



ÖZEL OPTİMED HASTANESİ AFET ACİL DURUM PLANI (HAP) 2024 YILI



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 1 / 763

KAVRAMSAL KISALTMA VE KARŞILIKLAR

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 2 / 763

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) ONAY SÜRECİ

2024 YILI ÖZEL OPTİMED HASTANESİ AFET VE ACİL DURUM PLANI

(HAP) ONAY SAYFASI

Ekte sunulan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (764 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.

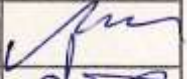
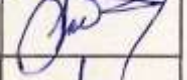
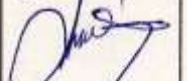
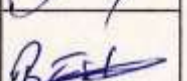
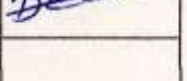
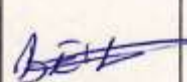
DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ)

Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1	Hastane Afet Planı Başkanı/Hastane Afet Yöneticisi	1	x	x
2	Olay Yönetim Merkezi	1	x	x
3	Tüm çalışanlar (online ortamda yayınlanmıştır.)	1		
4				
5				

DAĞITIM ÇİZELGESİ (DIŞ)

Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1	Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü/Tekirdağ Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi	1		x
2				
3				
4				
5				

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ

Sıra No	Konusu	Değişikliğin İşlendiği Tarih	Değişikliği İşleyen		
			Görevi/ Unvanı	Adı Soyadı	İmza
1	1.bloktaki taidilattan dolayı Acil Durum ve Yangın Tahliye Planları güncellendi.	14.01.2019	İSG Uzmanı	Cemalettin KULALI	
2	HAP Organizasyon Şeması isim listesinde değişen görevliler eklendi.	14.01.2019	Kalite Direktörü	Filiz ALBAYRAK	
3.	Organizasyon şeması güncellendi. Olaya özel planlar bölümüne beyaz kod, mavi kod ve pembe kod prosedürleri eklendi. Kat tahliye planları güncellendi.	18.01.2021	Kalite Direktörü	Filiz ALBAYRAK	
4.	Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu sürüm 2'ye göre revizyon yapıldı. Organizasyon şeması gözden geçirildi.	14.01.2023	Kalite Uzmanı	Begüm ERDEM	
5.	Bölüm 1 yeniden düzenlendi.Onay sayfası Ek 3-A bölümüne eklendi.HAP hazırlama komisyon üyeleri Listesi Ek 3-B'ye eklendi.HAP hazırlama komisyon üyeleri Listesi Ek 3-B'ye eklendi.Organizasyon şeması hazırlama klavuzuna uyumlu olarak revize edildi. Yedek Üyeler için organizasyon şeması oluşturuldu.	29.12.2023	Kalite Uzmanı	Begüm ERDEM	
6.	2024 yılı Hastane Afet ve Acil Durum Planı güncellendi. Olay yönetim sisteminin temel işlevleri hastaneye uyarlandı. Hastane Olay Yönetim Ekibinin oluşumu ve görevleri hastaneye uyarlandı. Hastane olay yönetim araçları hastaneye özel hazırlandı. Kitlesele 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.(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-lik Yardım Ekibi İletişim Formu güncellendi.	17.01.2024	Kalite Uzmanı	Begüm ERDEM	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 5 / 763

İÇİNDEKİLER

KAVRAMSAL KISALTMA VE KARŞILIKLAR.....	1
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) ONAY SÜRECİ.....	2
DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ).....	3
DAĞITIM ÇİZELGESİ (DIŞ).....	3
TANIMLAR	14
BİRİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACIL DURUM PLANI (HAP)	17
1. Giriş.....	17
2. HAP Çerçevesi.....	18
3. Amaç	18
4. HAP Hukuki Dayanak.....	19
5. Kapsam	19
6. HAP İşleyişi.....	19
6.1. HAP'ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri	19
6.2. HAP Hazırlama Komisyonu	19
6.3. HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi	20
6.4. Hap' ın Diğer Paydaşlarla İle İlişkisi Ve Paylaşımı	20
7. Hap Eğitimleri Ve Tatbikatları	21
7.1. HAP Eğitimleri	21
7.1.1. HAP Eğitici Eğitimi.....	21
7.1.2. HAP Uygulayıcı Eğitimleri.....	21
7.1.3. HAP Yönetici Eğitimi.....	22
7.2. HAP Tatbikatları.....	22
8. Hastane Afet Risklerinin Azaltılması	22
8.1. Mevcut Durum Analizi	22
8.2. Hastane Afet Risk Değerlendirmesi	26
8.3. Yapısal Risklerin Azaltılması	28
8.4. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması	29

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 6 / 763

İKİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ	30
1. Acil Müdahale Planı	30
2. Afet Ve Acil Durum Yönetim Sistemi	32
2.1. Organizasyon Şeması	32
2.2. Görev Tanımları	34
3. Hastane Olay Yönetim Sistemi	42
3.1. Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi	42
3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin (OYS) Temel İşlevleri	42
3.1.2. Hastane Olay Yönetim Ekibinin (OYE) Oluşumu ve Görevleri	44
3.2. Hastane Olay Yönetimi Araçları	45
3.2.1. Standart Operasyon Prosedürü (SOP)	45
3.2.2. İş Akış Talimatları	45
3.2.3. Servis Müdahale Prosedürü	45
3.2.4. Formlar	45
3.2.4. Olay Eylem Planı (OEP)	45
3.3. Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı	46
3.2.1. Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin Çalışma Şekli	46
3.2.2. Haberleşmenin Düzenlenmesi	46
3.2.3. Görev Yelekleri	47
4. Kitlesel Yaralanmalı Olaylarda Müdahale Aşamaları	47
4.1. Müdahale Aşaması I : Basit Malzeme ve Ekipman Talebi(Lojistik Destek)	47
4.2. Müdahale Aşaması II : Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet triyaj ekibi ve/veyatravma ekibi)	48
4.3. Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması	48
5. Olay Bildirimi Ve Acil Müdahale Planı (Amp) Akitivasyonu	48
5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı	48
5.2. Olay Bildirim Akış Şeması	49
5.2. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri	49

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 7 / 763

5.3.	Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri ile İlgili Temel Eylemler	51
5.4.	AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi	53
5.5.	Acil Renk Kodu Sistemi	53
5.7	Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar	54
6.	Hastanenin Kapasitesi	55
6.1	Tedavi Kapasitesinin Artırılması	56
6.1.1.	Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği	56
6.1.2.	Ekipman ve Malzemelerin Artırılması	57
6.1.3.	Personelin Geri Çağırılması	57
6.1.4.	Gönüllü Yönetimi	58
6.1.5.	Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği	58
6.2.	Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları	58
7.	Hastane Afet Triyaj Alanı	58
7.1.	Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu	59
7.2.	Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler	59
7.2.	Trijaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması	62
7.3.	Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi	63
8.	Acil Servis Ve Hastane İç Hastane Trafik Akışı	64
8.1.	Hastanenin Acil Servis Birimi	64
8.1.1.	Kontamine Hastalar	64
8.1.2.	Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (Özellikle İnsandan İnsana Bulaşma Yoluyla Epidemiyeye Dönüşme İhtimali Olan)	64
8.1.3.	Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi	64
8.1.4.	Acil Serviste Temel İşlevler	64
8.2.	Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları	65
8.2.	Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)	65
8.3.	Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi	66
8.4.	Görev Yelekları ve Personel Kimlik Kartları	66

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 8 / 763

9. Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi.....	66
9.1. Genel İlke ve Esaslar	66
9.1.1. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları	67
9.1.2. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi	67
9.2. Hasta Kaydı ve Takibi	67
□ Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme	67
9.3. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme	68
9.4. Medyayı ve Toplumunu Bilgilendirme	68
9.5. Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi	68
9.6 Durum Raporları.....	68
9.7 Personel Brifingi	70
10. Güvenlik Ve Emniyet	70
10.1. Hastaneye Ulaşım	70
10.2. Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü	71
10.3. Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı	71
11. Lojistik Ve Malzemeler.....	72
11.1. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)	72
11.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu	72
12. Psikososyal Destek Faaliyetleri	72
12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları	72
12.1.1. Psikolojik Triyaj	73
12.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek	74
12.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek	75
12.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları	75
13. Ölü Ve Kayıplarla İlgili İşlemler	76
13.1. Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası	76
13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı.....	76
13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı	76

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 9 / 763

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON	78
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ	82
1. ACİL MÜDAHALE PLANI.....	83
2. HASTANE İÇİ YANGIN OLAYA ÖZEL PLANI	91
2.1. Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler).....	91
2.2. Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması	92
2.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	94
2.4. Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler.....	99
2.5. YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ	108
2.5.1. Hastane Çatısı Yangın Standart Operasyon Prosedürü.....	108
2.5.2. Yemekhane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	112
2.5.3. İdari Hizmetler Yangın Standart Operasyon Prosedürü	116
2.5.4. Yatan Hasta Katları Yangın Standart Operasyon Prosedürü	120
2.5.5. Poliklinikler Yangın Standart Operasyon Prosedürü	125
2.5.6. Acil Servis Yangın Standart Operasyon Prosedürü	129
2.5.7. Arşiv Yangın Standart Operasyon Prosedürü	133
2.5.8. Çamaşırhane Ve Malzeme Depoları Yangın Standart Operasyon Prosedürü	137
2.5.9. Eczane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	141
2.5.10. Laboratuvar Yangın Standart Operasyon Prosedürü	145
2.5.11. Radyoloji Bölümü Yangın Standart Operasyon Prosedürü	150
2.5.12. Teknik Alanlar Yangın Standart Operasyon Prosedürü	155
2.5.13. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Yangın Standart Operasyon Prosedürü	159
2.5.14. Ameliyathane Yangın Standart Operasyon Prosedürü	163
2.5.15. Genel Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü	168
2.5.16. Yenidoğan Yoğun Bakım Yangın Standart Operasyon Prosedürü	173
3. KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ PLANI.....	177
3.1. Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler).....	177
3.2. Kimyasal Bir Olay Durumunda Müdahale Algoritması	181

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 10 / 763

3.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi .	181
3.4. Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler	182
3.5. Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar.	183
3.6. KBRN Olayları Standart Operasyon Prosedürleri	191
3.6.1. Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	191
3.6.2. Kimyasal Dökülmelerde Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	195
3.6.3. Biyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü	198
3.6.4. Radyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü.....	202
3.6.5. Nükleer Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü.....	206
4. HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR OLAYA ÖZEL PLANI	209
4.1. Tahliye Tanımı Ve Yöntemleri.....	209
4.2. Tahliyede Genel İlkeler.....	210
4.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi.....	214
4.4.Tahliye İle İlgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları	214
4.4. Tahliye Standart Operasyon Prosedürleri	215
4.4.1. İdari Kat ve Eğitim Salonu Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	215
4.4.2. Yatan Hasta Katları Tahliye Standart Operasyon Prosedürü	218
4.4.3. Poliklinikler Tahliye Standart Operasyon Prosedürü	221
4.4.4. Doğumhane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	226
4.4.5. Acil Servis Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	230
4.4.6. Radyoloji Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	234
4.4.7. Laboratuvar Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	236
4.4.8. Eczane, Çamaşırhane, Arşiv Depolar Ve Teknik Alanlar Tahliye Standart Operasyon Prosedürü.....	240
4.4.9. Ameliyathane Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	243
4.4.10. Yenidoğan Yoğun Bakım Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü.....	247
4.4.11. Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesi Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü	251
5. HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ OLAYA ÖZEL PLANI	255

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 11 / 763

5.1. Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri.....	255
5.2. Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler	255
5.3. Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları	256
5.4. Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı.....	256
5.5. Hastane Pandemi Planı Çerçevesi	257
5.5.1. Hastane Pandemi Faaliyet Planı.....	257
5.5.2. İzolasyon Prosedürü.....	268
5.5.3. El Yıkama Ve Eldiven Giyme Talimatı	275
5.5.4. Hastane Temizliği Prosedürü.....	287
5.5.5. Yaşam Sonu Hizmetler Prosedürü.....	298
5.5.6. Hasta Nakli Sırasında Dikkat Edilecek Hususlar	301
5.6. Hastane Pandemi Planı Uygulama Örnekleri	302
5.6.1. Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu	302
5.6.2. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiğinin Sağlanması için Önlemler.....	303
5.6.3. Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi.....	309
6. HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ OLAYA ÖZEL PLANI.....	313
6.1. Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar	313
6.2. İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)	313
6.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	314
6.4. Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri.....	316
7. HASTANEDE SEL/SU BASKINI OLAYA ÖZEL PLANI	319
7.1. Sel/Su Baskını Algoritması	322
7.2. Hastanede Sel/Su Baskınları Standart Operasyon Prosedürü	323
8. DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ OLAYA ÖZEL PLANI	326
8.1. Depremde Acil Müdahale (Genel İlkeler).....	326
8.2. Personelin Bilmesi Gerekenler	327
8.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	328
8.4. Deprem Süreçleri Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	330

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 12 / 763

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR	334
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU EKLERİ	341
EK 1-A	346
İŞ AKIŞ TALİMATLARI	346
EK 1-B	419
STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ	419
EK 1-C	493
FORMLAR	493
EK 1-D	581
ÖZEL OPTİMED HASTANESİ ACİL SERVİS DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ	581
EK 1-E.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ORGANİZASYON ŞEMASI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 2-A	589
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO)	589
(Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetim Çerçevesi).....	589
EK 2-B	598
GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ (Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık Ön Değerlendirme Bilgisi)	598
EK 2-C	646
KAISER RİSK ANALİZİ	646
EK 2-D	653
COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ	653
EK 3-A	669
HAP ONAY SAYFASI	669
EK 3-B	671
2023 YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ	671
EK 4-A	673
KROKİLER/PLANLAR.....	673

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 13 / 763

EK 5- A	697
PROTOKOLLER.....	697
EK 5-B	713
HAP GÖREVLİ LİSTESİ	713
EK 5-C	716
HAP GÖREVLİ İLETİŞİM LİSTESİ	716
EK 5-D	720
HASTANE DAHİLİ TELEFON NUMARALARI	720
EK 5-D	724
TAHLİYE SORUMLU LİSTESİ	724
EK 6	727
SEL/SU BASKINI ALGORİTMASI	727
EK 7	729
ACİL DURUM EKİBİ GÖREV TANIMI	729
EK 8	732
HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ TALİMATI	732
EK 9-A	739
ACİL DURUM VE AFET MALZEME ENVANTER LİSTESİ	739
EK 9-B	743
MALZEME VE CİHAZ YÖNETİM PROSEDÜRÜ	743
EK 9-C	757
YANGIN OTOMASYON TABLO VE BAKIM PLANI	757
EK 9-D	759
HASTANE DEPREME DAYANIKLILIK RAPORU	759

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 14 / 763

TANIMLAR

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

ACİL DURUM YÖNETİMİ: Acil durumun meydana gelmesinden hemen sonra başlayarak, etkilenen toplulukların tüm ihtiyaçlarını zamanında, hızlı ve etkili olarak karşılamayı amaçlayan yönetim sürecidir. Sürekli olmayıp, acil durum olarak değerlendirilen bir olayın meydana gelmesi ile başlayarak, acil durumu gerektiren nedenler ortadan kalktığında sona eren bir yönetim şeklidir. Afet yönetiminin olaya müdahale ve kısa süreli iyileştirme faaliyetlerini kapsar (AFAD, 2014). Acil Durum Yönetimi ifadesi özellikle biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler ve sağlık alanında, Afet Yönetimi ifadesi yerine de kullanılabilmektedir (UNISDR, 2017). Acil Durum Yönetiminde, genel olarak, olası istikrarsızlaştırıcı ve/veya yıkıcı olayların öncesi, sırası ve sonrasında, önleme, hazırlık, müdahale ve iyileştirme süreçlerine risk yönetimi yaklaşımı söz konusudur (WHO, 2019).

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 15 / 763

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

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

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

HAP (HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI):Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde, hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen, standart çerçeveye ve kılavuza sahip planlardır.

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 16 / 763

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

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

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 17 / 763

BİRİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACIL DURUM PLANI (HAP)

1. Giriş

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 görecekle 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 18 / 763

2. HAP Çerçevesi

HAP Temsilciliği/Birimi/Ofisi hastanenin 2.blok 8.katta oluşturularak temsilcisi belirlenmiştir. HAP Hazırlama Komisyonu oluşturulmuştur. Komisyona eğitimler verilerek Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın amacı komisyonun görevleri hakkında bilgilendirmeler yapılmıştır. Komisyon üyeleri en az altı ayda bir periyodik olarak toplanarak süreçleri gözden geçirerek kayıt altına alınmaktadır. Gerekli durumlarda komisyon toplantılarına ilgili süreç sorumluları davet edilebilmektedir. Risk değerlendirmesi gözden geçirilerek planlanan ve yapılan iyileştirmeler paylaşılmaktadır. Hastanenin mevcut durumu değerlendirilmekte gerekirse ek önlemler belirlenmekte ve takibi yapılmaktadır. Plan her yıl gözden geçirilerek güncellenmektedir.

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;

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 19 / 763

- 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. HAP Hukuki 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.

5. Kapsam

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

6. HAP İşleyişi

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

Hastanenin fiziksel olarak bulunduğu bölge Türkiye Deprem Tehlike Haritası'na göre 3. Derece deprem bölgesinde yer almaktadır. Diğer afet ve acil durumlar risk analizinde belirlenmiştir. HAP içinde yer alan hastane Acil Müdahale Planı (AMP), TAMP'ta tanımlanan Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile uyumlu ve entegre şekilde hazırlanmıştır

6.2. HAP Hazırlama Komisyonu

Özel Optimed Hastanesi HAP Hazırlama Komisyonu Hastane Afet Ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği'nin 8. maddesinin c bendi doğrultusunda aşağıdaki üyelerden oluşmaktadır. HAP Hazırlama Komisyonu görev tanımları Mesul Müdür tarafından resmi yazı ile kurul üyelerine tebliğ edilmiştir.

EK 3-B				
	ÖZEL OPTİMED HASTANESİ 2024 YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYONÜYELERİ LİSTESİ		HAP.FR.	
			Yürürlük Tarihi	
			Revizyon No	
			Revizyon Tarihi	
			Sayfa No	
Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı/Görevi	Çalıştığı Birim	İmza
1	Ahmet HATİP	İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Uzmanı	İş Sağlığı ve Güvenliği	
2	Uzm. Dr. Necati KARAOĞLU	Başhekim	Tıbbi Direktörlük	
3	Filiz ALBAYRAK	Kalite Yönetim Direktörü	Kalite	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 20 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

4	Sevda SÜMBÜL	Hemşirelik Hizmetleri Direktörü	Hemşirelik Hizmetleri	
5	Demet ERSOY	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Hemşirelik Hizmetleri	
6	Yaşar GENÇ	Genel Müdür	Genel Müdürlük	
7	Bülent Ali KAPTANOĞLU	Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	
8	Öznur YILMAZ	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Acil Servis	
9	Yusuf DÜLGER	Destek Hizmetler Yöneticisi/Güvenlikten Sorumlu Müdür/HAP Birim Personeli	Destek Hizmetler	
10	Hasan COŞKUN	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	
11	Adnan Veli ŞENOL	Ameliyathane Sorumlu Hekimi	Ameliyathane	
12	Zeynep ARAS	Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yoğun Bakım	
13	Şerife ELBİR	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Yoğun Bakım	
14	Mehmet FIRAT	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sorumlusu	Tıbbi Direktörlük	
15	Mesut ÖZDEMİR	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni	Laboratuvar	
16	Uğur DURAN	Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi	İşletme Direktörlüğü	

6.3. HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi

Hastanede en yetkili kişi başkanlığında HAP Hazırlama Komisyonu oluşturulmuştur. 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 Paydaşlarla İle 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 21 / 763

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); Beşler Gıda (Gıda), Yeni Hayat Su, Sasha Otelcilik (Konaklama), Best Güvenlik (güvenlik hizmeti), Afacan Kreş (çocuklar için kreş hizmeti), Sancak Ecza Deposu, (İlaç), Habaş (Medikal Gaz), Avrasya Medikal ve EGS Medikal (Medikal malzeme ve İlaç) 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 Hastanesi Web sitesinde; personele duyurulması için intranette yayınlanır. Çalışanlara Yıllık Eğitim Planı kapsamında eğitimler ile verilmektedir. Ayrıca tatbikat planı doğrultusunda tatbikatlar gerçekleştirilerek bilgi ve bilinç düzeylerinin artması sağlanmaktadır.

7. Hap Eğitimleri Ve Tatbikatları

7.1. HAP Eğitimleri

Hastane Afet Planı kapsamında verilmesi gereken eğitimlerin tarihleri, Eğitim Kurulu tarafından belirlenerek Yıllık 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 (Resmi Gazete 04.02.2014) kapsamında yürütülür.

7.1.2. HAP Uygulayıcı Eğitimleri

HAP Uygulayıcı Eğitimlerine HAP Hazırlama Komisyonu'nda bulunması zorunlu olan kişiler ve incelemeden sorumlu kişiler katılır. Hastanemizde HAP Uygulayıcı Eğitimine 12 kişi katılmıştır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 22 / 763

7.1.3. HAP Yönetici Eğitimi

Hastanemizde Yönetici Eğitimi alan 2 yöneticimiz bulunmaktadır. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi/bu görevi üstelenen birim tarafından Yönetici Eğitimi düzenlenir. Eğitime Hastane Afet Planı Başkanı inceleme makamından sorumlu kişi katılır. Eğitim süresi bir gündür ve eğitimde Genel Müdürlük tarafından hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Genel Müdürlük tarafından oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır. Yönetici, talep ettiği takdirde üç günlük Uygulayıcı Eğitimine katılabilir.

Personel Eğitiminin Dokümantasyonu:

HAP ve Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında afet ve acil durumlara yönelik yapılması planlanan eğitimler Hastane Afet Planı, Acil Durum Kodları, Depre, Yangın, Kırmızı Kod, Hastane Tahliyesi, Yangın Söndürme Tüpü Kullanımı, Mavi Kod, Beyaz Kod, Pembe Kod olarak belirlenmiş olup Form 44'te belirtilmiştir. Yıl içerisinde gerçekleştirilen eğitimlere ait bilgiler Form 45'e işlenmektedir.

7.2. HAP Tatbikatları

 2024 YILI YILLIK TATBİKAT PLANI VE RAPORU					
Konusu	Tatbikat Şekli	Planlanan Tarih	Gerçekleşen Tarih	Tatbikat Yeri	Tatbikata Katılan Kurumlar
Beyaz Kod	Uygulamalı	18.10.2024		Poliklinik	
Mavi Kod	Uygulamalı	14.12.2024		Onkoloji	
Kırmızı Kod	Uygulamalı	30.07.2024		İdari Bölüm	
Pembe Kod	Uygulamalı	25.10.2024		Kadın Doğum Servisi	
Turuncu Kod	Uygulamalı	28.06.2024		Acil Servis	İl Sağlık Müdürlüğü
Sarı Kod	Uygulamalı	27.11.2024		İdari Bölüm	
Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Masa Başı	28.06.2024		Olay Yönetim Merkezi	İl Sağlık Müdürlüğü
Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı	Uygulamalı	07.11.2024			İl Sağlık Müdürlüğü

8. Hastane Afet Risklerinin Azaltılması

8.1. Mevcut Durum Analizi

Hastanemiz Atatürk Caddesi, Gazim Mustafa Kemal Paşa Mahallesi No:118 Çerkezköy/Tekirdağ adresinde yer almaktadır. 179 yatak kapasitesine sahiptir. Acil servis 7/24 hizmet vermektedir.

Hastane Binasının Fiziki Özellikleri:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 23 / 763

Hastane; mevcut durumda 2 anabinadan oluşmaktadır. Eski bina olarak adlandırılan 1. No'lu bina zemin üstüne 6 kat ve 2 bodrum kattan oluşmaktadır. Yeni bina olarak adlandırılan 2 No' lu bina ise zemin üstüne 8 kat, heliport alanı ve 5 bodrum katından oluşmaktadır.

2. blok çatıda heliport alanı

2.blok 8.katta eğitim salonu

2.blok 7.katta yemekhane

2.blok 6., 5., 4., ve 3.katlarda 66 yatak kapasiteli hasta odası

2.blok 2.katta bilgi işlem ve teknik alanlar

2.blok zemin katta poliklinikler

2.blok -1 katta; Poliklinikler,arşiv ve teknik alanlar,

2. blok -2.katta ameliyathane

2.blok -3.katta yetişkin yoğun bakım ve eczane

2.blok -4.katta onkoloji

2.blok -5.katta depo

1.blok 6.katta idari bölümler

1.blok 5.katta müşahade alanı ve ameliyathane

1.blok 4.katta yenidoğan yoğun bakım

1.blok 3.kat ve 1.blok 2.katta kadın doğum servisleri

1.blok 1.katta poliklinikler

1.blok zemin katta acil servis

1.blok -1.katta laboratuvar ve radyoloji

1.blok -2.katta fizik tedavi merkezi ve anjiyodan oluşan bir sağlık kuruluşudur.

Toplanma noktaları, tahliye alanı, triyaj vb. alanları, afet deposu, asansörler, güvenlik giriş noktaları, geçici morg alanı krokilerde belirtilmiştir.

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

Blok Sayısı	2
Servis Sayısı	10 (Dahiliye, Cerrahi, KDS, Acil, YYB, YDYB, KVC YB, Koroner YB)
Yatak Sayısı/Olağan Durumlarda Doluluk Oranı	179 /%79,2; Afet ve Acil Durumlarda Kapasite %20 Oranında Arttırılabilir
Dahiliye Servisi	34 (Yatak Sayısı)
Cerrahi Servisi	32 (Yatak Sayısı)
Kadın Doğum –Çocuk Servisi	25 (Yatak Sayısı)
Doğum Salonu	5 Adet Sancı Odası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 24 / 763

Acil Servis	7 Adet Müşahede Yatak	
Endoskopi Ünitesi	2 Adet Hasta Dinlenme Yatağı	
Yenidoğan Yoğunbakım	13 Yatak	
Genel Yoğunbakım	16 Yatak	
Koroner Yoğunbakım	4 Yatak	
Ameliyathane	5 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

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	Endoskopi
Cildiye (Dermatoloji)	Üroloji	Mikrobiyoloji Laboratuvarı
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
Beslenme ve Diyetetik	Çocuk Cerrahisi	Odyoloji
Radyasyon Onkolojisi	Kalp Damar Cerrahisi	Koroner Yoğun Bakım

Ortalama Günlük Vaka Kabul Sayısı (2023 Yılı Verilerine Göre)

Nöbetçi Uzman Sayısı	1 Anestezi Uzmanı, 6 İcapçı Uzman Hekim
Poliklinik Günlük Başvuru Sayısı	770
Günlük Ameliyat Sayısı	22
Servis Günlük Hasta Kabul Sayısı	72
Acil Servis Günlük Başvuru Sayısı	155

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 25 / 763

Genel Yoğunbakım Günlük Hasta Kabul Sayısı	3
Yenidoğan Yoğunbakım Günlük Hasta Kabul Sayısı	2

Mevcut Ekipman Malzeme Ve Diğer Kaynaklar

Jeneratör	3 adet jeneratör
UPS	6 adet UPS (3 adet 100 kw, 1 adet 120 kw, 1 adet 60 kw, 1 adet 160 kw kapasiteli)
Su Deposu	3 adet (1 adet kullanım depose 36 ton, 1 adet yangın depose 72 ton, 1 adet yangın depose 4 ton)
Yangın	116 Adet Yangın Söndürme Tüpü,38 Adet Yangın Söndürme Dolabı, 3 adet otomatik CO2 söndürme sistemi (Mahallere ve ihtiyaca göre konumlandırılmıştır)
Sedye	14 muayene sedyesi,10 transfer sedyesi, 5 kaşık sedye
Tekerlekli Sandalye	20 adet tekerlekli sandalye, 1 adet tahliye sandalyesi
Muayene Masası	53 adet
Ventilatör	30 adet
Oksijen Tüpü/Oksijen Tank Kapasitesi	10 adet seyyar oksijen tüpü ve 1 adet oksijen üretim sistemi
Hemodia Filtrasyon Cihazı	3 Adet
Röntgen	2 Adet Sabit Röntgen Cihazı, 2 adet portable
Manyetik Rezonans	1 adet
Tomografi	1 adet
Ultrason	12 adet
Eko cihazı	1 adet
Laboratuvar	2 adet hemogram, 1 adet biyokimya cihazı, 2 mikroskop, 1 kardiyak
Ulaştırma/Hizmet Araç Sayısı	3 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	8 Tane Telsiz,40 Dech Telefon,2 Fax,
Diğer Kişisel Koruyucu Ekipmanlar	Reflekte yelek, Baret, Toz Maskesi, Gaz Maskesi, Nitril Eldiven, Çelik Burunlu İş ayakkabısı, Çizme, Emniyet Kemeri, İş Gözlüğü, İş Elbisesi
Kuvöz	13 Adet Kuvöz 1 Adet Transport Kuvöz

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 26 / 763

Toplam personel sayısı:

- Uzman Doktor:62
- Pratisyen Doktor:10
- Hemşire:75
- Ebe:5
- Laboratuvar Teknisyeni/Teknikeri:13
- Radyoloji Teknisyeni/Teknikeri:11
- Anestezi Teknisyeni/Teknikeri:24
- Diğer: 369

Toplam personel sayısı:569

Operasyon kapasitesini artıracak alanlar

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

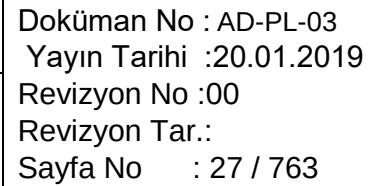
Yerler/ Alanlar	Alan m2	Su		Elektrik/ Enerji		Telefon/ Haberleşme		Gözlemler*
		EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	
Poliklinikler	53 adet	x		x		x		Polikliniklerde medikal tıbbi gaz sistemi mevcuttur. Olası bir afet durumunda yataklı servise çevrilebilecek özelliktedir.

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 değerlendirilmesi 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



Doküman No : AD-PL-03
Yayın Tarihi :20.01.2019
Revizyon No :00
Revizyon Tar.:
Sayfa No : 28 / 763

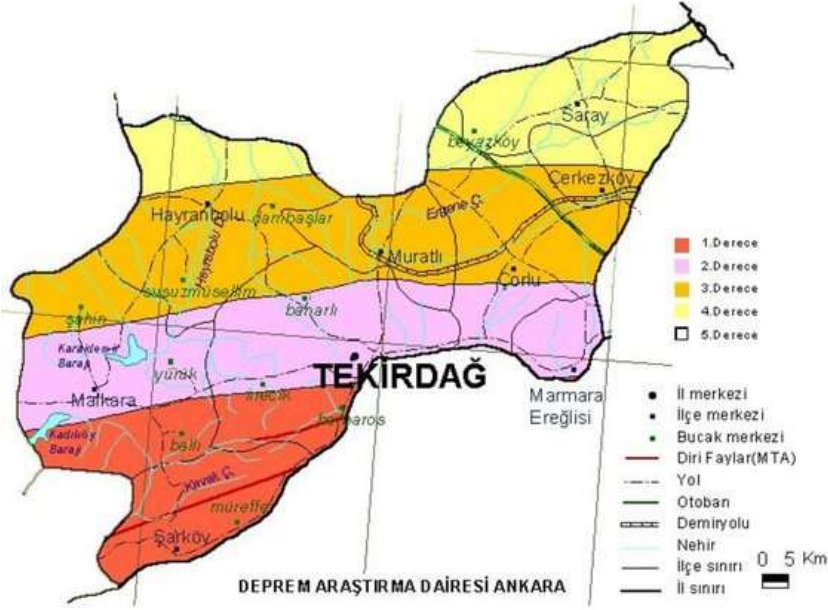
8.3. Yapısal Risklerin Azaltılması

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





İl Deprem Bölge Haritası

8.4. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

Hastane binalarının taşıyıcı sistemlerini oluşturan kolon, kiriş, döşeme, duvar vb. yapısal elemanlarının dışında kalan elemanları yapısal olmayan elemanlardır. Hastanelerde afet güvenliği bakımından yapısal olmayan unsurlarla ilgili değerlendirmeler Bina Turları ve Bölüm Bazlı Risk Analizleri ile belirlenmektedir. Hastanemizde Yapısal olmayan riskleri azaltmak amacı ile Tesis Güvenliği Komitesi kapsamında 3(Üç) aylık periyotlarda **Bina Turu Ekibi tarafından Bina Turu, Risk Yönetim Ekibi tarafından da her yıl Bölüm Bazlı Risk analizi yapılmaktadır.**

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

1. Düşme ve sallanma riski olan aydınlatma ile ilgili tesisat ve diğer unsurlar sabitlenmektedir.
2. Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmektedir.
3. Oksijen tüpleri, hastane arabaları, sedyeler hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmekte ve sabitlenmektedir.
4. Ağır unsurların çalışma alanlarından uzak yerlere asılması sağlanmaktadır.
5. Duvarlardaki tablo vb.nin kancalı vidalarla tutturulmaktadır.
6. Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere yerleştirilmektedir.
7. Pencere camlarının kırılıp insanların üzerine düşmesini engellemek için koruyucu film kaplanması yapılmıştır.
8. Hastanenin satın alma süreçlerinde depreme uygun standartlarda araç- gereç ve malzeme alımını sağlaması için, hazırlanan teknik şartnamelerde ilgili maddelere yer verilmektedir.

Ayrıca, 3 ayda bir bina turları ile kontrollerde herhangi bir uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu ile kayıt altına alınmakta ve faaliyet planlanmaktadır.

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 30 / 763

İKİNCİ BÖLÜM HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ

1. Acil Müdahale Planı

Acil Müdahale Planı herhangi bir afet veya acil durumda uygun müdahale yöntemlerinin belirlenmesi ve organizasyonun sağlanması açısından önemli olup Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) önemli bir parçasıdır. Acil müdahale planının aktive edilmesi ile hastanede acil durum moduna geçilir ve olay yönetim ekibi aktif hale getirilir.



Şekil 1Hastane Afet ve Acil Müdahale Planı Şeması

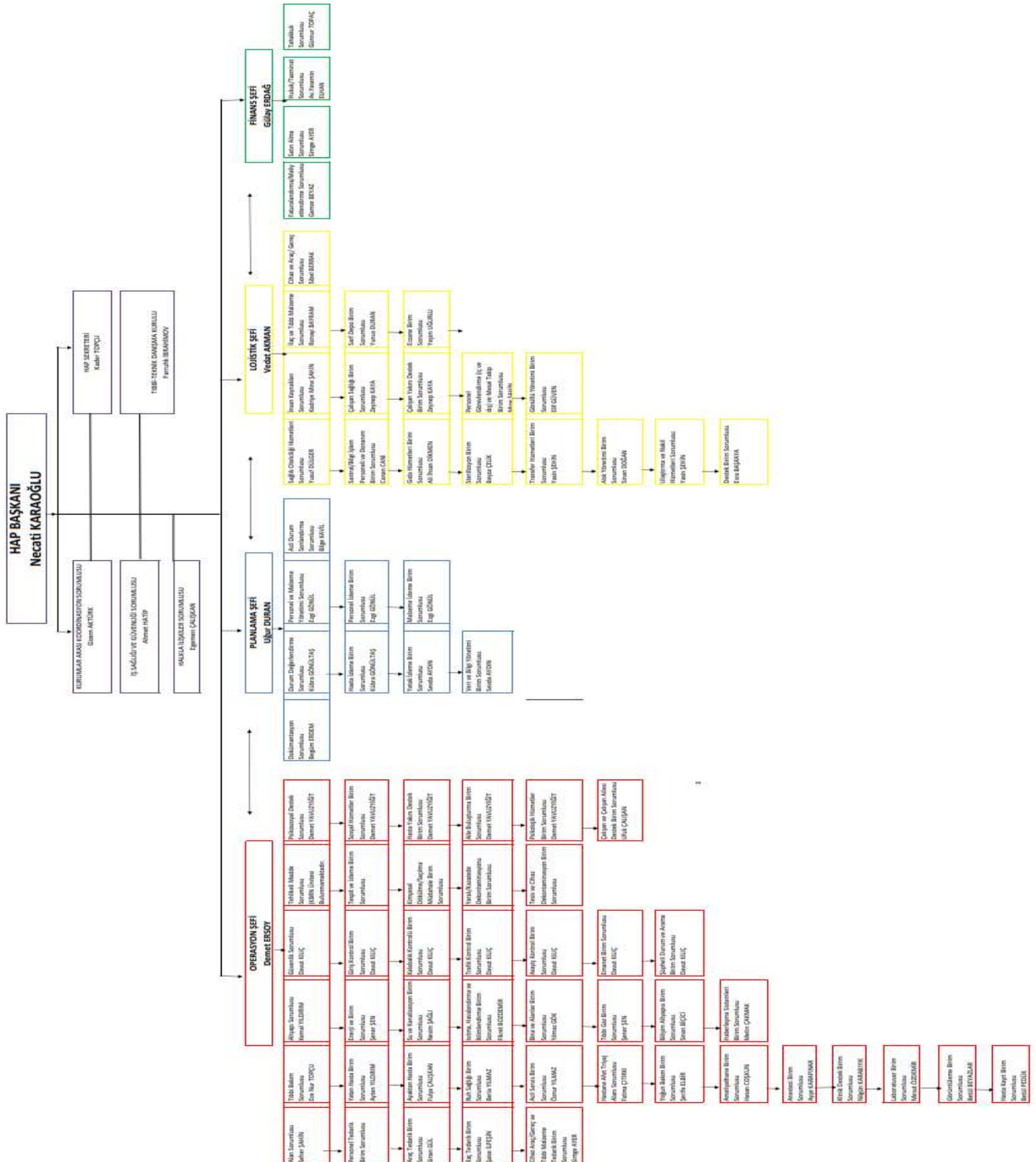
	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 31 / 763

Afetin Oluş Saati;

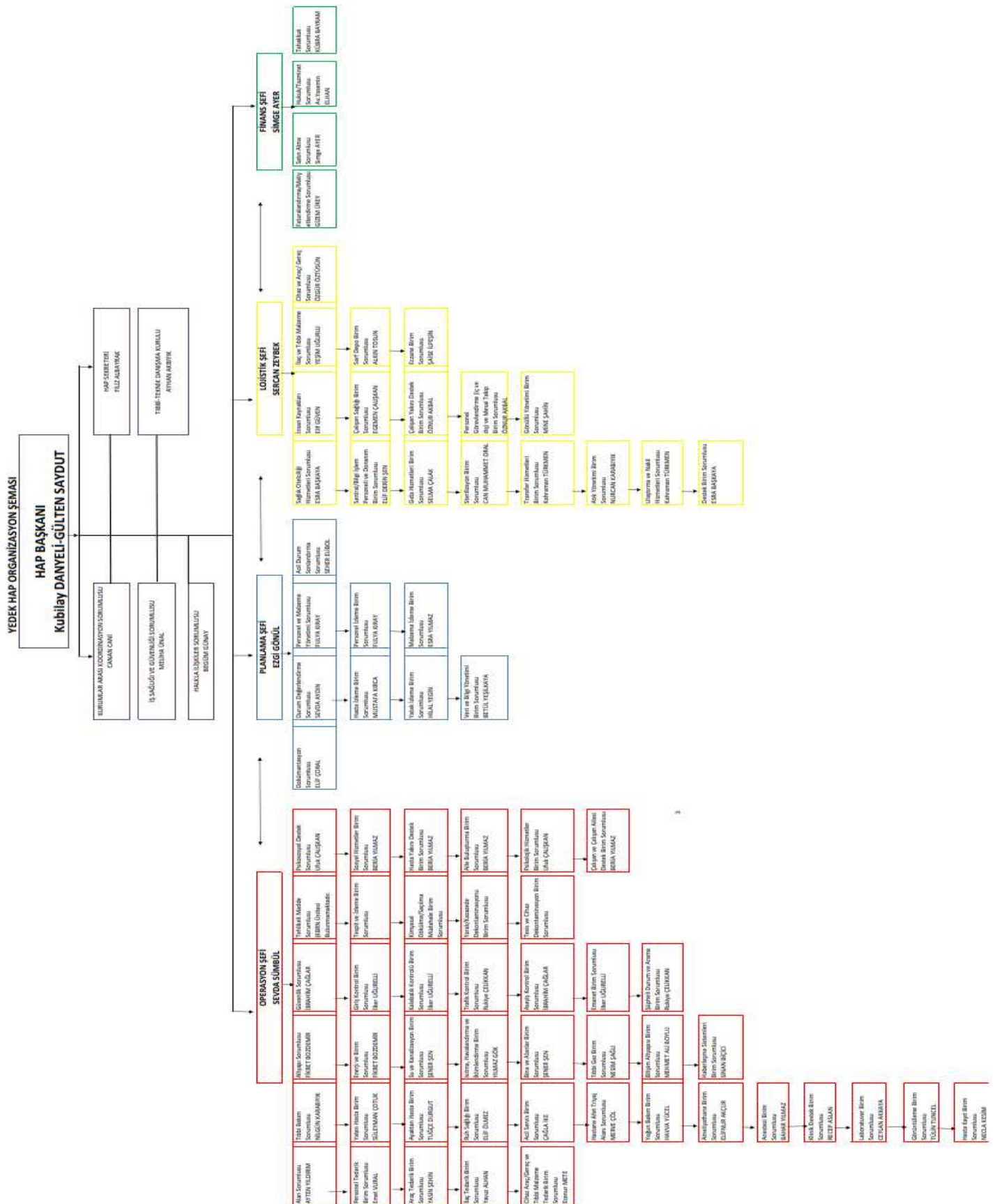
- Mesai saati içerisindeyse (08:00/18:00) , hastane afet planının işleyişi HAP Başkanı(Başhekim) başkanlığında, HAP Başkanı olmadığı zamanlarda en yetkili OYE üyesi tarafından görev yürütülür.
- Mesai saatleri dışında (18:00/08:00) HAP Başkanı (olmadığın durumlarda yedeği) hastaneye ulaşana kadar Nöbetçi 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 Acil Durum Yönetim Sistemi

2.1. Organizasyon Şeması



Şekil 2 Acil Durum Yönetimi (Hap) Organizasyon Şeması



Şekil 3Acil Durum Yönetimi (Hap) Yedek Organizasyon Şeması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 34 / 763

2.2. Görev Tanımları

1. HAP BAŞKANI (BAŞHEKİM)

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

2. HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU (KURUMSAL İLETİŞİM UZMANI)

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

3. KURUMLAR ARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU (TIBBİ SEKRETER)

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

4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SORUMLUSU (İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI)

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

5. TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU (GÖĞÜS CERRAHİSİ UZMANI)

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

Tıbbi Teknik Danışma Kurulu'nda Olması Önerilen Alanlar	5.1 Biyolojik/Enfeksiyöz Olaylar HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, biyolojik ya da bulaşıcı hastalıklara acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.
	5.2 Kimyasal Olaylar HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, spesifik kimyasal olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.
	5.3 Radyolojik/Nükleer Olaylar HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, radyolojik ve nükleer olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için danışmanlık hizmeti verir.
	5.4 Klinik Yönetim HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, hastane klinik özelliklerinin ve hizmetlerinin korunmasını sağlama konularında danışmanlık hizmeti verir.
	5.5 Hastane Yönetimi Görevlendirildiğinde hastane hizmetlerinin kapasite ve yeteneği ile müdahale eylemlerinin gözetimini sağlar; HAP Başkanı veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir.
	5.6 Hukuk Bürosu HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin afet ve acil durumlara yanıtı ile ilgili konularda hukuki danışmanlık hizmeti verir.
	5.7 Risk Yönetimi HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin risk yönetimi ve zarar azaltma politikaları konusunda danışmanlık hizmeti verir.
	5.8 Tıbbi Personel HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi personel ile ilgili konularda danışmanlık hizmeti verir.
	5.9 Pediyatrik Bakım HAP Başkanı ya da bölüm şefine, pediatrik bakım konusunda danışmanlık hizmeti verir.
	5.10 Tıbbi Etik HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi etik konularında danışmanlık hizmeti verir.

