MEHTAP KONUR	KURUMSAL İLETİŞİM
8012	NAGİHAN AKTAŞ	KURUMSAL İLETİŞİM
8058	KURUMSAL İLETİŞİM	KURUMSAL İLETİŞİM
8011	MERVE AĞDAĞLI İLHAN	BASIN-YAYIN SORUMLUSU
8090	DEMET KOKUM	LABORATUVAR SORUM.
8093	LABORATUVAR	LABORATUVAR
8130	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ
8064	ODYOMETRİ	ODYOMETRİ
8208	ALİ BİLGE	ORTOPEDİ POLİKLİNİĞİ
8205	UFUK ÇALIŞKAN	PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ
8030	FATMA ESME	RADYOLOJİ
8092	HASTA KABUL	RADYOLOJİ
8029	MR KONSOL ODASI	RADYOLOJİ
8027	ULTRASON ODASI	RADYOLOJİ
8028	FATİH SİVRİ	RADYOLOJİ UZMANI
8036	HAKAN KAFA	TEKNİK SERVİS
8016	EREN KIRIK	TEKNİK SERVİS
8037	TARIK ÇIRAK	TEKNİK SERVİS
8031	EBRU KARTAL	YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM
8008	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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :696 / 747

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :697 / 747

EK 5-E
TAHLİYE SORUMLU LİSTESİ

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :698 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

TAHLİYE SORUMLU LİSTESİ

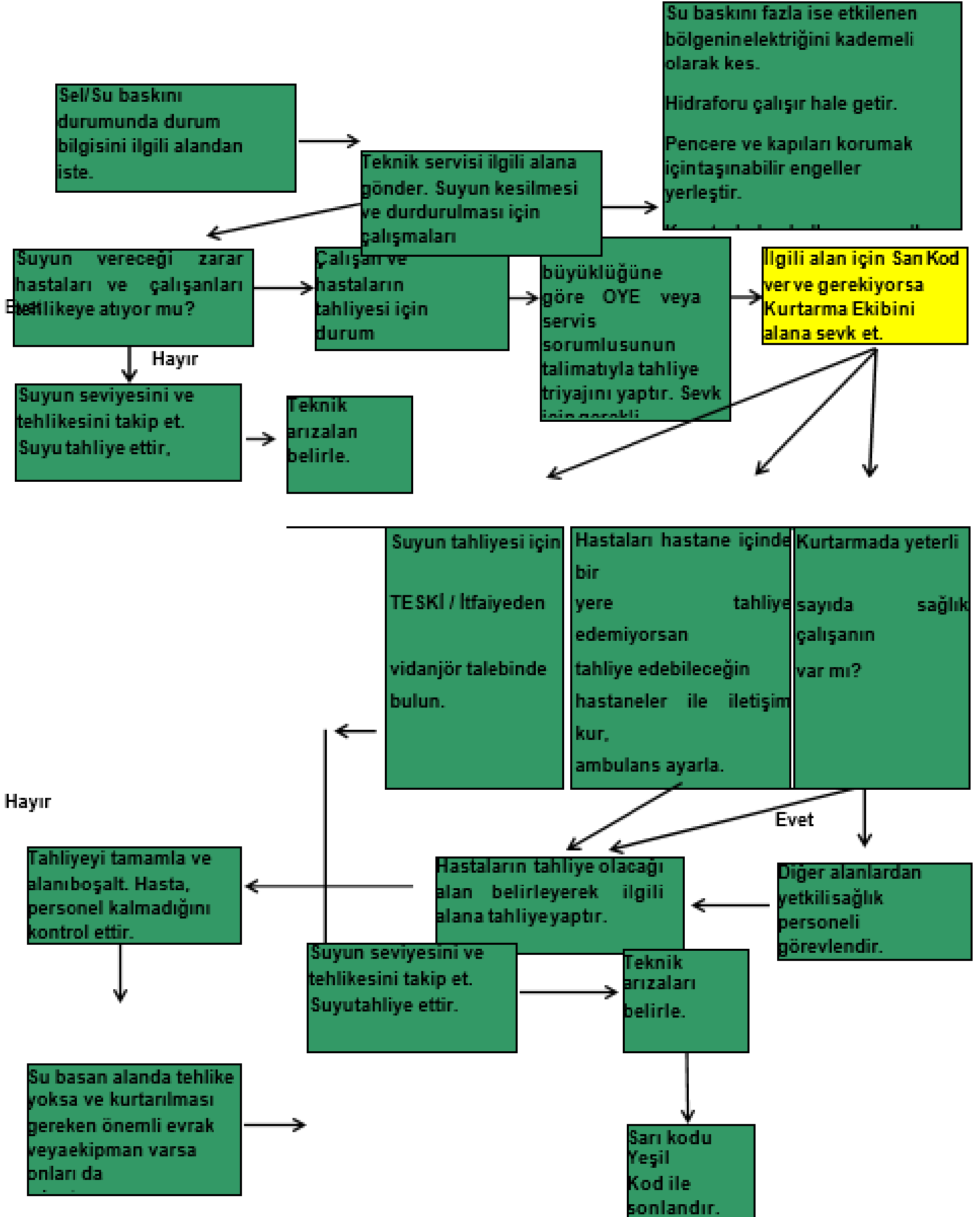
TAHLİYE KOMİSYONU; olayın durumuna göre Tahliye kararı ve yöntemini belirleyecek kişiler Hastane Afet Planının Organizasyonundan sorumlu olan **Olay Yönetim Ekibidir; Hap başkanı, İş Güvenliği Uzmanı, Tıbbi Teknik Danışma Kurulu, Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu, Operasyon Şefi, Planlama Şefi, Lojistik Şefi, Finans Şefi**
Olağandışı durumlarda(ODD) (iç etkenler, deprem, sel, yangın, savaş vs.); hastaları korumak ve tıbbi tedavilerinin sürekliliği ile personelimizin can güvenliğini sağlamak için hastanenin güvenli şekilde tahliye edilmesinden sorumlu kişiler;

TAHLİYE SORUMLULARI		
BÖLÜM	ÇALIŞMA SAATLERİNDE	GECE VEYA TATİL GÜNLERİNDE
İDARİ BİRİMLER VE YEMEKHANE	HASTA HİZMETLERİ MÜDÜRÜ DESTEK HİZMETLER MÜDÜRÜ	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ
YATAN HASTA KATLARI VEDOĞUMHANE	BÖLÜMÜN SORUMLU HEMŞİRELERİ	ŞİFT HEMŞİRE
AMELİYATHANE	ANESTEZİ HEKİMİ VE AMELİYATHANE SORUMLU HEMŞİRESİ	ŞİFT HEMŞİRE
YETİŞKİN YOĞUNBAKIM	YYB SORUMLU HEKİMİ VE SORUMLU HEMŞİRESİ	NÖBETÇİ ANESTEZİ HEKİMİ
YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM	YDYB SORUMLU HEKİMİ VE SORUMLU HEMŞİRESİ	ŞİFT HEMŞİRE
ACİL SERVİS	ACİL SERVİS SORUMLU HEKİMİ VE SORUMLU HEMŞİRESİ	NÖBETÇİ HEKİM VE ŞİFT HEMŞİRE
LABORATUVAR	LABORATUVAR SORUMLUSU	NÖBETÇİ LABORANT
RADYOLOJİ	RADYOLOJİ SORUMLUSU	NÖBETÇİ TEKNİSYEN
ZEMİN KAT POLİKLİNİKLER	HASTA HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ
1. VE 2. KAT POLİKLİNİKLER	HASTA HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ
-2.KAT TEKNİK VE DESTEK ALANLAR	TEKNİK HİZMETLER SORUMLUSU	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :699 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

 OLAY YÖNETİM MERKEZİ ENVANTER LİSTESİ		
CİHAZ/ARAÇ/GEREÇ/EKİPMAN ADI	VAR	YO K
Bilgisayar	☐	
Telsiz	☐	
Aydınlatma Aparatları	☐	
Kırtasiye Malzemeleri	☐	
USB Bellek	☐	
Beyaz Tahta	☐	
Kalem	☐	
Telsiz	☐	
Dech	☐	

SEL/SU BASKINI ALGORİTMASI



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :701 / 747

EK 7
ACİL DURUM EKİBİ GÖREV TANIMI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :702 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

AMAÇ

Hastanede karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı, bebek kaçırma, çalışana saldırı vb. acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi için gereklilikleri tanımlanmasını amaçlar.

KAPSAM

Hastane çalışanları ve Hizmet sunumu alan tüm hastaları kapsar.

SORUMLULAR

HAP Başkanı (Başhekim)

Genel Müdür

Acil Durum Yönetimi Kurulu Üyeleri

FAALİYET, GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLAR

- ☐ Acil müdahale ve mücadele gerektiren durumlara yönelik alınması gereken tedbirler için olası durumları belirlemekten ve hangi acil durumun hastanemizde ne gibi tehlikeler oluşturabileceğinin analizini yapmaktan sorumludurlar.
 - ☐ Acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılmasından ve gerekli tedbirlerin belirlenmesinden sorumludurlar.
 - ☐ Risk analizi sonucu alınan tedbirlerin ilgili prosedürlere yansıtılarak, çalışanlarla paylaşılması ve Hastane Acil Durum Yönetimine yönelik çalışanlara eğitimlerin planlanmasından, tatbikatların yapılmasından sorumludurlar.
 - ☐ Acil durum kod ekiplerinin her vardiya için belirlenmesinden sorumludurlar.
 - ☐ Acil durum kodlarında kullanılacak olan ilaç, malzeme ve ekipmanın tanımlanmasından sorumludurlar.
 - ☐ Acil Durum Kodlarının verilmesi durumunda ekip üyeleri olayı denetlemek koordine etmek için olay yerinde bulunmaktan sorumludurlar.
 - ☐ Her vardiya dönemi için Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartlarına göre Mavi kod ekiplerini belirler ve gerek gördüğü anlarda denetler.
 - ☐ Mavi Kod ekiplerinin CPR eğitimlerinin düzenli olarak verilmesini sağlar.
 - ☐ Acil müdahale setinin miiat ve kritik stok seviyelerinin takibini sağlar.
 - ☐ HAP'nın hazırlanması için gerekli tüm bilgi ve analizlerin planlanması ve Uygulanmasından sorumludurlar
- Acil Durum uyarı sisteminin kurulmasından, işleyişinden sorumludurlar.
- ☐ Acil durum ile ilgili verilecek olan eğitimler için Eğitim Komitesi ile işbirliği içinde olmaktan sorumludurlar.
 - ☐ Düzenli aralıklarla Kalite Birimi dâhilinde toplantılar yapılarak Acil Durum Yönetimi işleyişi gözden geçirilir. Toplantılar toplantı tutanakları ile kayıt altına alınır ve geriye dönük veriler arşivlenir.
 - ☐ Acil durum Yönetimi kapsamında Acil Kodların(Mavi, beyaz, pembe, kırmızı) işleyişini ekip liderleri ile birlikte gözden geçirmekten ve bu kodlarla ilgili hedeflere ulaşmak için takip edilen göstergelerin aylık analizlerinin yapılarak kalite birimine teslim edilmesinden sorumludurlar.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :703 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

□ Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon standartları kapsamında her dönem (PEMBE,BEYAZ,MAVİ VE KIRMIZI KOD) Tatbikatların yapılmasından gerekli durumlarda Düzeltici/önleyici faaliyetlerin belirlenmesi ve uygulanmasından sorumludurlar,

Sağlıkta kalite ve akreditasyon standartları kapsamında yılda bir defa yoğunbakım tahliyesinin planlanması, uygulanmasından sorumludurlar.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :704 / 747

EK 8
HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ TALİMATI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :705 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

1.AMAÇ VE KAPSAM:

Bu prosedürün amacı hastanın daha önceden planlanmış ya da acil durumlarda bulundukları bölümlerden diğer bölümlere veya kurumlara en kısa, en uygun ve en güvenli şekilde transportlarını sağlamak amacıyla izlenecek yolları tanımlamaktır. Hastane içi ve hastane dışı hasta transfer süreçlerini kapsamaktadır.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR:

Epikriz: Çıkış özeti

Transport: Ulaşım

Konfüze: Patolojik derecede zihin bulanıklığı, sersemlemeyi tanımlar.