6. HAP SEKRETERYASI (YATAN HASTA DANIŞMANI EKİP LİDERİ)

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

7. OPERASYON ŞEFİ (HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ)

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

7.1 ALAN (Hastane Dışı Olay Yeri) SORUMLUSU (CERRAHİ SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ)

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

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.1.1 Personel Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.2 Araç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

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

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

7.1.4 İlaç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU (EĞİTİM VE ENFEKSYON KONTROL HEMŞİRESİ)

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

Tıbbi Bakım Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.2.1 Yatan Hasta Birim Sorumlusu

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

7.2.2 Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

7.2.3 Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

7.2.4 Acil Servis Birim Sorumlusu

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

7.2.5 Hastane Afet Triyaj Alanı Birim Sorumlusu

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

7.2.6 Yoğun Bakım Birim Sorumlusu

Yoğun bakım birimlerini yönetir ve hizmete devamlı hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar

tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

7.2.7 Ameliyathane Birim Sorumlusu

Ameliyathaneleri yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Önceden yapılan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

7.2.8 Anestezi Birim Sorumlusu

İhtiyaca göre yedek personeli göreve çağırır; gerekiyorsa yedek cihazları devreye sokar. Vakaların niteliklerini ve ameliyat sürelerini göz önüne alarak ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli süreçlerin aksatılmadan yürütülmesini sağlar.

7.2.9 Klinik Destek Birim Sorumlusu

Hastaların tıbbi bakımı ile ilgili yardımcı klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir (ilaç, tıbbi malzeme, laboratuvar hizmetleri, tıbbi görüntüleme hizmetleri, kan ve kan ürünleri, morg hizmetleri).

7.2.10 Laboratuvar Birim Sorumlusu

Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Önceden yapılan planlamalar doğrultusunda kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

7.2.11 Görüntüleme Birim Sorumlusu

Görüntüleme birimlerinin yönetimi, hizmete sürekli hazır bulundurulması, önceden yapılan planlamalar doğrultusunda kapasite artışının sağlanması, gerekli tıbbi cihaz ve malzemenin temini, seyyar cihazların talep edilen yerlerde çalıştırılmasından sorumludur. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

7.2.12 Hasta Kayıt Birim Sorumlusu

Yatan ve ayaktan hasta kayıtlarını düzenler ve yönetir.

7.3 ALTYAPI SORUMLUSU

(TEKNİK SERVİS GÖREVLİSİ)

Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atıksu, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.

Altyapı Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.3.1 Enerji ve Aydınlatma Birim Sorumlusu

Hastane için hayati önemi olan ana ve yedek enerji kaynaklarının ve aydınlatma sistemlerinin sürekliliğini sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.

7.3.2 Su ve Kanalizasyon Birim Sorumlusu

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

7.3.3 Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme Birim Sorumlusu

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

7.3.4 Bina ve Alanlar Birim Sorumlusu

Hastane binaları ve alanlarının fonksiyonel durumda tutulmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. Hastanedeki her türlü mekanik sistemin sürekli çalışır durumda tutulmasından sorumludur (asansör, otomatik kapı,giriş-çıkış kapısı vb)

7.3.5 Tıbbi Gaz Birim Sorumlusu

Tıbbi gaz sistemlerinin düzenli çalışmasını sağlar. Medikal gazların klinik bakım alanlarına sevkini düzenler ve dağıtır. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.

7.3.6 Bilişim Altyapısı Birim Sorumlusu

Hastane bilişim alt yapısının sürekli çalışır durumda olmasını sağlar, gerektiğinde yedek sistemlerin devreye alınmasından sorumludur. Alternatif tıbbi bakım sahalarında gerekli olan bilişim altyapısını kablolu veya kablosuz olarak kurar ve çalışmasını sağlar. Gerektiğinde hastane bilgi yönetim sistemine uzaktan güvenli bir şekilde erişilmesini ve uygun çalışma olanaklarını sağlar.

7.3.7 Haberleşme Sistemleri Birim Sorumlusu

Hastane santrali, telsiz, çağrı cihazı vb. sistemlerin çalışır durumda tutulmasından, iç ve dış iletişimin sürekli sağlanmasından sorumludur. Çağrı cihazı ve telsizlerin bakımlı ve şarjlı tutulmasını sağlar. Gerektiğinde yedek sistemleri devreye sokar. Operasyonun seyrine göre ihtiyaç duyulan noktalara iletişim sistemi kurulmasını sağlar.

7.4 GÜVENLİK SORUMLUSU

(GÜVENLİK GÖREVLİSİ)

Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle iş birliği vb.) yürütür ve koordine eder.

Güvenlik Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.4.1 Giriş Kontrol Birim Sorumlusu

Hastaneye giren ve çıkan kişileri izleyerek ve kontrol ederek hastanenin, çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının emniyetini sağlar.

7.4.2 Kalabalık Kontrolü Birim Sorumlusu

Olay yeri güvenliğini ve kalabalığın kontrolünü sağlar.

7.4.3 Trafik Kontrol Birim Sorumlusu

Hastane içi araç trafiği emniyetini düzenler ve uygular.

7.4.4 Asayiş Kontrol Birim Sorumlusu

Hastane emniyetini hastane dışından kolluk kuvvetleriyle koordine eder.

7.4.5 Emanet Birim Sorumlusu

Hastaneye gelen/ getirilen hasta/yaralı ve ölülerin eşyalarının kayıt

	altına alınarak korunmasından ve sonrasında sahiplerine veya yetkili makamlara iletilmesinden sorumludur. Bu iş ile ilgili gerekli organizasyonu sağlar. 7.4.6 Şüpheli Durum ve Arama Birim Sorumlusu Güvenlik ihlalleri veya altyapı hasarları sırasında şüpheli paket, şüpheli kişi ile kayıp çalışan, hasta ya da ziyaretçilerin aranmasını koordine eder.
7.5 TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU (ACİL SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ) KBRN olaylarına müdahale kapsamında tespit, izleme, dökülme /saçılma yönetimi, maruz kalanların, teknik ve acil dekontaminasyonunun yapılması ile hastane ve ekipman dekontaminasyonu çalışmalarının organize edilmesi ve yönetilmesinden sorumludur.	Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.5.1 Tespit ve İzleme Birim Sorumlusu KBRN olayında söz konusu madde ile ilgili yürütülen aktivitelere yönelik tespit ve izleme çalışmalarını koordine eder. 7.5.2 Kimyasal Dökülme/Saçılma Müdahale Birim Sorumlusu Hastane içi tehlikeli maddelerin dökülme/saçılma müdahale planlarının uygulanmasını koordine eder. 7.5.3 Yaralı/Kazazede Dekontaminasyonu Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hasta dekontaminasyonu ile ilgili eylemlerin koordinasyonunu sağlar. 7.5.4 Tesis ve Cihaz Dekontaminasyon Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hastane ve ekipmanların dekontaminasyonu ile ilgili eylemleri koordine eder.
7.6 PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU (HASTA HAKLARI SORUMLUSU)	Psikososyal Destek Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.6.1 Sosyal Hizmetler Birim Sorumlusu Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar. 7.6.2 Hasta Yakını Destek Birim Sorumlusu Afet ve acil durum süresince ortaya çıkabilecek, iletişim, konaklama, beslenme, sağlık, manevi ve duygusal vb. ihtiyaçları da içeren, hastave hasta ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken psikososyal desteği sağlar ve organize eder. 7.6.3 Aile Buluşturma Birim Sorumlusu Ailelerin tekrar biraraya getirilmesi için çalışmaları yapar. 7.6.4 Psikolojik Hizmetler Birim Sorumlusu Psikososyal destek faaliyetleri kapsamında bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için sevk edilmesi, gerektiğinde bireysel terapötik görüşmelerin yürütülmesi ve takip edilmesi vb. hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur. 7.6.5 Çalışan ve Çalışan Ailesi Destek Birim Sorumlusu Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin afet ve acil durum halinde temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak; personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojik takiplerinin yapılmasından sorumludur.
8. PLANLAMA ŞEFİ (TEKNİK VE TEKNOLOJİK HİZMETLER YÖNETİCİSİ) Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini; taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini, uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planının hazırlanmasını sağlar.	

8.1 PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU (HASTA HİZMETLERİ DİREKTÖRÜ)

Afet ve acil durum süresince ihtiyaç duyulacak personelin, ekiplerin, binaların, malzemelerin ve ana teçhizatın durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi sağlamak; afet ve acil durum operasyonları için ayrılan tüm kaynakların listesini hazırlamakla sorumludur

Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusuna Bağlı Birimler:

8.1.1 Personel İzleme Birim Sorumlusu

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

8.1.2 Malzeme İzleme Birim Sorumlusu

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

8.2 DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU (DAHİLİ SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ)

Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileri toplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişmeler için öngörüler geliştirir. Olay Eylem Planında kullanılmak üzere bilgi istihbarat toplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritaları hazırlar

Durum Değerlendirme Sorumlusuna Bağlı Birimler:

8.2.1 Hasta İzleme Birim Sorumlusu

Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yapar.

8.2.2 Yatak İzleme Birim Sorumlusu

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

8.2.3 Veri ve Bilgi Yönetimi Birim Sorumlusu

Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulanarak raporlanması ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına iletilmesinden sorumludur.

8.3 DOKÜMANTASYON SORUMLUSU (KALİTE UZMANI)

Afet ve acil durumlarla ilgili müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini de içine alacak şekilde tüm gelişme ve faaliyetlerin doğru ve eksiksiz olarak dokümanite edilmesini sağlar. İhtiyaç halinde belgelerin kopyalarını hazırlamak, afet ve acil durum dokümanlarını hukuki, bilimsel çalışma, finansal geri ödeme amaçları ve tarihsel veri niteliğinden yararlanmak için kayıt altına almak, korumak ve saklamakla sorumludur.

8.4 ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU (YDYB SORUMLU HEMŞİRESİ)

HAP Başkanının afet ve acil durumu sonlandırma kararıyla; için, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel süreçler

kapsamında gerekli faaliyetleri koordine etmekten sorumludur.

9. LOJİSTİK ŞEFİ (DEPO SORUMLUSU)

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

9.1 SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU (DESTEK HİZMETLER YÖNETİCİSİ)

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

Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9.1.1 Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu

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

9.1.2 Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.3 Sterilizasyon Birim Sorumlusu

Hasar ve arıza varsa ilgili birimlere bildirir; ihtiyaca göre yedeklerini devreye sokar. Ameliyathane, hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemelerin sterilize edilerek kullanıma hazır vaziyette tutulmasını sağlar.

9.1.4 Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri Birim Sorumlusu

Çamaşır Hizmetleri: Çamaşırhane ile ilgili hasar tespitini yapar. Durumu değerlendirir. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Hastanenin çamaşır toplama ve yıkama talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar; gerekiyorsa yedek personeli devreye sokar.

Temizlik Hizmetleri: Temizlik hizmetleriyle ilgili durum değerlendirmesi yapar. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Temizlik hizmetlerinin, hastanenin temizlik hizmetleri talimatına uygun olarak kesintisiz sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar. Alternatif bakım alanları açıldıysa o bölümlerin temizlik hizmetlerini planlar. Gerekirse mesai dışı personel ve yedek malzemeleri devreye sokar.

9.1.5 Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.6 Atık Yönetimi Birim Sorumlusu

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

9.1.7 Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu

Hastaneye ait veya kiralanmış araçların ve görevli personelin organizasyonunu yapar. OYE karar aldığı takdirde imkanlar dahilinde göreve çağırılan personelin ve ailelerinin hastaneye ulaşımını, kendi imkanları yeterli olmayan taburcu hastaların evlerine nakillerini organize eder. Hastaneye veya hastane dışına malzemelerin taşınmasını koordine eder.

9.1.8 Destek Birim Sorumlusu

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

9.2 İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU (İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU)

Personelin geri çağrılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını, oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur.

İnsan Kaynakları Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9.2.1 Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu

Personele lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar.

9.2.2 Çalışan Yakını Destek Birim Sorumlusu

Personel aileleri için tıbbi, lojistik, davranış sağlığı ve günlük bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlar; gerekirse aile üyelerinin aşılama ve bağışıklama hizmetlerini koordine eder.

9.2.3 Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu

Görevi başında ve izinde olan personeli takip eder. Birim taleplerine göre HAP Başkanı onayı ile görevlendirme yapar. Gerekli personeli göreve çağırır. Dışardan gelen destek personelinin ilgili birimlerde çalışmasını sağlar. Personelin mesaisi ile ilgili dokümantasyondan sorumludur. Mesai, fazla mesai ve gönüllü çalışma saatlerini izler ve rapor tutar.

9.2.4 Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusu

Hastaneye yardım için başvuran gönüllülerin tedavi alanlarından uzak bir noktada karşılanmasını sağlar. Tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur. Gönüllüleri yetkinlik ve yeteneklerine göre sınıflandırır. Güvenli ve yetkin gördüklerinin kimlik bilgilerini kayıt altına alır, kimliklendirir ve gönüllü yeleklerini verir. Gönüllü talimatını okutur, durum ve hastane ile ilgili bilgi verir. HAP Başkanı talimatıyla ihtiyaç duyulan tedavi birimlerine bir görevli eşliğinde yönlendirir ve ilgili birim sorumlusunun emrine girmesini sağlar. Gerektiğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydını yaptıranları göreve davet eder.

9.3 CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU (BİYOMEDİKAL SORUMLUSU)

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

9.4 İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU (ECZACI)

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

9.4.1 Sarf Depo Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan tıbbi malzemenin sağlanmasından ve stok takibinden sorumludur.

9.4.2 Eczane Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasından stok takibinden sorumludur

10. FİNANS ŞEFİ (SATINALMA SORUMLUSU)

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

10.1 SATIN ALMA SORUMLUSU (SATINALMA GÖREVLİSİ)

Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu, HAP Başkanı tarafından onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyalin satın alımı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 42 / 763

ve/veya kiralanmasından sorumludur.	
10.2 FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU (ANLAŞMALI KURUMLAR SORUMLUSU) Olayın maliyet analizini yaparak raporlamaktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamaktan sorumludur.	
10.3 HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU (AVUKAT) 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.	
10.4 TAHAKKUK SORUMLUSU (HAKEDİŞ SORUMLUSU) Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.	

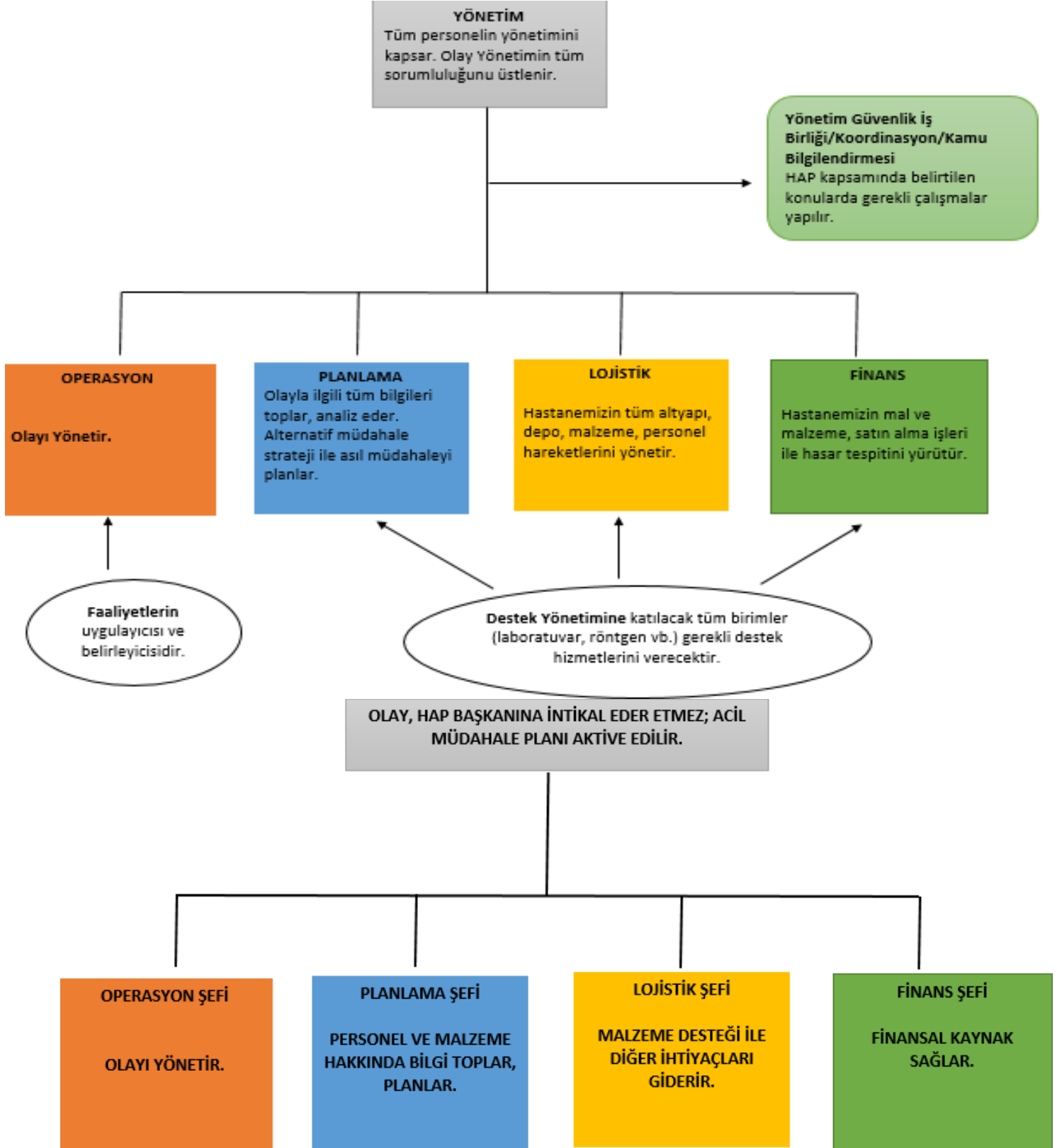
3. Hastane Olay Yönetim Sistemi

3.1.Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

Hastanemiz bünyesinde meydana gelen afet ve acil durumların yönetimi Hastanne Olay Yönetim Merkezinde Olay Yönetim Ekibi tarafından yürütülür. Organizasyon şemasında birimlerde görevli personeller belirlenmiş olup olayın türüne ve büyüklüğüne göre olay yönetim ekibi tarafından ilgili sorumlular aktif edilerek operasyon sürdürülecektir. Olayın türüne göre hızlı ve etkin müdahale edilmesini sağlamak için olaya özel planlar oluşturulmuş olup olay yönetim ekibinin onayı doğrultusunda uygulamaya geçilir.Kurumumuzun yetersiz kaldığı durumlarda protokol imzalanan paydaşlardan destek talep edilir.

3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin (OYS) Temel İşlevleri

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



Şekil 4 Hastane Olay Yönetim Sistemi.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 44 / 763

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 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 Görevleri

•HAP Başkanı Olay Yönetim Merkezini her zaman aktive olan tek pozisyonudur. Olay Yönetim Ekibi HAP Başkanı'nın mor kod 1 anonsu ile birlikte Olay Yönetim Merkezinde toplanır ve yaşanan durumun ilk değerlendirmesi yapılır. Olay Yönetim Ekibinde Operasyon Şefi, HAP Başkanı, Halkla İlişkiler Sorumlusu, İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu, Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu, Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu, HAP Sekreteryası, Operasyon Şefi, Planlama Şefi ve Finans Şefi bulunmaktadır. Yaşanan olayın büyüklüğü ve niteliğine göre HAP Başkanı ekiplerden mevcut durum analizi, bina alt yapı güvenliği, personel durumu,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 45 / 763

hastane doluluk oranı vb. bilgileri talep eder. Mor kod 2 anonsu verilerek ekiplerin alt ekipleri ile irtibata geçmesi sağlanır. Ekipler HAP Başkanından aldıkları brifing doğrultusunda yaşanan olaya göre hazırlanmış olan standart operasyon prosedürleri doğrultusunda faaliyetlerini sürdürürler.

- Yaşanılan olay sonrası ilk iki saat yarım saatte bir raporlama yapılır.Olay 6 saati geçtiği zaman saat başı raporlama yapılır.
- Olayın mesai saatleri dışında gerçekleşmesi durumunda ise yetkili kişi Nöbetçi İşletme Yöneticisi'dir.

3.2. Hastane Olay Yönetimi 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 Talimatları

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 (OEP)

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 46 / 763

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

Hastanemiz Olay Yönetim Merkezi (OYM 1) 2.blok 8.kat eğitim salonu olarak belirlenmiştir. Olay yönetim merkezinin hasar görmesi durumunda 1.blok zemin kat Destek Hizmetler Yönetici'sinin odası alternatif olay yönetim merkezi olarak belirlenmiştir. Bu alanda beyaz tahta ve kalemleri, bilgisayar, yazıcı, telefon, telsiz, aydınlatma aparatları, kırtasiye malzemeleri, afet anında kullanılabilecek basılı materyallerin kayıtlı olduğu USB bellek, bulundurulur. Hastane Afet Planı ve plan çerçevesinde kullanılacak formların kayıtlı olduğu CD dolap içerisinde muhafaza edilir. Dolaplarda görev yelekleri ve sorumlulara ait tüm İşAT'lar bulunmaktadır.

3.2.1. Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin 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.

Yaşanılan olay sonrası ilk iki saat yarım saatte bir raporlama yapılır.Olay 6 saati geçtiği zaman saatte bir raporlama yapılır.

Personele ve kurumlara brifing verir.Bir sonraki control ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.Paydaşları bilgilendirir.

3.2.2. Haberleşmenin Düzenlenmesi

Hastanede 8 tane telsiz, 40 tane dech telefon bulunmaktadır. 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(anons 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. Tüm iletişim araçlarının kullanım dışı kaldığı durumlarda ulak olarak belirlenen santral görevlisi tarafından haberleşme sağlanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 47 / 763

3.2.3. Görev Yelekleri

- Hastane Afet Planı kapsamında organizasyon şemasında görev alan personel görev ve rolünü tanımlayan bir yelek giymektedir.
- Görev yeleğinin ön yüzünde ve arka yüzünde reflektör bant bulunmaktadır.
- 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,

Operasyon ekibi kırmızı,

Finans ekibi yeşil,

Planlama ekibi mavi,

Lojistik ekibi ise sarı renktedir.

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



HAP Görev Yelekleri

4. Kitlesele Yaralanmalı Olaylarda Müdahale Aşamaları

Kitlesele yaralanma olaylarında hastalara yapılacak ilk müdahale hayati öneme sahip olduğu için acil servise gelen ilk yaralıları 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 Mesul Müdür/HAP Başkanının onayıyla ana depodan minimum stok seviyesinin altına düşmeyecek şekilde talepler temin edilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 48 / 763

Gönderilen tüm malzeme, ilaç ve cihazlar (Form 21) ile kayıt altına alınır. Ulaşım görevlisi tarafından kurum aracı ile transferi sağlanır.

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

Ekipman türü ve özelliklerine göre tıbbi sarf depo ve eczaneden temin edilir, eğer ekipman hastanede mevcut değil ise doğrudan temin yolu veya protokol imzalanan paydaş kurumlardan temin edilecektir. Ekipmanlar 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 kullanılamadığı durumda ise 112 ambulans telsizi, İl Sağlık Müdürlüğü yada ulak aracılığı ile sağlanacaktır. Ekip ve hastane arasında 2 saat ara ile bilgi akışı sağlanacaktır.

Yaşanılan acil ve afet durumunda kurum dışına görevlendirilen personelin kalıcak yer temini personel talep eden kurum tarafından sağlanmaktadır. Hastanemizin bünyesinde ekibimizin kalabileceği bir cadır bulunmamaktadır. Kurum dışına görevlendirilen kişilerin yanına mevsim şartlarında göz önünde bulundurularak konserve, su vb. gıda ürünleri verilmektedir.

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 Bildirimi Ve Acil Müdahale Planı (Amp) Aktivasyonu

5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

Hastanenin 2023 verilerine bakıldığı zaman yıllık yatak doluluk oranı %79,2 olarak belirlenmiştir. Herhangi bir afet ve acil durumlarda kapasite %20 oranında arttırılabilir. Kurumun yıllık hasta yükü 676, aylık hasta yükü 56 olup arttırılabilir yıllık hasta yükü 136 olarak belirlenmiştir.

Olay Seviyesi: 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

Hastanemiz acil servisi hasta yükü ve kapasitesi göz önünde bulundurularak 15 hastaya kadar dışarıdan yardım almaksızın yönetebilir.

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)

Hastanemiz genelinde ters triyaj uygulanarak tıbbi kapasite artışı yapılması ile birlikte 20 hastadan sonra destek istenir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 49 / 763

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)

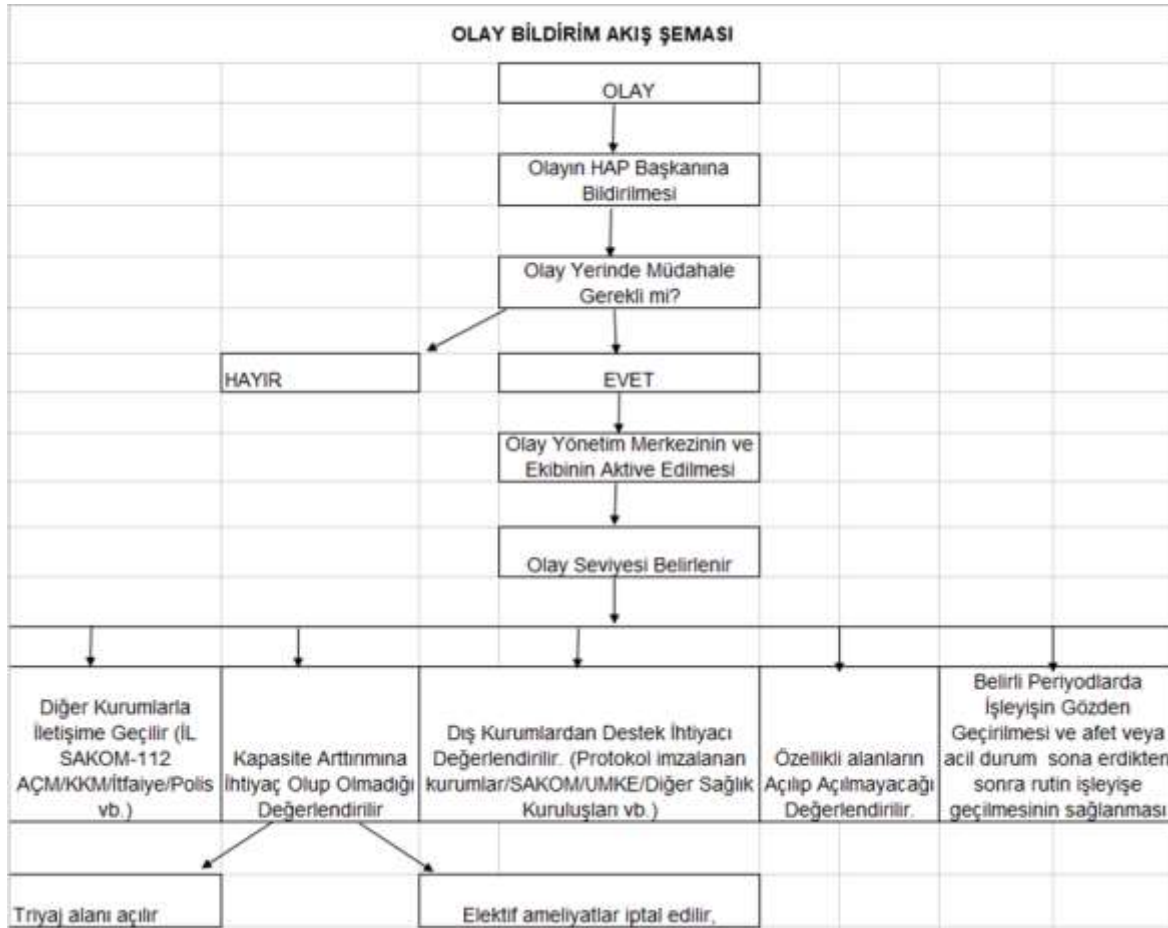
Yaşanan olayın büyük çaplı olması nedeni ile tüm bölgeyi veya ülkeyi etkilemesi durumudur. 112AÇM/KKM/İL SAKOM koordinasyonunu ve iş birliğini gerektirebilecek olaylardır.

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

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;



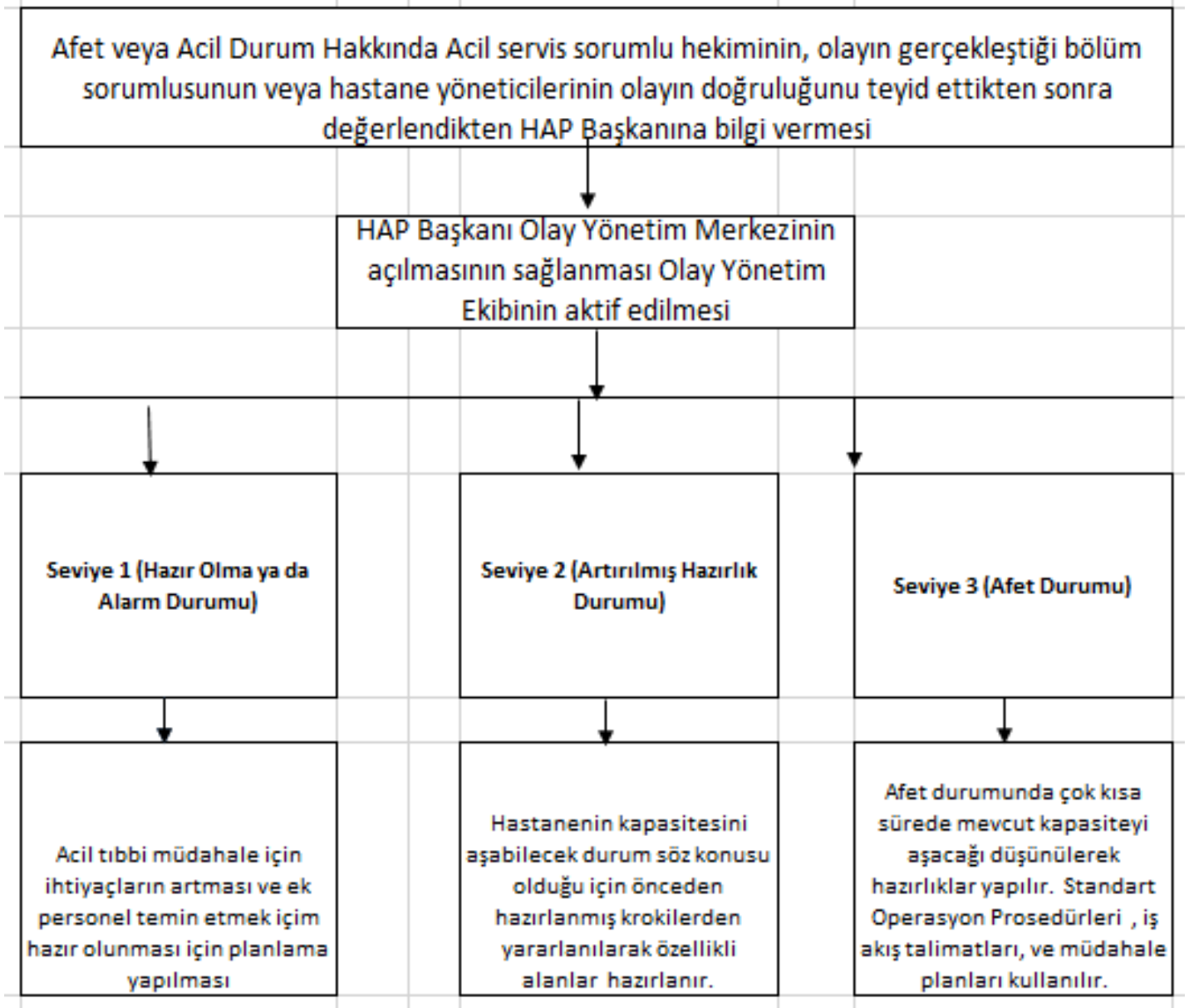
Şekil 5 Bildirim ve Alarm Durumu Akış Şeması

5.2. 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 50 / 763

üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür. Seviye 2 veya 3'den başlandığında önceki seviyelerde yer alan süreçler tamamlanır.



Şekil 6 AMP Aktivasyon Seviyeleri Diyagramı

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)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 51 / 763

• Acil durum kesinleşene kadar tüm elektif vakalar askıya alınır. Seviye I, görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi 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). Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır.

Seviye II: Artırılmış Hazırlık Durumu

Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır. Belirlenen özel alanlarda herhangi bir kullanıma engel durum bulunmuyorsa HAP Başkanın talimatıyla Hastane afet triyaj alanı lobide,
Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralıları için özel Ayaktan Tedavi Bölümü 1.blok zemin katta,
Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı, 2.blok -1 lobide
Geçici morg alanı 2.blok -4.katta
Medya ve VIP için alan 2.blok -1 hastane dış alanında
Personel bilgilendirme alanı mola alanında
Hasta eşyaları muhafaza alanı 1.blok zemin katta
Harici trafik akış sistemi tek yönlü olacak şekilde oluşturulur. Alanların detayları krokiler kısmında belirtilmiştir.

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.
- 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.

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

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

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

- Hastanenin kendi olay bildirim prosedürleri çerçevesinde ilgili sorumlularla (kolluk kuvveti, arama kurtarma ekibi, Sağlık Bakanlığı vb.) birlikte alarmin ve olay türünün değerlendirilmesi ve doğrulanması sağlanır,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 52 / 763

- HAP Başkanı görevi üstlenir,
- Olay Yönetim Ekibi (OYE) hazırlıklarını yaparak Olay Yönetim Merkezini (OYM) kullanıma uygun hale getirir,
- Tüm Departman/Servis/Birimler kendi faaliyet alanlarındaki müdahaleyi organize etmek için hazırlık yapmaya başlar,
- Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatı erişilebilir hale getirilir ve ilgili personel tarafından okunur,
- İkinci bir talimat gelene kadar ilgili tüm personel görevine devam eder,
- Herhangi bir özel ihtiyacın olup olmadığı belirlenir. Örneğin, hastaneye gelen ve henüz dekontamine olmamış hastalara dekontaminasyon işlemi uygulamak için kullanılan kimyasal koruyucu ekipman gerekiyorsa, temin edilir,
- Farklı alanlardaki mevcut kaynaklar, insan kaynakları ve lojistik malzemeler değerlendirilir,
- Personel “irtibat” listelerine erişim sağlanır,
- Acil sağlık hizmeti dışındaki uygulamalar değerlendirilir (elektif ameliyatlar, ayaktan hasta kabulü vb.),
- Açılacak özel alanları güvenli hale getirmek amacıyla hazırlık yapılır (erişim ve çıkış),
- Bölgede bulunan hastaneler ile protokol yapılmış kuruluşlar karşılıklı mutabık kalınan acil durum uygulamalarını aktive etmeleri konusunda uyarılır ve bilgilendirilir.

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 53 / 763

- √ Geçici morg alanı,
- √ Hasta eşyaları muhafaza alanı,
- √ Personel, hasta yakınları ve basın için brifing alanları gibi alanlar açılır. Ayrıca,
- √ Harici trafik akış sistemi düzenlenir,
- √ Personel yakınlarına yönelik hazırlıklar yapılır.

• **AMP Aktivasyonunun Sonlandırılması:**

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

5.4. AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi

Personelin ne zaman bilgilendirileceğine Olay Yönetim Ekibi (OYE) karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür (SOP 9) uygulanır. Hastanemizde Acil Müdahale Planının aktive edildiği personele acil renk kodu sistemindeki kodlar kullanılarak anons sistemi ile bilgilendirme yapılmaktadır. Örneğin:

- Hastane içi yangın ile ilgili olaya özel plan: renk kodu kırmızı,
- Hastanede tahliye gerektiren durumlar ile ilgili olaya özel plan: renk kodu sarı, vb.

Kurum dışından gelecek personel ise HAP Başkanının talimatı ile İnsan Kaynakları tarafından cep telefonu ile bilgilendirilmektedir. Cep telefonu üzerinden ulaşılamayan personellere ise mümkünse ulak gönderilerek bilgilendirilmesi sağlanır. Yaşanılan afet durumuna göre ulağın kim olacağına Olay Yönetim Ekibi (OYE) karar verir.

5.5. Acil Renk Kodu Sistemi

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

Optimed Hastanesi'nde acik renk kodlar uygulanmakta olup;

- Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (KardiyopulmonerArrest)/Hayati Risk durumlarında mavi kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Mavi Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu olması halinde gri kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Gri Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 54 / 763

- Acil durum sonlandırma halinde yeşil kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Yeşil Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Tehlikeli madde sızıntısı/yayılması durumunda turuncu kod alarm verilir. Bu konu ile ilgili olarak Turuncu Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Bebek/çocuk kaçırma durumunda pembe kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Pembe Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Acil Müdahale Planının aktivasyonu durumunda Mor Kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Mor Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Yangın durumunda kırmızı kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Kırmızı Kod / Yangına Karşı Müdahale Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Çalışana şiddet uygulanması durumunda beyaz kod alarmı verilir.Bu konu ile ilgili olarak Beyaz Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Hastanenin herhangi bir bölümünde tahliye/tamamen tahliye kararı verilmesi sarı kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Sarı Kod / Hastane Tahliyesi Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Dış toplu yaralanmalar dolasıyla acil durum verilmesi durumunda turkuaz kod verilir. Bu konu ile ilgili olarak Turkuaz Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.
- Hastanenin herhangi bir yerinde bomba tehdidi yaşanması durumunda siyah kod alarmı verilir. Bu konu ile ilgili olarak Siyah Kod Özel Hareket Planı hazırlanmıştır.

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

5.7 Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar

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

Acil Müdahale Planı (AMP) ve Olaya Özel Planlar birbirleriyle bağlantılıdır: Afet ve acil durum yönetim yapısı aynı kalır. Olay Yönetim Ekibi (OYE) olayların tam olarak nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak bazı uzmanları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 56 / 763

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

6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır:

6.1.1. Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği

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

Kurumun Mevcut Yatak Kapasitesi

Blok Sayısı	2
Servis Sayısı	10 (Dahiliye, Cerrahi, KDS, Acil, YYB, YDYB, KVC YB, Koroner YB)
Yatak Sayısı/Olağan Durumlarda Doluluk Oranı	179 /%79,2; Afet ve Acil Durumlarda Kapasite %20 Oranında Arttırılabilir
Dahiliye Servisi	34 (Yatak Sayısı)
Cerrahi Servisi	32 (Yatak Sayısı)
Kadın Doğum –Çocuk Servisi	25 (Yatak Sayısı)
Doğum Salonu	5 Adet Sancı Odası
Acil Servis	7 Adet Müşahede Yatak
Endoskopi Ünitesi	2 Adet Hasta Dinlenme Yatağı
Yenidoğan Yoğunbakım	13 Yatak

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 57 / 763

Genel Yoğunbakım	16 Yatak	
Koroner Yoğunbakım	4 Yatak	
Ameliyathane	5 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

Arttırılabilir Yatak Kapasitesi

Hastanemiz 179 yatak kapasitesine sahip olmakla birlikte afet ve acil durumlarda kapasite %20 oranında arttırılabilir. Hastanemizde 53 adet poliklinik odası bulunmaktadır. Kapasite artışı polikliniklerin tümünde sedye, medikal tıbbi gaz sistemi bulunmakta olup herhangi bir afet ve acil durumda yataklı servise çevrilebilecek özelliktedir.

6.1.2. Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

Hastanenin müdahalede bulunması ve/veya temel hizmetleri sunmaya devam etmesi için hasta akını durumunda tıbbi kapasitesini önemli ölçüde artırması gerekebilir. Ekipman ve malzeme yönetimi afet ve acil durumlarda ciddi bir öneme sahiptir. Ekipman ve malzeme artırımına yönelik işlemler Lojistik Şefi'nin bilgisi dahilinde gerçekleştirilir. Tıbbi cihaz ve medikal sarf malzeme temini, gıda, su gibi ihtiyaçlar ile ilgili firmalarla protokol imzalanmış olup Protokoller bölümünde yer almaktadır.

6.1.3. Personelin Geri Çağırılması

- Olay Yönetim Ekibi, nitelik ve sayı bakımından değerlendirme yaparak hangi personelin geri çağırılacağına karar vermektedir. Yaşanılan afet ve acil durumlarda 2.blok 5.kat servisinde bulunan sağlık çalışanları, mavi kod ekibi, polikliniklerde görevli olan hizmetli personeller görevli olarak tanımlanmıştır. Olayın niteliğine ve büyüklüğüne göre personel sayısı belirlenerek HAP Başkanının talimatı ile Planlanma Bölümü, gerekli personelin çağırılmasından sorumludur. Bununla birlikte, Olay Yönetim Ekibi, bu görevi departmanlara veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini Planlama Şefi yönetir. Göreve gelen personellerin takibi Göreve Gelen Personel Kayıt Formu (Form 17) ile kayıt altına alınır.
- Göreve gelen tüm personel İnsan Kaynakları tarafından bilgilendirilir ve kayıt altına alınır. Yaka kartları verilir. Gelen Personel ihtiyaç doğrultusunda Tıbbi Bakım Sorumlusu tarafından ilgili alanlara yönlendirilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 58 / 763

6.1.4. Gönüllü Yönetimi

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

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

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 Kuruluşları ile İşbirliği

Sağlık tesislerinin yerelde diğer sağlık tesisleriyle iş birliği yapması, hastane kapasitesi için önemli bir unsurdur. Olay Yönetim Ekibi, faaliyete geçirilmesi gereken iş birliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verir. İl dışındaki sağlık kuruluşları ile afet ve acil durumlarda iş birliği sağlamak için protokol imzalanmıştır.

6.2. Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları

İhtiyaca göre HAP Başkanının onayıyla yeni ve özel alanlar açılarak hasta kabul ve tedavi kapasitelerinin artırılması sağlanır.

Belirlenen özel alanlarda herhangi bir kullanıma engel durum bulunmuyorsa:

Triyaj Alanı (Kırmızı alan, yeşil alan, sarı alan, ayakta tedavi alanı, siyah alan)

Hastanemiz binasında herhangi bir hasar bulunmuyorsa triyaj alanı lobide açılacaktır. Alternatif olarak 2.blok önü otopark alanında triyaj alanı kurulacaktır. Triyaj alanı Operasyon Şefinin yönlendirmesi ile Tıbbi Bakım Sorumlusu ve Hastane Afet Triyaj Alanı Sorumlusu tarafından oluşturulur. Triyaj alanında kullanılacak malzemeler Triyaj Alanı Malzeme Listesi ile anadepodan talep edilir. Triyaj Alanı Malzeme Listesi Ek... yer almaktadır.

Hafif yaralanmalar ve ayakta tedavi edilen yaralılar için 1.blok zemin katta Ayaktan Tedavi Bölümü açılacaktır.

Hasta Yakınları Bilgi Merkezi Alanı

Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı, 2.blok -1 lobide Halkla İlişkiler Sorumlusu tarafından açılacaktır. Masa ve ilgili formlar poliklinik odalarından temin edilecektir.

Medya Bilgilendirme Alanı

Medyanın bilgilendirmesi 2.blok -1.kat hastanenin dış alanında Halkla İlişkiler Sorumlusu tarafından yapılacaktır.

Geçici Morg Alanı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 59 / 763

Hastanede ölenlerin sayısı 4'ün üzerinde olduğu durumlarda; ölümler İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nün belirlediği geçici morga transfer edilir. Transfer edilemediği durumlarda 2.blok -4.katta bulunan geçici morg alanı açılır.Kişilerin kimliklerinin belirlenmesi için ayrıca 2.blok -4.katta kimlik belirleme alanı aktif hale getirilir.

Personel Bilgilendirme Alanı

Personel bilgilendirme alanı mola alanında İnsan Kaynakları Sorumlusu tarafından açılacak olup HAP Başkanının onayıyla bilgilendirmeler yapılacaktır.

Hasta Eşyaları Muhafaza Alanı

Hastaneye başvuran her bir hastaya ait kişisel eşyalar güvenlik tarafından tek bir torbada toplanır, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alıncaya kadar 1.blok zemin katta bulunan ve hasta eşyaları muhafaza alanı olarak belirlenen Hasta Hizmetleri Direktörünün odasında kilit altında muhafaza edilir

Özel Alanların detayları krokiler kısmında belirtilmiştir.

7. Hastane Afet Triyaj Alanı

Trijaj tıbbi müdahalenin ilk ve en önemli basamağı olup yaralının ulaştığı her tıbbi basamakta yeniden yapılan, sürekli ve dinamik bir uygulamadır. Bir afet ve acil durumda yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırılması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi için oluşturulmaktadır. Bu durumda amaç, var olan tüm olanakları ulaşılan her yaralıya, en ağır yaralıya ya da ilk ulaşılan yaralıya sunmak yerine, eldeki olanakların tümünü en çok yaşamı kurtarabilmek ve sekeli önleyebilmek için tıbbi gereklere göre yönlendirmek ve paylaşmaktır. Bu yaklaşım, **mümkün olan en çok sayıda hastaya yardımcı olmak** anlamına gelir.

Trijaj uygulaması afet ve acil durumun etki derecesine, yaralı sayısına, mevcut tıbbi yapıya, kurtarma, transport ve cerrahi olanaklara göre farklılık gösterebilecektir. Bir afet ve acil durumda öncelikle Triyaj alanı yaşanan duruma göre belirlenir ve hazırlanır. Bir sonraki adımda ise Triaj Sorumlusu oluşturulur. Eğer gerçekleşen afet büyük bir afet ise Triaj sorumlusu kadar, Yeşil Alan Sorumlusu, Kırmızı Alan Sorumlusu, Sarı Alan Sorumlusu ve Siyah Alan Sorumlusu görevleri de oluşturulur. Triaj işlemi START Sistemi(Simple Triage And Rapid Transport) felsefesine uygun şekilde yapılır. Tıbbi Triyaj Yönetimi (SOP 5) Standart Operasyon Prosedürü doğrultusunda işleyiş yürütülür.

7.1. Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu

- Hastanemizde olası acil afet olaylarında Acil Servis Birimimizin yetersiz kaldığı durumlarda (Hasta sayısının 20 hastayı aştığı afet durumlarında) hastalara müdahale ve tıbbi tedavinin yapılabilmesi için Hap Başkanının talimatı Operasyon Şefinin yönlendirmesi ile 1.blok zemin kat hastane ana giriş alanına Tıbbi Bakım Sorumlusu ve Hastane Afet Triyaj Alanı Sorumlusu tarafından triyaj alanı oluşturulur. Triyaj alanında kullanılacak malzemeler Triyaj Alanı Malzeme Listesi ile anadepodan talep edilir. Triyaj alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar Triyaj alanına yönlendirilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 60 / 763

- Hastane Afet Triyaj Alanına gelen tüm hastalar triyaj için görevlendirilen sağlık çalışanı/doktor tarafından triyajının tamamlanmasının ardından 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 özel durumlar, genel çerçevedeki Acil Müdahale Planı'nın yanı sıra hazırlanan Pandemi Olaya Özel Planında ve KBRN Olaya Özel Planında açıklanmıştır. Bu durumların dışında, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, hastane afet triyaj alanının ve ilgili alanların açılacağı anlamına gelmektedir.
- Triyaj alanının çevre güvenliği güvenlik ekipleri tarafından sağlanmakta olup güvenlik şeridi çekilerek yetkisiz kişilerin alana girmesi engellenir. Güvenlik ekibinin yetersiz kaldığı durumlarda protokol imzalanan özel güvenlik firmasından destek personel talep edilir.
- Triyaj alanında ambulans ring alanı belirlenerek trafik akışı kontrol altına alınır.
- 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 Triyaj Alanındaki Faaliyetler

• Gelen Hastalar

Hastanemizde, hastaların triyajı yapılırken başka bir sağlık kuruluşundan yönlendirilmiş olanlar hariç olmak üzere tüm hastalar için triyaj uygulaması yapılır. Bu durumda hastanın üzerine iliştirilmiş kayıtlar ve etiketler kesinlikle çıkartılmaz tek istisna ise triyaj sürecinde hastanın tedavi önceliği için etiketin değiştirilmesine ilişkin karardır. Hasta kategorisi son değerlendirmenin ardından değiştirilebilir olduğu için dokümantasyonun güncel olmasına dikkat edilir. Hastane afet triyaj alanında veya Acil Servis biriminde kullanılan tüm dokümanlar, önceden hasta dosyasına eklenmektedir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı için Form 8-9-10-12 kullanılır.

• Alandaki Personel

Hastanemizde Afet triyaj alanına planlama ekibi tarafından eğitilmiş sağlık personelleri görevlendirilmiştir. Ekibin koordinasyonunu Hastane Afet Triyaj Alanı Sorumlusu ve Alan Sorumlusu yürütmektedir. Triyaj Ekibi, Hastane Afet Triyaj Alanı veya Acil Servis birimine gelen her yaralının ilk değerlendirmesini ve triyaj kodunu belirlemekle sorumludur. Ekip, yaralıların acil servise naklinin yönetimine yardımcı olmak ve gerektiğinde acil servis personelini desteklemek için görevlendirilmektedir. Tıbbi Triyaj Yönetimi Prosedürü (SOP 5) uygulanmaktadır. Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu İş Akış Talimatı, İnsan Kaynakları İş Akış Talimatı, Triyaj Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı, Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı kullanılmaktadır. İşlemlerin kayıtlarında Form 16-17-18-20 kullanılmaktadır. Hastanemiz hizmet içi eğitimleri kapsamında tüm personelimiz triyaj eğitimi almıştır.

• Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 61 / 763

Triyaj alanına gelen hastaların tıbbi bakım düzeyi öncelikli olarak cpr uygulanması gereken hastalar, hayati fonksiyonların devamlılığı için ilk müdahalelerin yapılması ve acil sevk edilmesi gereken (ameliyathane, yoğun bakım vb.) hastalarla sınırlıdır.

• Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel

Hastanemizde Afet triyaj alanına planlama ekibi tarafından eğitilmiş sağlık personelleri ve destek hizmetlerden taşıyıcı personel görevlendirilir. Öncelikle poliklinik katında bulunan taşıyıcı personeller destek olacaktır. Bu kişiler, Hastane Afet Triyaj Alanının işleyişi için, ilgili İş Akış Talimatları doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler. Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu İş Akış Talimatı, İnsan Kaynakları İş Akış Talimatı, Triyaj Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı, Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı kullanılmaktadır. İşlemlerin kayıtlarında Form 17-18-20-21-23 kullanılmaktadır.

• **Ekipman, Yelekler ve Lojistik:** Triyaj alanında çalışan personel ilgili İş Akış Talimatında belirtilen görev yeleklerini kullanır. Triyaj faaliyetlerini yürütmek için gerekli olan görev yeleği, triyaj kartı, branda, emniyet şeridi, işaretleme kazıkları vb ekipman ve sarf malzemeler hastane tarafından oluşturulan listeye göre sağlanır. Görev yelekleri 2.blok 8.katta bulunan olay yönetim merkezinde bulunmakta olup Triyaj kartları tüm servislerde ve yoğun bakımlarda bulunmaktadır. Kurumumuzda yaşanabilecek bir afet anında 72 saat yetebilecek kadar ilaç ve medikal malzeme stoğu her zaman bulunmakta olup depo ve eczane bölümlerinde muhafaza edilmektedir. Tedarik süreci Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Prosedürü (SOP 10) doğrultusunda uygulanmaktadır.

• Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde Hastane Afet Triyaj Alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, ve formlar kullanılarak kayıt altına alınır. Bilgilerin Olay Yönetim Ekibi'ne raporlanması ve paylaşılması, Hastane Afet Triyaj Alanı Sorumlusu tarafından prosedüre (SOP 5) uygun olarak ilgili formlar (Form 2-10-11-12-29) kullanılarak yapılır. Bölümler durum raporlarını bildirirken aşağıdaki formlar kullanılır.

Acil Servis Durum Raporu

Alan Sorumlusu Durum Raporu

Ayaktan Hasta Durum Raporu

Ameliyathane Durum Raporu

Triyaj Alanı Durum Raporu

İnsan Kaynakları Durum Raporu

Destek Hizmetler Durum Raporu

Güvenlik Durum Raporu

Tesis Hizmetleri Durum Raporu

Destek Hizmetler Durum Raporu

Tıbbi Cihaz Durum Raporu

Lojistik Hizmetler Durum Raporu

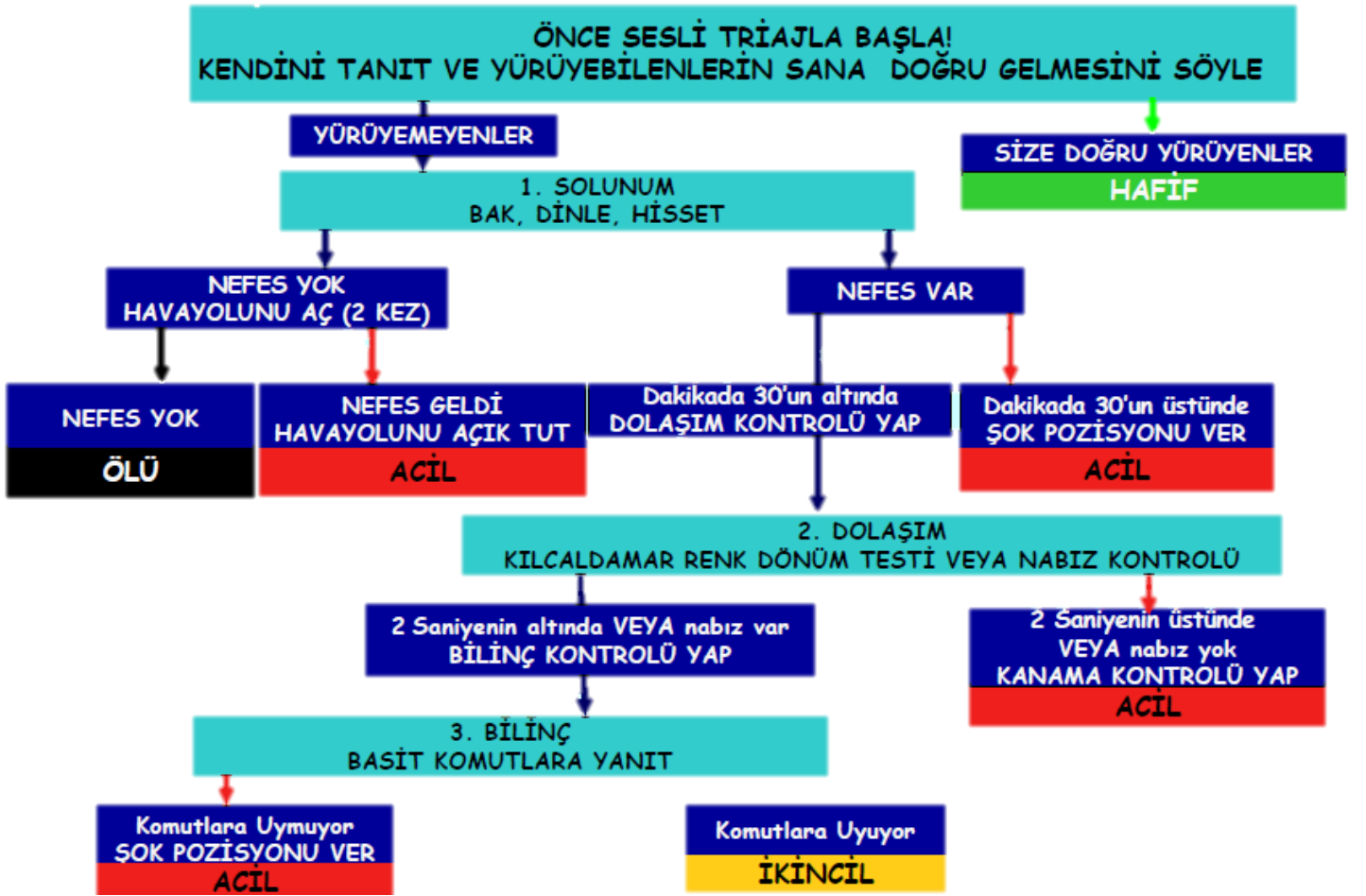
	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 62 / 763

Depo Ezcane Durum Raporu

Hasta Son Durum Raporu

7.2. Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

Tiraj Modeli Şeması: Bu yöntemde göre tirajı uygulayacak kişi önce sesli tiraj yapar (ortamdaki kişileri yanına çağırır). Yürüeyebilenler 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 kişilerin sağlık durumunda değişiklik olabilir. Bu nedenle tiraj gerektiğinde defalarca tekrarlanır.

Özel Optimed Hastanesi 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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 63 / 763

- Özel bakımın elverişliliği,
- Acil tedavi uygulanması gereken hasta sayısı ve en iyi prognoza sahip hastaların seçimi. Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):
- Kategori I (Yeşil: Acil değil),
- Kategori II (Sarı: Geciktirilebilir) ilave acil tıbbi bakım,
- Kategori III (Kırmızı: Acil hastalar) cerrahi veya acil tıbbi bakım,
- Kategori IV (Siyah: Ölü).

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

7.3. Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi

- Hastalar triyaj için görevlendirilen sağlık çalışanı/doktor tarafından triyajının tamamlanmasının ardından ilgili bölümlere (Acil Servis'e, kliniklere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitelerine) polikliniken gelen destek personel ile transfer edilir. Ayaktan tedavi gerekenler doğrudan Ayaktan Tedavi Bölümü'ne (ATB) gönderilir. Triage 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.
- Triage alanında nakli gereken hastaya triyajda bulunan hekim tarafından karar verilir ve Olay yönetim Ekibinden hastanın transferi için uygun alan talep edilerek onay geldikten sonra personel ile transferi sağlanır. Durum uygun olduğu takdirde, cerrahi müdahale gerektiren hastalar doğrudan ameliyathaneye nakledilebilir.
- İhtiyaç halinde idari görevli personel sedye personeli olarak görevlendirilir. Hastalar, idari görevli tarafından (SOP5) verilen talimatla sedye personeli tarafından taşınır. Daha sonraki işlemler ve OYE ekibine yapılacak raporlama için sedye personeli tarafından idari görevliye geri bildirim yapılır

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 64 / 763

8. Acil Servis Ve Hastane İçi Hasta Trafik Akışı

8.1. Hastanenin Acil Servis Birimi

Olayın büyüklüğü ve niteliği OYE tarafından netleştikten sonra Operasyon Sorumlusu talimatıyla Acil Servis de Acil Müdahale Planı aktive edilir. Personel desteği sağlanır ve triyaj alanları açılır. Triage Alanından yönlendirilen hastalar kabul edilir. Acil Servis sekreteri tarafından acil servise yönlendirilen tüm hastaların kaydı ilgili formalar (için Form 8-9-10-12) kullanılarak kayıt altına alınır. Poliklinikten desteğe gelen taşıyıcı personel il hastanın durumu göz önünde bulundurularak sedye ve tekerlekli sandalye ile taşınması sağlanır.

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 Dönüşme İhtimali Olan)

Epidemiyeye 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, Acil Servis İş Akış Talimatı uyarınca personelin nerelere görevlendirileceğine karar verir.

8.1.4. Acil Serviste Temel İşlevler

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 65 / 763

Acil Servis Sorumlu Doktoru

Acil Servis sorumlu doktoru Acil Afet Durumunda hastaların triyajından ilgili alanlara nakline kadar tüm işleyişten 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

Hastanemizde sadece ambulansın kullanacağı ring alanı planlanmıştır. (Krokiler bölümünde gösterilmektedir.) Ambulans ile gelen tüm hastalar bu güzergahı kullanarak triyaj alanına yönlendirilecektir. Acil Servis de bulunan güvenlik görevlisi tarafından yönlendirmesi yapılacaktır.

Kendi imkanları ile gelen hastalar da triyaj alanına güvenlik tarafından yönlendirilecektir.

Acil Servise yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralılar Ayaktan Tedavi Bölümüne yönlendirilecektir.

Ambulansların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana girmesi Hastane Afet Triage Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışı Ve Hasta Naklinin Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü (SOP 4) doğrultusunda ve ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde Güvenlik Amirinin yönetiminde gerçekleştirilir.

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.

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

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 8.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. Malzeme ve ekipmanın yetersiz kaldığı durumlarda (tıbbi cihaz ve medikal sarf malzeme, gıda, su vb.) protokol imzalanan kurumlardan tedarik sağlanmaktadır. Tedarik süreci Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Prosedürü (SOP 10) doğrultusunda uygulanmaktadır. 2.blok -5 . kat da ana depoda afet deposu bulunmaktadır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 66 / 763

8.3. Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

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

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

Hastaların kişisel eşyaları güvenlik görevlisi tarafından Hasta Eşyası Teslim Formu (Form 15) kullanılarak eşyaların belirleyici özellikleri ve adetleri ile kayıt edilir.

Hasta eşyaları 2.blok zemin katta yer alan hasta eşyaları muhafaza alanında hırsızlık/suistimal olmaması için kapısı kilitli olarak muhafaza edilir. Bilinci kapalı hastaların kişisel eşyalarında düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve bu odada saklanır. Krokilerde hasta eşyaları muhafaza alanı belirtilmiştir.

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

8.4. 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.

Acil ve Afet durumunda görevli kişilerin giymeleri için farklı renklerde görev yelekleri oluşturulmuştur. Görev yelekleri olay yönetim merkezinde muhafaza edilmektedir. 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. Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi

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 Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formunu (Form 29) kullanılmaktadır.

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 67 / 763

9.1.1. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

- Herhangi bir afet ve acil durumda Olay Yönetim Ekibi'ndeki tüm şefler kendi verdikleri talimatların kaydını tutar. Afete ait genel kayıtlar HAP Sekreteri tarafından hazırlanır. Triyaj alanındaki hasta kayıtları ayaktan hasta danışmanları tarafından tutulur. Hastaların eşyalarının teslimine dair form güvenlik görevlisi tarafından tutulur. Tüm personele afet ve acil durumlarda kullanılacak formlara dair eğitim verilmiştir.
- Kayıtlar dokümantasyon sorumlusuna saatlik olarak rapor edilir. Dokümantasyon sorumlusu görevli kişilerin kayıtları eksiksiz olarak doldurulmasını ve dokümantasyon ihtiyacı duyulduğunda ilgili evrağın temin edilmesini sağlar.
- Yürütülen her işlem ve eylemlerin kayıtları kalite departmanında muhafaza edilir.
- Afet ve acil durum sürecinde tutulan tüm kayıtlar dokümantasyon sorumlusu tarafından korunmaktadır.
- 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.

9.1.2. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Olay Yönetim Ekibi tarafından hazırlanan son durum raporu ve hastane içinde ya da dışında olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmeyecek şekilde muhafaza edilecektir. Olay yerindeki konumuyla ilgili kanıt arasındaki bağlantılar korunur. İlgili üst kurum tarafından istenilinceye kadar muhasebe bölümünde bulunun kilitli kasada saklanacaktır. Kanıtın alındığı yer ve konumun, kimin tarafından alındığının kaydedilmesi güvenlik personeli tarafından yapılacaktır. Fotoğraf ve video kaydı alınacaktır. İstenildiğinde sunulacaktır..

9.2. Hasta Kaydı ve Takibi

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. Yürütülen her işlem ve eylemlerin kayıtları kalite departmanında muhafaza edilir. 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
- Yenidoğan Yoğun Bakım İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü
- Ameliyathane İşleyiş Ve Müdahale Prosedürü.
- Ölü Ve Kayıpların Yönetimi-Geçici Morg Prosedürü
- Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 68 / 763

9.3. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

- Hastanemiz olası afet durumlarında hasta yakınlarına tıbbi 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.
- Hasta yakınları bilgilendirme alanı 2.blok -1.kat lobi olarak belirlenmiş olup Ek-10 Krokiler bölümünde belirtilmiştir.

9.4. Medyayı ve Toplumu Bilgilendirme

- Olası afet durumlarında, Valilik tarafından gerekli izinler alındıktan sonra HAP Başkanı tarafından bilgi verilir. Bilgi metnini de Halkla İlişkiler Sorumlusu tarafından hazırlanır.
- 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

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

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 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 edecektir. Talep edilen raporlar, fax, e-posta vb. yollarıyla kurumlar arası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 69 / 763

koordinasyon sorumlusu tarafından ilgili kurumlara iletilecektir gerekli durumla ulaşım görevlisi tarafından ulakla araçla gönderilecektir.

- Olay Yönetim Ekibi, acil durum ve afet sonunda durum raporlarını ilgili bölüm sorumlularından bir saat içinde talep ederek acil durum afet durumunun analizini yaparak genel raporu hazırlar. Rapor hazırlanırken ilgili (Form -5-13-14-32) formlar dikkate alınmaktadır.

Bölmeler durum raporlarını bildirirken aşağıdaki formlar kullanılır.

- 11.Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Durumu Formu
- 12.Acil Servis Durum Formu
- 14.Alan Sorumlusu Durum Formu
- 15.Ameliyathane Durum Formu
- 16.Ayaktan Hasta Durum Formu
- 18.Hastane Oda Yatak Durumu Bilgi Formu
- 20.Hastane Aet Ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu
- 21.Radyoloji Durum Raporu
- 22.Laboratuar Durum Formu
- 25.Triyaj Alanı Durum Raporu Formu
- 27.Yyb Durum Raporu
- 28.Ydyb Durum Raporu
- 29.Yataklı Servisler Durum Raporu1
30. Yataklı Servisler Durum Raporu2
- 31.Operasyon Bölümleri Durum Raporu
- 32.Tesis Hizmetleri Durum Formu
- 34.Bilgi İşlem Durum Formu
- 35.Güvenlik Durum Formu
- 41.İnsan Kaynakları Durum Raporu
- 42.Dış Afet Personel Durum Raporu
- 44.Planlama Durum Raporu
- 46.Destek Hizmetler Durum Raporu
- 47.Yemekhane Durum Raporu
- 48.Ulaşım Durum Raporu
- 52.Tıbbi Cihaz Durum Raporu
- 53.Depo Eczane Durum Raporu
- 54.Lojistik Hizmetler Durum Formu
- 56.Faturalandırma Maliyetlendirme Durum Raporu

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 70 / 763

59.Satınalma Durum Raporu

61.Tahakkuk Durum Raporu

63.Hukuk Durum Raporu

64.Finans Durum Raporu

72.Hasta Son Durum Raporu

9.7 Personel Brifingi

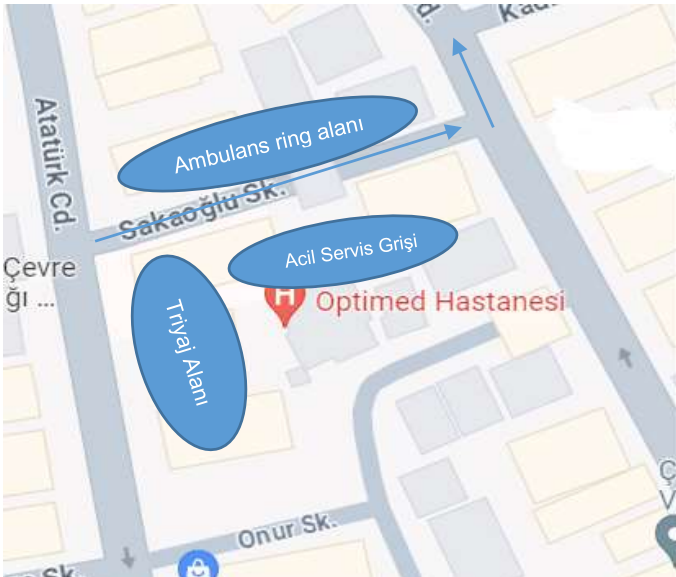
HAP Başkanı acil müdahale planı aktive edildiğinde hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı durumlar vb. ilgili yeterli bilgi verir. Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine görevlendirilmişler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

Olay süresince personel hastaneye ve/veya departmana uygun yöntemler ile süreç hakkında periyodik olarak bilgilendirilir.

10. Güvenlik Ve Emniyet

10.1. Hastaneye Ulaşım

- Hastanemizin acil servis dahil olmak üzere 3 giriş alanı bulunmaktadır. Hastanemizin üç giriş alanı da rutin işleymde trafiğe açık durumdadır. Herhangi bir acil ve afet durumunda emniyet güçleri ile irtibata geçilerek afetin boyutu ve niteliğine göre yollar trafiğe kapatılabilir yada trafik akışının yönü değiştirilebilir. Geçiş yolları trafiğe kapatıldığı zaman güvenlik görevlilerinin yeterli kalmaması durumunda emniyetten destek talep edilir ve emniyet güçleri tarafından güzergahın güvenliği sağlanır.
- Hastanemizde sadece ambulansın kullanacağı ring alanı oluşturulmuş olup trafik akışı tek yönlü olarak sağlanmaktadır. Ambulans ile gelen tüm hastalarda bu güzergahı kullanılacaktır. Acil Servis de bulunan güvenlik görevlisi tarafından yönlendirmesi yapılacaktır.



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 71 / 763

- Hastaneye girişin her zamankinden farklı olması durumunda trafik akışı yönlendirme tabelalarıyla belirtilir.
- Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personeller İnsan kaynakları Sorumlusu tarafından görevli personel formuna (Form 17) kayıt edilir ve ilgili alanların sorumlularına bilgi verilerek yönlendirilir.
- Personellerin yönlendirilmesinde hastane içi trafik akışını engellemek için acil giriş ve ana giriş kapısı kullanılmaz, girişler -1 arka giriş rampasından yapılır.
- 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, Ayaktan Tedavi Bölümü hafif yaralı kişilere bakım sunmak için planlanacaktır.
- Olay Yönetim Ekibi kararı ile Ayaktan Tedavi Bölümü personelinin iş bölümü planlanır.
- Afet bölgesinden kendi imkânlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, hastane afet triyaj alanına yönlendirilerek gerekli tedavileri başlatılır.
- Özel olarak oluşturulacak alanlar için karşılama/yönlendirme güvenlik görevlileri tarafından gerçekleştirilir.

10.2. Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

- Trafik akışı, prosedüre (SOP 15) uygun olarak güvenlik personeli tarafından organize edilir.

Herhangi bir afet durumunda hastanemizde acil servis girişi hasta ve hasta nakil ambulanslarının kabul edileceği giriş olarak kullanılır, gerekli düzenlemeler ve yönlendirmeler güvenlik personeli tarafından yapılır.

- Hastanenin ana giriş kapısı sadece hasta yakınlarının, taburculuğu yapılmış hastaların ve malzeme giriş çıkışı olarak kullanılır. 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.
- 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.

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 72 / 763

- 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 malzemeden 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.
- Aızanın giderilemediği durumlarda Evanter 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. Lojistik 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. Psikososyal Destek Faaliyetleri

12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

Afet ve acil durumların ardından hastanemizde yürütülecek psikososyal desteğin temel amacı afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve afetlerden önce ve sonra yürütülecek “psikososyal müdahale ve destek” kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.

Hastanemizde psikososyal destek hizmetleri sorumlusu olarak psikiyatrist görevlendirilmiştir, psikiyatristin olmadığı durumlarda görevi Hasta Hakları Sorumlusu yürütecektir.

- Psikososyal Destek ekibi hastanemizin psikoloğu ve hasta hakları sorumlusundan oluşmaktadır.

Psikiyatri

Ufuk ÇALIŞKAN

0541 601 88 35

Hasta Hakları Sorumlusu

Demet YAVUZYİĞİT

0546 414 03 32

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 73 / 763

• 1.blok zemin kat hasta hakları odası Psikososyal destek ünitesi odası olarak belirlenmiştir. Afet durumunda HAP Başkanının onayıyla aktif hale getirilir. Biriminin kullanılmadığı durumlarda Olay Yönetim Ekibi tarafından yer belirlemesi yapılacaktır.Ek-4/A Krokiler bölümünde belirtilmiştir.

• Yıl içerisinde hastane personeline verilecek olan Afet ve Acil Durumlarda Psikososyal Destek Uygulamaları konusunda eğitim planlanmış olup “HAP 2024 Yılı Eğitim Tatbikat Planı Formu ‘na (Form 44) işaretlenmiştir. Psikososyal destek sorumlusu sağlık personelini, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik belirtilerini gözlemleyerek takip edecektir.

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

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.

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

12.1.1. Psikolojik Triage

Afet ve acil durumlarda insanların toplu olarak bulundukları yerlerde ruh sağlığı ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi ve psikolojik triyajın yapılması psikolojik desteğe ihtiyacı olanların hızla yönlendirilmesine ve hayatın

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 74 / 763

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. Afettede ajitasyona ve eksitasyona meyilli ise mutlaka güvenlik desteği aranmalı ve istenmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken her ajite veya eksite davranışın psikolojik bir rahatsızlıkla ilişkili olmayabileceğidir (bazı agresif davranışların hipoglisemi, deliryum, beyin hasarı veya madde etkisi vb. gibi organik rahatsızlıklarla da ortaya çıkabildiği unutulmamalıdır).

Psikolojik triyaj değerlendirmesi 4 ana başlıkla yapılmaktadır:

Dış görünümün Değerlendirilmesi: Hastanın nasıl görüldüğü değerlendirilmektedir. Örneğin hastanın dağınık, bakımsız, iyi görünümlü, 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 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

- Çalışan sağlık personelinin mesai saatlerinin çok uzun olmamasına, mümkün olduğunca aralarda dinlenmesine özen gösterilerek gerekli durumlarda **Hap Psikososyal Destek Hizmetler Prosedürü** uygulanır.
- Afet ve acil durum öncesinde hastanedeki tüm personel **Psikososyal Risk Analizi Formu** doldurtulmuş ve özlük dosyalarına konulmuştur.
- 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 75 / 763

- 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 v.Çe 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 başvuranlara yönelik olarak yürütülecektir.
- Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanı'na yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır.
- 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.
- 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 76 / 763

- 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 hastanelere başvuruda bulunabileceği göz önünde bulundurulur.
- HAP çerçevesinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz iş birliği ve koordinasyon çalışması 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 tedbirlerin alınmaktadır.

13. Ölü Ve Kayıplarla İlgili İşlemler

13.1. Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

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

- Hastanede ölenlerin sayısı 4’ün üzerinde olduğu durumlarda; ölümler İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü’nün belirlediği geçici morga transfer edilir. Transfer edilemediği durumlarda 2.blok -4.katta bulunan geçici morg alanı aktif hale getirilir.
- Hastane, ölümlerin kimliğinin tespit edilmesine ve kayıpların aranmasına aktif bir şekilde katkıda bulunacaktır.2.blok -4.katta yer alan kimlik belirleme alanı aktif hale getirilir.
- Ölümlerin muhafazası için ceset torbası bulundurulur.
- Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili bilgilendirilir. Ölü Ve Kayıpların Yönetimi Geçici Morg Prosedürü uygulanır.
- Personele her yıl “Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikalar” eğitimi verilmekte olup tarihi HAP 2024 Yılı Eğitim Tatbikat Planı Formunda (Form44) belirtilmiştir.

13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı

Gerekli olması halinde, hastanede 4 dolaplı morg ünitesi bulunmaktadır. Daha fazla ihtiyaç durumunda veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü’nün belirlediği geçici morga transfer edilir. Ölü Ve Kayıpların Yönetimi-Geçici Morg Prosedürü uygulanır. Hastanemizdeki geçici morg alanı olarak belirlenen 2.blok -4.kat koridor OYE’nin kararı ile açılır. Geçici morg alanı Ek-4/A Krokiler bölümünde belirtilmiştir.

13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı

- Kitlesel ölümlerin yaşandığı her türlü durumda kayıp insanlar olmaktadır. Hastane, tüm yatan hastalara yönelik uygun bilgi sağlayarak kayıp kişilerin yönetimine katkıda bulunmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 77 / 763

- Hastane ölülerin kimliklendirilmesi ve transfer edilmesi sürecinde Kimlik Belirlenmesi ve Doğrulaması Talimatına göre hareket edilir, ilgili kurumlarla (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz iş birliği sağlanır.
- Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından belirlenir. Ölü ve kayıpların takibi için formlar (Form 11-12) kullanılır.
- Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölülerin tamamı triyaj kartı ile kimliklendirilmelidir. Bunun için triyaj kodu verme, fotoğraflama, eşgal yazma, DNA, parmak izi vb. (kolluk kuvvetlerinin resmi isteği üzerine) işlemler yerine getirilir.
- Hasta yakınlarının ölülerin kimliğini tespit edebilmesi amacıyla 2.blok -4.kat koridor kimlik tespit alanı olarak belirlenmiştir. Bu alan hasta yakınlarının birçok cansız bedeni görmek zorunda kalmayacakları şekilde organize edilmiştir.Kimlik belirleme alanı Ek-4/A Krokiler bölümünde belirtilmiştir.
- Psikososyal destek ekibi görsel teşhis sürecinde hasta yakınlarına eşlik ederek gerektiğinde psikososyal destek sunar.
- 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 78 / 763

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON

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

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

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

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 79 / 763

1.Tıbbi kapasite artışının sonlandırılması

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

2.Personelin korunması ve desteklenmesine yönelik önlemler

- Acil durum öncesi, sırasında ve sonrasında iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin ve afet güvenliğinin gerektirdiği ek önlemlerin eksiksiz uygulanması çok önemlidir.
- Kişisel koruyucu kıyafet ve ekipman kullanan personelin tıbbi takibi yapılmalıdır. Ayrıca söz konusu personele olası semptom ve bulgularla ilgili bilgi verilmelidir.
- Görev esnasında hastalanan veya yaralanan personelin maddi, psikolojik, tıbbi bakım ve barınma vb. konuları yönetim tarafından desteklenmelidir.
- Görev esnasında hayatını kaybeden personel için önceden yapılmış planlamaların uygulanması takip edilmelidir.
- Hastalanan veya hayatını kaybeden personel olması halinde, iş arkadaşlarının da bu durumdan kısa ve uzun sürede olumsuz etkilenebileceği düşünülerek gerekli önlemler alınmalıdır.
- Acil durum sona erdiğinde müdahale evresinde görev yapan hastane personeline ve gönüllülere yönetim tarafından paylaşım ve geribildirim yapılmalıdır. Ayrıca motivasyonu artıran düzenlemeler (teşekkür belgesi vb.) yapılabilir.
- 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 verilmesi önemlidir.

3.Mevcut durum bilgisi ve hasar tespit çalışmaları

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 80 / 763

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

4.Etkilenen ve etkilenmeyen alanların değerlendirilmesi

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

Afet/acil durum sonrası hastanenin hasar tespit sonuçlarına göre, fiziksel alanlardaki yapısal hasarlar dışında, iyileştirme amaçlı iki yönlü çalışma gerekebilecektir:

• Etkilenmeyen alanlar

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

• Etkilenen alanlar

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

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

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

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

5.Uygulamaların kayıt altına alınması

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 81 / 763

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 82 / 763

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ

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 iyileştirme 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 83 / 763

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	

- 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 ;

- Triyaj 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.
- Triyaj 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 84 / 763

ekipmanları sağlama görevi de Alt Yapı Sorumlusuna bağlı olan kişiler tarafından yapılır. (Jeneratör, aydınlatma, çadır, acil müdahale arabası vb.)

- Triyaj sorumlusu izin vermedikçe hasta yakınları içeriye alınmaz. (çocuk vakalar hariç)
- 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 kaldırılır. 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 ile İlgili Olarak;

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 85 / 763

- 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 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. Kurtarılabilecek 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 86 / 763

- 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 içerisinden 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 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 SWISSLOG (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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 88 / 763

Verilerin İşlenmesi ve Muhafaza Edilmesi;

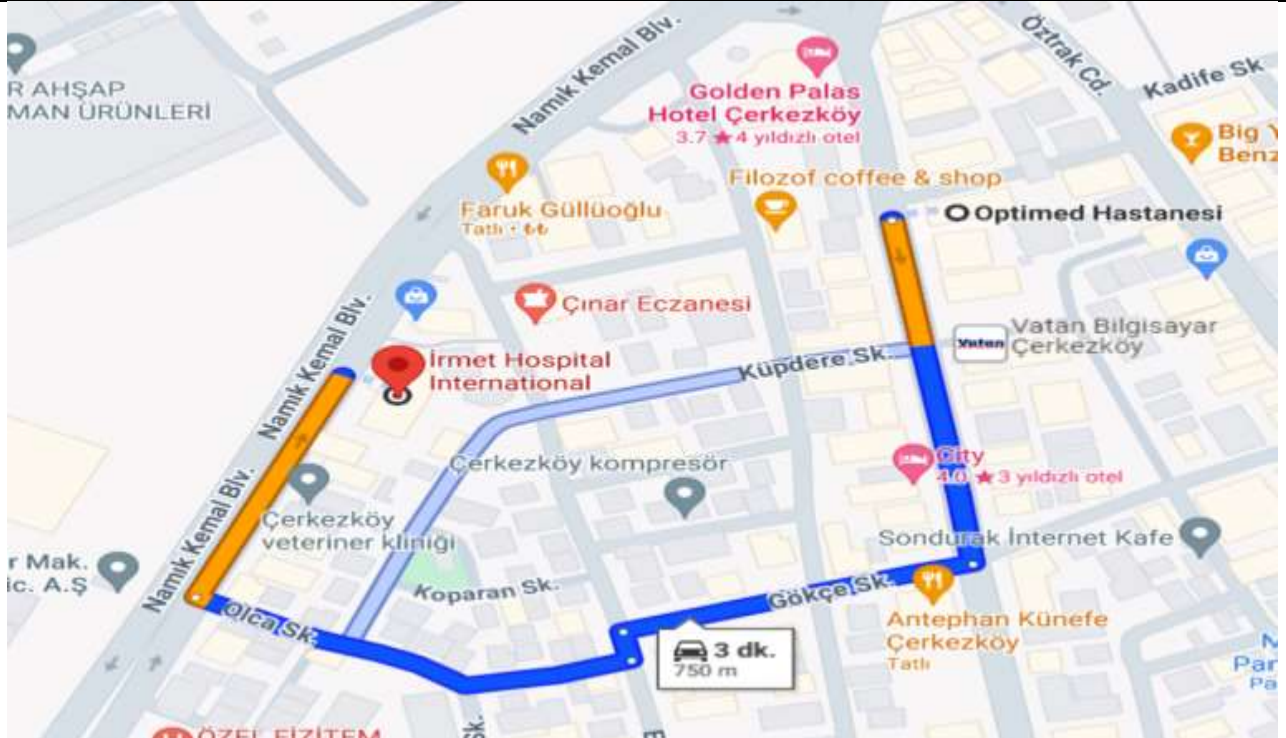
- OYE ye bağlı personeller kullandıkları dokümanları bağlı olduğu şefe imzalı bir şekilde teslim eder. Şefler kontrol edip onayladıktan sonra Acil Durum Sonlandırma Sorumlusuna kontrol için gönderilir. Daha sonra HAP başkanına konuyla ilgili bilgilendirme yapılır.
- Acil durum sonlandıktan sonra OYE 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 tutulamıyor ise ilgili formlara elle işlenir.
- Hastaya ait evraklar özel dosyasında ve her birimin sorumlusu tarafından muhafaza edilir.