IV: Intra venöz

3.REFERANS DOKÜMANLAR

Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı

Transport Kuvöz Günlük Ekipman Kontrol Formu

Hasta Transfer Formu

Preoperatif Hazırlık Talimatı

Ameliyathane Klinik Hasta Teslim Formu

Yenidoğan Sevk ve Nakil Formu

Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi

4. UYGULAMA

4.1. Faaliyet Akışı

- Temizlik görevlisi, temiz ve çalışır vaziyette tekerlekli sandalye ya da sedye ile transfer için hazır bulunur.
 - Hemşire, hastanın transportunda gereken diğer tıbbi ekipmanın hazır olmasını sağlar. Temizlik görevlisi hemşire eşliğinde hastayı, durumuna göre tekerlekli sandalyeye ya da sedyeye Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı'na göre alır.
 - Hemşire nakil sırasında eşlik ederek hastanın güvenliğini sağlar.
- Hasta transfer hizmetleri 7 gün 24 saat yapılır. Yatan hastalar ve acil servis hastaları, taburcu işlemleri aşamasında, araçlarına kadar, gerektiğinde tekerlekli sandalye/sedye ile transfer edilir. Aşağıdaki durumlarda hemşire mutlaka transfer esnasında hastayla birlikte olacaktır:
- İki yaşın altında ve düşme riski yüksek olarak tanımlanan hastalar,
 - IV mayi, tüp, dren takılı hastalar,
 - Oksijen tedavisi transfer esnasında da sürdürülen hastalar,
 - Ameliyathaneye transfer edilen hastalar,
 - Yoğun bakıma transfer edilen hastalar,
 - Yoğun bakımdan kata transfer edilen hastalar,
 - Konfüze ve düşme riski yüksek olarak tanımlanan erişkin hastalar,
 - Epilepsi gibi nöbet geçirme riski olan hastalar,
 - Acil servisten kata ya da yoğun bakıma yatışı yapılan hastalar,
 - Acil servisten radyolojiye giden kırmızı alan grubunda yer alan hastalar,
 - Ameliyathaneden transfer edilen hastalar,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :706 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

•CPR sonrası, solunum yetersizliği gibi ciddi risk altında olan hastalar.

Hastaların bahçe, kafeterya vs. bölümüne gitmek istemeleri durumunda, yukarıdaki durumların dışında kalan hastalar için sorumlu/nöbetçi hemşire ya da hekim tarafından hasta ile ilgili tüm riskler değerlendirilerek bu bölümlere gitmelerine izin verilebilir.

Hastane içindeki bölümler arası hasta transferinde Hasta Transfer Formu ile hasta bilgileri kayıt altına alınır ve hastanın transfer edildiği bölüme tedavi evrakları ile birlikte bir nüshası verilir. Hastane dışı transferlerde ise sistem üzerinden sevk formu doldurulur. Ayrıca hastanenin ambulansı ile transferi sağlanan hastalar için Sağlık Tesisleri Arasında Vaka Nakil Talep Formu doldurulur.

4.2.1. Yeni Doğan Transferi

Klinikten hastane dışına yeni doğanın transfer kararı ilgili uzman hekim ve hasta yakını tarafından verilir, transfer edilecek sağlık kurumundan onay alınır.

Transfer esnasında ihtiyaca göre gerekli ekipman ve cihazlar;

- Ventilatörlü transport kuvüzü
- Transport monitörü
- İnfüzyon pompası
- Oksijen tüpü
- Taşınabilir aspirasyon seti
- Entübasyon seti
- Balon-valf-maske sistemi hazır bulundurulur.

HBYS üzerinde sevk formu ve Yenidoğan Sevk ve Nakil Formu doldurulur. Ameliyathaneden sezaryenle doğan yeni doğanın kliniğe transferi sağlık personeli eşliğinde transport kuvöz ile gerçekleştirilir. Transport kuvözün kontrolleri Transport Kuvöz Günlük Ekipman Kontrol Formu ile yapılır. Hastanemizde bebeklerin bölümler arası transferi ve anne yanından alınması, hemşire tarafından bebek yatağı (kod) ile yapılır. Tüm bebek hastaların tetkik için transferi, hemşire eşliğinde yapılır.

4.3.Hastane İçi Transfer

4.3.1. Acilden Yoğun Bakıma Transfer

Acil Servisten yoğun bakım ünitesine hemen transferi gereken hastalarda (kalp krizi sonrası, nörolojik acil durum, solunum yetmezliği gibi durumlarda) transfer sırasında hemşire ve/ veya ilgili doktor hastaya eşlik eder.

Transfer sırasında ihtiyaç durumuna göre kullanılacak;

ØTransport ventilatör

ØTransport monitörü

ØTransport sedyesi

ØOksijen tüpü

ØEntübasyon seti

ØBalon-valf-maske sistemi

ØAcil ilaç çantası gibi malzemeler hazır olmalıdır.

- Hastanın transfer edilmesinden önce IV girişi yapılır. Hasta transfer edilebilmesi için monitöre bağlanır.
- O2 tüpü ve maskesi ile birlikte bir ambu torbası hasta ile birlikte gönderilir.
- Kriz geçirmeye yakın veya kriz sonrası hastalar monitör ile birlikte taşınır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :707 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

•Yoğun bakım hemşiresi ve acil servis hemşiresi tarafından hasta, yatağına yerleştirildikten sonra hasta teslimi yapılır.

•Transfer sırasında kullanılan bütün ekipmanlar transfer sonrasında uygun şekilde yerlerine kaldırılır.

•Hasta Transfer Formu'na, transfer sırasında transfere kimin eşlik ettiği ve transferden önce yapılan tedaviler yazılır.

4.3.2. Acilden Ameliyathaneye Transfer

•Acil servisten ameliyathaneye hemen transferi gereken hastalarda (kalp krizi sonrası, nörolojik acil durum, solunum yetmezliği gibi durumlarda) transfer sırasında hemşire veya ilgili doktor hastaya eşlik eder.

•Hastanın acil ameliyat olmasına karar verildikten sonra hasta ve/veya yakınlarına bilgi verilerek onamları alınır.

•Hasta hızlı bir şekilde ameliyathaneye haber verilerek transfer edilir. Ameliyat sonrası ilgili klinikteki tedavisi için odası hazırlanır.

•Hastanın transfer edilmesinden önce IV girişi yapılır.

•O2 tüpü ve maskesi ile birlikte bir ambu torbası hasta ile birlikte gönderilir.

•Transfer sırasında kullanılan bütün ekipmanlar transfer sonrasında uygun şekilde yerlerine kaldırılır.

•Hasta Transfer Formu'na, transfer sırasında transfere kimin eşlik ettiği ve transferden önce yapılan tedaviler yazılır.

4.3.4. Acilden Yataklı Birime Transfer

Hastanın ilk müdahalesi acil servisten yapılır. Hastanın doktoru, hastanın tıbbi durumuna göre hasta veya hasta yakınlarını bilgilendirerek, hastanın transferine karar verir. Hasta, hastane birimlerinden birine gidecekse; acil hemşiresi tarafından birimin hemşiresi aranarak bilgi verilir. Hasta tekerlekli sandalye veya sedye ile gideceği birime sağlık personeli (hemşire, ATT vb.) ve temizlik görevlisi eşliğinde transfer edilir. Hasta Transfer Formu doldurulur. İlgili birim hemşiresi ve acil hemşiresi eşliğinde hasta, odasına yerleştirildikten sonra serviste hasta teslimi yapılır.

4.3.5. Birimler Arası Transfer

Bulunduğu birimden başka bir birime transfer olması gereken hastanın ve yakınının bilgilendirilmiş onamı alındıktan sonra, yattığı birimde yapılan bütün tetkik ve tahlil raporları ile birlikte, gönderileceği birimin hemşiresine bilgi verilir ve Hasta Transfer Formu doldurulularak hastanın transferi yapılır. Birim ve transferi yapan servis hemşiresi eşliğinde hasta, odasına yerleştirildikten sonra serviste hasta teslimi yapılır.

4.3.6. Servislerden Yoğun Bakım Ünitelerine Transfer

Serviste tedavisi süren hastanın genel durumu kötüleşirse anestezi uzmanından konsültasyon talep edilir. Değerlendirme sonucu yoğun bakıma transferine karar verilen hasta, yoğun bakım hemşiresine telefonla bilgi verildikten sonra; servis hemşiresi ve temizlik görevlisi eşliğinde yoğun bakım ünitesine transfer edilir. Transfer sırasında gerekirse hastanın primer doktoru ve anestezi uzman hekimi de transfere mutlaka eşlik etmelidir. Transfer planlı ve konsültasyon sonrası gerçekleşmiş ise hasta yakınlarına mutlaka bilgilendirme yapılmalıdır. Mavi Kod CPR sonrası ise hastanın hayati riskleri nedeni ile bilgilendirme daha sonra yapılabilir.

4.3.7. Servislerden Ameliyathaneye Transfer

Ameliyatı planlanan hastalar, Preoperatif Hazırlık Talimatı'na göre hazırlanarak ameliyat randevu saatlerine göre Ameliyathane Klinik Hasta Teslim Formu ile hastanın ameliyathaneye transferi sağlanır. Transferlerde ihtiyaca göre (obez, immobil hastalar) hasta, ameliyathaneye hasta yatağı ile transferi sağlanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :708 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

4.3.8. Yoğun Bakım Ünitelerinden Servislere Transfer

Yoğun bakımda yatan ve genel durumu iyileşmiş olan hastalar için ilgili hekim tarafından konsültasyon istenir. Değerlendirme sonucunda hasta kliniğe transfer olacak ise ilgili klinik aranarak oda hazırlanması sağlanır. Hasta Transfer Formu doldurularak hastanın transferi yapılır.

4.3.9. Ameliyathaneden Servislere Transfer

Ameliyatı biten hastalar, ameliyathaneye hastayı teslim almaya gelen ilgili bölüm hemşiresine Ameliyathane Klinik Hasta Teslim Formu doldurularak teslim edilir ve hastanın kliniğe transferinde ihtiyaca göre (obez, immobil vb.) rollboard kullanılması sağlanır. Kullanım sonrası rollboardlar ameliyathaneye iade edilir. Yatakla transferi yapılan hastalar, tekrar yatağıyla birlikte ameliyathaneden teslim alınır.

4.3.10. Ameliyathaneden Yoğun Bakıma Transfer

Ameliyatı biten hastanın durumu, anestezi uzmanının kararına göre stabil olana kadar yoğun bakımda takip edilmek istenebilir. Bu durumda yoğun bakım ünitesine Ameliyathane Klinik Hasta Teslim Formu doldurularak yoğun bakım hemşiresi eşliğinde transfer edilir. Transfer sırasında ihtiyaca göre (obez, immobil vb.) rollboard kullanılması sağlanır. Kullanım sonrası rollboardlar ameliyathaneye iade edilir.

4.4. Hastane Dışı Transfer

- Hasta hemodinami, solunumsal ve doku oksijenlenmesi yönlerinden biri ile ilgili stabilite göstermiyorsa ve aktif kanama açısından sakıncalı bulunuyorsa,
- Transfer esnasında yeterli teknik donanım sağlanamıyorsa,
- Gideceği kurumda hastanın bakım sürekliliği sağlanamıyorsa hasta diğer bir kuruma transfer edilemez. Hastanın transfer nedeni; hasta/hasta yakını isteği, ekonomik nedenler, hastanede tedavi edilemeyen hastalık grupları (psikiyatri tedavisi, yanık tedavisi, organ nakli vb) olabilir. Hastanın transfer kararı, bakımından sorumlu hekimin sorumluluğundadır, hasta/hasta yakını da sürece dahil edilir (bilgi verilir/onayları alınır/iş birliği yapılır). Hasta ve hasta yakınına hekimi tarafından ayrıntılı olarak transfer sebebi açıklanır.
- Hastanın doktoru tarafından gideceği kurumla iletişime geçilir. Gideceği kurum, iletişim kurulacak kişi/kişiler belirlenir. Hastanın ihtiyaçlarının kurum tarafından kabul edildiğinden emin olunur.
- Hastanın transferini gerçekleştiren sağlık personeli, transfer edilen kurumdaki ilgili bölüme hastayı ulaştırır, gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler sağlık çalışanları arasında doğru ve tam olarak teslim edilerek Hasta Transfer Formu'na kaydedilir.
- Hasta Transfer formu ile Hasta ambulansa, Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı'na uygun şekilde alınır. Hastanın transferini sağlayan sağlık personeli bölümün hekim ve hemşiresine hastayı teslim eder.
- Hastane dışı transferlerde sistem üzerinden sevk formu doldurulur. Ayrıca hastanenin ambulansı ile transferi sağlanan hastalar için Sağlık Tesisleri Arasında Vaka Nakil Talep Formu doldurulur.
- Hekim tarafından transfer edilmesine karar verilen gebelerin Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi kriterleri doğrultusunda transferi gerçekleştirilir.

4.6. Transferde Kullanılacak Araçların Uygunluğu ve Kullanımı

Transferde kullanılacak araçlar, hastanın klinik durumuna göre (sedye, tekerlekli sandalye, transport kuvöz, kaşık sedye, kod yatağı vb) uygun olanı seçilir. Bu araçlara yapılan bakım ve kalibrasyon işlemleri HBYS 'de kayıt altına alınmaktadır. Araçların kullanımı, Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı'na göre sağlanır. Çalışanlara yılda bir kez Ergonomi/Hasta taşıma ve kaldırma eğitimi verilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :709 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

4.8. Hastaların Transferinde Dikkat Edilecek Hususlar

Hastanın transferine katılan temizlik görevlisi ve hemşireler, Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı'nda tanımlandığı şekilde hastaların transferini sağlamaktan sorumludurlar.

Hastaya rahat bir pozisyon verilerek sedyenin kenarlıkları kaldırılmalı, sedyenin baş tarafı gidiş yönünde olmalıdır. Hastanın üstü örtülü olmalıdır. Hasta dosyası sedyeye konulmamalıdır. Hastaların yalnız transferi yapılmamalıdır. Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler sağlık çalışanları arasında doğru ve tam olarak teslim edilmelidir.

4.8.1.Doktorun Sorumlulukları

- Acil servisten yoğun bakıma ya da radyolojiye transfer edilen kırmızı alan grubu hastalara hemşire ve temizlik görevlisi birlikte refakat etmekten sorumludurlar.

- CPR durumu transfer esnasında da sürdürülen,ambu ve ventilatör desteği alan hastalara refakat ederler ve gereken tıbbi desteği sağlarlar.

4.8.2.Hemşirelik Hizmetlerinin Sorumlulukları

Hasta transferine katılan hemşireler aşağıda yer alan konulardan sorumludur.

- Damar yolunun açıklığını korumak.
- Gerektiğinde hastanınambu ile solunum desteğine yardımcı olmak, gerekirse ilaç uygulamak.
- Gerektiğinde transport esnasında defibrilatör ya da monitörün çalışır durumda olmasını sağlamak.
- Transfere başlarken ve esnasında hastanın durumundaki değişiklikleri Hasta Transfer Formu'na kaydetmek,
- Hastanın transfer edildiği bölümün hemşiresine, transfer esnasında gelişen olaylarla ilgili tüm bilgiyi vermek,
- Doktor orderı doğrultusunda transferden önce verilen tedaviyi yerine getirmek.
- Hasta yakınlarına gereken bilgileri zamanında vermek,
- Hastanın dosyası ile hastaya ait eşyaların transfer edildiği bölüme eksiksiz gönderilmesini/teslim edilmesini (Hastaya refakat edilmese bile yapılmalıdır) sağlamak.
- Transfer esnasında diğer gerekli ekipmanları sağlamak.
- Transferine eşlik ettiği hastalara bölüme dönerken de (Radyoloji gibi) eşlik etmek.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından tüm sağlık çalışanları sorumludur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :710 / 747

EK 9-A
ACİL DURUM VE AFET MALZEME ENVANTER LİSTESİ

ACİL DURUM VE AFET MALZEME ENVANTER LİSTESİ

MALZEMENİN ADI		YANGIN DOLABI KONTAYNER		AFET MALZEME DEPOSU KONTAYNER	
		MEVCUT	MEVCUT DEĞİL	MEVCUT	MEVCUT DEĞİL
1	KÜREK			x	
2	KAZMA			x	
3	MANİVELA				
4	ÇEKİÇ			x	
5	MURÇ				
6	KESKİ				
7	MEKANİK DAYANIMLI İŞ ELDİVENİ				
8	BARET	x			
9	YELEK				
10	İŞ AYAKKABISI	x			
11	TAM KAPALI VB. TİP GÖZLÜK				
12	TOZ MASKESİ			x	
13	DİZLİK				
14	TAM KAPALI GAZ MASKESİ			x	
15	PARAŞÜT TİPİ EMNİYET KEMERİ				
16	YAĞMURLUK			x	

17	EL FENERİ			x	
18	KAFA FENERİ				
19	KIRCILI AĞIR MATKAP				
20	JENARATÖR			x	
21	AYDINLATMA (PROJEKTÖR)				
22	UZUTMA KABLOLARI VE PRİZLER			x	
23	SPRAL MAKİNESİ				
24	MOTORLU POMPA				
25	POMPAYA UYGUN HORUM				
26	KUM TORBALARI				
27	MEGAFON (SİRENLİ, PİLLİ)				
28	TELSİZ				
29	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ	x			
30	YANGIN BATTANİYESİ				
31	YANGINA UYGUN ELBİSELER VE DİĞER EKİPMANLARI	x			
32	DÜZ MERDİVEN				
33	A TİPİ MERDİVEN				
34	ISINMA İÇİN BATTANİYE				

35	BAĞLAMA İÇİN HALAT				
36	KALDIRMA İÇİN ÇEKME HALATI				
37	MAPA				
38	KARABİNA				
39	KANCA VB				
40	KRİKO				
41	MAKARA SİSTEMLERİ (KALDIRMA İÇİN)				
42	SEDYE (KAŞIK)			x	
43	İLK YARDIM MALZEMELERİ				
44	TRİYAJ KARTLARI				
45	EMNİYET ŞERİDİ			x	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :714 / 747

EK 9-B
MALZEME VE CİHAZ YÖNETİM PROSEDÜRÜ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :715 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

CİHAZ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ ve KAPSAM

Bu prosedür, kurumda hasta için ihtiyaç olan cihazların zamanında temin edilmesini, etkin, verimli ve güvenli kullanımını sağlamak için oluşturulmuştur. Cihazların bulunduğu tüm bölümleri, bölüm sorumlularını ve tüm çalışanları kapsar.

1. TANIMLAR VE KISALTMALAR:

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

HEK: Kullanım durumunda olamayacak kadar eskimiş, kullanılamaz ve onarılamaz cihazlardır.

ÇKYS: Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi

Özellikli (Özel Nitelikli) Cihaz: Kullanılması özel teknik/teçizat/uzmanlık gerektiren cihazlar

Yeni/Kullanılmamış ürün: Hastane ihtiyacı için üreticiden veya aracı firmadan daha önce kullanılmayan cihazlar.

İkinci el ürün alımı: Daha önce farklı bir hastanede kullanılmış veya tanıtım amaçlı kullanılmış cihazın satın alınması.

Kiralık ürün: Kurumun cihazı doğrudan temin etmeyip kullanılan sarf karşılığında kuruma kullanım hakkı sunulan veya firma ile anlaşarak anlaşma süresi boyunca kurumda kullanılan cihazlardır.

Kurum dışı cihaz: Hekimlerin kendi cihazını kullanmak üzere kuruma getirdiği veya özellikli işlemler için firmadan temin edilen cihazlardır.

İade edilen cihaz: Kuruma geldikten sonra kullanımda yaşanan sorunlar veya teknik sorunlar sebebi ile firmasına iade edilen cihazlardır.

Demo süresi devam eden cihaz: Cihazı kullanım açısından test etmek için kurumda değerlendirmesi yapılmak üzere bulunan cihazlar.

Kullanım dışı cihaz: Beklemeye alınan veya kalibrasyon tarihi gelmiş fakat kalibrasyonu henüz yapılmamış cihazlardır.

2. REFERANS DOKÜMANLAR:

Biyomedikal Sorumlusu Görev Tanımı

Sigorta Listesi

Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı

Hasta Başı Test Cihazı Listesi

Tıbbi Cihazların Test Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik

Tıbbi Cihaz Bakım Planı

ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi)

ÜTS(Ürün Takip Sistemi)

Tıbbi Cihaz Talep Formu

Tıbbi Cihaz Fizibilite Formu

Tıbbi Cihaz Değerlendirme ve Onay Formu

Tıbbi Cihaz Bakım Planı

Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :716 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Bölüm Görev Değişikliği Formu

Demirbaş Zimmet Formu

3. UYGULAMALAR

Biyomedikal sorumlusunun görev tanımı ayrıca bulunmaktadır ve tüm sorumlulukları orada tanımlanmıştır. Tüm cihazların envanter, bakım, arıza giderim işlemleri yapılır ya da ilgili dış kuruluşlara (firmalara) yaptırılır.

3.1. Cihazlara Ait İhtiyacın Tespit Edilmesi:

- Cihazlara ilişkin yeni cihaz ihtiyacı, ilgili birim sorumlu hemşiresi/doktoru veya süreç sorumlusu tarafından belirlenir. Tıbbi Cihaz taleplerinde Talep Formu ve Tıbbi Cihaz Fizibilite Formu ile satınalma departmanına talepte bulunulur. Diğer cihazlar için mail yolu ile talepte bulunulur.
- İlgili cihaz için gereken yedek parça veya aksesuar ihtiyacı türüne göre işletme yönetimi veya biyomedikal tarafından belirlenir. Demo olarak kullanılan tıbbi cihazlar, Tıbbi Cihaz Değerlendirme ve Onay Formu ile değerlendirilir.
- Yüksek maliyetli ve yatırım amaçlı alınacak cihaz ve ekipmanların temin edilme gerekliliği Malzeme ve Cihaz Kurulu tarafından değerlendirilir. Kurulda ayrıca cihazların temin edilme süreleri gösterge olarak izlenmektedir.