AMP' nin Sonlandırılması İle İlgili Olarak;

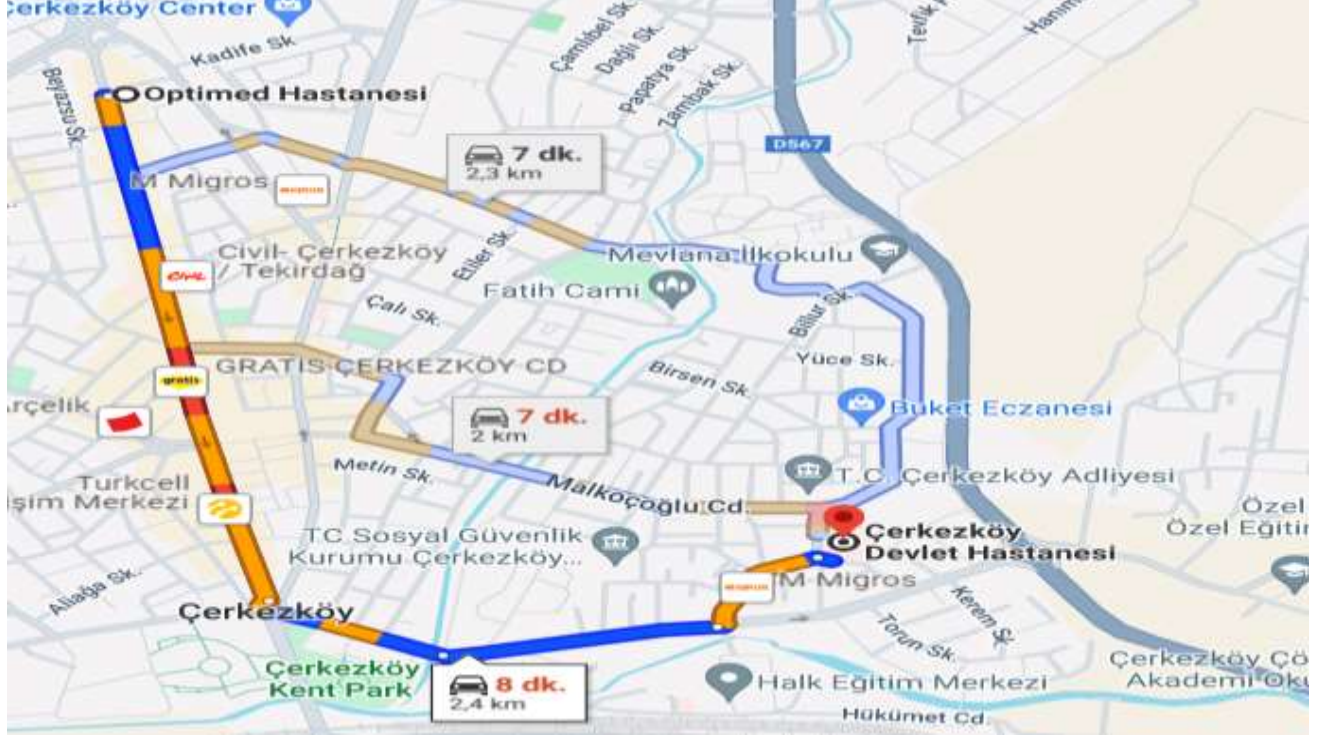
- Acil durum ve/veya afet durumları yönetildikten sonra hastanenin işleyişini etkilemeyecek ve hastaneye risk oluşturmayacak duruma gelindiğinde OYE tarafından sahada gözlemler yapılır, fiziki ve teknik açıdan herhangi bir problem yoksa hastane Yeşil Kod SOP una göre Yeşil Kod anonsu verilir ve kademeli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

Bölgedeki Hastaneler ve Telefon Numaraları

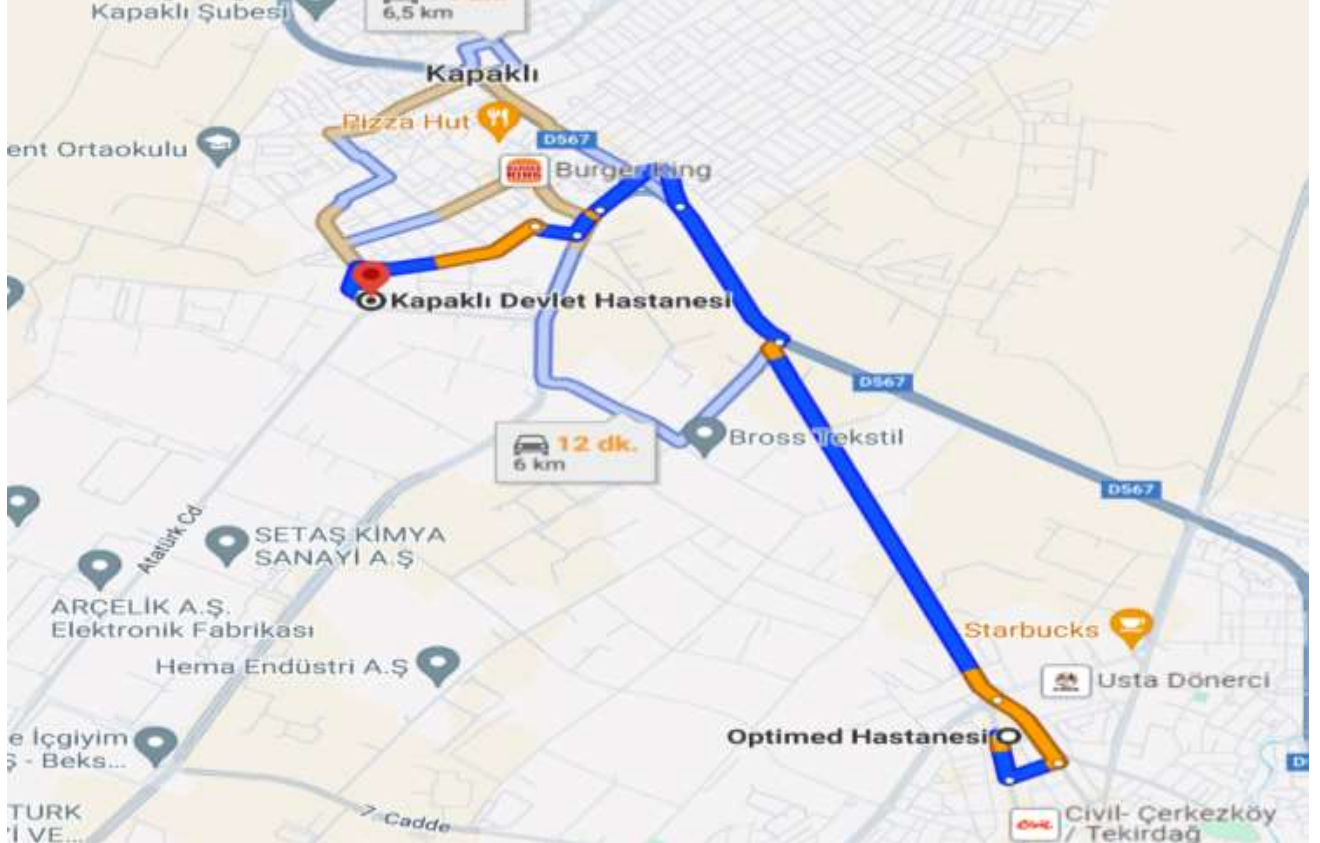
KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLIK
ÖZEL İRMET HOSPİTAL INTERNATIONAL	(0282) 725 44 44	750 M (TAHMİNİ 2-3 DK)



KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLIK
ÇERKEZKÖY DEVLET HASTANESİ	(0282) 736 80 00	2,4 KM (TAHMİNİ 8DK)



KURUM ADI	TELEFON NUMARASI	UZAKLIK
KAPAKLI DEVLET HASTANESİ	(0282) 758 37 22	6 KM (TAHMİNİ 8DK)



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 90 / 763

**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 BAĞCILAR 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 ARAŞTIRMA HASTANESİ	ÜNİTE HALASKARGAZİ CAD. NO:10 ŞİŞLİ	(0212) 373 50 00

Hastaların Sevkleri Yapılırken Aşağıdaki Durumlar Ön Görülmelidir;

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 91 / 763

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).

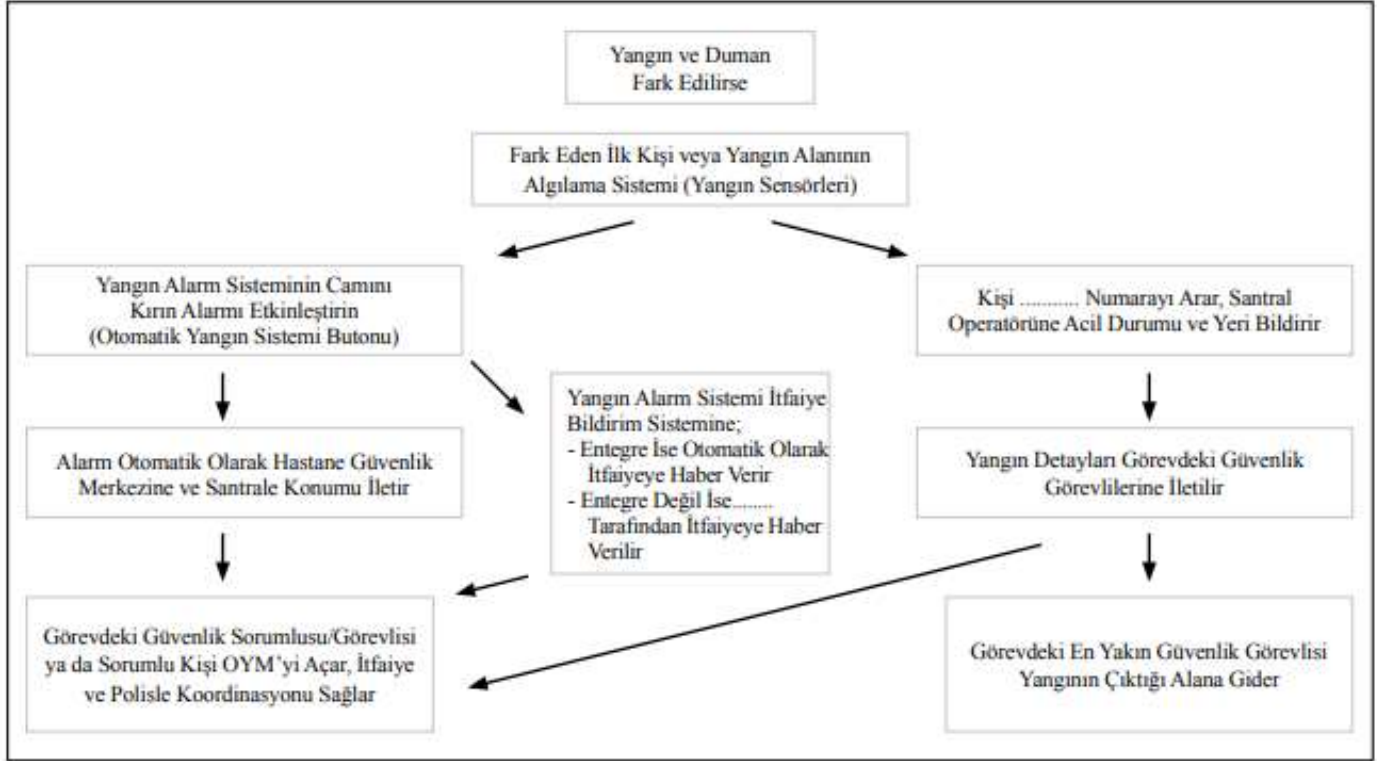
F Sınıfı Yangınlar: Yağ yangınlarıdır. Mutfakta kullanılan kızartma yağlarının yanması sonucu oluşur. Boğarak söndürme yöntemi kullanılır. (Yangın battaniyesi)

- Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- Yangın süresince, alarmla 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 92 / 763

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 9: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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 93 / 763

- 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. Tahliyeden sonra hastaların yönlerini şaşırarak 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 ulaşıncaya 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 bölümdeki 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 zorlaştırabilecek 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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 94 / 763

- 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 kaçının.
- 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

- 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 “Dikkat 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,

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 95 / 763

- Hastaların tahliyesi ve başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,
- Kurtarma faaliyetlerini 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

KONTROLU DEVİR ALIN.



Durumu aşağıdaki şekilde

DEĞERLENDİRİN:

- Ne oldu?
- Nerede oldu?
- Alarm sireni çaldı mı?
- Acil Durum (Emergency) Kapama Sistemleri aktif hale getirildi mi?
- Sabit Yangın Söndürme Sistemleri aktif hale getirildi mi?
- Yangına ilk müdahale yapıldı mı?
- Bütün personel emin bir şekilde bölgeden çıkarıldı mı?
- Kaç kişi yaralandı?
- Kaç kişi içeride sıkıştı?
- Hava şartları, rüzgâr yönü vs.
- 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 toplanma noktası sorumlusunu görevlendirin.

Durumu tekrar gözden geçirin, yaptıklarınızı ve aşağıdakileri kontrol edin:

- Hastane kapandı mı?

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 96 / 763

- 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 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 yapılacak sistem kontrol edilmelidir.
- Söndürmenin etkili olması için 1-2 dakika içerisinde yapılması gerekmektedir. Bu nedenle çalışmalara çok kısa zaman da başlanmalı ve vakit kaybedilmemelidir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 97 / 763

- 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 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 olmadan girilmez.
- Söndürme ekibi içeri girmeden kendini ipe bağlar ve bu şekilde içeri girer.
- El feneri kullanmalıdır.
- 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 99 / 763

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 3 adet yangın söndürme dolabı bulunmaktadır. Dolap içinde 1 adet 6 kg lık KKT söndürme tüpü vardır.
- Yangın hortumları 25 metre uzunluğundadır ve içinden sadece su çıkmaktadır.
- Hortumlarda 8 bar 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.
- Su ve köpük ile elektrikli alanlarda söndürme yapılmamalıdır.
- Görevli olduğu alandaki hasta ve yakınlarının güvenliğinden 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; tahliye gerçekleştirmeyecek her servis söndürme eğitilmiş en az 2 personelini, polikliniklerden ise tahliye sorumluları tarafından görevlendirilecek personel gönderilecektir.
- Tahliye kat sorumluları tahliye hazırlığına girerek polikliniklerde vatandaşların ve servislerden hastaların tahliyesini sağlamak üzere hazırlıklarını göreceklerdir.
- 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 bilgilenmelidir.
- 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 ve İtfaiye ekipleri 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 100 / 763

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 güvenliği 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.

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, 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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 101 / 763

- 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 - kaskla 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 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 102 / 763

- 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 bıraktırma,
- 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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 103 / 763

- 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 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. Bu maddeler 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, götürülemiyorsa yangın söndürme cihazı hazır bulundurulduktan sonra işlere başlanılacaktır

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 104 / 763

Kriz Sonrası Değerlendirme

Olayın ciddi safhası geçer geçmez veya yangın söndükten sonra; Müdahale Ekibi hemen toplanır ve plânı 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.
- Müdahale 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 bölüşüldüğünü 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.
- 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 105 / 763

- 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, elektrik kaynakları 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 kurtarılabilecek evrak, dosya ve diğer eşyayı, olay yerinde bulunanların da yardımı ile ve büro şeflerinin nezareti altında mümkünse çuvalara 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.
- Kaza yerlerine rüzgarı arkaya alarak yaklaşmak.Tehlikeli maddelerle ilgili kendisine verilen güvenlik bilgi formuna göre önlem 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 106 / 763

c) Koruma ekibi; kurtarma ekibince kurtarılan eşya ve evrakı korumak, yangın nedeniyle ortaya çıkması muhtemel panik ve 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.

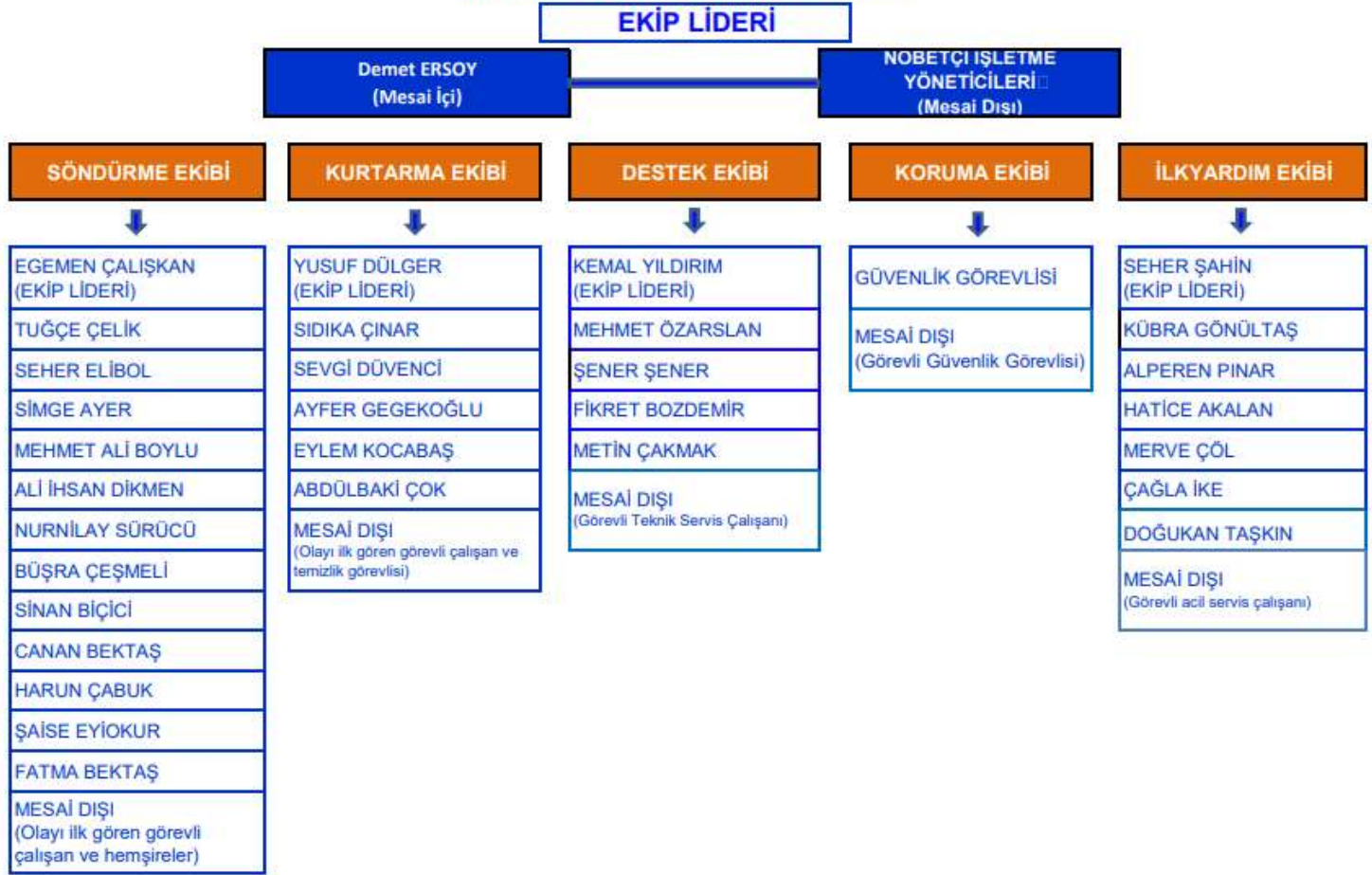
d) İlk Yardım ekibi; Yangında ve diğer acil durum ve kazalarda yaralanan veya hastalananlar için ilk yardım hizmeti verir. Sağlık görevlileri geldiği zaman hastalar hakkında istenen bilgileri vererek sağlık amirinin emrine girerek gerekli görülmesi durumunda müdahaleye devam eder.

- 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 ağırısa 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.

Yangın Müdahale Araç Gereç Listesi

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

- 17 adet gaz maskesi
- İki adet yanmaz kıyafet
- 2 adet yanmaz baret
- 2 adet yanmaz çizme

KIRMIZI KOD MÜDAHALE EKİBİ


Not: Olayın olduğu andaki görevli personel olaya müdahale etmek ile sorumludur.

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.

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 108 / 763

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	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 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
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 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,		
Yüksekte yapılacak çalışmalar olabileceği için çalışmalarda ek güvenlik önlemleri alın.		
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
İdari kat içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalara boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 110 / 763

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 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 oluşturmeyin.		
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,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 111 / 763

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,		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 112 / 763

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,
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 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 “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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 113 / 763

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
Mutfak kısmında kızartma yağı yangını olmuşsa hemen yangın battaniyesi ile ekipmanını üzeri kapatılarak söndürme yapılır.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
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 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.		
Yemekhane içinde kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturmayla 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,		

Davlumbaz içi söndürme sistemi

Yangın Battaniyesi,

Kurtarma ekipmanları

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye 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

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

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 bi	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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 116 / 763

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 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. 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
Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber "0 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 117 / 763

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 malzemes (kağıt, kumaş vb. malzemes olduğundan dolayıA 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 CO2söndürücüler 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),	
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 koşuşturmay yapılmalıdır.	
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.)	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 118 / 763

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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 119 / 763

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
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		
rektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 120 / 763

2.5.4. Yatan Hasta Katları Yangın Standart Operasyon Prosedürü

	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 verme 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 raporlam 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
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.		
Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve hastaları tahliyenin tamamlanmasını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 121 / 763

Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğerservislerde 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 kullanır 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 söndürmekveya 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 122 / 763

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 Battanisi,		
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 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 123 / 763

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 örtebilirsinizveya 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 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 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,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 124 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 125 / 763

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 raporlam azamanı
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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 126 / 763

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 vesöndürme 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 arttırıcı 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 koşuşturmayapılmamalıdır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 127 / 763

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
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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 128 / 763

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
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		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 129 / 763

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

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 etmektir.

Hedefler

Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 4444 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber verme
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 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
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 130 / 763

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 arttırıcı 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.		
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 131 / 763

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 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 132 / 763

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
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		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 133 / 763

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,
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 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
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 diğerservislerde çalışan müsait personellerden yardım alın	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	2dk.	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 134 / 763

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 cıvalıKKT tüplerine ulaşırsa tüpler devreye girecektir. Ve söndürmeye yardımcı olacaktır.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Ençok kağıt vb. malzemeler yanabileceği için A tipi yangın olacaktır. Burada da 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 tüpü 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.)	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 135 / 763

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
Arşiv içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalaraboşaltıldığını 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
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
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu	Olayın başlamasından	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 136 / 763

İçeri giren oksijen kaynaklıdır.		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). 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 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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 137 / 763

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.

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 diğerservislerde 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 <u>kalıcı zararlar oluşturabilir.</u> Bu nedenle öncelik olarak <u>KKT tüpler kullanılmalıdır.</u>	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
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 koşuşturmay yapılmalıdır.		
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.)		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 139 / 763

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, alanınboşaltıldığını 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
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 140 / 763

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		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 141 / 763

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 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 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
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 diğerservislerde 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 <u>kalıcı zararlar oluşturabilir.</u> 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 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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 143 / 763

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliye 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 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
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 144 / 763

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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 145 / 763

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 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 146 / 763

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 söndürücülerkullanın. 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) yönlendirmetalep 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,		
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 koşuşturmayapılmamalıdır.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 147 / 763

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 tahliye 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 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 148 / 763

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 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 bitimine kadar	Olay Bitimi
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 149 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 150 / 763

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. 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 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 diğerservislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	2dk.	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise ilgili alanın ve ilgili ekipmanın elektrikkesilmesini 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 tüplerinikullanarak 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 tüplerikullanarak ilk müdahaleleri yapın. Daha sonra Kuru kimyevi tozlu söndürücülerini 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 elektrik çarpmasına neden olabilir.	3 dk.	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) yönlendirmetalep 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 içerde 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 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 koşuşturmay yapılmalıdır.

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

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 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 153 / 763

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 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,		
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.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 154 / 763

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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 155 / 763

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

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 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
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	Hemen	Olay Bitimi
Alanda görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandanguvenli 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 servislere 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

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 vesöndürme ekibi gelene kadar yangını kontrol altında tutmaya çalışın veya söndürün.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Teknik alanlarda bulunan yangın tüpü ile birlikte ilk 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 elektrik olan alanlarda kullanmayınız.	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 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. . 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 157 / 763

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
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 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 158 / 763

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
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 control 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,		
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 159 / 763

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, hastalar 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.
Sterilizasyon yangın standart operasyon prosedürünü okuyun.

Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlam 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
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

Basıncılı 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
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 duyurulmalıdır).	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 161 / 763

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 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 162 / 763

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,			
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 163 / 763

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.

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
Ameliyathane alanında görevli olmayan personelleri ve tedarikçileri alandan uzaklaştırın. Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.	1 dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 164 / 763

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 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, 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 tüpü vardır. Gerek görülürse su kullanılabilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Yukarıdaki söndürücüler ile söndürülemez ise yangın dolabından yangın hortumu alınmalı ve kullanıma başlanmalı. Ancak elektrik olan alanlarda ve ameliyat devam eden alanlarda kullanmayınız.	2 dk.	Olay Bitimi
Anestezi cihazlarındaki O2 ve N2O alevi güçlendirerek yangını körükleyeceği unutulmamalıdır. 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 165 / 763

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 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 tahliye görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 166 / 763

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 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 167 / 763

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		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 168 / 763

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. 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
Yanıcı madde veya oksitleyici madde içeren kimyasalı 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 vesöndürme 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 elektrik olan alanlarda kullanmayınız.	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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 170 / 763

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 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
Yoğun bakım içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 171 / 763

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
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 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
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,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 172 / 763

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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 173 / 763

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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 174 / 763

Hastanenin söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğerservislerde 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 İlk müdahaleyi 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,	
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 koşuşturmay yapılmalıdır.	
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 175 / 763

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 görevi 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 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 176 / 763

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 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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 177 / 763

3. KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ PLANI

3.1. Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Amaç

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

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.

TANIMLAR VE KISALTMALAR

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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 178 / 763

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 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,

Trijaj: 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,

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

KİŞİSEL KORUYUCU ELBİSELERİN GENEL BİLGİLERİ:

A Düzeyi Koruyucu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 179 / 763

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; 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.

İKAZ VE UYARILAR:

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.

KBRN TEHLİKELERİNİN YÖNETİMİNE YÖNELİK SÜREÇLER VE SÜREÇLERE İLİŞKİN SORUMLULAR

Olası KBRN Tehlikeleri :

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

Hastanede radyoaktif madde yoktur. Nükleer tıp yoktur.

Hastanede radyolojik tehlikelerde;

Röntgen cihazı	1 adet
Taşınabilir röntgen cihazı	2 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 180 / 763

Çamaşırhanede kullanılan yıkama kimyasalları

Sterilizasyon işlerinde kullanılan Hidrojen peroksit malzeme

Bakım işlerinde kullanılan kimyasal maddeler

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

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 taşıma 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.

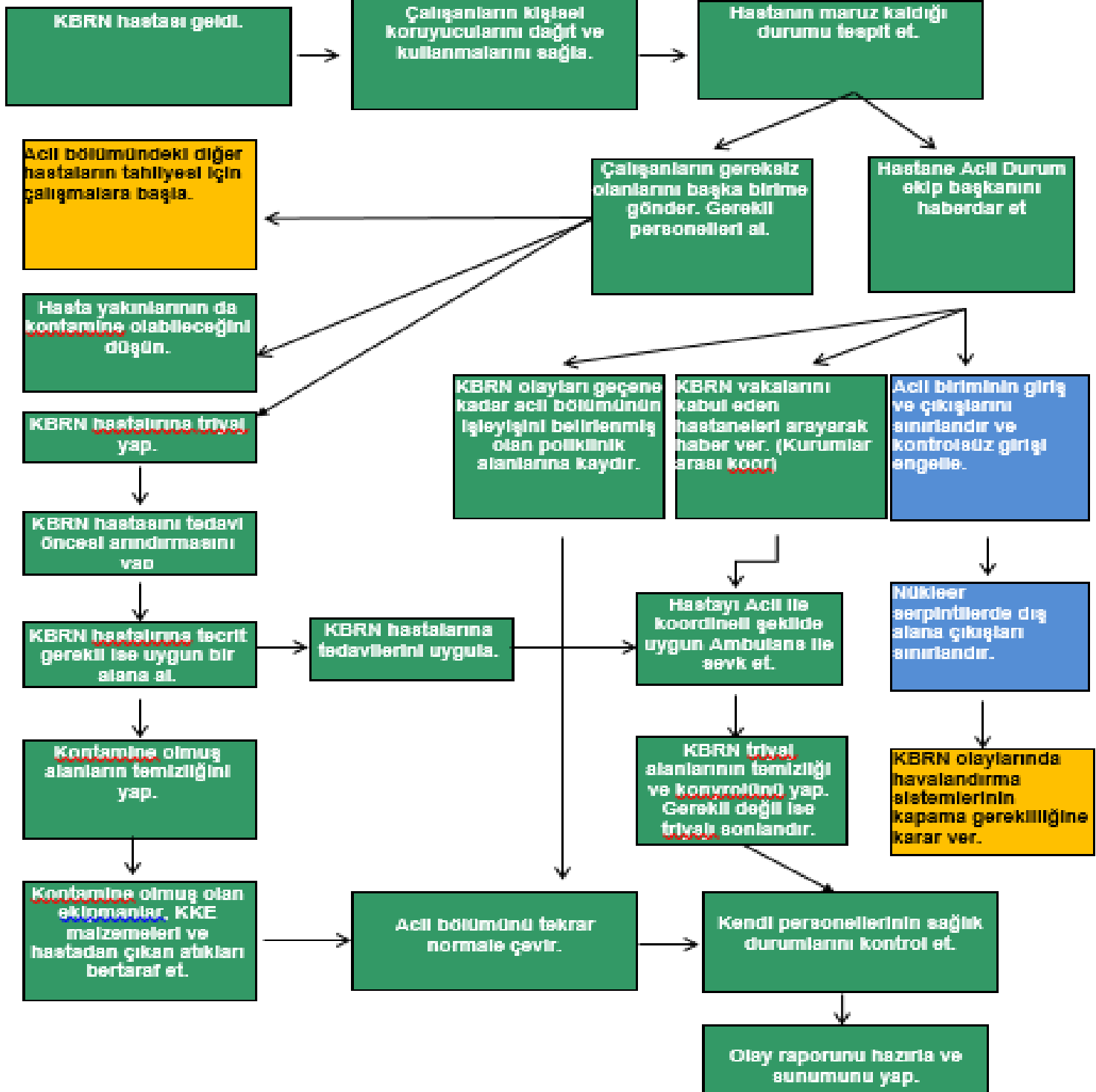
Temizlik malzemelerin aşırı kullanılması, dökülmesi ile kireç çözücü ve çamaşır suyunun karışılması halinde tehlikeli olabilir. Klorlu maddeler ile asitlerin birleşimi tehlikelidir. Metaller ile klorlu bileşenler tehlike oluşturur. Kimyasalların karıştırılması da tehlikeli olmaktadır.

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.

3.2. Kimyasal Bir Olay Durumunda Müdahale Algoritması



3.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi .

Kurum dışında gerçekleşen olaylarda hastalar KBRN ünitesi bulunan ilgili hastanelere gönderilecektir. Kurum içerisinde yaşanabilecek olaylarda Olay Yönetim Ekibi, KBRN için oluşturulan olay eylem planını doğrultusunda ilgili standart operasyon prosedürlerini uygular.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 182 / 763

3.4. Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

KBRN hizmetleri konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından Hastanemize verilen herhangi bir görev yoktur. Hastane dışından gelebilecek hastalar ilgili hastanelere gönderilecektir. Kurum içersinde yaşanabilecek olaylar için personele:

- Yangın söndürücülerin kullanımı ve konumları öğretilir.
- 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.
- KBRN uygulayıcı eğitimleri İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi/Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi (şube bünyesindeki afet biriminden) tarafından verilir.
- Eğitimler, periyodik olarak düzenlenen masa başı ve fiili tatbikatlar ile desteklenir.
- Antidot, antibiyotik ve ilaç stoku yapılır.
- “C” ve “D” tipi koruyucu elbise, maske, eldiven vb. kişisel koruyucu malzemeler temin edilir.
- Acil Servis’e ulaşan kontamine hastaların karşılanması ve dekontaminasyon işlemlerinin yapılmasında görev alacak bir KBRN Ekibi oluşturulur.
- KBRN malzemeleri acil serviste ve depolarda bulundurulur.
- Tüm çalışanların ilgili SOP’ları bilmeleri ve uygulamaları sağlanır.
- Tüm çalışanların ilgili SOP’ları bilmeleri dışındaki uygulama ve davranışları düzeltilir.
- Kullanılan kimyasal ve biyolojik riskler konusunda çalışanlar bilgilendirilir; riskleri en aza indirmek için gerekli önlemler alınır ve personeli eğitilir.
- Tüm cihazların üretici firmanın uygun gördüğü ve güvenli bir şekilde kullanılması sağlanır.
- Tüm çalışanların kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, eldiven, firmalara yaka kartı, gözlük vb.) yerini bilmesi ve kullanması sağlanır.
- 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.
- Tüm kesici delici maddeler uygun şekilde ayrılır ve kesici delici tıbbi atık kutusu atılır
- Kişisel koruyucu ekipman birden fazla kişi tarafından kullanılıyorsa kullanım sonrası dezenfekte edilerek kaldırılır.
- Kimyasallar uygun alanlarda depolanır ve yanıcı kimyasallar bu iş için ayrılmış yangına dayanıklı kabininde depolanmalıdır.
- Çalışma yapılırken reaksiyona girebilecek maddeler bir arada bulundurulmaz.
- Kimyasallar mümkün olduğunca en küçük miktarlarda bulundurulur ve kullanılır.
- Kırılması muhtemel kimyasalları taşıırken kırılmasını önlemek için taşıyıcı kullanılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 183 / 763

- Kimyasal ısı, kıvılcım ve ateş kaynaklarından uzakta kullanılır.
- Kimyasal kapakları daima kapalı olmalıdır.
- Kimyasalların bulunduğu ve çalışıldığı ortamlarda yeterli havalandırma sağlanır.
- Röntgen Bölümü'nde radyasyon tehlikesi olan alanların girişine "RADYASYON TEHLİKESİ" ve "HAMİLELER ve HAMİLELİK ŞÜPHEİ OLANLAR GİREMEZ" şeklinde sarı uyarı levhaları vardır ve bu kurallara kati şekilde uyulmalıdır.
- Radyolojiler Personeli dozimetre takar.
- Dozimetrelerin kontrollerini yapacak firma, daha önce anlaşılan firmaya gönderili ve firması tarafından belli aralıklar ile kontrol edilerek personelin maruz kaldığı radyasyon miktarı takip edilir.
- Radyolojik alanda çalışanlar mutlaka kurşun kişisel koruyucuları kullanılmalıdır.

3.5. Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar.

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 soperlarını derhal uygulamaya konulacaktır.

Kimyasal Sızıntısı Durumunda Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde:

- Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna haber verilir.
- Eğer sızan veya dökülen madde parlayıcı özellikte ise, ona yakın ısı kaynakları bölgeden uzaklaştırılır.
- Güvenliği tehlikeye atmayacak ve tehlike yaratan madde hakkında bilgi varsa, mümkünse sızıntı kaynağında engellenir. (musluğun, vananın kapatılması vb.)
- Dökülen kimyasalın yayıldığı bölge sınırlanır.
- Kapıları kapatarak / kilitleyerek ve uyarı yazısı asarak dökülme bölgesi izole edilir.
- Görevi olmayan ve yetkisiz kişilerin bölgeye girmesine izin verilmez.
- Bölgedeki tüm çalışanlar uyarılır; dökülme 1 litreden fazla ise veya çok tehlikeli bir madde döküldüyse dökülme olan alan hemen boşaltılır.
- Kimyasal dökülme kiti kullanılarak çalışmalar başlatılır.
- Elektrik düğmeleri ve gaz vanaları kapatılır.
- Dökülen kimyasal maddeye dokunulmaz ve üzerinde yürünmez.
- Maske, kimyasal eldiven, gözlük, tulum, çizme vb. kullanarak önce kişiler kendini güvenceye alarak, sızıntının yayılım alanı bariyerlerle çevirerek engellenir.
- 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,
- Kontamine malzeme uygun etiketli atık kutusuna atılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 184 / 763

- Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite Birimine ve İş güvenliği birimine bildirilir.
- Kimyasalın kontrol altına alınamaması veya temizlenememesi durumunda İdare tarafından Acil Durum Merkezi'ne (112,110 vb.) haber verilir.

Kişi Kontaminasyonu Halinde:

- Üzerine bulaş olan kişi hemen uyarılır.
- Kirlenmiş olan kişiye müdahale edecek olan personel/personeller hemen Gaz maskesi, tulum, kimyasal eldiven, çizme vb. koruyucu ekipmanlarını tam olarak giyer.
- Birden fazla yaralı gelmesi veya olması durumunda hemen triyaj alanına sevk edilir ve triyaj yapılır.
- Kontamine giysileri hemen çıkarılır.
- Tehlikeli atık poşetlerine konur.
- Atık prosedürüne göre bertaraf edilir.
- Maruz kalan kişi hemen temiz havaya çıkılır.
- Vücut üzerinde kirli alan varsa yıkama yapılır.
- Personelin kalp durması ve solunum durması durumunda Mavi kod verilir.
- Tıbbi ilk yardımlar sadece ilgili kimyasalın GBF'larındaki talimatlara göre yapılmalıdır.
- Yanında gelen kişi varsa onların da kontamine olduğu göz önüne alınmalıdır.
- Olay raporlanarak Kalite Birimine ve İş güvenliği birimine bildirilir.

Radyoaktif Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde

- Radyasyon Koruma Görevlisi durumdan haberdar edilir. Koruma görevlisi ilgili alanda düzenlemeleri yaptırır.
- Dökülen sıvının üzerine hemen emici bez veya kağıt konularak yayılması önlenir, çevresi işaretlenir ve üzerinden geçişler engellenir.
- Temizlik esnasında mutlaka eldiven giyilir ve bulaşmış malzemelerle ıslak kâğıtların içine konulabileceği plastik bir torba bulundurulur.
- Dökülen maddenin üzerine konulmuş olan bez veya kâğıtlar alınır ve bir havlu ile bulaşma alanı dıştan içe doğru olmak üzere kurulanır.
- Alan iyice kurulandıktan sonra temizleme malzemeleri (Dekontaminasyon ilaçları) ile ıslatılmış kâğıt havlu ile silinir.
- Havlunun radyoaktivitesi uygun ölçüm cihazları kullanılarak kontrol edilir veya ettirilir.
- Ortam sayımının iki katını geçen sayımlar, bulaşma olduğunun göstergesidir.
- Bu durumda kâğıt havlular ile temizlemeye devam edilir. Yumuşak bir temizleyici sıvı kullanılabilir ancak aşındırıcı temizleyicilerden sakınmalıdır.
- Temizlik sonunda silme testi tekrarlanır.

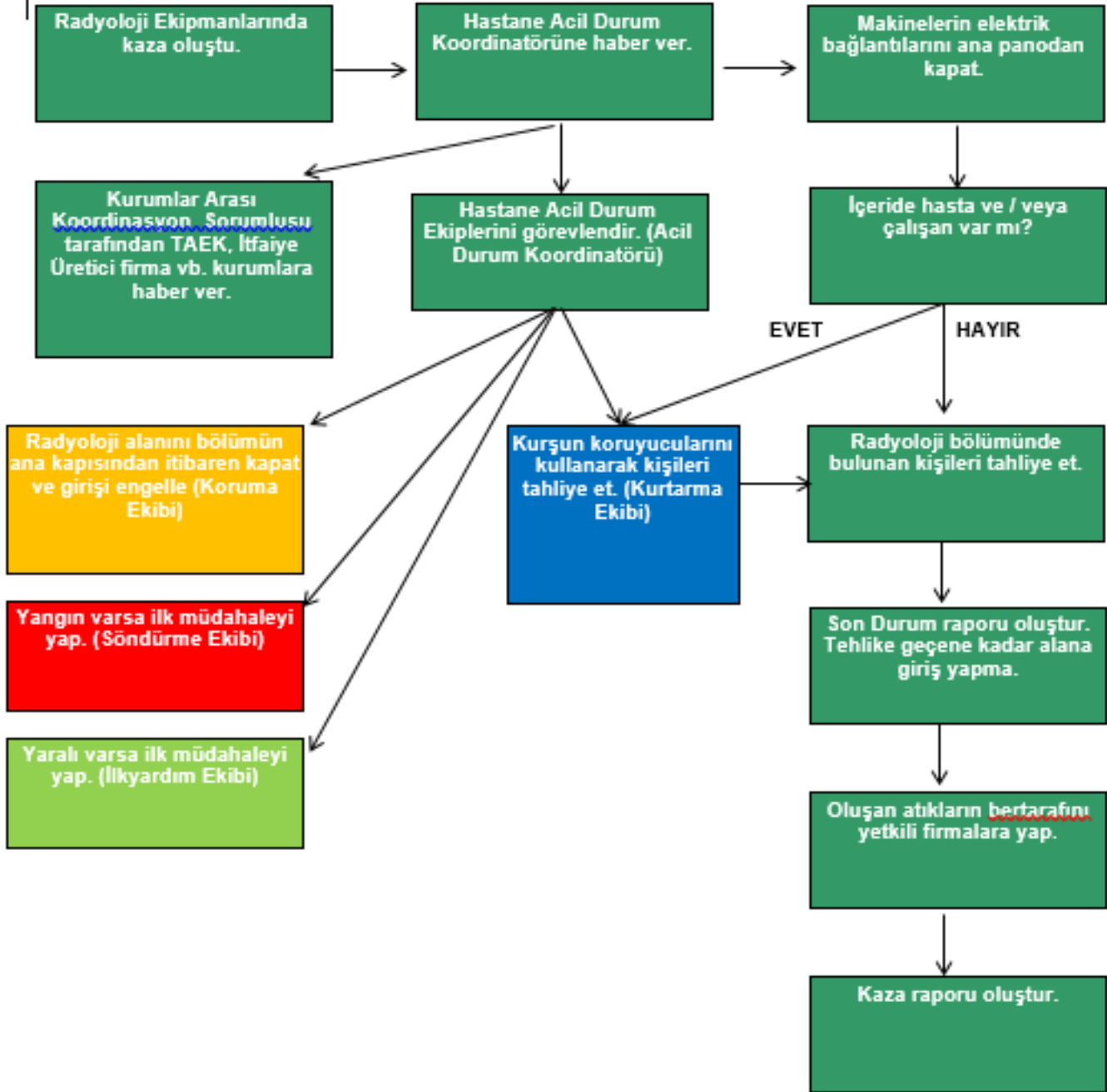
	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 185 / 763

- Silme işlemi yapılan havludaki radyasyon düzeyi, ortam sayımının iki katından daha küçük bir değere ulaşınca kadar temizleme ve silme işlemine devam edilir.