3.2. Cihazların Talep Edilmesi, Temin Edilmesi, Teslim Alınması ve Kullanıma Sunulması:

- Cihaz ihtiyacını saptayan çalışan (hemşire, teknisyen, biyomedikal sorumlusu, hekim vb.) yöneticisine sözlü ya da e- posta yoluyla talebi iletir.
- Yönetici cihaz talebini, talebin uygunluğuna göre talebi Satın Alma Departmanına yapar. Satın Alma Departmanı cihaz ile ilgili gerekli teknik desteği Biyomedikal Departmanı'ndan sağlar. Satın Alma Departmanı, talebi Genel Müdür'e son onay için sunar.
- Cihaz alım süreci satın alma bölümü tarafından gerçekleştirilir.
- Temin edilen cihazla gelen cihazın uygunluğunun kontrolü biyomedikal görevlisi ve talebi yapan bölüm sorumlusu tarafından gerçekleştirilir. Cihazın durum değerlendirmesini yapan biyomedikal tanımlarda bulunan en uygun tanımla HBYS'ye kaydının yapılmasını sağlar.
- Uygunluğu kabul edilen cihazlar envanter sistemine girilir, bakım ve kalibrasyon planları tanımlanır, cihazın zimmeti ilgili çalışana yapılır, demirbaş yönetimine, bakanlığın ÜTS(Ürün Takip Sistemi) üzerinden cihazın uygunluğu kontrol edilerek kaydı oluşturulur ayrıca ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi)'ne kaydedilir ve Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi'ne bilgi verilir.
- Kullanıma sunulan cihaz/ cihazlar Satın Alma Departmanı tarafından Sigorta Listesi' ne eklenir ve anlaşmalı sigorta şirketine bildirim yapılır.
- Kuruma yeni alınan cihazların kabul işlemi depo birimi tarafından biyomedikal görevlisi nezareti ile yapılır ve kurulumunu biyomedikal görevlisi organize eder.
- Yeni alınan cihaz/cihazların garanti belgeleri, kullanım kitapçıkları vb. evrakları biyomedikal görevlisi tarafından teslim alınıp muhafaza edilir, ilgili parametreler, faturalar depo tarafından HBYS üzerine kaydedilir.
- Özellikli cihazlar için (usg, tomografi, ventilatör, laboratuvar test cihazları, monitör, jenetör vb.) firma tarafından kullanıcılara eğitimler verilir. İhtiyaç olan durumlarda firmalardan tekrar eğitim desteği alınır.
- Tüm demirbaşlar düzenli olarak kontrol edilir. Depo Sorumlusu ve Biyomedikal tarafından 6 ayda bir HBYS üzerinden demirbaş zimmet formu çekilerek güncelliği kontrol edilir ve sistem üzerindeki kişilere imzalatılarak

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :717 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

kayıt altına alınarak dosyalanır.

- Hasta başı test cihazları (kan gazı, glukometre vb) da HBYS'ye biyomedikal görevlisi tarafından kaydedilir. Cihazların zimmeti ilgili bölüm sorumlusuna yapılır. Sorumlu hemşireler bu cihazların kalibrasyon ve temizliğinden sorumludur. Cihazlar talimatlarına uygun şekilde bu işlemleri yerine getirirler. Hasta başı cihazlarının test sonuçları, HBYS'ye kaydedilir.
- Dışarıdan kuruma geçici kullanım için gelen cihazlar (kullanıcılardan, firmalardan) biyomedikal görevlisi tarafından uygunluğu kontrol edilerek "Kurum Dışı Cihaz" etiketi yapıştırıldıktan sonra kullanıma sunulur.

3.3. Cihazların Güvenli Kullanımı ve Muhafazası:

- Kuruma ait kalibrasyona tabi tüm cihazların yetkili firmalar tarafından kalibrasyonu yapılır.
- Özel nitelikli (Ventilatör, Laboratuvar Test Cihazlar, Jeneratör, Pompa vb.) cihazlara yönelik bakım anlaşmaları yapılarak yetkili firmalara bakımları düzenli olarak yaptırılır.
- Kullanma talimatlarının bazıları cihazlar üzerinde, kalite programında veya intranet ortamında bulunmaktadır.
- Cihazlar, çalışma koşullarına uygun olan fiziksel ortamlarda ve durumlarda (sıcaklık, nem, havalandırma, aydınlatma vb.) konumlandırılmıştır.
- 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.
- Cihazların kullanımı esnasında meydana gelebilecek tehlikeli ve riskli durumlar olduğundan kullanıcı önlemini alır ve cihazla ilgili biyomedikal görevlisini bilgilendirilir.
- Tıbbi cihazların güvenliği ve uygun kullanılması cihazın zimmetli olduğu kişinin sorumluluğundadır. Olası bir kullanıcı hatasında cihazın zimmetli olduğu kişi olayın anlatıldığı tutanağı ve arızalı olan cihazı 3 gün içerisinde biyomedikal sorumlusuna teslim etmek ile yükümlüdür.

3.4. Cihazların Güvenli Taşınması ve Transferi

- Cihaz sistemi kapatılır. (On/Off)
- Cihazın güç kablosu prizden çekilir.
- Güç kablosu sarkmayacak şekilde sarılır.
- Network veya başka kablolar varsa çıkarılır ve gerekiyorsa sarkması engellenir. Eğer cihaz karmaşık bir yapıya sahipse;

a)Biyomedikal personelinden yardım istenir, her kabloya direkt temas edilmez.

b)Merkezi monitörizasyon sistemi, personel monitörü gibi cihazlar söz konusu ise bigi işlem ve biyomedikal birimlerinden yardım istenir.

- Aksesuarlar ve sensörler cihazdan ayrılarak muhafaza edilir.
- Birimler arası transferde cihaz üzerinde bulunan aksesuarlar iki birim sorumlusu tarafından kontrol edilir, eksikler belirlenir.
- Biyomedikal personeli ile ihtiyaç olunan aksesuarlar dışındaki parçalar belirlenir. Birimde kalması sağlanır. (Aksesuar kontrolü ve taşıma sırasında oluşan karmaşıklık minimum seviyede tutmak gerekir.)
- Ayrılan cihaz aksesuarları (SPO2 probu, Tansiyon manşonu, Ekg kablosu, ısı probu, güç kablosu, Toco probu, Fetal prob) birim sorumluları tarafından ait oldukları cihaz bilgisi üzerinde yazılarak muhafaza edilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :718 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- Cihaz ağır ve düşme riski yüksek ise taşınabilmesi için seyyar arabalar kullanılır.;
- a)Hasta yatağı, küvöz, ventilatör, ultrason gibi cihazların yer değişimi yapılırken etrafta bulunan diğer cihazlara zarar vermemelidir ve yerde bulunan kabloların ezilmemesi için transfer esnasında toplanmalıdır.
- Yoğun çalışılan birimlerden çıkan cihazlar taşınırken hasta ve hasta yakınlarına temasından kaçınılır. Çarpma düşme gibi riskler söz konusuysa;
- a) Doğru saatler aralığında taşınmalıdır.
- b) Çevrede bulunan insanlar uyarılmalıdır.
- Cihaz yavaş hareketlerle ve sarsılmadan götürülür.
- Cihaz taşınırken ve asansöre bindirilirken etrafa çarpmamasına özen gösterilir.
- Cihaz ilgili birime getirildiğinde tekrar kurularak kullanıma hazır hale getirilir.
- Biyomedikal/Teknik servis birimine gelen cihaz sorumlu personel bilgisi dahilinde uygun konumda bırakılır.
- Bölümler arası geçici transfer cihazın demirbaş numarasının, teslim eden ve edilen kişinin belirtildiği ve teslim tarihinin yer aldığı imzalı tutanak ile yapılır. Transferi yapılan cihaz 15 gün içerisinde ait olduğu bölüme yine karşılıklı tutanak ile gönderilmelidir. Geçici transfer yapıldıysa, cihaz etiketi ve envanterde “yer” ve “sorumlu” bilgisi güncellemesi gerekmemektedir.

3.4.1. Çalışma Saatleri İçerisinde;

Cihaz transfer ihtiyacı konusunda ilgili birim sorumlusu ve biyomedikal sorumlusuna bilgi verilir.

Transferi gerçekleştirilecek cihaz elle taşınabilir ve taşınması sırasında tehlike oluşma riski düşük bir cihaz ise (tansiyon aleti, infüzyon pompası vb) ilgili birim sorumlusu ve/veya başhemşire bilgilendirilerek transfer işlemi kullanıcı tarafından gerçekleştirilir.

Cihaz birimden çıkarken çıplak elle dokunulmadan ve mümkün olduğunca izole bir şekilde taşıma gerçekleştirilir.

Transferi gerçekleştirilecek daha büyük ve taşınması sırasında tehlike oluşma riski yüksek bir cihaz ise (ultrason, anestezi, ventilatör vb.) ilgili birim sorumlusu ve başhemşirenin bilgisi dahilinde biyomedikal ile birlikte transfer işlemi gerçekleştirilir.

3.4.2.Çalışma Saatleri Dışında;

Cihaz transfer ihtiyacı konusunda ilgili birim sorumlusu ve/veya nöbetçi işletme yöneticisine bilgi verilir.

Transferi gerçekleştirilecek cihaz elle taşınabilir ve taşınması sırasında tehlike oluşma riski düşük bir cihaz ise (tansiyon aleti, infüzyon pompası vb) ayrıca nöbetçi işletme yöneticisi bilgilendirilerek transfer işlemi kullanıcı tarafından gerçekleştirilir.

Transferi gerçekleştirilecek cihaz daha büyük ve taşınması sırasında tehlike oluşma riski yüksek bir cihaz ise (ultrason, anestezi, ventilatör vb) ilgili birim sorumlusu ve/veya nöbetçi işletme yöneticisi eşliğinde transfer işlemi gerçekleştirilir.

Transfer işleminin gerçekleştiği zamanı izleyen çalışma saatleri içerisinde biyomedikale bilgi verilerek onay alınır.

3.4.3. Transfer Sonrası Cihaz Envanterinin Güncellenmesi

Cihaz transferi güvenli bir şekilde gerçekleştirildikten sonra kat sorumlusu ve/veya biyomedikal personeli, HBYS demirbaş modülünde transfer edilen cihazın; “yer” ve “sorumlu” bilgisini günceller. Güncelleme sonrası sistem üzerinden transfer edilen kişiye SMS ile bilgilendirme yapılır. Cihaz taşındığı yeni birimin sorumlusuna

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :719 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

zimmethlenir. Yapılan güncellemelere göre biyomedikal personeli tarafından cihaz için yeni envanter etiketi basılır. Eski etiket kaldırılarak yerine yenisi yapıştırılır.

Bölüm-Görev değışikliğı olması durumunda ilgili kişinin üzerindeki zimmethler Bölüm-Görev Değışikliğı Formu ile kontrol edilerek sistem üzerinden değıştirilmesi sağlanır. Ek olarak teslim eden ve teslim alan taraflar HBYS sistemi üzerinden çıkarılan zimmeth formu üzerinden teyitleştikten sonra karşılıklı imzalanarak bir nüshası biyomedikal sorumlusuna verilir.

Geçici olarak transfer edilen cihaz 15 gün içerisinde ait olduğı bölüme gönderilmez ise HBYS üzerinden cihazın envanteri güncellenir, bulunduğı bölüme zimmethi yapılır.

Yapılan denetimlerde cihazın bulunduğı “yer” ile etiket üzerinde yazılı “yer”in farklı olmasından kat sorumlusu ve kullanıcı sorumludur.

Bakım/onarımı biten cihaz bakım bilgileri biyomedikal personeli tarafından güncellenir ve ilgili birim sorumlusuna bilgi verilir.

3.5. Cihazların Bakım, Onarım Ve Kalibrasyon İşlemleri:

- Cihazların kalibrasyon ve bakımları üretici firmaların iletтіğı kullanım talimatına göre planlanır ve yapılır. Eğer üretici herhangi bir süre belirtmemiş ise Tıbbi Cihazların Test Kontrol Ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmeliğinde belirtildiğı şekilde yılda en az 1 kez yapılır. Ventilatörler ayrıca 5000 saate bir bakımları yaptırılır.
- Yeni alınan cihazlar kalibrasyona tabi ise üretici firma tarafından kalibrasyon belgesi ile birlikte teslim alındığından 1 yıl kalibrasyon yapılmamaktadır.
- Cihazların kalibrasyon ve bakımları sözleşme yapılan firma tarafından gerçekleştirilir.
- Kalibrasyon ve bakım zamanı yaklaşan cihazlar için 1 (bir) ay kala HBYS tarafından hatırlatma mesajı biyomedikal görevlisine, Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi'ne ve İşletme Direktörüne gelir. Firma biyomedikal görevlisi tarafından çağırılır.
- Cihazların kalibrasyon ve bakım planları Tıbbi Cihaz Bakım Planı, Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı'nında ve HBYS demirbaş modülünde belirtilmiştir. Yapılan bakım, kalibrasyon işlemleri HBYS 'ye kaydedilmektedir. Bu işlemlerin takibinden ve nitelikli bir şekilde yapılmasından biyomedikal görevlisi, İşletme Direktörü ve Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi sorumludur.
- Her yeni cihazın kullanım öncesi kalibre edildiğinden emin olunur. Kalibrasyonu yapılan cihaz kalibrasyon etiketi yapıştırıldıktan sonra kullanım için sahaya verilir. Bu etikette cihaz adı, bir sonraki kalibrasyon tarihi, kalibrasyonu yapan kişi/kurum adı, varsa cihazın sicil numarası yazılıdır. Firma tarafından verilen sertifika HBYS' ye eklenir. Kalibrasyondan geçmeyen cihazlar için firma tarafından kırmızı etiket yapıştırılır. Kırmızı etiketli cihazlar kullanım dışıdır. Bu cihazlar kullanıma sunulmaz, biyomedikal görevlisi tarafından cihaz deposuna alınır ve ilgili cihaz firmasına bilgisini vererek bakım süreci başlatılır.
- Hizmet sunumunu aksatmamak adına yedeğı olmayan cihazlar için kurum önlemlerini alır. (Örn. Bu durumlarda çevredeki kurumlara hasta yönlendirilir, firmalardan geçici cihaz talep edilir.)
- Bakımı biten cihaz için tekrar kalibrasyon işlemi yaptırılır ve cihazın üzerine yeşil etiket yapıştırılır. Bakım kayıtları HBYS' ye eklenir.
- Kullanım sırasında şiddetli darbeye, düşme vb durumlara maruz kalan cihazlar, biyomedikal görevlisi tarafından değerlendirilerek gerekli ise arıza/bakımdan sonra tekrar kalibrasyon işlemi yaptırılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :720 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- Yüksek teknolojik ve özel nitelik taşıyan cihazların bakımlarını yetkili firmalar yapar.
- Zorunlu hallerde, ölçüm sonuçlarını kullanacak kişilere bilgi verilerek kullanılabilir.

3.5.1. Kalibrasyonu kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar;

Cihaz kalibrasyondan geçemediğinde ilk etapta arıza tespiti yapılır. Cihaz tamiri yapılabilecekse tamir edilir yapılamıyorsa cihaz HEK'e ayrılır. HEK'e ayrılan cihazlar HBYS'de ve ÇKYS'de kayıt altına alınır. Hizmetin devam ettirilebilmesi için cihazın yedeği varsa kullanıma sunulur yedek bulunmuyorsa cihaz ihtiyacı daha az olan diğer birimlerden temin edilebilir yada kurumun diğer şubelerinden temin edilebilir.

Sarı Etiket: Cihazın kısmi arızalı olduğu fakat tamamen kullanım dışı bırakılmasına gerek olmadığına, hata veren kod sarı etiket üzerine yazılır ve personelin bu hata kodunu kullanması engellenir. Diğer kodlarda cihazın kullanılmasına engel yoktur.

Yeşil Etiket: Cihazın kalibrasyona uygun olduğunu ifade eden etikettir.

Kalibrasyonu geçemeyen cihazların yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği şu şekilde tanımlanmıştır: Cihaz sarı etiket yapıştırıldıktan sonra kısmi kullanıma açılır, cihazın kalibrasyonunu engelleyen durum için personel farklı bir cihaza yönlendirilir.

Kırmızı Etiket: Arızalanan cihaz üzerine kırmızı etiket yapıştırılır. Kırmızı etiket kullanım dışı anlamına gelir.

3.6. Arıza ve Onarım Süreçleri:

- Cihaz arızaları birim çalışanı veya sorumlusu tarafından HBYS 'de arıza kaydı girilip biyomedikal birimine iletilir.
- Arıza bildirimine istinaden biyomedikal çalışanı arızaya müdahale eder.
- Cihaza ilk müdahale ve onarımın ardından cihaz takip sisteminde bulunan arıza kaydı kapatılır.
- Onarım işlemi tamamlanmadan cihaz takip sistemdeki arıza kaydı kapatılmamalıdır.
- Cihaz onarım aşamasında parça bekleme, onarım sürecinin uzaması gibi durumlarda cihaz üzerine ait olduğu birim ve arıza bilgisi yazılarak cihazlar için ayrılmış alanda muhafaza edilir.

3.7. Cihazlarla Birlikte Güvenli Kullanım İçin Verilen Belgelerin Muhafazası:

- Cihazlarla birlikte verilen belgeler biyomedikal biriminde ve HBYS' de muhafaza edilir.

3.8. Cihazların Temizliği ve Dezenfeksiyonu:

- Kurum içerisindeki her bölüm sorumlusu envanterinde bulunan cihazların temizlik ve dezenfeksiyonundan sorumludur.
- Birimler, cihaz temizlik ve dezenfeksiyonu hakkında enfeksiyon hemşiresi ve biyomedikal sorumlusu tarafından bilgilendirilir ve eğitimleri verilir.

3.9. Cihazların İzlenebilirliği:

- Cihazların envanteri HBYS üzerinde biyomedikal görevlisi tarafından takip edilmektedir.
- HBYS üzerinden cihazların bakım ve kalibrasyon planları, kalibrasyon sertifikaları izlenebilmektedir.
- Cihazların üzerinde cihaz kimlik kartları bulunur.

Kartta şu bilgiler bulunmaktadır;

- Ø Cihazın adı
- Ø Seri numarası
- Ø Demirbaş numarası
- Ø Markası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :721 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Ø Bulunduğu yer/bölüm

- Cihazların güvenli ve verimli kullanımını takip etmek için göstergeler izlenir. Göstergelerin sonuçları aylık aksiyon raporlarında takip edilir ve gerekirse iyileştirmeler yapılır.
- Bölümlerde bulunan hareketli tıbbi cihaz ve aletleri (cerrahi setler, tansiyon aleti, ventilatör, monitör, buhar aleti, şeker ölçüm cihazı vb.) her nöbet değişiminde sayılarak intranet üzerinden Demirbaş Teslim ve Kontrol Formu ile teslim edilmektedir.

3.10. Kayıtların Saklanması:

- Tüm arıza işlemleri ve diğer iş istekleri doğrultusunda yapılan işlemler HBYS üzerindeki cihaz kartına gerekli şekilde kaydedilir.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından Biyomedikal Sorumlusu, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Satın Alma Departmanı, İşletme Direktörü, Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi ve tüm yöneticiler sorumludur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :722 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

MALZEME YÖNETİMİ VE DEPO İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedür, kurumda kullanılan tüm malzemelerin, hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek zamanında temin edilmesini, kabulünü, depolanmasını, stok kontrolünü, muhafazasını ve transferini etkin, verimli ve güvenli bir şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla oluşturulmuştur.

Prosedür, malzemelerin bulunduğu tüm bölümleri, bölüm sorumlularını ve tüm çalışanları kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

3. REFERANS DOKÜMANLAR

Demo Malzeme Deneme Formu

Depo Yerleşim Planı

İade Malzeme Mutabakat Formu

İlaç/ Malzeme İade ve İmha Formu

Sıcaklık Nem Takip Formu

Malzeme Talep Formu

Mesai Dışı Depo Açılış Ve Sarf Malzemesi Alım Kayıt Formu

Depo Temizlik Kontrol Formu

Tehlikeli Madde Rehberi

Tehlikeli Madde Listesi

4. UYGULAMA

Malzeme yönetiminden depo sorumlusu sorumludur. Depo sorumlusunun görev tanımı ayrıca bulunmaktadır ve tüm sorumlulukları orada tanımlanmıştır.

4.1. Malzeme İhtiyaçlarının Tespiti

Malzeme ihtiyaçları ilgili birim sorumlu hemşiresi/doktoru tarafından belirlenir, HBYS üzerinden, e-posta ile veya sözlü olarak depodan istek yapılır. Yapılan isteklerin depoda olup olmadığı kontrol edilir ve karşılanır. Depoda bulunmayan malzeme isteklerini depo sorumlusu/depo görevlisi HBYS üzerinden veya sözlü olarak Satınalma departmanına yönlendirir. Kritik ve minimum stok altına inen malzemeler belirlenen maksimum miktara sürekli tamamlanır.

Yüksek maliyetli ve yatırım amaçlı alınacak malzeme ve ekipmanların temin edilme gerekliliği Malzeme ve Cihaz Kurulu tarafından değerlendirilir. Kurulda ayrıca cihazların, ilaçların ve sarf malzemelerin temin edilme süreleri gösterge olarak izlenmektedir.

4.2. Malzemelerin Temini

Satınalma departmanı gelen malzeme talepleri için HBYS üzerinden, mail, faks veya telefon üzerinden teklif toplar. Toplanan teklifler satınalma tarafından değerlendirilir ve uygun firmaya sipariş edilir. İlk defa alınacak olan veya özellikli malzemelerde teklifler Genel Müdür'e son onay için sunulur. Satınalma departmanı tarafından satınalma prosedürüne uygun olarak malzemenin alımı gerçekleştirilir. Yeni alınacak malzemeler, firmadan gelen numune, Demo Malzeme Deneme Formu ile kullanıcı/servis tarafından denendikten sonra fiyat ve uygunluk onayı ile birlikte

alımı gerçekleştirilir. Malzeme taleplerinin temin edilme süresi hedef değeri 7 gün olarak belirlenmiştir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :723 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gösterge olarak da takibi yapılır.

Malzeme teminleri ile ilgili kararlar 6 aylık olarak toplanan Malzeme Cihaz Kurulu tarafından değerlendirilir.

4.3. Malzemelerin Kontrolü ve Kabulü

Gelen malzemeler depo sorumlusu/görevlisi tarafından sayılarak ve kontrol edilerek teslim alınır. HBYS üzerine fatura ve irsaliyeleriyle girişleri tamamlanır.

Kurumda bulundurulması gereken malzemeler birim bazlı olarak HBYS üzerinde tanımlanmıştır. İhtiyaç duyulacak malzeme miktarları önceki yıllardaki kullanım miktarlarına ve sunulacak hizmet kapasitesine göre 6 ayda bir revize edilmektedir. Revizyon ve güncelleme hareket gören/görmeyen malzemelere bakılarak yapılır. Böylelikle gereksiz depolama yapılmamış, gereken malzemeye de zamanında ulaşım sağlanmış olur.