Kişisel Kontaminasyon Olması Halinde:

- Kirlenmiş olan kişiye müdahale edecek olan personel/personeller hemen kurşun koruyucu ekipmanlarını tam olarak giyer.
- Dozimetresini üzerinde bulundurur.
- Kontamine giysileri hemen çıkarılır. Uygun kırmızı poşetlere konarak kurşun kutu içine konur.
- Kirlenmiş kişilerin elbiseleri Atom Enerji Kurumu yetkililerine verilir.
- Maruz kalan kişi duş aldırılarak arındırma işlemi yapılır.
- Personelin kalp durması ve solunum durması durumunda Mavi kod verilir.
- Gerekirse suni solunum uygulanır.
- Hasta üzerinde radyasyon ölçümleri yapılır.
- En kısa sürede ilgili hastaneye gönderilir.
- Yanında gelen kişi varsa onların da kontamine olduğu göz önüne alınmalıdır.
- Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite Birimine ve İş güvenliği birimine bildirilir.

Radyoloji Bölümü Acil Durum Algoritması:



Biyolojik Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde:

- Kontamine alanı tespit edip izole edilir.
- Bütün çalışanlar uyarılır. Hemen kişisel koruyucular giyilir.
- Maşa / forseps yardımı ile kırık camlar toplanır.
- Havalandırmaları kapat ve doğal havalandırma yap.
- Dökülen sıvı üzerine absorban malzeme (kağıt havlu veya süzgeç kağıdı) örtülür; dökülenin emildiğinden emin olunur ve gerekirse bu işlem tekrarlanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 187 / 763

- 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.
- Dezenfektanın yaklaşık 20 dakika kalması sağlanır.
- Absorbanı alınır ve ortam alkol veya yüzey deterjanı - su ile temizlenir. Bu arada kirlenen materyali hemen (atık kabına) atılır.
- İlgili alanın Birim Sorumlusu'na ve Hastane Temizlik Müdürüne haber verilir.

Kişinin Kontaminasyonu Halinde:

- Üzerinde biyolojik bulaş olan kişi hemen uyarılır.
- Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna haber verilir.
- Tedavi yapacak olan kişi hemen kişisel koruyucularını giyer. Tulum, N95 maske, yüz siperi, eldiven, çizme mutlak kullanılır.
- 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.
- Maruz kalan kişi hemen yıkama alanına alınarak temizliği yapılır.
- Kalp durması ve solunum durması durumunda Mavi kod verilir. Gerekirse suni solunum uygulanır.
- Tıbbi ilk yardımlar için Biyolojik malzemelerin özelliklerine göre yapılmalıdır.
- Vücudun temas eden bölgesi sabunlu su ile, gözler göz yıkama solüsyonu ile veya ağız serum fizyolojik yıkanır.
- Yanında gelen kişi varsa onların da kontamine olduğu göz önüne alınmalıdır.
- Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite ve İş güvenliği birimine bildirilir.

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 çalışma yapılır.

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 endikasyon varsa tedaviye 1 – 2 saat içinde başlanması gerekir.

Personeller izlemeye alınmalıdır.

Kan testleri için testler yapılır ve prosedüre göre çalışma yapılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 188 / 763

Kazaya karışan malzeme örneğinin kalanını incelenmesi için korumaya alınır.

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.

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, durum değerlendirmesi 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 189 / 763

- 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.
- 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.
- Triaaj yapılan kişiler triaj 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 triaj yapılır. Arındırma sonrası bulaş durumu temiz çıkanlara triaj yapılır ve sonuca göre 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 190 / 763

- 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 antidot 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,
- Hasta kabulünün sona ermesiyle; görev yapan personel, Dekontaminasyon ünitesi ve alanı arındırılır.
- Dekontaminasyon ekibinde yer alan personel arındırılarak, sağlık durumları izlenir.
- Hasta geliş 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.

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 191 / 763

3.6. KBRN Olayları Standart Operasyon Prosedürleri

3.6.1. 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, MSDSformlarını temin edin.	Hemen	Olay Bitimi
Hastaneye gelen hastaların dekontaminasyon ve triyaj uygulamalarını ilgili SOP'laragöre derhal faaliyete geçirmek için Acil Servis personeli 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 takipfaaliyetlerini başlatın,	Hemen	Olay Bitimi
Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılmasını sağlayın. Kritik bakım hizmetlerine	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 192 / 763

erişim, özel ilaç ve antidot almak için kabul ve ret kriterlerini oluşturur (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa),		
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 bitimine kadar	Olay Bitimi
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
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,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 194 / 763

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:Triyaj 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 çıkansemtomlar 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 vedüzenli 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 195 / 763

3.6.2. 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 solüsyonlarıkullanılmalıdır. 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. (vanakapama, dökülme önleme vb.)	2 dk.	Olay Bitimi
Müdahale öncesinde mutlaka Eldiven, Maske, Tulum, çizme, gözlük vb. diğerKişisel Koruyucu Donanımlar kullanılmalıdır.	3 dk.	Olay Bitimi
Sızan veya dökülen kimyasal ürünün GBF'ye (Güvenlik Bilgi Formu) göreözellikleri belirlenir. Yapılacaklara bu forma göre karar verilir.	3 dk.	Olay Bitimi
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 196 / 763

Kontemine olmuş atık malzemeler ve ekipmanlar sarı torbalara alınarak tehlikeli 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 tahliye 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		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 197 / 763

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		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 198 / 763

3.6.3. 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 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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 199 / 763

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
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	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 200 / 763

	bitimine kadar	
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 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
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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 201 / 763

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	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
KBRN hastanelerinden yardım alın	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 202 / 763

3.6.4. 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, 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
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. Radyolojibölümündeki 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 alanaçmayın.	1 dk	Olay Bitimi
Acil durum geçtikten sonra varsa atıkları uygun firmalara teslim edin.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 203 / 763

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
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 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 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	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 204 / 763

	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		
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.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 205 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 206 / 763

3.6.5. 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,
- 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 etkilenerek 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 207 / 763

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 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 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 208 / 763

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		
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 209 / 763

4. HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR OLAYA ÖZEL PLANI

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

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

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 Yürüeyebilen 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 yürüeyebilen 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 210 / 763

4.2. Tahliye 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
 - ❖ 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 içlerinde 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 acil durum dolapları mevcut.
 - Tahliye yapılırken kaçış yollarındaki insan trafiğini düzenlemek için iniş ve çıkışlarda kargaşa oluşmaması adına acil çıkış merdivenlerinin 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 (bkz 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 211 / 763

- 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 gelen bildirimler doğrultusunda Kurumlar Arası Koordinasyon Şefi çalışmalara başlar.
- Tahliye durumunda hastaların ve çalışanların güvenliğinin sağlanması, su, gıda, haberleşme ve ısınma ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmaktadır.
- Hastaların, dışarıda kötü hava koşullarında bekletilmeden, en kısa sürede geçici olarak nakilleri gerçekleştirilir.
- Yürüeyebilen 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.
- Triyaj 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.
- Gerektiğinde, 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) afet deposunda 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 212 / 763

Nöbetçilerin Desteklenmesi;

- Tahliye kararı iletildiğinde 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 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 Jeneratör 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 tarafından 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 213 / 763

- 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 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 214 / 763

Gerek güvenli eş serviste gerekse güvenli toplanma alanında “Tehlike kalkmıştır!..” , “Yeşil Kod” anonsu yapıncaya 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.
- 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 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 215 / 763

4.4. Tahliye Standart Operasyon Prosedürleri

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 raporlam azamanı
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 216 / 763

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,	
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 tahliye 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 217 / 763

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 Öncesinde	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:	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 devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 218 / 763

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 Katlarında 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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 219 / 763

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. Hastane dışına tahliye yapılacaksa ilgili toplanma alanına geçin	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 kaçınin),	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 220 / 763

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir, Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm odaların 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 221 / 763

Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde,	Tahliye	Olay Bitimi
tahliye 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 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.		

4.4.3. 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 222 / 763

		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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 223 / 763

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 odaların 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,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 224 / 763

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

Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		

Ekler

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 225 / 763

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.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 226 / 763

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 toplanma alanına geçin	5 Dk	Olay Bitimi
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 kaçınin),	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	5 Dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 228 / 763

gerçekleştirin,		
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) 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, 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 229 / 763

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 iliştirilmiş 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 230 / 763

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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 231 / 763

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 çıkışnoktasından 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, varışnoktası).	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 232 / 763

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Servisin 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 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 233 / 763

Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüpheli 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 234 / 763

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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 235 / 763

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 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 236 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 237 / 763

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 oda 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 238 / 763

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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 239 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 240 / 763

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 gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 241 / 763

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,		
Bölümlerin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm odave wcler 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
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 242 / 763

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 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 243 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 244 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 245 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 246 / 763

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 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 iletirilmiş 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 247 / 763

4.4.10. Yenidoğan Yoğun Bakım Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü

	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 gerçekleştirilm ezamanı	Eylemin raporlam azamanı
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 yakın olan 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. Budoğrultuda 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 kaçınin),	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
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 249 / 763

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 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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 250 / 763

Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	ve Bitiminde	
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 devamettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 251 / 763

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 kullanılmalıdır. 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. Budoğrultuda 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 sedyet transfer 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 ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 253 / 763

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,		
Servisin 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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 254 / 763

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 devamettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Güvenlik Konuları

Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 255 / 763

5. HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ OLAYA ÖZEL PLANI

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

5.1. Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri

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

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

b) Ülke düzeyinde: Sağlıkla ilgili afet/acil durumlara hazırlık ve müdahalede ülkelerin Sağlık Bakanlıkları temel yönlendirici konumdadır. Pandemi durumunda, ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe stratejik yönlendirmeyi ve kaynak yönetimini kapsamlı biçimde gerçekleştirirken, aynı zamanda, ülkemizin tüm kamu kurum ve kuruluşlarının kendi sektörlerinde, görev ve hizmet alanlarında pandemi durumunda müdahale için ihtiyaç duydukları yönlendirmeyi ve bilgilendirmeyi sağlamaktadır.

c) Kurum düzeyinde: Dünya Sağlık Örgütü’nün pandemi ilanı ile birlikte, T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yönlendiriciliğinde, 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 kurumda bütün faaliyetlerin pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerine uygun olarak düzenlenmesine geçilir.

5.2. Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler

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

- Pandeminin sağlık bakımından etkilerinin önemli bir kısmı pandemiye özgü etkilere ve esas olarak ülkenin/toplumun daha önce bilgi ve tecrübe sahibi olmadığı koşulları gündeme getirmektedir. Bu çerçevede,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 256 / 763

diğer acil durum/afetlerden farklı olarak, başta pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri, vaka tanımları, vaka yönetim algoritmaları (triyaj, tanı, kabul, izleme kriterleri vb.) ile pandemi döneminde gereken özellikli hizmetlerin, hizmeti verecek birimlerin belirlenmesi ve organizasyonu söz konusudur.

- Pandemiler yerleşim, ülke ve küresel tüm düzeylerde, toplum, ekonomi, çevre üzerinde eş zamanlı, yoğun ve yaygın kayıplar yaratabilen afetlerdir; yalnızca sağlık alanını değil, tüm yaşamı, tüm sektörleri ilgilendirmektedir. Pandemi koşullarında enfeksiyon bulaşma (transmisyon) ve yayılım riskinin önlenmesi/azaltılması, sağlık hizmetinin kalitesi ve devamlılığının hızla ve sürekli artabilecek hasta başvuru sayısına rağmen kesintiye uğramaması, mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlık sektörü öncülüğünde etkili müdahale gerçekleştirilebilmesi, pandeminin hayatın her alanında yol açabileceği kayıp, yıkım ve yüklerin azaltılmasında belirleyici öneme sahiptir.

- Pandemiler tehlikenin kaynağı (yeni veya yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları), etki alanı, kapsamı ve büyüklüğü (coğrafya, nüfus, süre, doğrudan ve ikincil etkiler, kayıplar) bakımından diğer afetlerden çok daha ağır, yaygın ve kalıcı olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Pandemi öncesinde ve sırasında, hastanenin görev alanındaki coğrafyada zarar görebilirliği artıracak sağlık risk faktörlerinin, demografik, fiziksel, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve idari etkenlerin, bireyler ve topluluklar arası temas özelliklerinin bilinmesi ve dikkate alınması, pandemiye müdahaleyi güçlendirecektir.

- Pandeminin önlenmesi, risk azaltma ve hazırlık süreçleri ve uygulamalarına ülkelerde tüm toplum kesimlerinin, küresel düzeyde tüm ülkelerin etkili ve sürekli katılımı, her düzeyde işbirliğine ve etkili koordinasyona dayalı, sonuç alıcı bir hazırlıkla mümkündür. Hastanede pandemi için Olaya Özel Plan hazırlıklarında, HAP prosedürlerine uygun olarak, pandemi özellikli olay yönetim araçlarının geliştirilmesi/güncellenmesi, sağlık ve sağlık dışı sektörlerdeki paydaş kurumlarla iç ve dış paylaşımların yapılması, ortak bilgi ve iletişim sistemlerinin geliştirilmesi söz konusudur.

5.3. Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları

Hastane Pandemi Faaliyet Planı

Pandemi Sürecinin Yönetimi Prosedürü

Covid 19 Pandemisinin Hafifleme Sürecinde Cerrahi Operasyonların Normale Dönüş Planı

Acil Eylem Enfeksiyon Prosedürü

Enfeksiyon Kontrol Prosedürü

Enfeksiyon Kontrolünde Standart Önlemler Prosedürü

Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Planı

Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Talimatı

5.4. Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı

Hastanemizde Enfeksiyon Kontrol Kurulu ve Covid 19 Yönetim ve Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Enfeksiyon kontrol kurulu üç ayda bir covid-19 yönetim ve bilim kurulu ise ihtiyaç halinde toplanmaktadır. İlgili kurullarda hastalar ve çalışanlar için bilimsel esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti sunumunda gerçekleştirilecek

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 257 / 763

enfeksiyonların önlenmesi, izlenmesi, kontrolü ve risklerin tespit edilmesi, mortaliteyi-morbiditeyi azaltmak, tedavi maliyetlerini azaltmak, hastane çalışanlarının sağlığının korunması, dezenfektan ve antibiyotik kullanımının yönetimi, teknolojinin değerlendirilmesi, yönetimi ve pandeminin etkin süreçleri değerlendirilmekte ve gerekli iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

Kişisel Koruyucu Donanım Kullanım ve Seçim Talimatı

Hastane Pandemi Faaliyet Planı

Pandemi Sürecinin Yönetimi Prosedürü

5.5. Hastane Pandemi Planı Çerçevesi

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

5.5.1. Hastane Pandemi Faaliyet Planı

İnfluenza Ve Hastalık Tanısı

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 258 / 763

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

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

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

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

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

HASTALIK TANISI

Klinik Belirti ve Bulgular: Titreme ile yükselen ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrısı ve halsizlik hastaların çoğunda görülen belirtilerdir. 38°C ateş genellikle üç gün sürer. Bulantı, kusma ve ishal çocuklarda

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 259 / 763

erişkinlere göre daha sıktır. Özellikle beş yaş altı çocuklarda influenza mevsiminde ateş ve yedi günden kısa süreli üst ve/veya alt solunum sistemi belirtileri ile başvurular da olabilmektedir. Nezle ile ayırıcı tanısı önemlidir.

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

2. Pandemi Döneminde Hizmet Sunumuna Yönelik Birimlerin Oluşturulması

a. Yönetim Birimi:

Pandemi döneminde;

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

Pandemi yönetim birimi üyeleri:

Başhekim	Necati KARAOĞLU
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü	Sevda SÜMBÜL
Enfeksiyon Kontrol Kurulu Başkanı	Mehmet FIRAT
Dahiliye Uzmanı	Gürsel AK

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 260 / 763

Göğüs Hastalıkları Uzmanı	Hüseyin ÇEBİ
Genel Müdür	Ayhan ARSLAN
Kadın Doğum Uzmanı	Nida CANNAZİK
Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Medeni ASMA
Kalite Yöneticisi	Filiz ALBAYRAK
İşletme Direktörü	Elçin SÜLEYMANOĞLU
Hasta Hizmetleri Müdürü	Ezgi GÖNÜL
Acil Servis Hekimi	Bülent Ali KAPTANOĞLU
Yoğun Bakım Hekimi	Zeynep ARAS
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Ece Nur TOPCU

b. Eğitim Birimi:

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

Enfeksiyon Kontrol Kurulu Başkanı	Mehmet FIRAT
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Ece Nur TOPCU
Acil servis hekimi	Bülent Ali Kaptanoğlu

c. İletişim Birimi:

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

İletişimden sorumlu birim ve çalışanlar;

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

d. Sürveyans Birimi:

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

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

3. İletişim Planının Yapılması:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 261 / 763

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

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

Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü	0282 258 2258
Çerkezköy İlçe Sağlık Müdürlüğü	0282 726 8520-726 4743-258 2440
Çerkezköy Halk sağlığı	0282 726 8520
Tekirdağ Çevre İl Müdürlüğü	0282 261 4117

Hastane içi iletişim bilgileri:

1.BİNA			2.BİNA		
-2.BODRUM KAT			2. BLOK -3. BODRUM KAT		
SİMGE METE	HASTA DANIŞMANI	3202		ECZANE	3300
MUSTAFA YILDIZ	FİZİK TEDAVİ POLİK.	3203		ECZACI	5048
ÖZGÜR GÜNER	FİZİK TED. REHABİLİTAS.	3204	ADNAN VELİ ŞENOL	ANESTEZİ UZMANI	5008-5038
- 1.BODRUM KAT			ZEYNEP ARAS	ANESTEZİ UZMANI	5049
ARİF FİDAN	MİKROBİYOLOJİ UZMANI	3107	YETİŞ. YOĞUN BAKIM	SORUMLU HEMŞİRE	1501
	LABOR. SONUÇ	3135	YETİŞ. YOĞUN BAKIM		3351
			SALON 1		
MESUT ÖZDEMİR	LABORATUVAR SORUM.	3106	YETİŞ. YOĞUN BAKIM		3352
			SALON 2		
	LABORATUVAR SABİT	3105	YETİŞ. YOĞUN BAKIM		3353
			SALON 3		
GÖNÜL UYSAL	BİYOKİMYA UZMANI	3107	YETİŞ. YOĞUN BAKIM	BANKO	3350
MİKROBİYOLOJİ		3150	YETİŞ. YOĞUN BAKIM	BANKO	3370
TRANSFÜZYON LAB.		3103	HARUN ÇABUK	KVC YOĞUN BAKIM	3251
			SORUM.HEMŞİRE		
KAN ALMA ODA		3101	KORONER YOĞ. BAK.		1501
PCR LABORATUVAR	COVID-19 TEST LAB.	3104	2. BLOK -2. BODRUM KAT		
CANAN BAKTEMUR	RADYOLOJİ BANKO	3115	AMELİYATHANE	BANKO	3250
BT ODASI		3116	AMELİYATHANE 3	BANKO	3219
BETÜL BEYAZLAR	RADYOL.SORUM.MR ODASI	3114	AMELİYATHANE	PERSON. DİNLENME ODA.	3266
HÜSEYİN H. SEZER	RADYOLOJİ DR.ODASI	3110	AMELİYATHANE SORUM.	HASAN COŞKUN	3232
TETKİK HASTA KABUL	BANKO	3130	SERDAR ÜNAL	ANJİYO TENKNİSYENİ	3200
0. GİRİŞ KAT			KADER TOPÇU	KVC EKİP LİDERİ	5053
ÇETİN ÜÇEÇAM	BAŞHEKİM	5020	AYŞE KARAPINAR	ANESTEZİ SORUMLUSU	3270
ACİL HASTA KABUL	HASTA KABUL	1000	STERİLİZASYON		3267
ACİL TIBBİ SEKRT.		1007	AMBULANS ŞÖFÖR ODA	EMT DİNLENME ODASI	3201
ACİL MÜŞAHADE ODASI		1006	2. BLOK -1.KAT		
YİĞİT CAN ÖZCAN	ACİL SERVİS	5042		DANIŞMA	3185
B.ALİ KAPTANOĞLU	ACİL SERVİS DOKTORU	5017	BANKO - HASTA KABUL		3185-3180
BETÜL PEDÜK	HASTA YATIŞ - ÇIKIŞ	1011	BARIŞ ALKAN	BEYİN CERRAHİ POLİK.	5027-3153
DEMET ERSOY	HEMŞİRELİK HİZ.MÜD.	5055	BEGÜM GÜNAY	KURUMSAL İLETİŞİM	5012
NECLA KESİM	HASTA YATIŞ - ÇIKIŞ	1012	MEHMET ÇOLAK	KURUMSAL İLETİŞİM	5022
EZGİ GÖNÜL	HASTA HİZMETLERİ DİREKTÖRÜ	5013	ERDİ KESKİN	SOLUNUM TESTİ -ODYO	3166
GÜVENLİK		5014	SÜLEYMAN DOLUNAY	DIŞ POLİKLİNİĞİ	3170
DEMET YAVUZYİĞİT	HASTA HAKLARI SORUM.	5025	SEVİM TUTAR	DIŞ POLİKLİNİĞİ	3170
AYAKTAN HASTA					
DANIŞMANI	DANIŞMA	1638	GİZEM AKTÜRK	İDARİ TIBBİ SEKRETER	3168
SEVDA SÜMBÜL	HEMŞİRELİK HİZ. DİREKTÖRÜ	5009-1130	GİZEM YURDAKUL	İDARİ TIBBİ SEKRETER	3169
YUSUF DÜLGER	DESTEK HİZMETLERİ MÜD.	5060	HASAN YARDIM	DAHİLİYE POLİKLİNİĞİ 2	3155
KAFETERYA	KAFEMED	1013	HAKAN ÇAKICI	ÜROLOJİ POLİKLİNİK 2	3167
GÜVEN BİR	ORTAK SAĞLIK BİRİMİ	5100	HÜSEYİN ÇEBİ	GÖĞÜS HASTALIKLARI	3151-5044

1. KAT POLİKLİNİKLER

BANKO - VEZNE	HASTA KABUL	1100-1120
KAN ALMA BİRİMİ		1104
ALİ BAŞKENT	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 2	1115-5002
MEDENİ ASMA	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 6	5046 - 5054
FATMA İŞİKER	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 5	5058-1119
LALA LALILOVA	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 3	5024
CEREN TEZEL	PODOLOJİ (Medikal Ayak Bakımı)	1102
BERİN SELÇUK	ÜROLOJİ POLİK. 5	1112
HAKAN AKDERE	ÜROLOJİ POLİK. 3	5007
FARHAD TALİBZADE	ÜROLOJİ POLİK. 4	5007 - 1101
FUNDA DOĞAROĞLU	KADIN DOĞUM POLİK. 3	1905
EGEMEN AYDIN	KADIN DOĞUM POLİK. 1	5004
NİDA CANNAZİK	KADIN DOĞUM POLİK. 5	5059-1107
SEDA BİLİR ESME	KADIN DOĞUM POLİK. 4	5056
OĞUZHAN İNCELİ	KADIN DOĞUM POLİK. 2	3171-1106

2.KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ

FATMA DEMİRPOLAT	KADIN DOĞUM CERRAHİ KAT	1200

3. KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ

SEHER ELİBOL	SORUMLU EBE	1304
3. KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ	TIBBİ SEKRETER	1200 /1300
DOĞUM ÜNİTESİ		1302-1303

4.KAT BEBEK YOĞUN BAKIM

BİLGE KAVİL	B. YOĞ.BAK.SOR.HEMŞ.	1412/1400

5.KAT

MÜŞAHADE		1500

6.KAT

AYHAN ARSLAN	GENEL MÜDÜR	5000
ECENUR TOPÇU	EĞİTİM HEMŞ.	1653
FİLİZ ALBAYRAK	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	5021-1651
BEGÜM ERDEM	KALİTE UZM.YARD.	1656
GÜNNUR TOPAÇ	HAKEDİŞ SORUM.	1640
KÜBRA BAYRAM	HAKEDİŞ UZM. YARDIMCISI	1641
MELEK TAN	İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRÜ	5032
ZEYNEP KAYA	İNSAN KAYNAKLARI	1654
ÖZNUR AKBAL	İNSAN KAYNAKLARI	1650
K. MİNE ŞAHİN	İNSAN KAYNAKLARI	1652

İRFAN AYDIN	DAHİLİYE - 1	5040-3156
ÖMER YAPICI	DAHİLİYE -4	3157
LEVENT KOR	NÖROLOJİ 1 POLİK.	5003-5041-3154
EMG ODASI		3162
MEHMET BÜYÜKKIRAZ	BEYİN CERRAHİ.POLİK.	5031
EMRE YILMAZ	DAHİLİYE 5	3165
NURDOĞAN YAVUZ	NÖROLOJİ 2 POLİKLİNİĞİ	3161-5029
RECEP ÇALIŞKAN	ORTOPEDİ POLİK.1	3152-5006
İBRAHİM GÜL	KBB POLİK 3	5045
ELİS ERCAN	DİYETİSYEN	5034
FARRUKH İBRAHİMOV	GÖĞÜS CERRAHİ	3160

2.BLOK 0. KAT POLİKLİNİKLER

BANKO -HASTA KABUL	HASTA KABUL	2050
İREM YAVUZ	PSİKOLOG	2057
AHMET KÖKER	GÖZ 3 POLİKLİNİĞİ	2058
AYHAN AKBIYIK	GÖZ 1 POLİKLİNİĞİ	5001
NECMİ TELLİOĞLU	GÖZ 2 POLİKLİNİĞİ	5061
CANAN BEKTAŞ	GÖZ KOORDİNATÖRÜ	2060
BURCU MİNARECİ	DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ	2052
KAMİL YÜCEER	KBB 1	5005
DURSUN AK	ORTOPEDİ POLİK. 3	2055
EMRE MİNARECİ	ORTOPEDİ POLİK. 2	2054

ESİN OĞUZ	OP. DR. EMRE MİNARECİ	2054

GÖKÇE SENEM YILMAZ	ENFEKSİYON HAS. UZM.DR.	2061
MERVE ÇAKIR	ÖZEL SİGORTALAR	2073
NERMİN ÜLGER	ÖZEL SİGORTALAR	2072
ŞEYDA KARLI	ÖZEL SİGORTALAR	2074
EGEMEN ÇALIŞKAN	HASTA KABUL EKİP LİDERİ	5047

2.BLOK 1. KAT

HASTA KABUL	1. KAT	2150-2170
EKREM C. PINAR	KARDİYOLOJİ POLİK.	2153-5043
GÖKSEL AÇAR	KARDİYOLOJİ POLİK. 2	5057-2157
MUZAFFER KURT	PLASTİK CERRAHİ POLİK.	5018-2154
ILKİN GÜLİYEYEV	KALP VE DAMAR CERRAHİ POLİK.	2158-5051
BETÜL YEŞİLKAYA	ENDOSKOPİ ODASI	2161
FEYZA AKSEKEK	EFOR ODASI	2162
UFUK ÇALIŞKAN / LEVENT TEKİN	PSİKİYATRİ POLİK.	2159

SATIN ALMA			HİLAL BULUT	HASTA DANIŞMANI	5051
GÜLAY ERDAĞ	SATIN ALMA SORUM.	1802-5015	EYÜP DURAN	GENEL CERRAH 6	5028
SİMGE KAYMAZ	SATIN ALMA	1636	M.YAŞİN MECDEL	ÇOCUK CER. POLİK.	5026-2152
MUHASEBE			SELİM SÖZEN	GENEL CERRAHİ 4	5039-2156
SELMA ATEŞ	MUHASEBE SORUM.	1620	TAHİR SARIÇAM	GENEL CERRAHİ 2	5030-2155
DERYA ZENGİN	MUHASEBE	1623	2. KAT		
HALİME ELVAN İNAN	MUHASEBE	1628	MEHMET ALİ BOYLU	BİLGİ İŞLEM	5010
AYŞE KURTULUŞ	MUHASEBE	1635	SİNAN BİÇİCİ	BİLGİ İŞLEM	5019-2250
BAHAR OKTAY	MUHASEBE	1635	METİN ÇAKMAK	BİLGİ İŞLEM	2260-5050
FATURALANDIRMA			2. BLOK 3.KAT CERRAHİ SERVİSİ		
GAMZE BEYAZ	ANLAŞMALI KURUMLAR SORUM.	1629	AYTEN YILDIRIM	SORUM. HEMŞİRE	2370-2350
ESİN AYDEMİR	ANLAŞMALI KURUMLAR	1624	2.BLOK 4.KAT CERRAHİ SERVİSİ		
GÜLŞAH YAY	ANLAŞMALI KURUMLAR	1634	SEHER ŞAHİN	SORUMLU HEMŞİRE	2450
SULTAN ÇAHAN	ANLAŞMALI KURUMLAR	1631	HEMŞİRE BANKO		2470
ALEYNA ARKAN	ANLAŞMALI KURUMLAR	1622	UYKU LABOR.	EBRU-MEDİNE	5029
MENEKŞE KAYA	ANLAŞMALI KURUMLAR	1621	2. B LOK 5. KAT DAHİLİYE VE ÇOCUK SERVİSİ / 1		
GİZEM ÜREY	ANLAŞMALI KURUMLAR	1621	KÜBRA GÖNÜLTAŞ	SORUM. HEMŞİRE	2550-2570
ELİF KESER	ANLAŞMALI KURUMLAR	1634	2.BLOK 6. KAT DAHİLİYE VE ÇOCUK SERVİSİ / 2		
HASTANE EK BİNA			NİLGÜN KARABİYİK	SORUM. HEMŞİRE	2650-2670
SENANUR UÇAR	BASIN YAYIN SORUM.	5062	YEMEKHANE	7.KAT	2750
ÇAĞRI MERKEZİ			EĞİTİM SALONU	8.KAT	2850
CANAN CANİ	ÇAĞRI MERKEZİ EKİP LİDERİ	5052	ÇAMAŞIRHANE	- 4. KAT	3400
ELİF DERİN ŞEN	ÇAĞRI MERKEZİ	7011	-5. KAT		
İREM BAYRAKTAR	ÇAĞRI MERKEZİ	7036	ELİF ÇORAL	ARŞİV	3556
ÖZLER AKGÜL	ÇAĞRI MERKEZİ	7017	VEDAT ATMAN	LOJİSTİK / DEPO SORUM.	5023-3500
CEREN CÜREBAL	ÇAĞRI MERKEZİ	7037	UĞUR DURAN	TEKNİK VE TEKNOLOJİK HİZ. MÜD.	5033
ECEMNUR DİNÇER	ÇAĞRI MERKEZİ	7012	SİBEL BERRAK	BİYOMEDİKAL SORUM.	5035
SANEM BÜYÜKBAŞ	ÇAĞRI MERKEZİ	7041	TEKNİK SERVİS ODA	TEKNİK SERVİS	1888
MİNEL YILMAZ	ÇAĞRI MERKEZİ	7021	FİKRET BOZDEMİR	TEKNİK SERVİS	5016
SENEM HİSAR	ÇAĞRI MERKEZİ	7038	ALİ BİYİK	TEKNİK SERVİS	5036
SİNEM ÇİÇEK	ÇAĞRI MERKEZİ	7036	ADEM AKKAYA	TEKNİK SERVİS	5037
KÜBRA KOCA	ÇAĞRI MERKEZİ	7016	BEYAZ KOD		1111
ÖZLER AKGÜL	ÇAĞRI MERKEZİ	7017	MAVİ KOD		2222
ÖZNUR HATİ	ÇAĞRI MERKEZİ	7028	PEMBE KOD		3333
GİZEM KARADENİZ	ÇAĞRI MERKEZİ	7042	YANGIN ALARM		4444
BUSE SENA GELİR	ÇAĞRI MERKEZİ	7043			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 265 / 763

4. Pandemi Öncesi ve Pandemi Sırasında Eğitimlerin Planlanması

Yılda bir kere eğitim planlanıp tüm hastane geneline eğitim verilir.

EĞİTİM KONULARI	EĞİTİCİ	SÜRE (DK)	SIKLIK	EĞİTİM TARİHİ	KİMLER ALMALI
HASTANE ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ, EL HİJYENİ, İZOLASYON VE İZOLASYONDA KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM KULLANIMI, KESİCİ DELİCİ YARALANMALARDAN KORUNMA, COVID-19 ENFEKSİYONU VE ÖNLEMLER, PANDEMİK İNFLUENZA	ECENUR TOPÇU	40	YILDA BİR KEZ	18.04.2024-20.04.2024	TÜM PERSONEL

5. Pandemi Dönemi İçin Personel İhtiyacının Belirlenmesi:

PARAMETRELER	MEVSİMSSEL	ORTA	YÜKSEK
Kümülatif Atak Hızı (%)	15	20	25
Hasta Sayısı	25018	33358	41697
İnfluenza Olan Kişilerin Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı	12509	16679	20848
Başvuran Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı	125	333	1042
Hastaneye Yatan Hastaların Yoğun Bakım İhtiyacı	19	50	156
Vaka Fatalite Hızı (%)	0,01	0,37	1
Ölüm Sayısı	3	123	412
İhtiyaç Duyulacak Sağlık Personeli Sayısı	49	60	80

(Çerkezköy Nüfusu: 166.789) Pandemi Şiddeti Planı

6. Pandemi Dönemi İçin Hasta Kapasitesinin Hesaplanması:

YOĞUN BAKIM HARIÇ				
Yatak Sayısı	Artırılabilir Yatak Sayısı	Yatılan Gün Sayısı (Yıllık) *	Yatak Doluluk Oranı (Yıllık) **	Ventilatör Sayısı
139	80	46638	862,1	30

· Ekstra açılabilir 5 adet poliklinik odası oluşturabilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 266 / 763

POLİKLİNİK SAYILARI						TOPLAM	ORTALAMA HAFTALIK MUAYENE SAYISI	GÜNLÜK MUAYENE SAYISI
ÖZEL OPTİMED HASTANESİ	ACİL SERVİS	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	KBB	İÇ HASTALIKLARI	GÖĞÜS HASTALIKLARI			
	33843	34608	22037	32395	11024	133907	2575	366

7. Hastane Kapasitesinin Artırılmasına Yönelik Planlama:

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

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

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

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

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

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

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

Ayrıca polikliniklerde yeterli miktarda cerrahi maske, el hijyeni ürünleri (antiseptikli sabun, alkollü el

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

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

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

Antiviral ilaçlar kontamine olmuş çalışan sayısına göre belirlenir.

ACİL MÜDAHALE İLAÇ VE MALZEME STOK LİSTESİ

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 268 / 763

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

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

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

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

Toplu bekleme alanlarında cerrahi maske kullanımı sağlanmalıdır.

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

5.5.2. İzolasyon Prosedürü

AMAÇ VE KAPSAM

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

TANIMLAR VE KISALTMALAR

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

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

EKH : Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

VRE : Vankomisine Dirençli Enterokok

VRSA : Vancomycin Resistant Staphylococcus Aureus

EKK :Enfeksiyon Kontrol Komitesi

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



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 269 / 763

Temas
İzolasyonu

Damlacık
İzolasyonu

Solunum
İzolasyonu

REFERANS DOKÜMANLAR

Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği İzolasyon Önlemleri Kılavuzu

CDC- Isolation Precaution Guideline

İzolasyon Uygulanması Gereken Hastalıklar listesi

İzolasyon İzlem Çizelgesi

Enfeksiyon Kontrol Prosedürü

El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatı

İzolasyon Kartı

UYGULAMA

Genel Kurallar

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

- ❖ Temas Önlemleri
- ❖ Damlacık Önlemleri
- ❖ Solunum Önlemleri

- İzolasyon uygulamalarının başlatılmasından ve sonlandırılmasından hastanın primer hekimi ve/veya Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü Kurulu, EKH sorumludur.
- Enfeksiyonu olan bir hasta servise yatırıldığı zaman hastanın doktoru ya da servis sorumlu hemşiresi/hastanın hemşiresi EKH' ni durumdan haberdar eder. İzolasyon gerektiren bir hasta ise gerekli izolasyon sağlanır.
- İzolasyon uygulanan hastanın odasının kapısına ilgili “**İzolasyon Kartı**” asılır. Dosyasına izolasyon işareti yapıştırılır. Tek kişilik oda yok ise izolasyon işareti hasta başı panellere uygun şekilde yerleştirilir.
- Hastanın enfeksiyonu ile ilgili gerekli tıbbi bilgi hastanın doktoru tarafından verilir ve ardından işbirliğini sağlamak için izolasyon kuralları hakkında açıklamalar servis sorumlu hemşiresi ve/veya EKH tarafından yapılır.
- İzolasyon hastalarının mutfak gereçlerinin disposable olarak gelir.
- İzolasyon hastalarının tekstil malzemeleri kırmızı çamaşır torbasına koyulur ve o şekilde çamaşırhaneye teslim edilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 270 / 763

- İzolasyon hastaları tek kişilik hasta odalarına alınır. Özel oda sağlanamaz ise başka enfeksiyonu olamayan, ancak aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilir.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde hastaya tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Aynı mikroorganizma ile enfeksiyonu olan hastalara aynı hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Hastanın hastane içindeki başka üniteye transferleri sırasında izolasyon çeşidi hakkındaki tüm bilgiler teslim edildiği üniteye verilir.
- İzolasyona alınan hastaların ayıtları EKH tarafından İzolasyon İzlem Çizelgesine kaydedilir.
- Tüm kliniklerde İzolasyon Uygulanması Gereken Hastalıklar listesi ve alınması gerekene önlemleri belirten Solunum, Temas ve Damlacık İzolasyon Kart'ları bulunmaktadır.
- Hastanemizde tüm yoğun bakımlarda pozitif basınçlı izolasyon odaları bulunmaktadır.
- İzolasyon odalarının hepa filtre ölçüm sıklığı Enfeksiyon Kontrol Prosedürü'nde belirtildiği gibi yapılır.
- Tüm izolasyon uygulamalarında Standart Önlemlere uygun davranılır.

İzolasyon Uygulamaları

Temas İzolasyonu

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

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

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

Temas İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar

- VRE
- VRSA
- Çoğul antibiyotik dirençli mikroorganizmalar (MRSA, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Stenotrophomonas maltophilia, ESBL üreten Enterobacter, ESBL üreten E.coli, ESBL üreten Klebsiella pneumoniae)
- Yenidoğan ve çocuklarda RSV, parainfluenza, enterovirus
- İnkontine hastalar için enterohemorajik E. coli, shigella
- Clostridium difficile, rota virus
- Difteri
- Herpes simplex virüsü

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 271 / 763

- Ebola, lassa, margburg virusları
- Herpes zoster (Dissemine ya da immun yetmezlikli konak)
- Bebek ve küçük çocuklarda stafilokokkal fronküloz
- Majör abse, selülit, dekübitus ülseri
- İmpetigo, pediküloz, uyuz

Temas İzolasyonu Kuralları

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

Damlacık İzolasyonu

Damlacık Yolu İle Geçiş: Damlacık geçişi, taşıyıcı ya da klinik olarak hasta kişilerden yayılan

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 272 / 763

mikroorganizmaları içeren büyük partiküllü (5 m'den büyük) damlacıkların, duyarlı kişilerin ağız, burun mukozası ya da konjunktivasına teması ile olur. Bu geçiş, öksürme, aksırma, konuşma, bronkoskopi sırasında oluşabilir. Büyük damlacıklar havada uzun süre kalamadıklarından dolayı geçiş için kaynak kişi ile maruz kalan kişinin yakın teması (yaklaşık 90 cm) gerekir.

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

Damlacık İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar

- Hemophilus influenzae tip B
- N. meningitidis
- Farinks difterisi
- Mycoplasma pneumoniae
- Boğmaca
- Veba (Akciğer)
- Yenidoğan ve çocuklarda A grubu streptokokkal farenjit, pnömoni, kızıl
- Adenovirus
- Kabakulak
- Parvovirus B 19
- Rubella

Damlacık İzolasyonu Kuralları

- Hastalar tek kişilik odaya yerleştirilir. Özel oda sağlanamazsa başka bir enfeksiyonu olmayan, ancak aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilir. Hastayla 1 metreden az mesafede temas durumunda cerrahi maske takılır. İzolasyon amaçlı kullanılan cerrahi maske kişiye özeldir ve her çalışma saatinde yeni maske kullanılır.
- Hastayla temas öncesi ve sonrası eller El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatına uygun olarak yıkanır.
- Hastanın vücut salgılarıyla temas sırasında eldiven giyilir ve odadan çıkmadan çıkarılır.
- Hastanın vücut salgılarına, kontamine yüzey ve aletlere giysilerle temas edileceği zaman mutlaka koruyucu önlük giyilir.
- Hasta odasının günlük temizliği yer-yüzey dezenfektanı ile yapılır.
- Zorunlu durumlar dışında hastanın odadan çıkması ve hareketi kısıtlanır. Zorunluluk halinde hastaya cerrahi maske takılarak nakli ve mobilizasyonu sağlanır.
- Hastanın nakledildiği servise hastanın izolasyonda olduğu hemşiresi tarafından iletilir ve izolasyon önlemleri anlatılır; transferi sırasında izolasyon işaretleri de kullanılmalıdır.
- Hasta nakli sonrası eller yıkanır ya da alkol bazlı el antiseptiği ile temizlenir.
- Hastanın çarşaf ve çamaşırları kırmızı çöp torbası içinde çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 273 / 763

- Sofra gereçleri için tek kullanımlık malzemeler kullanılır.
- Özel havalandırma sistemi kullanılmasına gerek yoktur ve oda kapısının sürekli kapalı olmasına gerek yoktur.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde bu hastalara tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Hasta taburcu olduktan sonra odanın tüm yüzeyleri yer-yüzey dezenfektanı ile silinir.
- Damlacık önlemlerine ek olarak temas izolasyonu önlemleri de uygulanır.

Solunum İzolasyonu

Solunum Yolu İle Geçiş: 5 m'den küçük partiküller havada uzun süre asılı kalabilir ve uzak mesafelere taşınabilir. Bu şekilde havada asılı mikroorganizmalar aynı odadaki ya da daha uzak mesafedeki hastaları enfekte edebilir. Hava yolu ya da havalandırma aracılığı ile duyarlı konak enfekte olabilir. Bu nedenle solunum bulaşını önlemek için ortamın havalandırılmasına ve özel hava temizleme işlemlerine ihtiyaç duyulur.

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

Solunum İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar

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

Solunum İzolasyonu Kuralları

- Hasta, eğer mevcutsa, negatif basınçlı, saatte 6-12 kez hava değişimi olan, havanın uygun bir biçimde hastane dışına atıldığı ya da hastanenin diğer alanlarına dağılmadan önce yüksek etkili filtrasyonla filtre edildiği özel bir odaya yatırılır.
- Solunum izolasyonu alınması gereken durumlar dışında bu odaya hasta alınmaz.
- Duyarlı veya bağışık olmayan çalışanlar ve ziyaretçiler hasta odasına girecekse mutlaka N 95 solunum maskesi kullanılır. Bağışık kişilerin özel maske kullanmasına gerek yoktur.
- İzolasyon amaçlı kullanılan maskeler kişiye özel olup ve her çalışma saatinde yenisi kullanılır.
- Hastayla temas öncesi ve sonrası eller El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatına uygun olarak yıkanır.
- Hastanın vücut salgılarıyla temas sırasında eldiven giyilir ve odadan çıkmadan çıkarılır. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.
- Hastanın vücut salgılarına, kontamine yüzey ve aletlere giysilerle temas edileceği zaman mutlaka koruyucu önlük giyilir.
- Kritik olmayan hasta bakım araçlarının ayrılmasına gerek yoktur.
- Hasta odasının günlük temizliği yer-yüzey dezenfektanı ile yapılır.
- Zorunlu durumlar dışında hastanın odadan çıkması kısıtlanır. Zorunluluk halinde hastaya cerrahi maske

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 274 / 763

takılarak nakli ve mobilizasyonu sağlanır.

- Hastanın nakledildiği birime hastanın izolasyonda olduğu hemşiresi tarafından iletilir ve izolasyon önlemleri anlatılır; transferi sırasında izolasyon işaretleri de kullanılmalıdır.
- Nakil sonrası eller yıkanır ya da alkol bazlı el antiseptiği ile temizlenir.
- Hastanın çarşaf ve çamaşırları kirlendiğinde enfekte kabul edilerek hemen kırmızı çöp torbası içinde çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanır.
- Sofra gereçleri için tek kullanımlık malzemeler kullanılır.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde bu hastalara tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
- Hasta taburcu olduktan sonra odanın tüm yüzeyleri yer-yüzey dezenfektanı ile silinir.

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

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

İzolasyon Süresi

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

- İnfluenza; semptomların başlangıcından 5 gün sonrasına kadar (immunsupreseler, yaşlı. Yenidoğan hariç)
- Rotavirüs hastalık süresince
- Suçiçeği; lezyonlar kabuklanıncaya kadar (Lezyonların başlangıcından en az 5 gün sonrasına kadar).
- Kızamık; döküntü başlangıcından 4 gün sonrasına kadar
- Kızamıkçık döküntü başladıktan itibaren 7 gün
- Meningokok; uygun tedaviden 24 saat sonrasına kadar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 275 / 763

- Tüberküloz; uygun tedaviden 2 hafta sonrasına kadar ve farklı günlerde alınan 3 ardışık balgam örneği negatif bulununcaya kadar.
- Clostridium Difficile; diyare düzeldikten 7-10 gün sonrasına kadar
- Acinetobacter Spp.; 8-42 ay sonrasına kadara
- VRE; 1 hafta ara ile 3 kez dışkıda negatiflik
- MRSA; kolonizasyon aylar, yıllar sürebilir. Tedavi sonrası alınan kültürler negatifleşinceye kadar.
- ESBL; en az 1 yıl sonrasına kadar

SORUMLULAR

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

5.5.3. El Yıkama Ve Eldiven Giyme Talimatı

AMAÇ VE KAPSAM

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

TANIMLAR VE KISALTMALAR

OH : Optimed Hastanesi

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

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

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

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

Cerrahi Tip El Yıkama: Bu tip yıkamada amaç, geçici floranın tamamen tahribi ve inhibisyonu ile kalıcı floranın

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 276 / 763

mümkün olabildiğince azaltılmasıdır. Burada Chlorhexidine ve Iodorforlar gibi derinin stratum corneum tabakasına bağlanabilen daha uzun etkili antiseptikler kullanılır.

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

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

MSDS :Güvenlik Bilgi Formu,

REFERANS DOKÜMANLAR:

Enfeksiyon Kontrolü Rehberi 2015

Enfeksiyon Kontrol Prosedürü

Yıllık Eğitim Planı

El Hijyeni Programı

El Hijyeni Komitesi İş-Görev Tanımı

El Hijyeni Gözlem Formu

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü

5 Endikasyon Kuralı

Tehlikeli Maddeler Rehberi

Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği

Tehlikeli Maddeler Envanteri

SORUMLULAR

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

UYGULAMA:

Genel Kurallar

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

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

Tırnaklar uzatılmaz, takma tırnak, yüzük ve takı kullanılmaz.

Sıvı sabunluklarda bulunan sıvı sabun azaldıkça üzerine ekleme yapılmaz,

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

Sosyal El yıkama

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

1. Eller önce su ile ıslatılmalı, sıvı sabun avuca alınmalıdır.

2. En az 30 sn süre ile avuç içleri ve parmak araları başta olmak üzere eller tüm yüzey ve parmakları kapsayacak şekilde kuvvetlice ovulmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 277 / 763

3. Eller su ile durulanarak durulama parmak uçlarından dirseklere doğru yapılmalı, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak kontamine suyun dirsekten ele doğru akışı engellenmelidir.
4. Eller havlu ile kurulanmalı, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılmalıdır.
5. Hasta temasları arasındaki tekrar yıkamalarda 15 sn süreyle yıkamak yeterlidir.

Hijyenik El Yıkama

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

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

Alkol Bazlı El Antiseptiğinin Kullanımı

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

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

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

Cerrahi El Yıkama ve Ovalama

1. Ellerin operasyon öncesinde cerrahi personel tarafından geçici florayı yok etmek ve kalıcı florayı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 278 / 763

azaltmak amacıyla yıkanmasıdır.

2. Önce; varsa saat, yüzük, bilezik vb takılar çıkarılmalıdır.
3. Antiseptik sabun alınıp (15-25ml) eller dirseklere kadar ovularak **3-5 dk** süre ile yıkanmalıdır.
4. Günün ilk ameliyatında ayrıca tırnak dipleri **30 sn** süreyle fırçalanmalıdır, Cilt bütünlüğü bozulabileceği için tırnak dipleri haricindeki cilt fırçalanmamalıdır.
5. Ara yıkamalarda **2-3 dk** süre ile yıkamak yeterlidir.
6. Fırçalama işleminin cildi travmatize edici olmaması için uygun sertlikte fırça kullanılmalıdır.
7. Su ısısı yıkanmaya elverişli olmalıdır.
8. Ellerin yıkandığı lavabo başka bir amaçla kullanılmamalıdır.
9. Alkol bazlı el antiseptikleri kullanılacaksa eller önce su ve sabunla yıkanıp kurulanmalıdır.
10. Hızlı etkili alkol bazlı antiseptiklerle (**3-5 ml**) eller ve kollar kuru kalmayacak şekilde ıslatılıp ovulmalıdır. İşlem günün ilk ameliyatı için **2-3 dk**, sonraki uygulamalarda **1-2 dk** süre ile yapılmalıdır.
11. Eller parmak uçları yukarı gelecek şekilde tutularak, kendi halinde kuruması sağlanıp, steril eldiven giyilmesi için ise tamamen kuruması beklenmelidir.

EL YIKAMA ŞEMASI

El Yıkama Nasıl Yapılır?

1 Ellerinizi, akan suyun altında ıslatın.		2 Yeterli miktarda sıvı sabunu elinize alın.	
3 Sabunu elinize sürün.		4 Sağ elinizle sol elinizi, sol elinizle sağ elinizin sırtını ovalayın.	
5 Avuç içlerini parmaklaştı da temizleyecek şekilde ovalayın.		6 Parmak sırtlarını diğer elin avucunun içine sürerek temizleyiniz.	
7 Her iki elinizin başparmağını diğer elinizle ovalayın.		8 Tırnak uçlarını temizlemeyi unutmayın.	
9 Ellerinizi su ile durulayın.		10 Tek kullanımlık kağıt havlu ile kurulayın.	
11 Musluğu kapatmak için kağıt havluyu kullanın.		12 Bu işlemin sonunda yeterli el hijyeni sağlanmış olur	

OPTİMED CERRAHİ EL YIKAMA ŞEMASI



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

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



Tekrar ellere dönüş yapılmaz



2. Otomatik ~~sesli~~ musluk açıktır. Yıkama işlemi sırasında ve sonrasında eller dirseklerden yukarıda tutulur. Bu şekilde ~~kontamine~~ suyun ~~sesli~~ akması engellenmiş olur. Eller asla dirsek hizasında ve aşağısında tutulmaz. Günü ilk yıkaması mutlaka 4-5 dk. ~~dirsekten~~ ~~mutlaka~~ 2-3 dakika olmalıdır.



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



4. Eller ve kollar ~~akadurak~~ yıkamaya başlanır.



Eller ve kollar durulur, mutlaka dirseklerden yukarıda tutulur



5. İlk yıkamada, mutlaka fırça kullanılmalıdır.



Eller ve dirsekler yukarıda hiçbir şey dokunulmadan otomatik duşme ile durulur



6. Ellerden dirseğe doğru dairesel hareketlerle yıkama yapılmalıdır.



Kurulumu sağlı baskıkompresi ile ellerden dirseğe yapılmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 281 / 763

Steril Eldiven Giymeyi Gerektiren Durumlar

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

Steril Eldiven Giyme/Çıkarma

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

Nonsteril Eldiven Giymeyi Gerektiren ve Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

- Eldiven giyilmesi, izolasyon önlemlerinden birisidir. Eldiven kullanımı, personelden hastaya, hastadan personele veya bir hastadan diğer bir hastaya enfeksiyon bulaş riskini azaltan önemli bir bariyer önlemi olmakla birlikte, ellerin yıkanmasının yerini tutmaz.
- Hastayı sağlık personelinin geçici ya da normal florasından korumak için
- Hastaların muayene, bakım ve tedavisinde kan/vücut sıvıları ile temas olasılığı mevcut olduğunda

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 282 / 763

- Kan/vücut sıvısı dökülen yerleri temizlerken
- Kan setini torbasına takarken
- İdrar torbası, dren ve sürgü/ördeği boşaltırken
- Kolostomi torbası değiştirilirken
- Nazogastrik sonda uygularken
- Kanla kontaminasyon riskinin fazla olduğu durumlarda, kan alma işleminde de mutlaka eldiven giyilmelidir.
- İzolasyon uygulanmış olan hastaların odalarına girmeden önce eldiven giyilmelidir.
- Sağlık personelinin elinde kesik, çizik, yara olduğunda
- Her işlem öncesi giyilen eldiven o işlem sonrası hemen çıkarılır. Aynı eldivenle asla iki farklı girişimde bulunulmamalıdır.
- Eldivenler çıkartıldıktan sonra, hastadan hastaya geçerken eller yıkanmalıdır. Aynı hastada farklı vücut bölgelerinde çalışırken eller yıkanmalıdır.
- Eldivenler yıkanmamalı ve yeniden kullanılmamalıdır. Deterjanlar ve antiseptikler bazı eldivenlerin bütünlüğünü bozabilir veya yıkama işlemi yırtılmalarına neden olabilir. Bunun için eldivenlerin yıkanması ve yeniden kullanımı önerilmemelidir.
- Bilinen bir enfeksiyon varsa, enfeksiyonun bulaşma riskinin fazla olduğu durumlarda çift kat eldiven (iki eldiven üst üste) giyilmelidir.

Nonsteril Eldiven Giyme/Çıkarma

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

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

Uygulamaların yapılması gereken zamanlar	El Yıkama	El Antisepsisi	Cerrahi El Antisepsisi	Eldiven Kullanım
Klinik çalışmalara başlarken ve bitiminde	*	*		
Eller gözle görülür şekilde kirlendiğinde	*			
Bir hastadan diğerine geçerken	*	*		
Eller kan dışkı ve diğer sıvılarla kontamine olduktan sonra	*	*		
Eller kan dışkı ve diğer sıvılarla kontaminasyon olasılığı öncesinde				**
İmmün sistem yetmezliği olan hastalarla temastan önce		*		*

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 283 / 763

Eller temiz görölse bile hastalarla temas sonrasında	*	*		
Küçük girişimler, pansuman, kan, BOS kültür örne alma, invaziv girişimler vs den önce sonra	*	*		**
Acil aseptik girişimlerden önce		*		**
Acil aseptik girişimlerden sonra		*		
Cerrahi operasyon öncesi			*	**
Yemekten ve yemek servisinden önce ve sonra	*			
Tuvalete girmeden önce ve sonra	*			

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

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

El Hijyeni Eğitimi

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

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

El Hijyeni Gözlemleri-Analizleri

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 284 / 763

Dezenfektan Oranı ml.)

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

Çalışan Güvenliği-El Dezenfektanı İle İlgili Alınan Önlemler

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

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

		KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : SC-LS-01 Yayın Tarihi :10.09.2009
		KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM LİSTESİ	Revizyon No :03 Revizyon Tar.:03.08.2020 Sayfa No : 1/2
SIRA NO	BÖLÜM	KULLANILACAK KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM	
1	Poliklinikler	Non Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Gözlük/Siperlik	
2	Acil Servis	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Koruyucu Gözlük/Siperlik, Bone	
3	Laboratuvar	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Koruyucu Gözlük/Siperlik, Bone	
4	Kan Transfüzyon Merkezi	Non Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Gözlük/Siperlik	
5	Radyoloji	Non Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Kurşun Önlük (çocuk ve yetişkin için), Koruyucu Paravan, Radyasyona Karşı Koruyucu Eldiven, Gonad Koruyucu, Dozimetre, Kulak Tıkacı (ESWL), Gözlük	
6	Endoskopi-Müdahale Odası	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Koruyucu Gözlük/Siperlik, Bone	
7	Klinikler	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Koruyucu Gözlük/Siperlik, Bone	
8	Doğumhane	Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Koruyucu Gözlük, Nem Bariyerli Box Önlük	
9	Ameliyathane	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Nem Bariyerli Box Önlük, Koruyucu Gözlük/Siperlik, Bone, Kurşun Önlük, Kurşun Boyunluk	

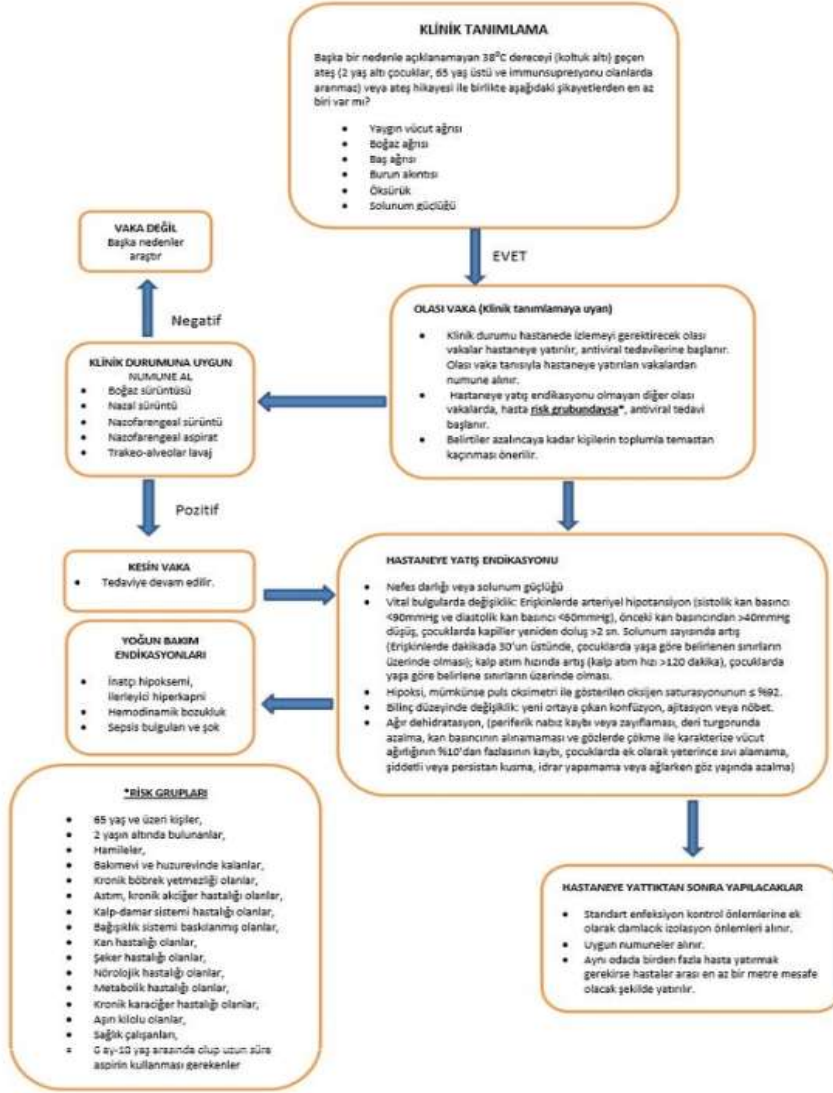
	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 285 / 763

10	Yetişkin Yoğun Bakım	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Gözlük/Siperlik, Bone
11	KVC Yoğun Bakım	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Gözlük/Siperlik, Bone
12	Anjiyo Ünitesi	Non Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Gözlük/Siperlik, Kurşun Önlük, Kurşun Boyunluk
13	Yenidoğan Yoğun Bakım	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Önlük, Koruyucu Gözlük/Siperlik, Bone, Kurşun Önlük, Kurşun Boyunluk
14	Depo-Eczane	Non Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Gözlük/Siperlik, Önlük
15	Sterilizasyon	Non-Steril Eldiven, Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Nem Bariyerli Box Önlük, Koruyucu Gözlük/Siperlik, Bone
16	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Non Steril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Gözlük/Siperlik
17	Teknik Servis	Non Steril Eldiven, Kesilmez Eldiven, Maske, Aktif Karbonlu FFP3 Koruyucu Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Zehirli Gaz Maskesi, Kulak Tıkacı, İş Ayakkabısı, Kaynak Gözlüğü(Siperi), Kaynakçı Eldiveni, Kaynakçı Önlüğü, Paraşüt Tipi Emniyet Kemer, Çizme, İzole Eldiven, Yanmaz Eldiven, Uzun Yağmurluk, Baret
18	Hizmetli Personel	Non Steril Eldiven, Nitril Eldiven, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı, Gözlük/Siperlik, Önlük
19	Morg	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Eldiven, Çizme, Maske, Önlük, Gözlük
20	Diğer İdari Birimler	Sabun, Havlu, El dezenfektanı, Non Steril Eldiven
21	Tehlikeli Madde Sızıntı Döküntü Ekibi	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Non Steril Eldiven, Çizme, Maske, Önlük, Absorman Madde
22	Yemekhane	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Non Steril Eldiven, Çizme, Maske, Önlük, Bone, Kolluk
23	Çamaşırhane	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Non Steril Eldiven, Maske, Önlük
24	Skopi Alanı	Radyasyona Karşı Koruyucu Eldiven
25	Mekanik Kat	Baret, Kulak Tıkacı, Non Steril Eldiven, Önlük, Maske, Sabun, Havlu, El Dezenfektanı
26	Tıbbi Atık Taşıma Ekibi	Sabun, El Dezenfektanı, Havlu, Non Steril Eldiven, Çizme, Maske, Tulum, Gözlük, Bone

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 286 / 763

Grip ile soğuk algınlığı arasındaki farklar:

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



5.5.4. Hastane Temizliği Prosedürü

AMAÇ ve KAPSAM:

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

TANIMLAR VE KISALTMALAR:

OH : Optimed Hastanesi

REFERANS DOKÜMANLAR :

Eldiven Kullanma ve El Yıkama Talimatı

Düşme Olaylarının Önlenmesi ve Yönetimi Prosedürü

Temizlik Kontrol Formu

Bölüm Uyum Planları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 288 / 763

Dezenfektan Kullanım Listesi

Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı

Kirli Çamaşır Toplama Talimatı

Cam Temizleme Talimatı

Ameliyathane Temizlik Talimatı

Yemekhane Temizlik Planı

Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü

Küvöz Temizlik Talimatı

El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatı

Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği

Tehlikeli Maddeler Envanteri

Tehlikeli Maddeler Rehberi

Yıllık Eğitim Planı

Pestisit Bulunan Alanların Listesi

UYGULAMA

Temel İlkeler:

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

Kirli bezle temizliğe devam edilmemeli, sık bez değiştirilmelidir.

Kirlenen bezler sıcak su ve deterjanla yıkanıp kurutulduktan sonra kullanılmalıdır.

Kovaların ve bezlerin kullanım alanları aşağıda belirtilmiştir:

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

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 289 / 763

Tuvalet temizliği için kullanılan eldivenler diğer alanların temizliğinde kesinlikle kullanılmamalıdır.

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

Eldivenler ve kullanıldığı yerler aşağıda belirtilmiştir:

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

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

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

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

Mop ile temizlik yapılarak ilerlenirken temizlenmemiş alan bırakılmamalıdır.

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

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

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

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

Hastane Temizliğinde Risk Sınıflaması ve Farklı Alanların Temizliği

Hastane temizliğinde risk sınıflaması aşağıdaki gibidir;

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 290 / 763

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

Genel Temizlik Kuralları

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

Kat arabalarında kullanılan malzemelere, hazırlanma tarihleri etiketlenmelidir.

Eksik malzeme varsa temizliğe başlamadan önce tamamlanmalıdır.

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

Çöp kovası kirlenmiş ise yıkanarak temizlenmeli ve kurulanmalıdır.

Oda temizliği toz kalkmayacak şekilde yapılmalıdır.

Temizlik, her zaman temiz alandan kirli alana doğru yapılmalıdır.

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

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

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

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

Banyo ve tuvaletlerin temizliği en sona bırakılmalıdır.

Kırmızı ile banyo/tuvalet zeminindeki atıklar uzaklaştırılmalıdır.

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

Aynı bez yıkandıktan sonra lavabo arkasındaki duvar silinir.

Lavabo aynası mavi bez kullanılarak cam temizleme maddesi ile silinmelidir.

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

Yer süzgeci su tutularak kaba kirlerinden arındırılmalıdır.

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 291 / 763

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

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

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

Amonyak ve klor içeren kimyasallar karıştırılmamalıdır.

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

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

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

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

Yüksek riskli alanlarda; her oda da su değiştirilmelidir.

Orta ve düşük riskli alanlarda, kirlendikçe değiştirilmelidir.

Dezenfeksiyon işleminde silme sonrası durulama ve kurulama yapılmaz.

Genel Alan WC Temizliği

Kabin kapısı açılır ve havalandırılır.

Sarf malzemeler tamamlanır.

Çöpler toplanır.

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

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

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

WC kapısı, havalandırma mavi bez ile silinir.

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

Zemin temizliği yapılır. Kapı kollarına dezenfektan sıkılır.

Son kontrol yapılarak çıkılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 292 / 763

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

Riskli Alanların Temizliği

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

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

Personelin yaptığı temizlik işleri Temizlik Kontrol Formu ile takip edilmelidir.

Temizlik görevlisi temizlik öncesi steril olmayan eldiven kullanmalıdır.

Öncelikle odalardaki çöpler uygun şekilde toplanmalıdır.

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

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

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

Telefonların tozları alınır.

Varsa masa lambalarının tozları alınır.

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

Komidinlerin üzerlerinin tozları alınır.

Sandalye ayakları yeşil bezle silinir.

Dikey yüzeylerde dolap üzerlerinde varsa parmak izleri temizlenir.

Duvarlardaki lekeler kontrol edilir varsa silinerek kurulanır.

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

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

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

Pencere perdeleri gözle görülür bir kirlenme olduğunda temizlenir.

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

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

Öncelikle odalardaki çöpler uygun şekilde toplanmalıdır.

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

Temizlikte su ve deterjan kullanılmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 293 / 763

Lavabolar, deterjanlı su ile her gün silinmelidir.

Pencere kenarlarının tozu günlük olarak alınmalıdır.

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

Zemin moplanmalıdır.

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

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

Hasta odalarının temizliğinde:

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

Kat arabalarında kullanılan malzemelere, hazırlanma tarihleri etiketlenmelidir.

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

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

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

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

Toz alırken; renkleri belirlenmiş bezler kullanılır.

Mavi bez: Hasta odası, kapı yüzeyleri,

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

Kırmızı Bez: Klozet ve pisuarlar

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

Kırmızı kareli bez: Çöp kovaları

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

Mavi kovaya 2/3 kadar su doldurulur. Temizlik ve Dezenfeksiyon Planında belirtilen yonteme göre temizlenir. Uygun renkteki bezimizi dörde katlayarak, her seferinde yön değiştirerek 8 yönünde kullanırız. Elimizi sağa ve sola " S "çizecek şekilde hareket ettirerek, mobilyaları yatay ve dikey yüzeylerindeki tozlar alınır.

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

Masa, dolap vb. alanların yüzeyinde bulunan eşyalar kaldırılarak yüzeyin tozu alınır ve eşyalar tekrar alındığı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 294 / 763

yere bırakılır. Gereken noktalarda yüzeyler kurulanır.

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

Toz alma işlemi bittikten sonra, WC temizliğine geçilir.

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

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

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

Taburcu olan Hasta Odası Uygulama Esasları

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

Kat arabalarında kullanılan malzemelere, hazırlanma tarihleri etiketlenmelidir.

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

Çöp kovası sarı renkli bez ile silinir.

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

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

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

Yatak yukarı kaldırılarak yatak başı, kollarından başlanarak tüm yüzeyleri ve alt kısımları uygun bezler ile silinir.

Yatağın üst kısımları mavi bez ve mavi kova ile, tekerlekleri ise yeşil kova ve yeşil bez ile silinir.

Yatağın kendisi alt üst edilerek silinir.

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

WC temizliği yapılır.

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

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 295 / 763

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

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

Ameliyathanenin temizliği, Ameliyathane Temizlik Talimatına göre yapılmaktadır.

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

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

Yoğun Bakım Ünitelerinin Temizliği:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfekte sıvılar için akışkanlığı giderici önlemler alınmalıdır.

Küvöz temizliği, Küvöz Temizlik Talimatı'na göre yapılmalıdır.

Yenidoğan ünitesinde kullanılan biberon, emzik, süt sağma aparatları yüksek düzey

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 296 / 763

dezenfeksiyon/sterilizasyon uygulanarak kuru olarak saklanır.

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

Kan ve vücut sıvıları dökülmesinde;

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

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

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

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

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

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

Eldiven çıkarılır tıbbi atık kutusuna atılır ve eller yıkanır.

İzolasyon Gerektiren Hasta Odalarının Temizliği

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

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

Hastayla temas öncesi ve sonrası eller mutlaka el antiseptiği ile temizlenir.

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

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

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

Hasta odasının günlük temizliği yer-yüzey dezenfektanı ile yapılır.

Sofra gereçleri mutfakta bulaşık makinesinde yıkanır.

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

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

Çalışan Güvenliği-Kullanılan Dezenfektanlar İle İlgili Alınan Önlemler

Temizlik işlemi sırasında kullanılan dezenfektanların birçoğu Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliğine göre Tehlikeli Madde sınıfına girmektedir. Bu yüzden Tehlikeli Maddeler Envanterinde bulunmaktadır. Dezenfektanlar ile ilgili MSDS (Ürün Güvenlik Bilgi Formu) firmalardan istenmekte olup, bölümlerde bulunan Tehlikeli Maddeler

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 297 / 763

Rehberi içinde bu maddelerin MSDS'leri bulunmaktadır. Tehlikeli Maddeler Rehberinde dezenfektanlar ile ilgili dikkat etmesi gereken konular, riskler, alınacak önlemler, depolama ve kullanma yöntemleri gibi konular bulunmaktadır. Ayrıca Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'nda olası kazalar durumunda yapılması gerekenler belirtilmektedir.

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

Çevre Temizliği

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

İlaçlama İşlemleri

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

1.BİNA

6.KAT YÖNETİM/TERAS/DEPO

5.KAT AMELİYATHANE

4.KAT ANNE UYUM ODALARI/YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM

3.KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ/ DOĞUMHANE

2.KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ

1.KAT POLİKLİNİKLER

ZEMİN KAT ACİL SERVİS/ LOBİ/OFİSLER/ KAFETERYA

BODRUM 1.KAT RADYOLOJİ/LABORATUVAR

BODRUM 2.KAT FİZİK TEDAVİ ÜNİTESİ/ ANJİYO/ KAZAN DAİRESİ

DIŞ ALAN

ATIK DEPOLARI

2.BİNA

8.KAT SEMİNER SALONU/TOPLANTI ODASI

7.KAT YEMEKHANE/MALZEME DEPOLARI

6.KAT HASTA SERVİSLERİ

5.KAT HASTA SERVİSLERİ/MESCİD

4.KAT HASTA SERVİSLERİ/MESCİD

3.KAT HASTA SERVİSLERİ

2.KAT MEKANİK KAT/BİLGİ İŞLEM

1.KAT POLİKLİNİKLER/TEMİZLİK ODASI/ENDOSKOPİ/MÜDAHALE ODASI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 298 / 763

ZEMİN KAT/ POLİKLİNİKLER
BODRUM 1.KAT POLİKLİNİKLER
BODRUM 2.KAT YOĞUN BAKIMLAR/AMELİYATHANE
BODRUM 3.KAT ECZANE/SOYUNMA ODALARIYOĞUN BAKIMLAR
BODRUM 4.KAT ONKOLOJİ/ MORG/
BODRUM 5.KAT DEPO
DAİRE 1 SANTRAL/ DR DİNLENME ODALARI
DAİRE 2 DEPO/BOŞ ODA
DIŞ ALAN

Sürekli Kalite İyileştirme Çalışmaları

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

Gösterge başlıkları aşağıdaki gibidir;

- Temizlik Şikâyet Sayısı

SORUMLULAR

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

5.5.5. Yaşam Sonu Hizmetler Prosedürü

AMAÇ VE KAPSAM

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

TANIMLAR VE KISALTMALAR

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

REFERANS DOKÜMANLAR

Yaşam Sonu Hizmetler Algoritması
Morg Dolabı Sıcaklık Takip Formu
Ex Teslim Defteri
Ölüm Belgesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 299 / 763

Eldiven Kullanma ve El Yıkama Talimatı

Ex Kartı

Dezenfektan Kullanım Listesi

Hasta/Mefta Mülkiyet Teslim Formu

Hastane Temizliği Prosedürü

Temizlik Kontrol Formu

Atıkların Toplanması Taşınması ve Depolanması Prosedürü

Morg Temizlik Talimatı

UYGULAMA

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

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

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

Defin işlemleri için hastanın kimliği Hasta Kabulden alınır, Hasta Kabulde yok ise hasta yakınlarından temin edilir,(Kimlik yok ise Ölüm Raporunda Kimlik Teslim Alınmamıştır şeklinde doldurulur.) ilgili doktorun Ölüm Belgesini <https://obs.saglik.gov.tr> üzerinden doldurulmasını sağlar. 7 (yedi) adet Ölüm Belgesi Raporu çıkartılır. 7 (yedi) tane Ölüm Belgesi Raporundan 2 (iki) tanesi ex yakınlarına, 4(dört) tanesi İlçe Sağlık Müdürlüğüne ve 1 (bir) tanesi İdari Tıbbi Sekreterlikte kalır. Ölüm belgeleri Başhekiye imzalatılır ve düzenlenen evraklar ex yakınlarından da imza alınarak teslim edilir. 2 (iki) tane Ölüm Belgesi Raporu, 5-6 tane Ölüm Belgesinden fotokopi ve kimlik fotokopisi yakınlarına teslim edilir. Ölüm belgeleri teslim edildikten sonra, ex yakınları 188 ' i arayarak Cenaze Aracı temin etmektedir. Cenaze aracı geldikten sonra ex yakınları Tıbbi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 300 / 763

Sekreterliğe bilgi veriyor ve Tıbbi Sekreterlik Morg Sorumlusuna ve Güvenliğe haber veriyor. Morg sorumlusu kimlik bilgilerini yakınlarının sözlü onayını alarak kontrol eder. Kimlik kontrolü için morg kapağındaki kimlik bilgileri ve hastada bulunan ex kartı üzerinden kimlik doğrulama tekrar yapılır. Ayrıca hasta yakınlarına da talep ettikleri durumunda yüzü gösterilerek yapılabilir. Exitus Teslim Defteri doldurulur, teslim eden ve alan kişiler tarafından imzalanır ve teslimi yapılır. Mesai saatleri dışında Ölüm Belgesini doldurma işlemini Nöbetçi İşletme Yöneticisi takip eder ve ex teslimini acil servisteki kıdemli hemşire yönetir.

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

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

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

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

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

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

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

Fetüs Defni; Ölü doğan bebekler, 22 haftalık ve 500 gr üstü doğumda canlı olan ve sonradan ex olan bebekler, morga puset ile alınır. İlgili doktorun, Ölüm Belgesini <https://obs.saglik.gov.tr> üzerinden doldurulması sağlar.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 301 / 763

Ölüm Belgesi Raporu çıkartılır. Ölüm Belgesi ve Perinatal Bebek Ölüm Bilgi Formu hazırlanır. Daha sonra bebek hemşiresi ve güvenlik eşliğinde morga teslim edilir. Yakınlarından imza alınarak teslim edilir. Ex yakınlarına bebek puset ile teslim edilir. Ölü doğan bebekler ve 22 haftadan küçük solunumu başlamayan ölü bebekler için Ölüm Belgesi doldurulmaz. Tutanak ile teslim edilir.

Kültürel ve Manevi Değerler

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

- **Gayrimüslimler için uygulama farklılıkları**

- **Musevi;**

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

- **Hristiyan;**

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

- **Cenazenin yakılmasının talep edilmesi:**

- ✓ Ülkemizde krematoryum bulunmadığı için bu işlem yapılamamaktadır.

Morg Temizliği

Temizlik, Morg Temizlik Talimatı'na göre yapılmaktadır.

SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından Morg Sorumlusu ve Hastane yöneticileri sorumludur.

5.5.6. Hasta Nakli Sırasında Dikkat Edilecek Hususlar

- ☐ Tüm hastalar enfekte gibi kabul edilmeli, standart önlemler alınmalı, gerekirse diğer önlemler de uygulanmalıdır.
- ☐ Tüm kan, vücut sıvıları ve hasta çıkartıları enfeksiyöz kabul edilmelidir.
- ☐ Hastalıkların yayılmasının önlenmesinde en önemli koruyucu yaklaşımlardan biri el hijyenidir. Tüm personel el hijyeni ve kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda eğitim almış olmalıdır. Tüm çalışanlar el hijyeni kurallarına uymalıdır.
- ☐ Ambulans ve acil sağlık aracında çalışan tüm personel için yeterli sayıda alkol bazlı el antiseptiği ve kişisel koruyucu donanım bulundurulmalıdır.
- ☐ Genelde karşılaşılabilecek riskler dışında yeni bir enfeksiyon hastalığı riski saptanırsa, o hastalık için

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 302 / 763

belirlenmiş kurallara uyulmalıdır.

- ☐ Ambulans ve acil sağlık araçlarında yiyecek ve içecek tüketimi gibi davranışlardan kaçınılmalıdır.
- ☐ Personel, perkütan yaralanma ve mukozal temas gibi riskli durumlar konusunda eğitim almış olmalı, riskli durumlarda personelin nereye başvuracağı belirlenmeli ve bu durumlar kayıt altına alınmalıdır.
- ☐ Personel bağışıklaması için önerilen program dikkate alınmalıdır.
- ☐ Personelin bağışıklama bilgileri toplu olarak görülebileceği bir veri tabanına işlenmeli ve kişilere de sabit, saklanabilir aşı ve sağlık kartı verilmelidir.

10. Hayatını Kaybeden Hastalara Yönelik Planlama

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

11. Hastane Pandemi Faaliyet Planı Tatbikatının Yapılması

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

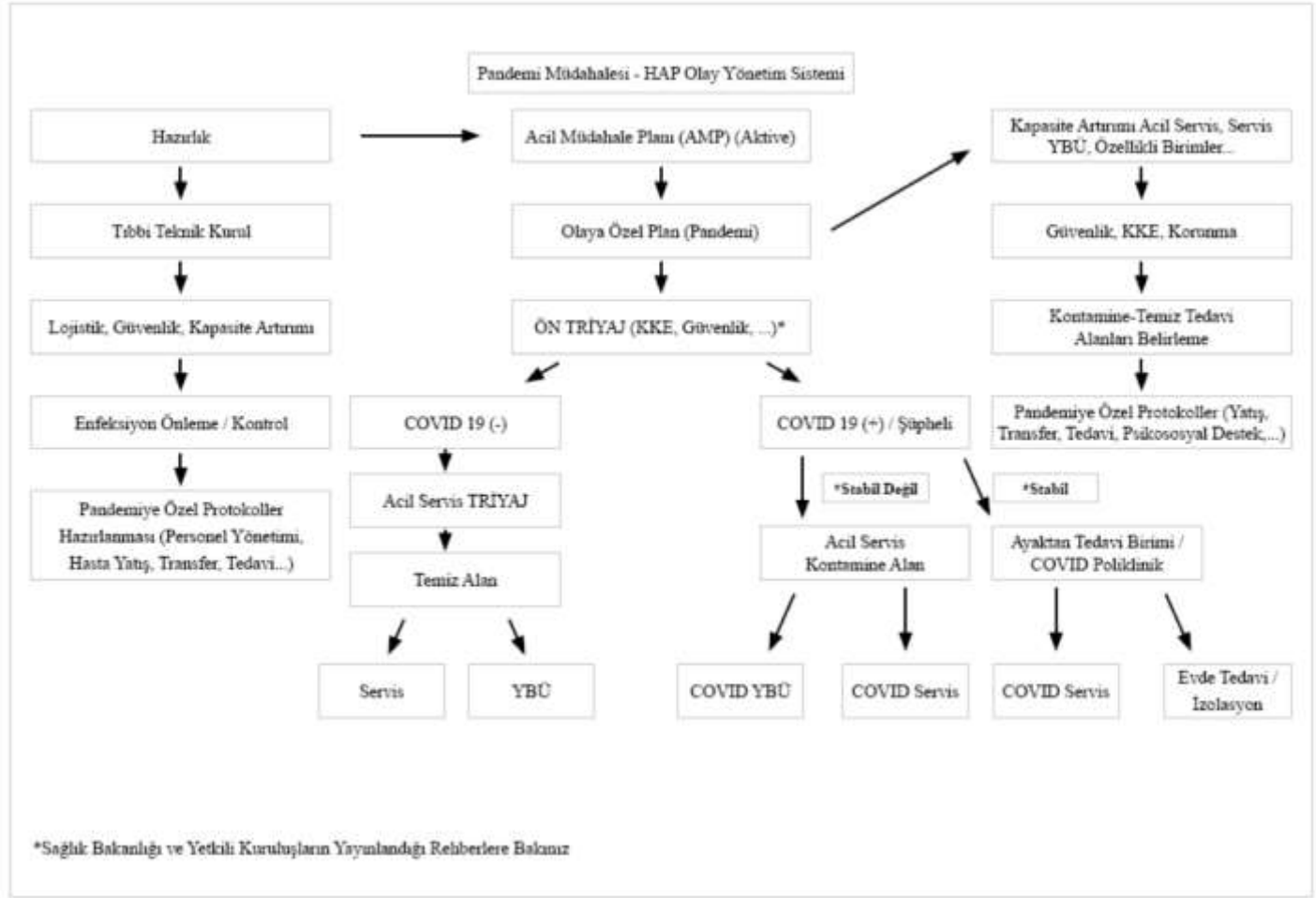
5.6. Hastane Pandemi Planı Uygulama Örnekleri

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

- Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu
- Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler
- Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi Uygulama örnekleriyle ilgili temel bilgiler, konuları itibarıyla, aşağıda verilmektedir.

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

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



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

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

5.6.2.1. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

AMAÇ VE KAPSAM

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

TANIMLAR VE KISALTMALAR

İSG : İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği

MSDS : Ürün Güvenlik Bilgi Formu

REFERANS DOKÜMANLAR

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 304 / 763

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

UYGULAMA:

İşe Başlangıç Muayeneleri

Optimed Sağlık Hizmetleri'nde işe başlayacak çalışan, İşe Başlangıç Evrakları Listesi'ni hazırlarken, çalışacağı bölümün risk analizine göre oluşturulan Sağlık Taraması Programı kapsamında belirlenen tetkik ve tahlil istemlerinde bulunulur. Çalışan evraklarını getirdiği zaman işyeri hekimine sevk edilir. İşe Giriş-Periyodik

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 305 / 763

Muayene Formu hazırlanır ve işyeri hekimi bu formu doldurur. Daha sonra bu form İnsan Kaynakları bölümüne teslim edilir. İşe yeni başlayan hekimlerin ilk altı ay içerisinde sağlık taramalarının bitirilmesi beklenir.

Enfeksiyonların önlenmesi

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

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

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

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

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

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

Radyasyon Güvenliği

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

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

Radyoloji ve Anjiyo bölümünde çalışanlara belirli periyotlarda şua izinleri verilir.

Laboratuvar Güvenliği

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

Düşme Risklerinin Azaltılması

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



"Dikkat Kaygan Zemin"

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 306 / 763

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



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

Atıkların Uzaklaştırılması

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

Güvenlik-Beyaz Kod

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

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

Mavi Kod

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

Tesis Kaynaklı Risklerin Yönetimi

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

Çalışanların Yaralanma Riskleri

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 307 / 763

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

İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Kurulu

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

Sağlık Tarama Programı ve Bağışıklama

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

Çalışanın iş kazası geçirmesi durumunda, acil servise yönlendirilir ve İşyeri Hekimi tarafından muayenesi yapılarak Genel Adli Muayene Raporu tutulur. İnsan Kaynakları Departmanı tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na en geç üç gün içinde bildirimi yapılır. Ayrıca olayın bir daha yaşanmaması adına alınacak önlemler için İstenmeyen Olay Bildirim İşleyiş Prosedürü'ne göre olay bildirim formu doldurulur ve İSG Uzmanı' na bilgi verilir. İş kazası geçiren çalışanların muayene kaydı hasta kabul tarafından iş kazası olarak açıldıktan sonra HBYS'den insan kaynaklarına bilgilendirme maili gönderilir.

Kişisel Koruyucu Ekipmanlar ve Kullanımı

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

Risk Analizleri

Acil Durum Yönetimi Prosedürü dikkate alınarak ve hastanede karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskler değerlendirilir. İSG Uzmanı ve bölüm

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 308 / 763

sorumluları katılımı ile yılda bir kez bölüm bazında Risk Analizi Planları yapılır. Belirlenen periyotlarda analizler gözden geçirilerek iyileştirme çalışmaları yapılır.