4.4. Malzemelerin Depolanması

Alınan malzemeler fatura-irsaliye girişi sonrası Depo Yerleşim Planına uygun olarak depoya yerleştirilir. Tıbbi malzemelerin miat tarihleri HBYS üzerinden takip edilir. Tüm ana depo ve tali depo sorumluları HBYS’de son kullanma tarihi yaklaşmış malzemeler için uyarıyı görürler. Son kullanma tarihi yaklaşmış malzemelere, son kullanma tarihine 2 ay kala sarı renkte “DİKKAT SON KULLANMA TARİHİ YAKLAŞAN İLAÇ/MALZEME” etiketi yapıştırılır. Bu malzemelerin kullanımını hızlandırma için ilgili diğer bölümlere bilgi verir. Malzemelerin iadeleri mümkün olduğu durumlarda, ilgili firmaya iadeleri yapılmak üzere Satınalma departmanına bilgi verir. Bu aşamada İade Malzeme Mutabakat Formu kullanılır.

Depodan malzeme çıkışı günlük ve haftalık olarak yapılmaktadır. Depoda “İlk Giren İlk Çıkar” prensibi uygulanarak malzemeler son kullanma tarihlerine göre depolanır. Servislerde son kullanma tarihi geçen malzemeler depo İlaç/ Malzeme İade ve İmha Formu ile beraber depoya teslim edilir ve aynı zamanda HBYS üzerinden de stoktan düşülür. Son kullanma tarihi geçmiş tıbbi sarf malzemeler uygun poşetlere konarak atık sorumlusuna etiketiyle beraber teslim edilir.

Malzeme ve ilaç sayımı 3 aylık dönemler halinde yapılır. Sayım sonrası çıkan farklar raporlanarak bölüm sorumlularına mail yoluyla bildirilir, ayrıca bu raporla birlikte bölümlerin yaptıkları fire/zayi ve hareketsiz ürünler de raporlanır. Ve buna göre stok seviyeleri düzenlenir, sorumlulardan gelen cevaba göre verimlilik üzerine aksiyonlar alınır.

4.5. Malzemelerin Muhafazası

- ü Depoda zemin, tavan ve duvara sıfır malzeme bulunmaz, yerden yüksekte ve raflarda depolanır.
- ü Raf yerleşimi yerden 15-20 cm yukarıda, tavandan 30-40cm, ve hava sirkülasyonu sağlanması amacıyla duvardan 5 cm uzaklıkta saklanır.
- ü Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi sistemden elektronik olarak, sistem ilk açıldığında ve stok yönetiminde son kullanma tarihi kontrolü sorgulamasıyla görülmektedir.
- ü Yerde depolama yapılacaksa malzemenin su basması ve rutubetten korunması amacıyla 10-15cm yükseklikte palet üzerine yerleşim yapılır.
- ü Deponun sıcaklığı ve nemi sürekli olarak kalibrasyonu yapılmış sıcaklık nem ölçerler ile ölçülür. Çıkan değerler Sıcaklık Nem Takip Formu ile kayıt altına alınır. Ortam sıcaklığı 18-25 derece arasında, nem ise %30-60 arasında takip edilir. Bu değerlerde sabit kalması için klima, ortam nemlendiricisi, nem alıcı gibi cihaz ve malzemeler kullanılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :724 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

- ü Depoda bulunan ısı-nem ölçer ve termometrelerin kalibrasyonları biyomedikal tarafından takip edilir.
- ü Malzeme yerleşimi yapılırken raf veya paletin taşıma kapasitesi göz önünde bulundurularak oluşabilecek riskler önlenir.
- ü Sıvı ve ağırlığı fazla olan malzemeler alt raflarda depolanır, üst raflarda daha küçük ve ağırlığı hafif olan malzemeler yerleştirilir.
- ü Depolama alanında baş yüksekliği üzerinde rafların olması durumunda kolay erişim için merdiven bulundurulur ve bu alanlarda kolaylıkla kaldırılan ürünler stoklanır.
- ü Malzemeler cinsine göre ayrılarak yakın yerlerde depolanır.
- ü Depo yerleşimleri malzeme taşıma, transferine engel olmayacak şekilde yapılır.
- ü Malzemelerin transferi esnasında kırılma, dökümlerin önüne geçmek için malzeme taşıma arabaları kullanılır.

4.6. Malzemelerin Hazırlanması ve Karşıllanması

Talep edilen malzemeler hazırlanıp son kontrolü sonrasında ilgili bölüme Malzeme Talep Formu ile birlikte gönderilir ve HBYS üzerinden de transfer işlemi gerçekleştirilir.

Malzeme dağıtımları acil durumlar hariç, servis ve poliklinikler için belirlenmiş talep günlerine göre yapılır.

Hasta için olabilecek acil durumlarda talepler her zaman karşılanır.

• Çerkezköy Şubesi Optimed Hastanesi Depo İstek Günleri:

Pazartesi : YYB, Ameliyathane, Acil Servis, Endoskopi, Efor, Poliklinik istekleri

Salı : YYB, 2.Bina 3.Kat, 2.Bina 4.Kat

Çarşamba : YYB, 1.Bina 4.Kat YDYB, 1.Bina 2.Kat, 1.Bina 3.kat , ve Temizlik Malzemesi İstekleri

Perşembe : YYB, Anestezi, 2.Bina 6.Kat, 1.Bina 5.Kat Ameliyathane

Cuma : YYB, 2.Bina 5.Kat, Acil Servis, KVC Yoğun Bakım, Anjiyo

Cumartesi : YYB, Radyoloji, Laboratuvar.

• Çorlu Şubesi Optimed International Çorlu Hastanesi Depo İstek Günleri:

Pazartesi : YYB,Acil Servis, Ameliyathane, Anestezi, Poliklinikler sarf malzeme

Salı : YYB, 5.kat, 6. kat

Çarşamba : YYB, 4.kat ,YDYB, tüm bölümler temizlik

Perşembe : YYB, Anestezi, Ameliyathane,7.kat

Cuma : YYB, Acil Servis, Endoskopi, Efor, Müdahale Odası

Cumartesi : YYB,Radyoloji, Labaratuvar

4.7. Depoya Güvenli Giriş/Çıkış

Ana depo anahtarı depo sorumlusunda ve güvenlik biriminde bulunmaktadır. Depo giriş çıkışında kamera kaydı yapılmaktadır. Servis depolarına personel dışında erişim engellenmiştir. Mesai dışında acil malzeme gerekli olduğu zamanlarda, Nöbetçi İşletme Yöneticisine bilgi verilir, öncelikle diğer servislerde olup olmadığı sistemden kontrol edilerek istek diğer servislerden karşılanır. Eğer talep diğer servislerden karşılanamıyor ise Nöbetçi İşletme Yöneticisinin bilgisiyle ve gözetimiyle güvenlik ve isteyen servis çalışanı ile talep edilen malzeme depodan alınır. Alınan malzemeler Mesai Dışı Depo Açılış Ve Sarf Malzemesi Alım Kayıt Formu ile kayıt altına alınır

4.8. Malzemelerin İadesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :725 / 747
	HASTANE AFET PLANI	

Gelen ürünlerde iade edilmek istenen ya da uygun olmayan malzeme için İade Malzeme Mutabakat Formu doldurularak satın almaya gönderilir ve iade işlemi başlar. Firma onayı sonrası iade faturası kesilir ve malzeme ile birlikte firmaya gönderilir. Aynı zamanda ürün ile ilgili beklenmeyen bir etki olduğunda firma ile iletişime geçilir inceleme için gönderilip yorumu istenir, iade gerekli ise iade faturası ile birlikte gönderilir. Malzeme için geri çekilme ya da toplatılması kararı çıkarsa, gelen yazı ile birlikte mevcut malzemeler alınan firmaya iade faturası ile birlikte gönderilir.

4.9. Demirbaşların Kontrolü

Tüm demirbaşlar düzenli olarak kontrol edilir. Depo Sorumlusu ve Biyomedikal tarafından 6 ayda bir HBYS üzerinden demirbaş zimmet formu çekilerek güncelliği kontrol edilir ve sistem üzerindeki kişilere imzalatılarak kayıt altına alınarak dosyalanır.

4.10. Tehlikeli Maddelerin Yönetimi

Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasına yönelik kurallar Tehlikeli Madde Rehberinde tanımlanmıştır. Kullanılan tehlikeli maddeler, Tehlikeli Madde Listesinde belirtilmiştir. Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler ve maruz kalma durumunda yapılması gerekenler ile ilgili eğitim verilmektedir.

4.11. Depoların Temizliği

Depoların temizliği haftalık yapılır. Temizlik sonrası Depo Temizlik Kontrol Formu doldurulur.

4.12. Göstergeler

Malzeme ve ilaç sayımı 3 aylık periyotlar halinde yapılır. Sayım sonrası çıkan farklar raporlanarak bölüm sorumlularına mail yoluyla bildirilir, bölümlerin yaptıkları fire/zayi ve hareketsiz ürünler raporu da ayrıca iletilir. Deponun mesai dışı açılma oranı göstergelerle takip edilir.

Sayım raporları ve göstergeler aylık aksiyon raporu ile depo sorumlusu tarafından sunulur.

Verimlilik ve sürekli iyileştirme anlayışı ve bilinci ile İşletme Direktör Yardımcısı sorumluluğu ve iş birliği ile verim ve nitelik artırılır.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından Depo Sorumlusu, İşletme Direktör Yardımcısı ve Satınalma Departmanı sorumludur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :726 / 747

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :727 / 747

EK 9-C
YANGIN OTOMASYON TABLO VE BAKIM PLANI

Doküman No: TY-FR-24
Yayın Tarihi :27.11.2018
Revizyon No:00
Revizyon Tar.:

KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI

YANGIN İHBAR SİSTEMİ PANO GÜNLÜK HAFTALIK VE AYLIK BAKIM FORMU

GÜN VE TARİH

Pano müşafir emiyet
sağarmıştı ?

Pano müşafir lenizmi ?

Pano müşafirde su kaçaklı
var mı ?Pano müşafirde
aydınlatması yeterli mi ?YANGIN İHBAR SİSTEMİ
ALARM TESTİ YAPILDI MIPano kablolarında gevşeme
var mı ?Sabitler ayarlarında arız
oluşuyormu ?Kablo ve eklemelerinde
ısıtma var mı ?EKRANDA HERHANGİ
BİR HATA VAR MI ?KONTROL EDEN
TEKNİSYENKONTROL EDEN
SORUMLU

YAPILMASI GEREKENLER

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :729 / 747

EK 9-D
HASTANE DEPREME DAYANIKLILIK RAPORU

Kanık-İş Turz. Otelcilik Akar.İth.İhr. San.Tic.Ltd.Şti.YAPISINA AİT DEPREM GÜVENLİK TEKNİK RAPORU

1.ÇALIŞMANIN AMACI

Gerçekleştirilmiş olan bu çalışmanın amacı; **Kanık-İş Turz. Otelcilik Akar.İth.İhr. San.Tic.Ltd.Şti.** a ait; Tekirdağ ili, Çorlu ilçesi, Şeyhsinan Mahallesi adresinde ve tapunun 29NII pafta, 1612 ada, 6 parselde kayıtlı 2 Bodrum, Zemin ve 7 Normal katı mevcut halde yapılı bulunan binanın mevcut yapısına ait bina , statik ve deprem yönetmeliği açısından ve ilgili yönetmelik ve şartnameler doğrultusunda deprem güvenliğinin belirlenmesidir.

2.YAPI GENEL BİLGİLERİ

Yapının 2 Bodrum, Zemin ve 7 Normal katı yapılı halde bulunmakta olup yapı kullanılmaktadır. Mevcut yapının kullanım amacı hastanedir. Yapı tüm cepheleri ayrık nizamdır. Yapı taşıyıcı sistemi betonarme asmolen plak döşeme sistemdir. Yapının temel sistemi radye temellerden oluşmaktadır.

3.YAPIYA AİT PROJE BİLGİLERİ

3.1. Statik ve Betonarme Çizim Paftaları: Yapının mevcut projeleri ve ruhsatı Çorlu belediyesi arşivlerinde bulunmaktadır.

3.2. Mimari Çizim Paftaları: Yapıya ait mimari proje belediyeniz arşivinde bulunmaktadır.

4. ALETSEL VE DENEYSEL ÇALIŞMALAR

4.1. Tahribatlı/Tahribatsız Beton Dayanım Testleri:

4.1.1. Tahribatlı Beton Deneyleri: Yapının betonarme Temel , 2 Bodrum , Zemin ve 7 Normal katı 3 adet yaş beton numunesi alınmış olup raporları belediye arşivinizde sunulmuştur.

5. MEVCUT YAPININ DEPREM GÜVENLİĞİNİN BELİRLENMESİ

5.1.Kullanılan Bilgisayar Yazılım ve Sürüm Bilgileri: Mevcut yapının TBDY 2018'e göre deprem güvenliğinin belirlenmesinde 05.03.2021 tarihinde güncellenmiş lisanslı Structural Analysis for Computer Aided Design (Sta4CAD) programı kullanılmıştır.

5.2. TBDY 2018 Tablo 3.4 'e Göre Mevcut Yapı İçin Öngörülen Performans Düzeyleri:

- Kontrollü Hasar performans düzey hedefi için; 50 yılda aşılma olasılığı %10,

5.3.Tasarıma Esas Yönetmelik ve Şartnameler: Yapının bilgisayar destekli deprem güvenliğinin bulunmasında TS498, TS500, TS10465 ve TBDY 2018 kullanılmıştır.

5.4.Yapıya ait mevcut statik projelerin uygunluğunun net bir şekilde bilindiğinden dolayı yapı TBDY 2018 ve C35/S420 malzeme sınıfına göre analizi yapılmış olup bu analiz sonucundan belirlenen donatılar performans analizinde kullanılmıştır.

5.5.Deprem Güvenliğinin Belirlenmesinde Kullanılan Parametreler:

- Mevcut D. Belirlenmesinde $f_{ck} = 35.00 MPa$
- Temel $f_{ck} = 35.00 MPa$
- Kat Kolon,Kiriş $f_{ck} = 35.00 MPa$
- Boyuna Donatı Sınıfı $f_{yk} = 420 MPa$
- Enine Donatı Sınıfı $f_{ywk} = 420 MPa$
- Malzeme Dayanım Güv. Kat. $\gamma_{mc} = 1.50 MPa ; \gamma_{ms} = 1.15$
- Bina Bilgi Düzey Katsayısı: Yapının performans analizi için tüm işlemler bina bilgi düzey katsayısı Kapsamlı bilgi düzeyine (1.00) göre yapılmıştır.
- Etkin Yer İvme Spektrumu SDS/SDI 0.934/0.467
- Deprem Yüğü Azaltma Katsayısı $R_A = 1$
- Zemin Yatak Katsayısı $k_0 = 1900 t_f / m^3$
- Zemin Emniyet Gerilmesi $\sigma_0 = 16.6 t_f / m^2$
- Yapı - Temel Etkileşimi: TBDY 2018, Madde 2.2.1.5'e göre (D) grubuna oturan kolon ve özellikle perde temellerindeki dönmelerin göz önüne alınması gerekliliğinden dolayı yapı temel birlikte analiz edilmiştir.

6. DEĞERLENDİRME – SONUÇ VE ÖNERİLER:

Tahribatsız beton deneyleri sonucunda mevcut **beton** malzeme karakteristik **dayanım** değerlerinin yeterli olması yapının **deprem güvenliği için gereken değerleri sağladığını** gösterir. Yapının projesinde **C35** beton kullanılmış hazırlanan raporumuzda bu detay göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Yapının 2 Bodrum, Zemin ve 7 Normal katı mevcut olup durumunun yeni deprem yönetmeliğine göre değerlendirilmesi istenmektedir.

Mevcut yapının, **Deprem Yer Hareketi sınıfı DD2 ve Zemin Sınıfı ZD** ye göre Bina Önem Katsayısı Mevcut yapının **konut yapısı** olduğundan **BKS 3** bina sınıfındadır. Mevcut yapının koordinatlarına göre SDS değeri 0.934 olduğundan ve **TÜRKİYE BİNA DEPREM YÖNETMELİĞİNDE YER ALAN SDS > 1.00** ise Bina Kullanım sınıfı DTS=1 olarak bina sınıfı belirlenmiştir. Bina performans düzeyi **TÜRKİYE BİNA DEPREM YÖNETMELİĞİNDE YER ALAN DD-2 Deprem Düzeyinde I=1.0** olarak DGT ile öntasarım

Kanık-İş Turz. Otelcilik Akar.İth.İhr. San.Tic.Ltd.Şti YAPISINA AIT DEPREM GÜVENLİK TEKNİK RAPORU

-> Performans hedefi -> Kontrollü Hasar (KH) olması gerekmektedir. Bilgisayar destekli analizi sonucunda, yapının performans düzeyi Kontrollü Hasar Performans Düzeyi sağlanmıştır.

Özel Hastane Binası : Tekirdağ İli , Çorlu İlçesi , 29-N-2 pafta , 1612 ada , 6 parselde kayıtlı bulunan arsa üzerinde inşa edilmiştir. Yapı ile ilgili olarak Aksta İnşaat Proje Taah. San. Tic. Ltd. Şti. Tarafından hazırlanan betonarme projesi ile statik ve betonarme hesapları , zemin ve temel etüd raporu mevcuttur. Bu projeler ile zemin raporu üzerinde yapılan inceleme ve değerlendirmeler sonucunda ;

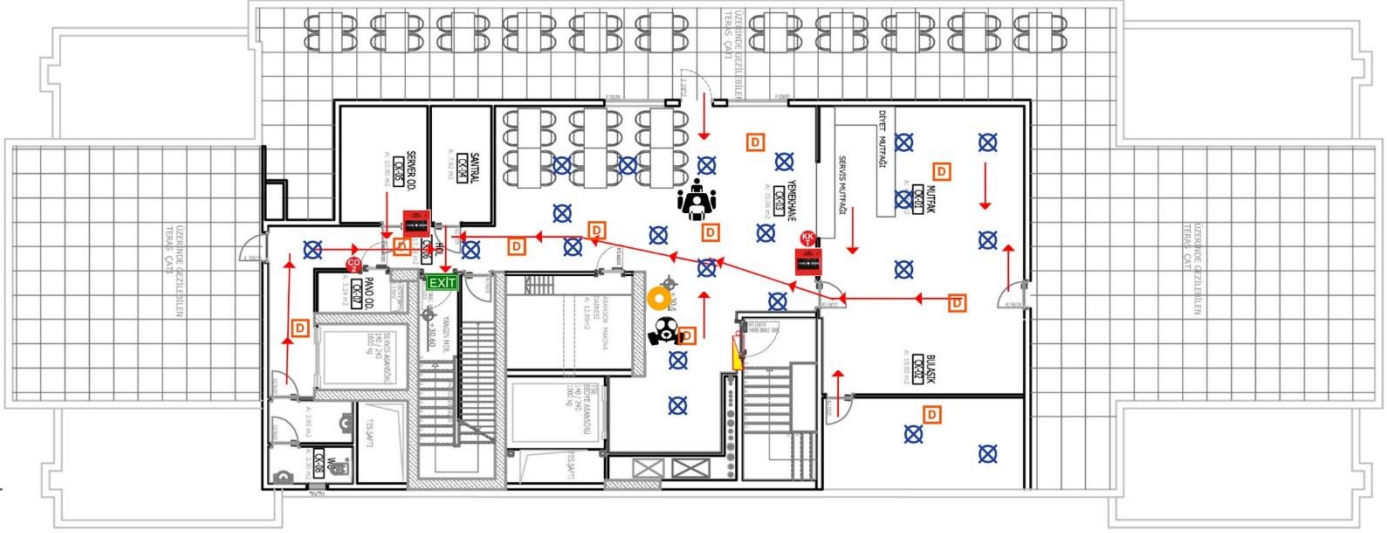
- Yapının inşa edileceği bölgenin zemin özellikleri ayrıntılı bir şekilde belirlendiği ,
- Yapı için öngörülen betonarme taşıyıcı sistemin uygun seçilmiş olduğu ,
- İzolasyon ve drenaj ile ilgili önlemlerin tasarlandığı ,
- Yapıya gelmesi muhtemel olan yüklerin uygun olarak seçildiği,
- Projelendirmede , halen yürürlükte olan olan TS498, TS500 ve TDBY 2018 deprem yönetmeliği, TS648 gibi standart yönetmeliklere uygun olduğu,
- Sahanın zemin özellikleri , jeolojik – jeoteknik rapor ve yapının taşıyıcı sistemi göz önünde bulundurarak temel sisteminin uygun seçildiği , zemin raporunda belirtilen değerlerin hesaplarda kullanıldığı,
- Projede verilen çizimlerin genel konstrüktif esaslara uygun olduğu ,

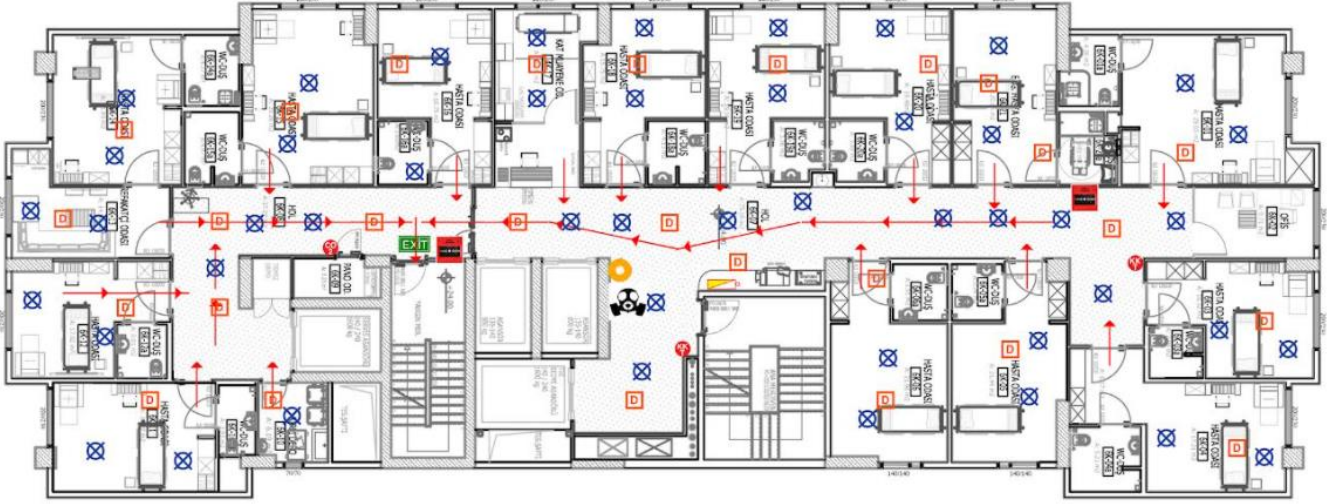
Yukarıda verilen açıklamalar çevresinde , Özel Hastane Yapısına ait statik ve betonarme hesap ve çizimlerinden oluşan projenin uygulanabilir olduğu görüş ve kanaatine varılmıştır. Durum bilgilerinize saygı ile sunulur.