Tehlikeli Madde

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

Dini İnançlara Yönelik İhtiyaçların Karşılanması

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

Kişisel Gelişim ve Motivasyon Faaliyetleri

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

Gıda Güvenliği

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

Ergonomi, Gürültü ve Aydınlatma

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

Gebe, Engelli ve Kronik Hastalığı Olan Çalışanlar

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

Gebe çalışanlar için iş yasası kuralları gereği şartlar yerine getirilir.

Özellikli Bölümlerde Çalışanların Risklerin Yönetilmesi

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

Çalışanlar Arası Mobing ve Stres Yönetimi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 309 / 763

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

Gereksiz İş Yükünün Azaltılması

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

Çalışma Alanlarına Yönelik Fiziksel Düzenlemeler

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

İstenmeyen Olayların Bildirimi

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

SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından hastane yöneticileri sorumludur.

5.6.3. Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi

Optimed Hastanesi Covid-19 Yönetim ve Bilim Kurulu Önerileri Doğrultusunda

Yapılan İyileştirmeler ve Uygulanması Gereken Kurallar

1. Normalleşme Döneminde Yapılan İyileştirmeler ve Kurallar (01.06.2020 itibariyle)

1. Hastane içinde genel alanlarda, asansörlerde, servis ve polikliniklerde yerlere sosyal mesafe kuralına uygun geçiş işaretleri yapılarak mesafenin korunması sağlanmıştır. (Görsel 1)
2. Asansörlerin kapasitesi sosyal mesafe kuralına uygun olarak belirlenmiş ve buna uygun yerlerde işaretleme yapılmıştır. (Görsel 2)
3. HBYS'de epikrizlere Covid-19 vaka sorgulama kılavuzu eklenerek hastaneye gelen her hastada, ateş, öksürük ve nefes almada güçlük durumu sorgulanmaktadır. (Görsel 3)
4. Elektif cerrahileri ve girişimsel işlemler için algoritma oluşturuldu.
5. Sosyal mesafe kuralı gözetilerek kafeterya ve çalışanlar için mola alanı açıldı.
6. Telefon ile randevu alan hastalara sosyal mesafe kuralı ve maske kullanımı ile ilgili IVR dinletilmektedir.
7. Randevu bilgisi gönderilen SMS'lere sosyal mesafe kuralı ve maske kullanımı ile ilgili metin eklendi. (Görsel 4)
8. Hastane genelinde sosyal mesafe kuralı ve maske kullanımı ile ilgili anonslar yapılmaktadır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 310 / 763

9. Başhekim tarafından sosyal medya üzerinden normalleşme ile ilgili görüntülü paylaşım yapıldı.
10. Covid-19 enfeksiyonu tedbirleri kapsamında hasta/hasta yakınları ve çalışanlar tarafından dışardan yemek siparişi engellenmiştir.

2. Pandemi Döneminde Yapılan İyileştirmeler ve Uyulması Gereken Kurallar (17.03.2020 itibariyle)

1. Tüm hastane yüksek düzey dezenfektan ile sıklıkla dezenfekte edilmektedir. (Görsel 5)
2. Çalışanlarımıza ulaşım araçlarında (personel servisleri, toplu taşıma araçları vs) uyması ve dikkat etmesi gereken hijyen kuralları/önerileri konusunda bilgilendirme yapılmıştır.
3. Ayrıca personel servislerinin de dezenfeksiyonu sağlanmaya başlandı.
4. Çalışanlarımızın virüsle ilişkili olabilecek bir sağlık şikâyeti olduğunda kurumumuz içinde hızla ön tıbbi müdahale yapılmasını sağlayacak imkânlarımız bulunmaktadır.
5. Bir çalışanımızın virüsten etkilendiği tespit edildiği anda uygulanacak olan karantinaya ve risk taşıyan diğer personelin hızla tespitine yönelik planlama yapılmıştır.
6. Hasta girişleri, acil servis ve 2. Bina, -1.kat girişi olacak şekilde sınırlandırıldı.
7. 2. bina -1. kat girişte sol koridor ateşli hastalıklar polikliniği olarak düzenlendi ve bu hastaların kanları bu alandaki başka bir odada alınmak üzere düzenlendi. Klinik yatışlarda ise 2.Bina 4.kat, 5.kat ve 6.katlar bu hastaların tedavisi için ayrılmıştır. Covid-19 enfeksiyonu hastalarının yoğun bakım ihtiyacı olduğunda 2.Bina -2.katta bulunan yoğun bakım kullanılmaktadır. Diğer yoğun bakım hastalarımızın tedavisi 1.Bina 5.kat yoğun bakımda devam etmektedir.
8. Kliniklerde yatan Covid-19 hastaları için 223272980/01 numaralı, soldaki sedye asansörünü 4. 5. ve 6.hasta katlarının kullanımına rezerve edildi. (Görsel 6)
9. Hastalarımız ve çalışanlarımız için girişlerde, ateş ölçümü yapılarak triyajları sağlanmaya başlandı.
10. Yoğun bakım ve kliniklere, refakatçi ve ziyaretçi kısıtlaması getirildi.
11. Kurum içinde kalabalık grupların bir arada çalışmasını gerektiren iş süreçleri değerlendirilmiş ve riski azaltacak şekilde yeniden düzenlenmiştir.
12. Kafeterya ve tüm mekânlarımızdaki çalışma ve oturma düzeni, çalışanlar arasında gerekli fiziksel mesafeyi (min 1 metre) sağlayacak şekilde tekrar düzenlenmiştir.
13. Tüm iş süreçleri değerlendirilip gerekli organizasyonel düzenlemeler yapılarak; kronik hastalığı olan, gebe, emziren, ileri yaşta olan veya özel sebebi olan çalışanlara işleyişi aksatmayacak şekilde izin kullanmaları sağlandı.
14. Hastane genelinde tüm çalışanlara Covid-19 hastalığı hakkında bilgi, hastaya yaklaşım ve çalışanların kendini koruması ve virüse karşı alınabilecek önlemler konusunda Enfeksiyon Hemşiresi tarafından eğitim verildi.
15. Tüm çalışanlara, uyulması gereken hijyen kuralları ile ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılmıştır. Çalışanlara bilgilendirme amaçlı SMS'ler atılmıştır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 311 / 763

16. Çalışanlarımızın hijyen kurallarına uyum seviyesi Enfeksiyon hemşiresi tarafından düzenli sıklıklarla değerlendirilmekte ve gerekli uyarılar yapılmaktadır.
17. Olası hasta yoğunluğu durumunda çalışanlarımızın psikolojik yönden desteğe ihtiyaçları olabileceği ön görülerek gerekli planlama ve destek sağlanmıştır.
18. Tüm çalışanlarımız, hijyenini sağlayacak sağlık ekipmanına erişim imkânına sahiptir.
19. Klinikler ve alanlar kişisel koruyucu donanımlar ve kullanımı açısından gözlemlenmektedir.
20. Yemekhanede ve sosyal mesafenin korunması için masa sayısı azaltıldı. Çatal ve kaşıklar kullan-at şeklinde geçici süre ile kullanıldı. Salatbar kaldırıldı. Yoğurtlar kapalı kaplarda servis edilmeye başlandı.
21. Kafeteryadaki masalar kaldırıldı ve self servise geçildi, tek kullanımlık bardaklar ile servis yapılmaya başlandı.
22. Çalışanlar genel WC'leri kullanmamaları konusunda uyarıldı.
23. Mola alanı geçici bir süreliğine kapatıldı.
24. Ameliyathane personel dinlenme odasındaki oturma alanı kısıtlandı.
25. Hasta kabul bankolarına sosyal mesafeyi korumak için uyarı bandı çekildi. (Görsel 7)
26. Hastaların bekleme alanlarındaki sandalyeler azaltıldı. Lobideki koltuklar tekli sayıya düşürüldü.
27. Çalışanlarımızın yurtiçi ve yurtdışında katılmaları gereken etkinlikler değerlendirilmiş ve risk içeren kalabalık etkinliklere katılım iptal edilmiştir.
28. Mecburiyet içermeyen tüm yurtiçi ve yurtdışı eğitimler iş seyahatleri iptal edilmiştir.
29. Virüsle ilişkili olabilecek sağlık şikâyetleri yaşayan, temas riski düşünülen ve belirtiler gösteren çalışanlara profilaktik tedavi uygulanmıştır.
30. Çalışanlarımızın toplu ortamda eğitim almaları riski göz önünde bulundurarak eğitimler videolara çekilmiş olup, Intranet'e yüklenmiştir.
31. Sağlık hizmetinin nitelikli bir şekilde sürdürülmesi adına önemli kurul toplantıları ve eğitimler katılımcı sayısı azaltılarak, sosyal mesafeyi koruyacak şekilde yapılmıştır, birçok toplantı iptal edilmiştir.
32. Tüm personelimizin sağlık taramaları düzenli sıklıklarla tekrarlanmaktadır.
33. Mesai saatleri dışında, poliklinik ve boş hasta katlarında birer saat arayla UV lambalar kullanılmaktadır. (Görsel 8)
34. Çalışanlarımız için Psikiyatrist tarafından "rahatlama ve gevşeme çalışmaları"; Psikolog tarafından "online görüntülü seans" etkinlikleri ile çalışanlarımızın motivasyonu sağlanmaktadır.
35. Çalışanlarımız ve hastalarımız için alınan önlemlere ulaşabilecekleri ve öneri sunabilecekleri link tüm çalışanlara SMS olarak gönderildi.
36. Online Doktor Hizmetimiz ile hastalarımızın doktoruyla görüntülü görüşme olanağı sağlandı.
37. Sosyal medya canlı yayın programları ile Coronavirüsü hakkında bilgiler verildi ve hastalarımızın soruları yanıtlandı.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 312 / 763

38. Hasta odalarındaki Optimed kanalında Covid-19 salgını hakkında alınan önlemler (el yıkama, Koronavirüs Riskine Karşı 14 Kural vb) yayınlanmaya başlandı.
39. Mavi kod ekibinin hastaya müdahalesi sırasında giyinmesi için koruyucu ekipman (gözlük, önlük, siperlik) koyulacak alanlar (Radyoloji, Acil servis, 2.Bina 4.Kat, 2.Bina 5.Kat, 2.Bina 6.Kat) belirlendi.
40. HBYS'den Covid-19 hastalarının kayıt aşamasında risk düzeyinin sorgulamasına başlandı.
41. Yemekhanede kullanılan tuz ve baharatlar tek kullanımlık paketlerde sunulmaya başlandı.
42. Covid-19 salgınına yönelik Yetişkin Yoğun Bakım çalışanları için kişisel koruyucu donanımlara ek olarak ayaklık alındı.

OPTİMED YÖNETİM ve BİLİM KURULU

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 313 / 763

6. HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ OLAYA ÖZEL PLANI

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.

6.1. Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar

• Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıplar

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

Kurumumuzda kullanmakta olduğumuz sistemlerde kesinti olması durumunda, kesintisiz güç kaynağı cihazların tam yükte 20 dakika yedeklemesini sağlar.

• 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.

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

Kritik sistemlerin kaybı ya da temel hizmetlerin sunumunu doğrudan etkileyen her türlü durum halinde, Olay Yönetim Ekibi (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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 314 / 763

- Olayın seyrini dikkate alarak Olay Eylem Planı geliştirir, takip eder:
- Hastalar/personel/ziyaretçilere verilecek gıdaların, ilaçların, IV sıvıların, kanların, tek kullanımlık malzemelerin; personele yönelik özel 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.

6.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

a) 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).

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 315 / 763

- Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur.
- Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır.
- Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür.
- Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planı'nın ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir.
- Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.

b)Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

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

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 316 / 763

6.4. Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri

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

A Sınıfı kritik fonksiyonlar:

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

B Sınıfı kritik fonksiyonlar:

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

C Sınıfı fonksiyonlar:

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

4.5.İlgili Dokümanlar

Ölçüt		Sınıflandırma	Skor	Esneklik faktörleri

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 318 / 763

	• Tıbbi personele yönelik orta sağlık riski	SKOR 2	- Eğitimli sağlık personeli - Yeterli miktarda Kişisel Koruyucu Donanım
	• Tıbbi personele yönelik düşük sağlık riski	SKOR 1	

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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 319 / 763

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 bağılı 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.

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.

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 personeli 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 320 / 763

- Su baskınlarında atık sular da diğer sulara karışacağı için dikkatli olunmalı, kişisel koruyucular kullanılmalıdır. Personellerin açık yaralarından enfeksiyon kapması oluşabilir.

Teknik servis tarafından;

- 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.

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 bypass 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

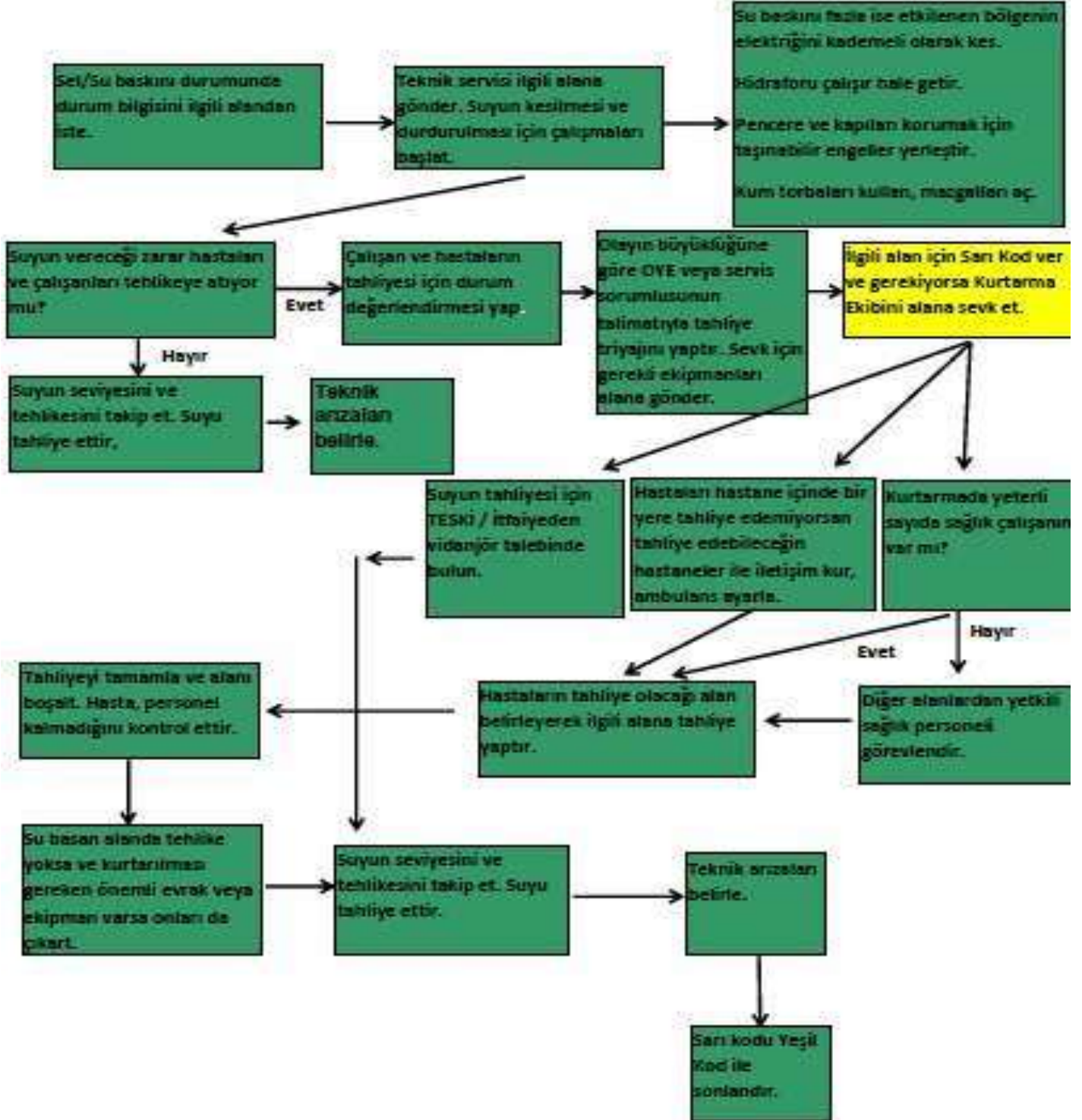
Su deposunun yetersiz kalacağı durumlarda, hizmetin aksamaması için;

- Mesai saatlerinde hastane müdürü

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 321 / 763

- 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.
- 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 kirlerden (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.

7.1. Sel/Su Baskını Algoritması



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 323 / 763

7.2. 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 324 / 763

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 tahliye 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 325 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 326 / 763

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 jenaratör alanında deprem sensörü bulunmaktadır ve Deprem anında jenaratör 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.

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 327 / 763

8.2. Personelin Bilmesi Gerekenler

- Deprem öncesinde yapısal olmayan malzemelerin yani binadan değil de eşyalardan kaynaklanacak hasarlardan korunmak için günlük kullandığımız eşyalarımızın hastane içerisine yerleştirilmesinde gerekli 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. Pencereler, 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 328 / 763

- 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 alırsanız, gaz vanasını kapatın.
- Dökülen tehlikeli maddeleri temizleyin.
- Yerinden oynayan telefon ahizelerini telefonun üstüne koyun.

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.

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.

8.3. 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 329 / 763

- 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.)

Kurtarma

- Yaralı olup olmadığı kontrol edilir. Personellerin yaralanmadığı teyit edilir.
- Yaralı ve hastaların tahliye triyajları yapılır.
- 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 şaşıran bir hasta tahliyeden sonra birime tekrar girebileceğinden dolayı, bu işaret yazılı işaret olmalıdır. İşaret güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde olmalıdır.
- Bulunamayan hastalar için yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.

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.

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 330 / 763

8.4. 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 331 / 763

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.
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

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 334 / 763

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A. HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

- A/1 : Tesis Sistemleri Durum Formu (HAP Kılavuzu Form 5)
A/2 : Olay Eylem Planı Standart Formu (HAP Kılavuzu Form 6)
A/3 : Bilgi Yönetimi İçin Genel Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 28)
A/4 : Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 30)
A/5 : İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu (HAP Kılavuzu Form 22)

B. Olaya Özel Planlar Çerçevesinde Kullanılacak Formlar

- B/1 : Tahliye Edilen Malzeme/Ekipman Takip Formu
B/2 : Hasta Tahliye Takip Formu
B/3 : Personel Tahliye Takip Formu
B/4 : İş Sürekliliği Olay Eylem Planı Formu
B/5 : Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Form
B/6 : Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşımı Takip Formu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 335 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 336 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 337 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 338 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 339 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 340 / 763

EK/ B2						
	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 341 / 763

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU EKLERİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 342 / 763

EK 1-A İş Akış Talimatları

HAP Başkanı İş Akış Talimatı

Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı

İş Güvenliği Sorumlusu İş Akış Talimatı

Halka İlişkiler Sorumlusu İş Akış Talimatı

Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Başkanı Akış Talimatı

Planlama Şefi İş Akış Talimatı

Dokümantasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu İş Akış Talimatı

Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu İş Akış Talimatı

Operasyon Şefi İş Akış Talimatı

Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı

Tıbbi Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

Altyapı Sorumlusu İş Akış Talimatı

Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı

Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı

Yatan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı

Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Yoğun Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

Triyaj Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

KBRN Sorumlusu İş Akış Talimatı

Bilişim Altyapısı Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görüntüleme Birimi Sorumlusu İş Akış Talimatı

Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı

Lojistik Şefi İş Akış Talimatı

Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu İş Akış Talimatı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 343 / 763

İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı

İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu İş Akış Talimatı

Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Eczane Birim Sorumlusu Akış Talimatı

Finans Şefi İş Akış Talimatı

Faturanlandırma Maliyetlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

Satınalma Sorumlusu İş Akış Talimatı

Hukuk Tazminat Sorumlusu İş Akış Talimatı

Tahakkuk Sorumlusu İş Akış Talimatı

EK 1-B Standart Operasyon Prosedürleri

SOP 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

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

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

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

SOP 5 Tıbbi Triyaj Yönetimi

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

SOP 7 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu

SOP 8 İnsan Kaynakları Yönetimi

SOP 9 Bilgi Yönetimi

SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi

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

SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi

SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi

SOP 14 Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi

SOP 15 Güvenlik Yönetimi

SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi

SOP 17 Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi

SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi

SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 344 / 763

SOP 20 Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

SOP 21 Siyah Kod

SOP 22 Gri Kod

SOP 23 Turkuaz Kod

SOP 24 Mor Kod

SOP 25 Turkuaz Kod

EK 1-C Formlar

Form-1 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Görevlendirme Formu

Form-2 Brifing Formu

Form-3 Olay Bildirim Formu

Form-4 Operasyon Kayıt Formu

Form-5 Tesis Sistemleri Durum Formu

Form-6 Olay Eylem Planı Standart Formu

Form-7 Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu

Form-8 Hastane Giriş Kayıt Formu

Form-9 Hasta Dosyası Formu

Form-10 Hasta Takip Listesi Formu

Form-11 Hastane Olay İstatistik Formu

Form-12 Hasta Son Durum Listesi Formu

Form-13 Durum Rapor (İdari Birimler) Formu

Form-14 Durum Raporu (Yataklı Servis İçin Örnek) Formu

Form-15 Hasta Eşyası Teslim Formu

Form-16 Mevcut Personel Kayıt Formu

Form-17 Göreve Gelen Personel Kayıt Formu

Form-18 Personel Mesai Tablosu Formu

Form-19 Olay Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu

Form-20 Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu

Form-21 Alana Malzeme (Demirbaş, İlaç, Tıbbi Sarf vb.) Gönderme Takip Formu

Form-22 İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu

Form-23 Malzeme Takip Formu

Form-24 Özel Alanlar Formu

Form-25 Finans Yönetimi Kayıt Formu

Form-26 Lojistik Yönetimi Kayıt Formu

Form-27 Yönetimi Kayıt Formu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 345 / 763

- Form-28 Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu
- Form-29 Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu
- Form-30 Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu
- Form-31 Psikososyal Risk Analizi Formu
- Form-32 Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu
- Form-33 Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu
- Form-34 form-34i Formu
- Form-35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu
- Form-36 Personel Bilgi Formu
- Form-37 Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu
- Form-38 Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu
- Form-39 Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu
- Form-40 Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu
- Form-41 Firmalar ve Kritik Tedarikçiler Takip Formu
- Form-42 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon İletişim Formu
- Form-43 Kurtarma- Söndürme-İlkyardım Ekibi İletişim Formu
- Form-44 HAP Yılı Eğitim-Tatbikat Planı Formu
- Form-45 HAP.... Yılı Eğitim Rapor Formu
- Form-46 HAP.... Yılı Tatbikat Rapor Formu
- Form-47 Afet ve Acil Durum Kurum Rehberi
- Form-48 Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu
- Form-49 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 346 / 763

EK 1-A

İŞ AKIŞ TALİMATLARI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 347 / 763

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 Sekreteryanın 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 348 / 763

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
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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 349 / 763

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 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
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 koordinasyon 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 350 / 763

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)			
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			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 351 / 763

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.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 352 / 763

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 komisyonlara 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		
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			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 353 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 354 / 763

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		
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 Alanlarınınaçılmasını organize eder.		2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 355 / 763

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.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 356 / 763

Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Başkanı Akış Talimatı

Görev Tanımı	HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahalarıdoğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmetiverir.		
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
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			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 357 / 763

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 brifing 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 taktirde 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 358 / 763

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 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 Planlama Şefine düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Görevlendirilecek personeli belirle; ilgili iş akış tablolarını ve görev yeleklerini dağıt.	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 izle, kayıt altında tut 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 sağla	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 ilet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Olay Yönetim Merkezi sekreterin yardımı ile son bilgileri içeren bir pano hazırla ve bu panonun güncelleştirildiğinden emin ol.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Ulaşılan durum raporlarını al ve kaydet. Hastane Olay İstatistik Formu (FORM – 11) tut,	0-2 Saat	2-12 Saat	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 359 / 763

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 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 360 / 763

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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 361 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 362 / 763

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 bilgisağlamak; 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 brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefi ile irtibat halinde olur.		0-2 Saat	2-12 Saat
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, personelini 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			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 363 / 763

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 brifing 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)			
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 ileişbirliği 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 yaptığıın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonlarıdurumu, 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 olarakson 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 364 / 763

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 brifing 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	
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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 365 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 366 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 367 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 368 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 369 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 370 / 763

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 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 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 371 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 372 / 763

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(ilacı 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 373 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 374 / 763

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	2-12-12 Saat
Tıbbi bakım sorumlusundan brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgiverir.		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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 375 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 376 / 763

Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını 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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 377 / 763

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 sonrakioperasyonel 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 birlikteçalışarak 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
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 işgüvenliği, 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 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
Görevli personelin dinlendirilmesi için molaları düzenler.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlaraçısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığıın 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 düzenini gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 378 / 763

İhtiyaç azaldığında, personelini 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 brifing 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 379 / 763

Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Ameliyathane iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarakameliyathane 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 Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İş Akış Talimatını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbı 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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 380 / 763

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
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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 381 / 763

Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Acil Servise gelen hastaların acil tıbbi bakımlarının yapılmasını sağlar; hastalarını 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 382 / 763

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 transferedilmesini 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		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 383 / 763

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/yaralılar için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla işyükü 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 384 / 763

Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)

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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 385 / 763

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 alanlarının 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
Trijaj 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
Trijaj alanından sevk edilecek hastaların kurumlar arası kordinasyon şefi ile iletişim halinde olur ve güvenli nakilden sorumludur.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 386 / 763

AMP'ninin 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 387 / 763

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
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			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 388 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 389 / 763

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 yeterlisayıda 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
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 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 olağanişleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelin 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 390 / 763

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 brifing ve toplantılarına katılır	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:	
Formlar:	
Raporlama Mekanizması:	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 391 / 763

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. Gerektiğinde 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)			
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 392 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 393 / 763

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		
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 belirler ve Destek Hizmetler Sorumlusuna bilgi verir		0-2 Saat	2-12 Saat
Tahliye 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)			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 394 / 763

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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 395 / 763

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		
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)			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 396 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 397 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 398 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 399 / 763

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
Gelen personelin kayıtlarını tutar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Geri çağırılan 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 çağırılan ve mevcut personellerin mesailerinin tutulmasından ve lojistik şefineverilmesinden sorumludur.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 400 / 763

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 401 / 763

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 briefing 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 içinecza 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 briefinglere 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 402 / 763

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
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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 403 / 763

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
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)		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 404 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 405 / 763

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		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 406 / 763

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
Gıda hizmetlerinin eksiksiz yürütülmesini sağlar	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
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 düzeni gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelin 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 407 / 763

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
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	2-12 Saat	12-72 Saat

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 408 / 763

biriminden personel talep eder.		
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 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 olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelinin 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 toplantılarına katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 409 / 763

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
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	2-12 Saat	12-72 Saat

sağlar.		
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
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/18/21/25/29		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 411 / 763

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 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
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
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 412 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 413 / 763

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 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)		
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 414 / 763

Tüm personel ve gönüllüleri stres ve uygunsuz davranış belirtileri açısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktarır.	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
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, personelinin 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		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 415 / 763

Hukuk Tazminat Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	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. 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		
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 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 Finans Şefine düzenli yazılı durum raporları verir,		0-2 Saat	2-12 Saat
Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucuoluştugu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin al, araştır ve dokümanite eder		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm Bölüm Personel Mesai Tablosunu (Form - 18) göre: Çalışan personelin görevve 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 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)			
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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 416 / 763

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

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, personelini 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
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 417 / 763

Tahakkuk Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu olduğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümente 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		
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 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 Finans Şefine düzenli yazılı durum raporları verir,		0-2 Saat	2-12 Saat
Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu olduğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin al, araştır ve dokümente 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 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)			
Finans Şefine 2 saatte bir Tahakkuk Durum Raporunu gönderir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Personele ödenmesi gereken yolluk, harcırah, mesai vb. ödemeleri öder ve kayıt altına alır.		2-12 Saat	12-72 Saat
Satın alma ve/veya Faturalandırma -Maliyetlendirme Sorumlusu tarafından onaylanan nakti ödemeleri yapar ve kayıt altına alır.		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
Finans Şefine 4 saatte bir Tahakkuk Durum Raporunu gönderir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele ödenmesi gereken yolluk, harcırah, mesai vb. ödemeleri öder ve kayıt altına alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Satın alma ve/veya Faturalandırma -Maliyetlendirme Sorumlusu tarafından onaylanan nakti ödemeleri yapar ve kayıt altına alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Nakit ihtiyacı olması durumunda Finans Şefine bilgi verir.	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 düzenini gözden geçirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndürür ve pozisyonları kombine eder ya da kademeli olarak azaltır	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 419 / 763

EK 1-B

STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 420 / 763

SOP 1 Tedavi Kapasitesi Ve Yeteneğinin İlk Değerlendirilmesi Prosedürü

TEDAVİ KAPASİTE VE YETENEĞİNİN İLK DEĞERLENDİRİLESİ PROSEDÜRÜ		
Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek. Hedefler: Hastaneye kabul edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek, - Ayakta tedavi edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek, - Kritik hizmetlerin iş sürekliliğini sağlamak amacıyla nicel kapasitesini değerlendirmek, - Tıbbi bakım hizmeti ve/veya özellikli tıbbi bakım hizmetlerini (kimyasal olay, epidemi vb.) yeterli düzeyde sunmak için hastanenin (nitel) kapasitesini değerlendirmek, - İlk 6 saat içerisinde hastaneye gelen hastaları önceliklendirmek ve tedavi etmek amacıyla Acil Servisin ve/veya afet triyaj alanının imkan ve kapasitesini değerlendirmek, - İlk 24 saat sonunda söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Optimed Hastanesinde herhangi bir afet sırasında kullanılabilecek hazırda hasta yatağı 179 adettir. Bu 179 yatak, 14 tanesi Yenidoğan Yoğun bakım, 21 tanesi Yetişkin Yoğun Bakım, 5 tanesi KVC Yoğun Bakım olarak tescil edilmiş olup, kalan 139 yatak ise yataklı servis yatağıdır. Acil durumda hastanemizde eklenebilecek sedye ve yatakların sayısı 31 olarak planlanmaktadır. İnsan Kaynakları bölümü güncel personel listesini tutmaktadır. Ayrıca her serviste özel durumlarda icap personel belirlenmiştir. Artan hasta/yaralı sayısı durumunda, personel listesinden mevcut çalışanlar, izinli ve raporlu personel çıkartılır ve hastaneye gelebilecek personel listesi hazırlanır. Bu listeye göre acil hastaneye gelmesi gereken ve nöbete gelecek personel belirlenir ve bu kişilere gerekli bilgi verilir. İnsan Kaynakları bölümü güncel doktor listesini tutmaktadır. Bu listede doktorlar branşlarına göre de sınıflandırılmış olup, iletişim bilgileri de bulunmaktadır. Ayrıca her branş ile ilgili doktor belirlenmiş olup, acil durumda önce icapçı doktorlar çağrılır. Daha sonra ise acil duruma ve ihtiyaca göre diğer doktorlar çağrılır ve/veya nöbet için bilgilendirilme yapıp çağrılır. Acil serviste tedavi edilebilecek maksimum travma hastası sayısı; acil serviste 7 müşahade hasta yatağı olduğu için 7 olarak belirlenmiştir. Ameliyathanede ise 5 salon bulunmaktadır. Acil durumlarda ameliyathanenin kapasitesi 24 saat çalışma esasına göre artırılabilir.		
Eczanenin elinde bulunan ilaç stoğu ortalama 3 -4 haftalık stok olarak belirlenmiştir. Gerekli durumlarda bu stoğun artırılması mümkündür.		

Görüntüleme merkezinde , afet durumunda tam personel kapasitesi ile çalışması durumunda röntgen için hasta başına on dakika, MR için 30 dakika, tomografi için 10-15 dakika olacak biçimde ayarlanabilir. Ayrıca portable röntgen ve gezici araçtaki röntgende faydalanılması durumunda bu kapasite daha da artırılabilir.

Hastanenin tıbbi malzeme deposunun ortalama stoğu 4 haftalık olarak belirlenmiştir. Acil durumlarda bu stok miktarı artırılabilir.

Acil durumlarda;

* Operasyon Şefi gerek yatak kapasitesi, gerek artırılabilir kapasite ve personel ile ilgili durum raporu gönderir.

* Planlama Şefi hastanenin mevcut işletme bölümleri ve mevcut personel durumu ile ilgili durum raporu gönderir.

* Lojistik şefi mevcut malzeme/ ilaç/malzeme durumu ve yemekhane ile ilgili durum raporu gönderir.

* Finans şefi, mevcut maddi kaynaklar ve giderler hakkında durum raporu gönderir.

Tüm bu verilerin Olay Yönetim Merkezi tarafından değerlendirilmesi sonucu, ilave personel görevlendirmeleri, personel ihtiyaçları tespit edilir. Ayrıca mevcut hasta durumu, yatak durumu, artırılabilir hastane kapasitesi de göz önüne alınarak gerekli durumlarda hastalar başka kurumlara sevk edilebilir. Bölümlerin malzeme ihtiyaçları giderilir, kritik stoğa yaklaşan malzemeler ile ilgili sipariş verilir, bulunamayan malzemelerde ise İl Sağlık Müdürlüğü vb. kurumlarla iletişime geçilerek bu eksiklikler giderilmeye çalışılır.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

Dış alana gönderilecek ve alanda görevlendirilen personelin uygun kişisel koruyucu donanma sahip olması sağlanır. Görevlendirilecek personelin yapacağı işe uygun olması tercih edilir.

Hastanenin belirlemiş olduğu iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kurallara uyması istenir.

Hastalara yapılacak müdahalelerde aynı zamanda hasta güvenliği ile ilgili kurallara da uyması beklenir/istenir.

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar

Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri

Kimlik kartları ve görev yelekleri.

KALİTE KONTROL

Departmanlar/servisler/birimler kendilerinden istenen kritik bilgileri, en kısa sürede hazırlayarak, değerlendirilmek üzere OYE'ye sunarlar.

ZAMAN DİLİMİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 422 / 763

Afet anından ilk 12 saatlık zaman dilimi boyunca her 2 saatte bir, 12. saatten sonra 4 saatte bir gerekli bilgilendirme yapılır		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Acil Servis Birimine Standart Operasyon Prosedürü		
Servis/ Birim Müdahale Prosedürleri		
Departman Servis/Birim Müdahale Prosedürleri		
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
* Herhangi bir servisten, istenilen bilgi sağlanmazsa o birimin kapasitesi minumum olarak düşünölmelidir. * Herhangi bir bölüm tahliye edilmişse ve hizmet veremiyorsa bu durumla o bölüm kapasitesi göz önüne alınmamalı ve hastanenin genel kapasitesinden düşünölmelidir. * Göreve gelecek personelin göreve gelmesi ile ilgili ulaşım problemleri varsa , başka kurumlardan da destel alınabilir. Alternatik ulaşım araçları sağlanarak personel getirilmeye çalışılabilir.Ayrıca personelin gelememesi durumunda mevcut personelin dönüşümlü olarak dinlenmesi sağlanmalıdır.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Merkezi ve Planlama,Operasyon ve Lojistik Bölüm Şefleri, birim sorumluları		
EKLER		
Herhangi bir ek evrak bulunmamakla beraber, işleyişe göre ek evraklar istenebilir.		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Planlama ,Operasyon,Lojistik, Finans Durum Raporları Personel Bilgi Formları, Alanda Görevlendirilen Personel Formu, Göreve Çağırılan Personel Formu Vb. Hastane Olay İstatistik Formu İlgili İŞAT lar		
İZLEME		
Olay Yönetim Merkezi ilk 12 saatte 2 saatte bir, 12 saatten sonra 4 saatte bir bölüm raporlarını değerlendirir ve yeni hareket tarzları belirler.		
GÜVENLİK		
Güvenlik acil durumun başlamasıyla beraber gerekli personel takviyesi yapar. Güvenlik bakımından riskli bölgeler hizmete kapanır ve girişler yasaklanır/ önlenir. Hastane içinde sürekli dolaşarak güvenlik suistimallerinin önüne geçilir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 423 / 763

SOP 2 Acil Müdahale Planında Olay Bildiriminin Ele Alınması

ACİL MÜDAHALE PLAINDA OLAY BİLDİRİMİNİN ELE ALINMASI		
Temel Faaliyet: Herhangi bir olay bildiriminin, Acil Müdahale Planı ilke ve prosedürleri doğrultusunda derhal ve etkili bir şekilde ele alınmasını sağlamak. Hedefler: • Olay bildirimini doğrulamak ve olayın ciddiyet derecesini değerlendirmek, • OYE'nin aktive edilmesiyle, Acil Müdahale Planının etkinleştirilmesine ilişkin karar alınmasını sağlamak/ başlatmak, • Olay Yönetim Merkezini açmayı göz önünde bulundurmak, • Hastane içinde temel paydaşlarla (güvenlik, lojistik, klinikler vb.) iletişime geçmek, • OYE, Olay Bildirim ve Alarm İşleme Şablonunun güvenilirliğini Acil Müdahale Planı tatbikatları ile düzenli olarak kontrol etmelidir.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER(15 DAKİKADAN KISA SÜREDE BİLDİRİMİ DEĞERLENDİRMEK VE OLAYI DOĞRULAMAK)	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Hastane içinde olayların bildirimi için Olay Bildirim Formu kullanılır. Gelen Olay Bildirim Formu incelenir ve olay hızlı biçimde doğrulanır. İlerleyen saatlerde tıbbi bakım hizmetlerine yönelik talep ve olası değişiklikler açısından olayın ciddiyetini (büyüklük, kapsam, etkilenen kişi sayısı vb.) Başhekim ve/veya Başhemşire ve ona bağlı birim sorumluları İlk Durum Formu ile değerlendirilir. Bu sırada iş güvenliği sorumlusu ve altyapı sorumlusu hızlı biçimde Tesis İlk Değerlendirme Formu ile binanın mevcut durumu ile ilgili ilk değerlendirmeyi yapıp, hizmet durumunu saptar. Gerek tıbbi süreçlerin değerlendirilmesi, gerekse mevcut hastane binasının değerlendirilmesiyle beraber Acil Müdahale Planının aktivasyonuna gerek olup olmadığı değerlendirilir ve karar verilir. Olay Yönetim Merkezinde görevli bulunan kişiler bilgilendirilir ve afetin durumuna göre diğer kişiler belirlenir ve HAP Organizasyon Değerlendirme Formu ile kayıt altına alınır. Olay Bildirim Formu ile birlikte , Brifing Formu kullanılarak o ana kadar yapılanlar, organizasyon vb. konular kaydedilir.		
İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ		
İş güvenliği sorumlusu nezaretinde/ kontrolünde genel durumun bir ön değerlendirmesi yapılır. Mevcut durumun riskleri, emniyet ve güvenlik tehdidi oluşturup oluşturulmadığı değerlendirilir. Eğer zarar gören bir bölüm varsa bu bölümün hizmet dışı kalması ile ilgili gerekli önlemler alınır.		
KULLANILACAK MATERYAL		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP Acil Müdahale Planında Olay Bildiriminin Ele Alınması SOP		

Kimlik kartları ve görev yelekleri.

KALİTE KONTROL

Kişilerin doğru ve zamanında bilgilendirilmesini sağlayın.

ZAMAN DİLİMİ

15 dakikalık bir zaman diliminde acil müdahale planının akti hale geçip geçmeyeceğine karar verilmelidir.

DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ

Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP

Olay Yönetim Merkezinin Aktive Edilmesi SOP

KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR

* OYE üyeleriyle irtibata geçemezseniz, görevdeki en kıdemli sağlık personeliyle hemen bilgiyi paylaşın ve karar alma sürecini başlatın.

• Olay, hastaneyi tehdit ediyorsa, OYE'yi seferber edin ve Kamu Hastaneleri için KHBGS Kriz ve Koordinasyon Merkezi'ni, diğer hastaneler için İl SAKOM veya 112 Komut Kontrol Merkezini bilgilendirin.

SÜRECE DAHİL KİŞİLER

Olay Yönetim Merkezi üyeleri ve ilgili bölüm kıdemli sağlık personeli

EKLER

Herhangi bir ek evrak bulunmamakla beraber, işleyişe göre ek evraklar istenebilir.

EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ

Olay Bildirim Formu
Biring Formu
Tıbbi Süreçler İlk Değerlendirme Formu
Tesis İlk Değerlendirme Formu

İZLEME

* Bir saat sonra Kamu Hastaneleri için KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi'ni, diğer hastaneler için İl SAKOM'u veya Acil Sağlık Hizmetlerini (112 KKM) bilgilendirin.

*Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı alıp almadığını kontrol edin

GÜVENLİK

Zarar görmüş bölümlerde gerekli güvenlik önlemlerinin alınması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 425 / 763

SOP 3 Olay Yönetim Ekibinin Aktive Edilmesi, Olay Yönetim Merkezi Ve Afet Ve Acil Durum Müdahale Planı'nın Aktive Edilmesi

OLAY YÖNETİM EKİBİNİN AKTİVE EDİLMESİ, OLAY YÖNETİM MERKEZİ VE AFET VE ACIL DURUM MÜDAHALE PLANI' NIN AKTİVE EDİLMESİ		
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi yapısının en hızlı biçimde aktive edilmesi Hedefler: • Mümkün olduğunca çok olay yönetim ekip üyesini aktive edilmesi istenir. • Olay Yönetim Merkezini açılması ve ilk OYE toplantısını yapması istenir. • Mevcut üyelere göre Olay Yönetim Ekibi'ni düzenlenmesi istenir. • Mevcut üyeler arasında görev ve sorumlulukları dağıtılır. • Etkili yönetim ve koordinasyonu sağlamak üzere Olay Yönetim Merkezi'ni işlevsel hale getirilir. • Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine karar verilir		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Konu ile ilgili ilk bildirimin yapılması ve karar alınmasıyla beraber OYM açılır. Gerekli durumlarda Olay Yönetim Ekibi Olay Yönetim Merkezinin yerini değiştirebilir. OYE çalışmaları için Standart Operasyon Prosedür'leri, İş Akış Talimatları, kayıtlar,kartlar, standart protokoller ve ekipmanın mevcut olup olmadığını kontrol edilir. Eksik olanlar ivedilikle tamamlanır. Ayrıca ilerleyen zamanda diğer bölüm/birimlerle ilgili olan afetlerde kullanılacak olan kayıtlar HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusu tarafından ilgili bölümlere dağıtılır ve alanda olması sağlanır Olay Yönetim Ekibi'nin çalışma yöntemine karar verilir. Özellikle iletişim kanallarının kopması/ kopmuş olması durumları için ilave personelin hazır olması sağlanır. OYE'nin mevcut üyeleriyle, var olan bilgileri ve Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyini göz önünde bulundurarak güncel durumu değerlendirilir ve acil ihtiyaçları belirleyin Olayın ilerleyen dakikalarında bölümlerden gelen Durum Raporlar ile birlikte ihtiyaçlar ve hareket tarzlar güncellenir. Kurumsal koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastane dışı paydaşlarla ve görevlendirilen kişilerle birlikte ise hastane içi ana paydaşlarla öncelikli faaliyetlerin kararlaştırılmasına yönelik koordinasyon sağlanır. Yangın gibi devam etmekte olan bir iç tehdidin meydana gelmesi durumunda, Olay Yönetim Merkezi için alternatif bir oda da dâhil olmak üzere; OYE'nin çalışmasını sürdürmeye yönelik destek sistemlerini belirlenir. Yangının durumuna göre tahliye karar verilebilir. Tahliye kararı verildiği durumlarda ilgili kurumlarla iletişime geçilerek hastaların sevkleri için gerekli önlemler alınır.		