Levent PEHLEVAN
İnşaat Mühendisi
Oda Sicil No: 65954
Diploma No: 480

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :AD-PL-37 Yayın Tarihi :20.01.2022
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :01 Revizyon Tar.:14.01.2023 Sayfa No :733 / 747

EK 10
HASTANE KAT KROKİLERİ

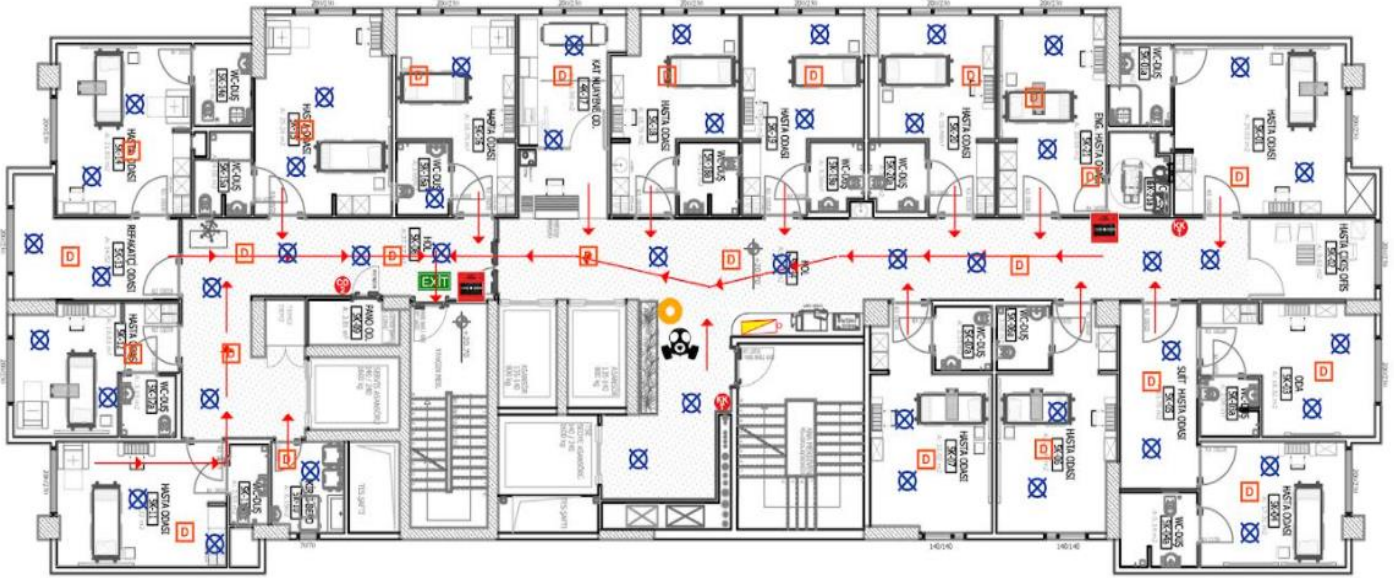




- BURADASINIZ
- ACİL DURUM SEDYESİ
- KÖPÜK YANGIN TÜPÜ
- CO2 YANGIN TÜPÜ
- KKT YANGIN TÜPÜ
- F TİPİ YANGIN TÜPÜ
- ÇIKIŞ
- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)
- SPRINKLER
- DEDEKTÖRLER
- GAZ MASKESİ
- YANGIN BUTONU
- ACİL MÜDAHALE SETİ

112
ACİL
ÇAĞRI

İtfaiye
Jandarma
Polis
Sağlık
Orman
Sahil Güvenlik
AFAD



	- BURADASINIZ
	- ACIL DURUM SEDYESI
	- KÖPÜK YANGIN TUPU
	- CO2 YANGIN TUPU
	- KKT YANGIN TUPU
	- F TİPİ YANGIN TUPU
	- ÇIKIŞ
	- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)
	- SPRINKLER
	- DEDEKTÖRLER

- GAZ MASKESI
- YANGIN BUTONU
- ACIL MÜDAHALE SETİ



İtfaiye
Jandarma
Polis
Sağlık
Orman
Sahil Güvenlik
AFAD

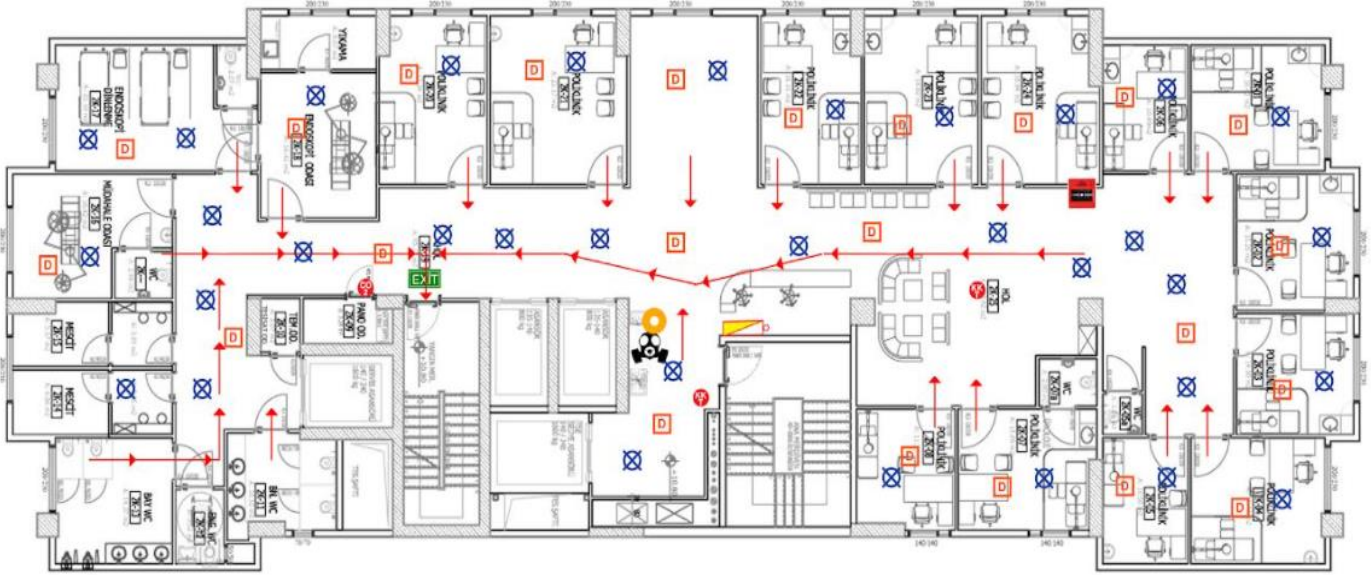
Form Kod: AD-PL: 07
Güncelleme Tarihi: 11/01/2022



- BURADASINIZ
- ACİL DURUM SEDYESİ
- KÖPÜK YANGIN TÜPÜ
- CO2 YANGIN TÜPÜ
- KKT YANGIN TÜPÜ
- F TİPİ YANGIN TÜPÜ
- ÇIKIŞ
- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)
- SPRINKLER
- DEDEKTÖRLER

- GAZ MASKESİ
- YANGIN BUTONU
- ACİL MÜDAHALE SETİ



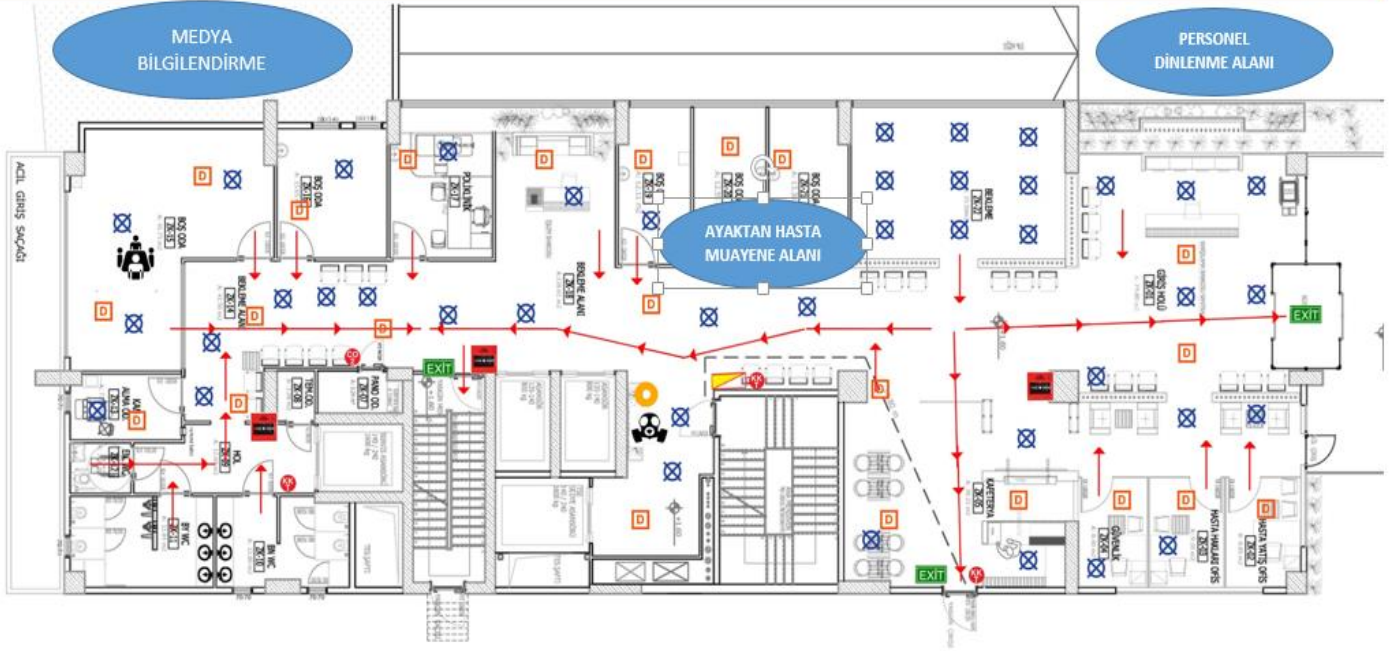


- BURADASINIZ
- ACİL DURUM SEDYESİ
- KÖPÜK YANGIN TÜPÜ
- CO2 YANGIN TÜPÜ
- KKT YANGIN TÜPÜ
- F TİPİ YANGIN TÜPÜ
- ÇIKIŞ
- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)
- SPRINKLER
- DEDEKTÖRLER

- GAZ MASKESİ
- YANGIN BUTONU
- ACİL MÜDAHALE SETİ







	- BURADASINIZ		- OLAY YÖNETİM MERKEZİ
	- ACİL DURUM SEDYESİ		- Zemin kat Eğitim Salonu
	- KÖPÜK YANGIN TUPU		- Alternatif: 8. kat Yemekhane
	- CO2 YANGIN TUPU		- ACİL TOPLANMA ALANI
	- KKT YANGIN TUPU		- Acil toplanma alanı ana giriş
	- F TİPİ YANGIN TUPU		- kapısının karşısındaki otopark.
	- ÇIKIŞ		- GAZ MASKESİ
	- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)		- YANGIN BUTONU
	- SPRİNKLER		- ACİL MÜDAHALE SETİ
	- DEDEKTÖRLER		



İtfaiye
Jandarma
Polis
Sağlık
Orman
Sahil Güvenlik
AFAD





- BURADASINIZ
- ACİL DURUM SEDYESİ
- KÖPÜK YANGIN TÜPÜ
- CO2 YANGIN TÜPÜ
- KKT YANGIN TÜPÜ
- F TİPİ YANGIN TÜPÜ
- ÇIKIŞ
- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)
- SPRINKLER
- DEDEKTÖRLER
- OLAY YÖNETİM MERKEZİ
- ACİL TOPLANMA ALANI
- GAZ MASKESİ
- YANGIN BUTONU
- ACİL MÜDAHALE SETİ

112
ACİL
ÇAĞRI

İtfaiye
Jandarma
Polis
Sağlık
Orman
Sahil Güvenlik
AFAD