Epidemi durumunda, OYE toplantılarına, Tıbbi Teknik Kurul Başkanın uygun göreceği enfeksiyon konusunda yetkin birisi (tercihen hastane enfeksiyon önleme ve kontrol programı sorumlusunu, enfeksiyon kontrol hemşiresi vb.) dahil edilir.

OYE üyeleri bölümlerden gelen Durum Raporlarını incelemelidir. Gerekli durumlarda bölümlerden gelen Durum Raporlarında ek bilgiler istenebilir. Yeni hareket tarzları belirlenirken özellikle bölümlerden gelen bu durum raporları önemli olmaktadır.

İç ve dış koordinasyon tedbirlerini ve bunların mevcut duruma nasıl uyarlanacağını belirlenir.

İlk 48 saat ve sonrasında, OYE'nin çalışmalarının nasıl düzenleneceğine karar verilir.

AMP'nin aktivasyon düzeyini yeniden teyit edin ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin aktivasyonuna gerek olup olmadığına (gerek varsa hangi müdahale prosedürünün aktive edileceğine) karar verin.

Hangi alanların açılması , hangi alanların riskli olduğuna ve hizmete kapatılacağına karar verilir.

Mevcut durumla ilgili personel planlaması yapılır, mevcut durumdaki personelin yeterli gelip gelmediği tespit edilir. Eğer personel sayısında fazla olduğu düşünülüyorsa bunlarla ilgili bekleme/ toplanma noktası oluşturulur. Personel sayısının yetersiz olduğu düşünülüyorsa ek personel göreve çağırılması için karar verilir.

Sağlık yöneticileri ile irtibata geçin ve bilgi paylaşımında bulunun.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

Olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceğini ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceğini kontrol edin.

KULLANILACAK MATERYAL

- Alınan bilgileri ve gerçekleştirilen eylemleri kaydetmeye yönelik formlar ve kayıtlar (zaman, bildirimin içeriği, temel eylemler, bildirim ve alarm işleme şablonunun kim/ kimler tarafından kullanıldığının kaydı, sağlık yöneticileri ile iletişim),
- Görev Yelekleri,
- Olay Yönetim Merkezi ekipmanı.

KALİTE KONTROL

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 427 / 763

İrtibata geçilen OYE üyelerinin görevleri konusunda net talimatlara ulaşmaları için;kullanacakları formların ve standart operasyon prosedürlerinin hazır bulundurulmasını sağlayın, • Olay Yönetim Merkezi'nin açılmasını ve işlevsel olmasını sağlayın		
ZAMAN DİLİMİ		
2 saatten kısa sürede		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP		
Olay Yönetim Merkezinin Aktive Edilmesi SOP		
Servis Müdahale SOP		
Tıbbi Triyaj SOP		
Sağlık yöneticileri ile bilgi paylaşımı,		
KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
Hastane dışı olayın hastane hizmetlerine ilişkin olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali durumunda, Olay Eylem Planını geliştirin (proaktif tutum ve öngörü)		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Merkezi üyeleri ve sağlık yetkilileri		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Bölüm Durum Raporları Olay Bildirim Formu Diğer Kayıtlar		
İZLEME		
OYE, operasyon ve faaliyetlerin koordinasyonu, kaynakların etkin yönetimi, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgi paylaşımında ortaya çıkabilecek önemli sorunları mümkün olan en kısa sürede tespit etmek için yönetim sistemlerinin izlenmesine karar vermelidir.		
GÜVENLİK		
Zarar görmüş bölümlerde gerekli güvenlik önlemlerinin alınması		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 428 / 763

SOP 4 Hastane Afet Triyaj Alanı Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışı Ve Hasta Naklinin Yöntemi Prosedürü

HASTANE AFET TRİYAJ ALANI VE GELEN HASTALARA YÖNELİK HARİCİ TRAFİK AKIŞI VE HASTA NAKLİNİN YÖNTEMİ PROSEDÜRÜ		
Temel Faaliyet: Temel Faaliyet: Gelen tüm hastalara kritik tıbbi bakım hizmetleri sağlanırken, afet ve acil durum nedeniyle gelen hastaların triyajının yapılarak, hayat kurtarıcı acil tıbbi bakım almalarını sağlamak. Hedefler: • Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde afet triyaj alanını oluşturmak: • Fiziki koşulları sağlamak (konum, ışık, güvenlik, erişim vb.), • Ekipman ve ilaçları sağlamak, • Personel sağlamak (sağlık personeli, taşıyıcı-sedye personeli, idari personel vb.), • İş güvenliği ve emniyeti sağlamak. • Triyaj ekiplerinde çalışacak personeli belirleyerek tıbbi triyaj faaliyetlerini organize etmek, • Hastane afet triyaj alanındaki işleri organize etmek ve bu işleri Acil Servis'le koordinasyon içinde yürütmek, • Gelen tüm hastaların mutlaka kayıt altına alınmasını ve kayıtların eksiksiz yapılmasını sağlamak, • Gelen hastaları tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre ilgili departman/servis/birimlere sevk etmek (Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.), • Nakil araçları ve yürüyebilen hastalar için harici trafik akışını organize etmek, • Tıbbi bakım hizmetlerinin kaydedilmesini sağlamak ve gerektiğinde hastaya refakat etmek, • Hastaların triyajını yaparak hastanenin tıbbi bakım kapasitesini arttırmaya katkıda bulunmak, • Hastane alanı içinde güvenliği sağlamak.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Afet durumunda, acil servise ve hastanenin diğer yataklı servislerine erişim konusuna kısıtlama getirilerek sadece iyileştirilebilir ağır vakalar ve kısıtlı kaynaklara erişerek fayda görebilecek ağır vakalar kabul edilmelidir . Bu nedenler; * Hastane binasında yapısal bir sorun yoksa, mevcut ayaktan tedavi alanlar bu bölümlerde devam edebilir. * Gerekli durumlarda acil servis ve yataklı birimler ile ilgili ek doktor ihtiyacında ayaktan tedavi sürecindeki bazı doktorlar acil servis ve/veya yataklı servis sürecine yönlendirilebilir. Bu durumlarda hastalara gerekli bilgilendirme yapılması sağlanmalıdır. * Triaj uygulaması yapılan ve yeşil bekleyebilir hastalar acil servise beklemeden doğrudan ayaktan tedaviye yönlendirilebilir. * Ayaktan tedavi sürecinde polikliniklerin kullanılamaması (yapısal zarar görülmesi/ poliklinik odalarının hasta tedavi sürecinde kullanılması durumunda) ve havaların da iyi olması durumunda sınırlı olarak HAP başkanının onayıyla uygun görülen dış ortamda da yapılabilir. Hastane afet triyaj alanı bir saatten daha kısa sürede çalışır hale getirilmesi gerekir. Bu bakımdan;		

* Afetin durumuna göre uygun triaj alanı belirlenir, bu alanın güvenliği sağlanır ve gerekli tıbbi teçhizat ve malzeme sağlanır.

* Bu alanda çalışacak personel belirlenir. Bu kişilerin görev tanımları, kullanılacak formlar, triaj kartları ve ilgili İŞAT lar hazırlanır, dosyalanır.

* OYE hastane afet triyaj alanının güvenli bir şekilde organize edilmesine, yönetilmesine destek olur ve süreci takip eder,

* Triaj alanında ambulans trafiği ve hasta trafiği için uygun yaya/trafik düzenlemesi yapılır.

* Hastane afet triyaj alanıyla OYE ve acil servis arasında, herhangi bir iletişim aletinin çalışmaması durumunda, telsiz ya da ulak yardımı ve bilgi paylaşım formları kullanılarak bilgi paylaşımı sağlanmış olur.

• Hastane afet triyaj alanının açılacağını ve hastaların kabulünün nasıl organize edileceğini bölgedeki Acil Operasyon Merkezi'ne ve Acil Sağlık Hizmetleri 112 KKM'ne bildirilir. Sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edilir,

Hastane dışı trafik akışını organize edin:

*Hastane afet triyaj alanı ve hastane girişi için güvenliği yönetmekle sorumlu olacak yedekli bir güvenlik görevlisi belirlenir, gerekirse kolluk kuvvetlerinden de destek alınır.

*Alanlarla ilgili gerekli işaretlemeler ve belirteçler yerleştirilir.

*Triyaj sorumlusu, hasta yakınlarının triyaj alanına alınmasını önermedikçe hasta yakınlarının triyaj alanına girmesine izin vermeyin

*Önceden belirlenen hasta kartlarını kullanarak hastaların (koma durumunda olanlar dâhil) kaydının yapılmasını sağlayın.

*Hastanın sürekli olarak izlenebilir olmasını sağlayın.

*Hasta kabul alanlarının doğru bir şekilde belirlenmiş, güvenliğinin sağlanmış ve gerekli personelin görevlendirilmiş olduğunu teyit edin.

*İlgili personelin bilgilendirildiğinden ve gerekli koruma/korunma önlemlerinin alındığından emin olun.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

• Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir. Ayrıca kişisel eşya güvenliği de sağlanmalıdır (kişisel eşyaların etiketlenerek polis gözetiminde özel bir odada muhafaza edilmelidir),

• Personel güvenliğine yüksek öncelik verilmelidir. (Özellikle hasta yakınlarının personeli tehdit etme riski vb.)

KULLANILACAK MATERYAL

- Hastane afet triyaj alanı için gerekli ekipmanlar, acil serviste hazırlanan özel afet stoğunda bulundurulmalıdır.
- Hasta kayıtları ve izleme amacıyla gerekli formlar ve kayıt evrakları muhafazaedilmelidir.
- Hasta kaydı için gerekli elektronik altyapı sağlanmalı,
- Hastane tarafından belirlenen triyaj protokolü, Acil müdahale planındabelirtilmelidir.
- Görev yelekleri hazır bulundurulmalıdır,
- Triage alanındaki ekipman ve ilaçlar için kontrol listeleri hazırlanmalıdır,
- Standart operasyon prosedürü hazırlanarak takip edilmelidir.

KALİTE KONTROL

- Hastane afet triyaj alanı gelen hastalar için tamamen aktif durumda olmalı(personel,ekipman;güvenlik),
- Harici trafik düzenlenmiş ve trafik akıyor olmalı,
- Güvenlik sağlanmış olmalı

ZAMAN DİLİMİ

OYE'nin hastane afet triyaj alanını açmaya yönelik kararını müteakip, bir saatten kısa bir sürede kurulmalıdır.

DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ

Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP

Olay Yönetim Merkezinin Aktive Edilmesi SOP

Tıbbi triyaj yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

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

*Sağlık yetkilileri ile ve hastaları hastanelere göndermekle sorumlu komuta merkezi arasında düzenli olarak bilgi paylaşımı olmalıdır. Bilgi akışının sağlanması için Kamu Hastaneleri KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezini, diğer hastaneler İl SAKOM/ Acil Sağlık Hizmetlerini (112 KKM) Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Kayıt Formu'nu kullanarak bilgilendirmelidir (bilgi yönetimi ile ilgili kısmabakınız),

- Hastane içinde sürekli bilgi paylaşımına yönelik olağan prosedürler uygulanmalıdır. (OYE'nin kararına göre özellikle Acil Servis, Ayaktan tedavi bölümü ve hastane afet triyaj alanı arasında sürekli bilgi paylaşımını sağlamak için ilgili standart operasyon prosedürlerinebakın,
- Hasta kaydı ve hasta takibinin başarısı, ilgili prosedürlerin tam olarak uygulanması ve OYE ile bilgi paylaşımının sağlanmasına bağlıdır,
- Diğer alan sorumluları ile birlikte hareket edilmelidir (hasta yakını alanı, medya mensupları alanı, ölenlere ve kişisel eşyalara yönelik alan).

KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR

- Bulaşıcı hastalık acillerinde ya da bir epidemi durumunda, Bulaşıcı Hastalık yönetimine ilişkin olaya özel plana bakınız (hastane tarafından hazırlanmalıdır);
- Kimyasal bir olay durumunda, kontamine hastalara ilişkin olaya özel plana bakınız.

SÜRECE DAHİL KİŞİLER

Trijaj Ekiplerinde Çalışan Sağlık Personeli

Acil Servis Personeli

Güvenlik Görevlileri, kolluk kuvvetleri

Bölüm Sorumluları

EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ

Trijaj Alanı Durum Raporu
Hastane Giriş Kayıt Formu
Hasta Dosyası Evrakları
Hasta Takip Formu
Trijaj Kartları

İZLEME

- Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın,
- Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.

GÜVENLİK

- Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın,
- Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 432 / 763

SOP 5 Tıbbi Triyaj Yönetimi Prosedürü

TIBBİ TRIYAJ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ				
Temel Faaliyet: Gelen her hastanın en uygun tedaviyi alması için hızlı bir şekilde muayene edilerek tıbbi durumunun değerlendirilmesini sağlamak. Hedefler - Gelen tüm hastaların yeterliğe sahip sağlık personeli tarafından klinik olarak değerlendirilmesini sağlamak, - Mevcut personel ve ekipman durumunu göz önünde bulundurarak; hiç zaman kaybetmeden, mümkün olan en fazla sayıda hastaya, farklı tıbbi bakım alanlarına nakletmeden önce hayat kurtarıcı müdahaleleri uygulamak (hastaların ileri tıbbi tedavi alma önceliklerini azaltmak), - Hastaların ileri tıbbi tedavi göreceği tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak (acilservis,ameliyathaneler, ayaktan tedavi bölümü vb.), - Hastanenin tedavi kapasitesini aşırı zorlamamak amacıyla hastaneye yatırılan hasta sayısını mümkün olan en düşük sayıda tutmak.				
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
Öncelikle Triyaj alanının hazırlanması istenir. Bir sonraki adımda ise Triaj Sorumlusu oluşturulur. Eğer gerçekleşen afet büyük bir afet ise Triaj sorumlusu kadar, Yeşil Alan Sorumlusu, Kırmızı Alan Sorumlusu, Sarı Alan Sorumlusu ve Siyah Alan Sorumlusu görevleri de oluşturulur. Trijaj ekibinde triyaj ile ilgili malzemeler, triaj kartları, ilgili dokümanların olması tercih edilir. Triaj işlemi START Sistemi(Simple Triage And Rapid Transport) felsefesine uygun şekilde yapılır.				
DÜZEY	RENK KODU	DERECESİ	MÜDAHALE SÜRESİ	ÖRNEK DURUMLAR
Kategori 1	Kırmızı	Kritik Durum(Acil)	Hemen	Kardiyak Arrest, Solunum Sıkıntısı, Anafilaksi, Koma Durumu, Akut Solunum Sıkıntısı, Şok, Multipl Travma, Zehirlenme, Ciddi Ağrılı Durumlar, Açık Göğüs ve Batın Yaralanması, Febril Infant,Ağır Yanıklar
Kategori 2	Sarı	Stabil Olmayan Durum	<60 dakika	Solunum sıkıntısı,Karın Ağrısı, Çoklu veya Uzun Kemik Kırıkları, Renal Taşlar, Orta Derece Yanıklar, Ciddi Baş Ağrısı(Afebril),Glop. Vezikale
Kategori 3	Yeşil	Stabil Durum	< 2 saat	Kronik Baş ağrısı,Burkulmalar,Yara Bakımı,Sütür Atımı , Anafilaksi Oluşturmamayan Böcek Isırıkları
Kategori 4	Siyah	Olağan Durum	Ex Duhul	

Triaj sorumlusu tarafından değerlendirilen hasta durumuna göre uygun triaj kartları takılır. Kırmızı triaj kartı takılan hastalar acil serviste yer olması durumunda doğrudan acil servise, yer olmaması durumunda ise Kırmızı Triaj alanına yönlendirilirler.

Sarı renk takılan 2 kategoride olan hastalar ise Sarı Triaj alanına götürülürler. 3 Kategoride olan yeşil hastalar ise ayaktan tedavi süreci işliyorsa doğrudan Ayaktan Tedavi bölümlerine yönlendirilirler. Siyah kart takılı olan hastalar ise gerekli işlemleri yapıldıktan sonra morg/geçici morga götürülürler.

Her alan sorumlusu kendi alanında bulunan hastaları düzenli olarak kontrol etmek ve durum değişikliklerinde acil olarak Triaj sorumlusuna bilgi vermek zorundadırlar.

Güvenlik tedbirlerinin alınması, personel ve hasta güvenliğinin sağlanması için güvenlik görevlisi ile birlikte çalışması sağlanır.

Hastaların Acil Servis ve hastane afet triyaj alanı arasındaki nakillerini uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Gerekli durumlarda Destek Hizmetleri Sorumlusundan personel desteği istenir.

Yapılan tüm tıbbi tedavi ve kararları kayıt altına alınmalıdır.

Hasta kabul alanların güvenliği sağlanmak zorundadır. Bu konuda gerekli durumlarda kolluk kuvvetlerinden de yardım istenebilir.

Acil Servis Sorumlu Hekimi, izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triyaj Alanına ve acil servise girmelerini engellenir.

Birimler arasında belirlenen saat dilimleri içinde bilgi paylaşımı yapılmasını sağlar.

Hastaların kişisel eşyalarının kayıtları tutularak, toplanıp güvenlik personeline teslim edilir, güvenli ortamda saklanır.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir) ya da Acil Servis Sorumlusu ve HAP Başkanına rapor etmek.

KULLANILACAK MATERYAL

Konu ile ilgili iş akış talimatları, Standart operasyon prosedürleri

Triyaj kartları

İşaret şeridi, tenteler ve önceden belirlenmiş diğer materyaller,

İlaçlar ve tıbbi ekipman (afet stoğu),

KALİTE KONTROL

Gelen tüm hastaların triyajlarının yapılmasını ve tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak

ZAMAN DİLİMİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 434 / 763

* Hastane afet triyaj alanının aktive edilmesinden hemen sonra, * Hastalar hastaneye geldiği sürece		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP		
Hastane Afet Triage Alanı ve Gelen Hastalara Yönelik SOP		
Tıbbi Triage Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların/ Departman/ Servis/Birimlere Nakli		
Triage Sorumlusu İŞAT		
Acil Servis Sorumlusu İŞAT		
Güvenlik Sorumlusu İŞAT		
KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
• Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmediği halde hastalarına refakat etmek istediği durumda konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin, • Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın net ve anlaşılır bir şekilde işaretlenip etiketlenmiş olmasını sağlayın; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Triage Ekiplerinde Çalışan Sağlık Personeli		
Acil Servis Personeli		
Güvenlik Görevlileri, kolluk kuvvetleri		
Görevlendirilen Diğer Personel		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Triage Alanı Durum Raporu Hastane Giriş Kayıt Formu Hasta Dosyası Evrakları Hasta Takip Formu Hasta Son Durum Listesi Hasta Eşyası Teslim Formu Triage Kartları		
İZLEME		
Ana faaliyet: tıbbi bakımın devamlılığını ve sunum kalitesini sağlayın		
GÜVENLİK		
• Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın, • Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 435 / 763

SOP 6 Acil Servis Yönetimi Ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli Prosedürü (Planı)

HAP ACİL SERVİS YÖNETİMİ VE HASTALARIN DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERE NAKLİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi ile koordinasyon içinde ilgili her Departman/Servis/Birim'in kendisine ait Müdahale Prosedürü'ne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak.		
Hedefler • OYE'nin talebi halinde Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle birlikte Yönetim zincirine (organizasyon şeması) ve koordinasyon mekanizmalarına her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi rutin çalışma şekline afet ve acil durumun çalışma şekline geçiş yapılmasını sağlamak, • Her Departman/Servis/Birim'in hizmet sunumunun kalite kriterleri doğrultusunda sürekliliğini sağlamak, • OYE'nin müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak, • Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak, • Görevli personelin iş güvenliğini ve emniyetini sağlamak, • İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek, • Departman/Servis/Birim düzeyinde gerekli Olay Eylem Planını geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
• Görevdeki Acil Servis Sorumlu Doktoru OYE ile; * Triyaj alanının yeri belirlenmesi ve triyaj yapılan hastalar ile ilgili hareket tarzları, acil servisin bu sürece nasıl destek olacağı, *Acil servisin doktor, sağlık personeli ve diğer personel bakımından ihtiyaçları, * Tıbbi cihaz, malzeme ve ilaç ihtiyaçlar, gereksinimleri hakkında görüşür.		
* Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (komuta, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla, Tıbbi bakım ve hemşire bakımı için Acil Servisdeki süreç sorumluları belirlenir ve rehber, prosedür, İş Akış Talimatlarının kullanıldığından emin olunur.		
• Acil servisi; Acil Müdahale Planına ya da Acil Servis Müdahale Prosedürüne göre yeniden organize edilmesi sağlanır.		
• Acil servisin içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaretler ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirilmiş olduğunu teyit edin, • Malzemelerin (afet stoğu) ve ekipmanların kullanıma hazır olmasını sağlar, eksik ve/veya stoğu az olan malzemeler ivedi olarak tamamlanır.		
• Personelin, ilk tıbbi ihtiyaç değerlendirmesine göre diğer servislere tahsis edilmesi sağlanır, • Dahili nakil kapasitesinin yeterli olması temin edilir (kullanılabilir sedyeler, bu amaca yönelik uygun personel), • Personeli, sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin		

- Afetin durumuna ve o an hastanede bulunan kişilere göre uygun kişiler Acil Servis Sorumlu Doktoru, Acil Servis Sorumlu Hemşiresi, tıbbi sekreter olarak görevlendirilir.

- Gelecek 24 saat içinde görev alacak nöbetçi personel organize edilir.
- Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurularak), OYE ile birlikte nihai kararı alınır.

- Kullanılabilir sedye sayısını ve bu amaca uygun personeli belirleyin ve servislerin sorumlularını nasıl hasta alımı yapılacağı konusunda bilgilendirin,
- Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre nakledilmesini sağlayın. Tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil servis, OYE'nin kararlarına uymalıdır.

- Hastane içi trafik akışının tamamen düzenlenmesi için önceden belirlenen kontrol listesinin kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları, ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp rapor edileceği konusunda bilgilendirin,
- Hastaların hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasını temin etmek için güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,
- Hastaların ve personelin geçeceği koridorların, hareketi engellemeyecek şekilde sürekli açık olmasını sağlayın,

- Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için acil servisin bölümlerini triyaj renkleri ile ayrılmasını sağlayın. • Hastaların naklini kolaylaştırmak için tüm alanların ve Acil Servis koridorlarında aşırı yoğunluk oluşmasını önleyip, mümkün olduğunca boş olmasını sağlayın • Hastaların acil servisten etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin.

- Personelin, hastaların nakli sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın,
- Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın,
- Nakil sırasında hasta kayıtlarının da transferinin yapıldığından emin olun,
- Yalnızca yetkili kişilerin acil servise girmesini güvenlik görevlisi ile birlikte sağlayın.

- Acil servis sorumlu hekiminin, izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triage Alanına ve acil servise girmelerini engelleyin,
- Personel, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarının artacağını göz önünde bulundurun,
- Gelen hastaların kontamine olmadığından ya da epidemi potansiyeline sahip bulaşıcı hastalık ile enfekte olmadığından emin olun.

- Acil Servis çalışanları ile hasta naklinde görevli personelin görevli yeleği giymesini sağlayın,
- Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın.

- Yalnızca yetkili kişiler Acil Serviste çalışabilir,
- Aile üyeleri yalnızca acil servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat edebilir (hasta başına bir kişi),
- Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor etmek (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir),
- Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planında belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.

KULLANILACAK MATERYAL

- Afet kutuları,
- Afet stoğu,
- Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar,
- İşaretler ve posterler,
- Formlar ve kontrol listeleri,
- Görev yelekleri,
- Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar.

KALİTE KONTROL

- Acil Servisin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın,
- Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın yanlış yönetilmediğinden emin olun,
- İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin.

ZAMAN DİLİMİ

- Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (Acil Servisin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra),
- Hastalar Acil Servise gelmeye devam ettiği sürece bu prosedürü uygulayın.

DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ

Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP

Hastane Afet Triyaj Alanı ve Gelen Hastalara Yönelik SOP

Tıbbi Triyaj Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

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

Trijaj Sorumlusu İŞAT

Acil Servis Sorumlusu İŞAT

Güvenlik Sorumlusu İŞAT

KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR

- Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini temin edin; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,
- Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,
- Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay), uygun dekontaminasyon prosedürlerinin uygulanmasını sağlayın ve OYE ile irtibata geçerek zehirlenmiş hastaların yönetimine ilişkin özel tavsiye isteyin.

SÜRECE DAHİL KİŞİLER

Trijaj Ekiplerinde Çalışan Sağlık Personeli

Acil Servis Personeli

Güvenlik Görevlileri, kolluk kuvvetleri

Görevlendirilen Diğer Personel

EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ

Acil Servis Durum Raporu

Hastane Giriş Kayıt Formu

Hasta Dosyası Evrakları

Hasta Takip Formu

Hasta Son Durum Listesi

Hasta Eşyası Teslim Formu

Trijaj Kartları

İZLEME

- Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin,
- Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin,
- Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin,
- Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.

GÜVENLİK

- Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın,
- Trijaj alanı ile acil servis arasındaki hasta akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 439 / 763

SOP 7 Departman/Birimservis Prosedürünün Aktivasyonu

DEPARTMAN/BİRİM SERVİS PROSEDÜRÜNÜN AKTİVASYONU		
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi ile koordinasyon içinde ilgili her Departman/Servis/Birim'in kendisine ait Müdahale Prosedürü'ne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak. Hedefler • OYE'nin talebi halinde Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle birlikte Yönetim zincirine (organizasyon şeması) ve koordinasyon mekanizmalarına her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi rutin çalışma şekline afet ve acil durumun çalışma şekline geçiş yapılmasını sağlamak, • Her Departman/Servis/Birim'in hizmet sunumunun kalite kriterleri doğrultusunda sürekliliğini sağlamak, • OYE'nin müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak, • Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak, • Görevli personelin iş güvenliğini ve emniyetini sağlamak, • İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek, • Departman/Servis/Birim düzeyinde gerekli Olay Eylem Planını geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Acil durum ile ilgili aktivasyon olduktan sonra, her birim sorumlusu ,Müdahale Prosedürlerinde yer alan İş Akış Talimatları, Standart Operasyon Prosedürleri, kayıtlar ve formların acil durumda ilgili personelin kullanımına hazır olup olmadığını kontrol eder, eksiklik durumunda ise ivedilikte HAP Sekreteri ve/veya Dokümantasyon Sorumlusundan gerekli dokümantasyonu talep eder. Afet organizasyon şemasının o servisinde işleyiş/faaliyet bakımından içerdiğinden emin olunması gerekir. Müdahale Prosedürü'ne sahip Departman/Servis/Birim Sorumlularından aşağıdakileri kontrol etmesini isteyin, o Müdahale prosedürlerinin uygunluğu ve alınacak önlemlere/eylemlere yönelik olası sonuçları, o OYE ile koordinasyonun nasıl sağlanacağını ve bilginin nasıl paylaşılacağını, o Lojistik ile ilgili departman/servis/birim ve OYE arasında nasıl bir yaklaşım/yöntem belirleneceği; kimin ne yapacağını, o Kritik hizmetlerin güvenli bir şekilde sürdürülmesi için İş Akış Talimatları ve güvenlik prosedürlerinin doğru yerde ilgili kişiler için hazır bulunup bulunmadığını Müdahale prosedürünün mevcut acil duruma uygun olarak tasarlanıp tasarlanmadığını kontrol edilir.		
Departman/servis/birim düzeyinde bilginin (personeler ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin,		

Departman/servis/birim düzeyinde bilginin (personeler ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin,
Bilgi yönetimi prosedürlerinin, Acil Müdahale Planı ve Müdahale Prosedürü'nde açıklandığı gibi aktive edilmiş olmasını sağlayın (OYE ve departman/servis/birim'ler arası koordinasyona odaklı),
Faaliyetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerekirse ilgili departman/servis/ birim'den Olay Eylem Planı geliştirmesini isteyin,
İnsan kaynaklarının nasıl yönetileceğine karar verin (OYE ve departman/servis/birimlerin görev ve sorumlulukları),
Lojistik yönetiminin yeterli olmasını sağlayın ve gerekirse düzeltici önlemler alın.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

- Departman/Servis/Birim Sorumlusu tarafından personelin emniyetini, iş güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunları değerlendirin,
- Departman/Servis/Birim'lerde; yalnızca, Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'lerine ya da OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının müşterek kararına göre yetkilendirilen personelin çalışmasına izin verin,
- Acil durumun süreci konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesini sağlayın,
- Personelin yaka kartları takmasını ve mümkünse yelek giymesini sağlayın,
- Bulaşıcı hastalıklar, pandemi ve/veya KBRN olaylarında tüm personelin koruyucu tedbirlere tamamen uymasını sağlayın,
- Kritik ekipmanların bakımının ihmal edilmemesini ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayın

KULLANILACAK MATERYAL

- İlgili Departman/Servis/Birim'e ait Müdahale Prosedürü (Standart Operasyon Prosedürü, organizasyon şeması, İş Akış Talimatı),
- Bilgi yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar,
- Lojistik yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar,
- Uygun işe görev yelekleri.

KALİTE KONTROL

- İlgili Departman/Servis/Birim'in ana faaliyetleri ve kritik hizmetleri gerçekleştirdiğini kontrol edin,
- Bilgi yönetiminin etkili olmasını sağlayın,
- Lojistik ve güvenlik yönetiminin etkili olmasını sağlayın.

ZAMAN DİLİMİ

OYE, ilgili Departman/Servis/Birim'lerin sahip oldukları Müdahale Prosedürü'nün aktive edilmesiyle başlayan ve devam eden zaman dilimi.

DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ

Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP

Servis Müdahale SOP

Güvenlik Hizmetleri SOP

Lojistik Hizmetleri SOP

Servis Sorumlusu İŞAT

Güvenlik Sorumlusu İŞAT

KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR

Personelin emniyeti, iş güvenliği ya da sağlığı tehdit altında olursa, acil düzeltici önlem için hemen OYE'ye haber verin,

- İlgili departman/servis/birim'in faaliyetleri; personel, ekipman eksikliği ya da kritik altyapının kısmi kaybı (örn:elektrik kesintisi) gibi herhangi bir sebeple tehlikeye düşerse, düzeltici önlemler için hemen OYE ile irtibata geçin,
- İlgili departman/servis/birim'in kısmi olarak tahliye edilmesi gerektiğinde, hemen İş Sürekliliği Özel Planı uygulanır.

SÜRECE DAHİL KİŞİLER

OYE Personeli

Servis Sorumlusu

Servis Personeli

Destek Personeli

EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ

Acil Servis Durum Raporu
Hastane Giriş Kayıt Formu
Hasta Dosyası Evrakları
Hasta Takip Formu
Hasta Son Durum Listesi
Hasta Eşyası Teslim Formu
Trijaj Kartları

İZLEME

- Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin,
- Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin,
- Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin,
- Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.

GÜVENLİK

- Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sa
- Trijaj alanı ile acil servis arasındaki hasta akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 442 / 763

SOP 8 HAP İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet</u> :Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak.		
<u>Hedefler</u> • Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde mevcut personelin ne yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelinin rutin çalışma şekline afet ve acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine göre Geri Çağırma Prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak, • Geri çağırılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek, • OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel tahsis etmek, • Personelin emniyeti ve iş güvenliğini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak, • Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek (örneğin; Bölüm 3'de açıklanan olaya özel planlarda kimyasal olaylar), • Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak, • Gerekliğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
OYE'de görevlendirilmek üzere İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili önemli kılavuz ve prosedürlerin kullanılabilirliğini hızlı bir şekilde kontrol edecek insan kaynakları sorumlusunu belirleyin		
Departman/Servis/Birim'lerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE'ye haber vermelerini isteyin (örneğin: travma konusunda nitelikli cerrah sayısı)		
Departman/Servis/Birim'lerin, Acil Servis'in ve hastane afet triyaj alanının ilerleyen saatlerdeki ihtiyaçlarını da öngörerek personel ihtiyacını değerlendirin ve ekstra personel ihtiyacı durumunda OYE'ye istekte bulunun		
İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin		
Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırmaya yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağırılan kilit personelin naklini organize edin)		
Geri çağırılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin,		
Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE'nin ve departman/servis/birim sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin,		

Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin: akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin,		
Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.),		
Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevde olmayan) sürekli güncel tutun,		
Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin,		
Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunları değerlendirin		
OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının kararına göre, ilgili Departman/Servis/Birim'lerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verin,		
Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesini sağlayın,		
Personelin yaka kartları takmasını ve mümkünse görev yeleklerini giymesini sağlayın		
Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uymasını sağlayın.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kontrol		
Görevde olan ve olmayan personeli kendilerinden beklenenler konusunda bilgilendirin,		
En acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,		
Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 444 / 763

İnsan Kaynakları Sorumlusu İŞAT		
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu İŞAT		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Departman Servis Yetkilileri		
Sağlık Yetkilileri		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez personelin müsait olma durumunu (nitelik ve nicelik) kontrol edin,		
Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 445 / 763

SOP 9 BİLGİ YÖNETİMİ

HAP GENEL BİLGİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ		
Temel Faaliyet: Bilgi yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.		
Hedefler • Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak, • Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak, • Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak, • Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak; • İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda olaya özel planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak, • İhtiyaç duyulduğunda farklı eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak, • Topluma yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak, • Sağlık surveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak, • Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak, • Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Normal raporlama mekanizması;birim sorumluları Durum Raporlarını Bölüm Şefine gönderirler. Bölüm Sorumlusu tarafından değerlendirilen bu bilgiler kapsamında Bölüm Durum Raporu oluşturulur ve Olay Yönetim Ekibine gönderilir/sunulur biçimindedir. Olay Yönetim Ekibi tarafından bu hareket tarzı ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
Bölümlerin durum raporlama süreleri, olayın ilk tespit edildiği ve ilk incelemenin yapıldığı an Durum Raporu Göndermek, daha sonraki 12 saat içinde 2 saatte bir ve 12 saatten sonra ise 4 saatte bir olacak biçimde kurgulanmıştır. Olay Yönetim Ekibi tarafından bu raporlama süreleri ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
İlk etapta Acil Müdahale Planında yer alan veriler dikkate alınır ve değerlendirilir.(Özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler),		
Kurumlar Arası Koordinasyon sorumlusu ile birlikte diğer hastaneler, sağlık yetkilileri ve diğer resmi kurumlarla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir.		
Halkla İlişkiler sorumlusu, basınla ve halkla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir. Ne kadar sıklıkla bilgi paylaşılacağı ve paylaşılacak bilgiler konusunda karar verilir.		

Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesini sağlar Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğini ve verilere nasıl ulaşılabileceğini konusunda HAP Sekreteryası ve Dokümantasyon Sorumlusu görevlendirilir. Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesini sağlar, Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığını kontrol edilir.		
OYE sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir: o Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunu risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilir.		
Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, bağıışıklama, laboratuvar sevki ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi. Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık surveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda surveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi		
• OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir.Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.		

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, bilgi yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığını kontrol edin, • Bilgi paylaşımının, personeli ve hastaları korumayı esas almasını ve bunun aksinin olmamasını sağlayın, • Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesini sağlayın; • Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulmasını sağlayın; • Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olmasını sağlayın, • Kamuya ya da medyaya dönük bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılmasını sağlayın, • Hastanenin sağlık surveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunmasını ve özellikle surveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesini sağlayın (Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).		

KULLANILACAK MATERYAL

Konu ile ilgili iş akış talimatları, Standart operasyon prosedürleri		
Takip kayıt belgeleri		
Haberleşme araçları		
Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları		

KALİTE KONTROL

- Kritik verilerin düzenli olarak toplanmasını, işlenmesini, değerlendirilmesini, kullanılmasını ve depolanmasını sağlayın,
- Ana faaliyet ve operasyonların Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde kayıt altına alınmasını sağlayın.

ZAMAN DİLİMİ

- OYE'nin aktive edilmesiyle başlar ve devam eder.

DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ

Tüm Standart Operasyon Prosedür'leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir)

KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR

Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin; gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.

SÜRECE DAHİL KİŞİLER

Olay Yönetim Ekibi

Bölüm/Brim Sorumluları

Güvenlik Personeli

Sağlık Yetkilileri

EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ

Durum Formları

Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu

Sağlık Yetkilileri ile Bilgi Paylaşım Takip Formu

Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşım Takip Formu

İZLEME

- OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun:
- Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun,
- Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun,
- Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sürveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun,
- Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun

GÜVENLİK

Yeterli güvenlik personeli olduğunu ve gerekli önlemlerin alındığını kontrol edin

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 448 / 763

SOP 10 LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ

HAP LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
Temel Faaliyet: Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.		
Hedefler - Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek, - Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örn. ulaştırma araçları; haberleşme araçları; su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak, - Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak, - OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak, - Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak, - Su, enerji, kanalizasyon (atık sistemleri) sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak, - Olaya özel ekipmanların (örn. personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak, - Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iase) yönetimine katkıda bulunmak, - OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak, - Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak, - Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Acil Müdahale planının aktif hale geçirilmesiyle Lojistik şefinin belirlenmesiyle beraber Lojistik Şefi kendi Lojistik ekibini oluşturur.		
Afet ve acil durumunda lojistik ekibini yönetmek için kullanılacak olan mevcut prosedürleri, iş akış talimatları, kayıtları ve formları değerlendirilir ve alanda hazır bulunması sağlanır.		
Lojistik ekibi kendi birimlerinde mevcut durumları değerlendirirler ve Mevcut Durum Raporu ile brifing verirler. Bu brifinge göre ilk hareket tarzı belirlenir.		
Yemekhane süreci ile ilgili olarak yemekhanenin hızlı biçimde yemek pişirme faaliyetlerine başlanması istenir. Eğer yemekhane yapısal olarak zarar gördü/hastane içinde hizmet veremeyecek duruma gelmesi durumunda protokol imzalanmış firmadan bu hizmetin verilmesi sağlanır. Yemekhane ile ilgili gıda stoklarının sadece personel için değil ekstra yoğunluk durumuna göre ayarlanır. Ayrıca içilebilir su stoğunun düzenli olarak kontrol edilmesi ve stoklardaki azalmanın hızlı biçimde giderilmesi amaçlanır.		
Eczane ve depo süreci ile ilgili bu bölümlerin stok durumları ve kapasite artışından nasıl etkileneceği tartışılır. Afet durumunda özellikle çok kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlarla ilgili stok artırmak için çalışma yapılır. İlgili firmalarla görüşülür, tedarik sürecinin kesintisiz olması için önlemler alınır. Bulunamayan malzemeler ile ilgili olarak sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlarla iletişime geçilir.		

Destek hizmetler kapsamında temizlik, çamaşırhane ve atık yönetimi ile ilgili gerekli önlemler alınır. Hastanenin çamaşırhanesinin zarar görmesi durumunda, hızlı biçimde bu tip firmalarla iletişime geçilir ve her aşamada temiz çamaşır sağlanmasına önem verilir. Hastane temizliğinin ilk andan itibaren aktif olarak yapılması için gerekli personel ve malzeme yönlendirilmesi yapılır. Atık depoları kontrol edilerek, bölümlerin atıklarının düzenli toplanması ve depolanması amaçlanır. Depoların dolması ve/veya ilgili kurumların atıkları toplamaması durumu ile ilgili yeni stratejiler geliştirir.

Hastane genelinde zarar gören tıbbi cihazlar varsa hızlı olarak gerekli planlama yapılır. Hizmet vermeyen/ yoğun olmayan bölümlerden cihaz takviyeleri yapılabilir. Zarar gören/arızalanan cihazların hızlı biçimde onarımının yapılması amaçlanır. Bu konuda gerekirse dış destekte alınabilir. Tıbbi cihaz ihtiyaçlarında öncelikle çevredeki sağlık kuruluşlarından bu talep karşılanmaya çalışılır. Aynı zamanda tedarikçi firmalardan da kiralama/demo /satınalma yoluyla tıbbi cihaz eksikleri giderilmesi amaçlanır.

Ulaşım süreci kapsamında , hastane araçların her zaman göreve hazır olmaları sağlanır. Dış göreve gönderilen, dış görevden gelen araçlarla ilgili kayıt tutulur.

Afet durumu nedeniyle,gerek tedarikin ilerleyen zamanlarda aksamaması ve/veya istenilen malzemelerin bulunamama durumlarına karşı ek stok tutma durumu gerekebilir. Bu tip durumlarda ek depo alanları yaratılabilir. Bu ek depo alanlarının da malzeme saklanması için uygun olması, hırsızlık vb. olaya karşı gerekli güvenlik önlemlerinin alınması gerekir.

Afetin her anında çalışan personel için gerekli kişisel koruyucu donanımların yeterli derecede stokta olması sağlanır.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunları belirleyin,
- Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir,
- OYE personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır,
- Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar

Kutular, Depo alanları, malzemeler

Kişisel Koruyucu Donanımlar

Kimlik kartları ve görev yelekleri.

Kalite Kontrol

Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın.

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri

Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü

Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

Temel Tedavi Alanlarına İlişkin Standart Operasyon Prosedürleri

Sürece Dahil Kişiler

Olay Yönetim Merkezi Üyeleri

Lojistik Ekibi

Güvenlik Personeli

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın,
- Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın,
- Eğer ulaşım ve haberleşme araçları sorunlu hale gelirse, hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın (öngörü),
- Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın.

ZAMAN DİLİMİ

Acil Müdahale planının aktivasyonu ile süreç aktif hale geçer. İlk 12 saatte 2 saatte bir, sonraki süreçte ise 4 saatte bir Mevcut Durum raporu ile bilgilendirme yapılır.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

Düzenli bir şekilde lojistik ihtiyaçları takip edin ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkı (nicelik ve nitelik) değerlendirin.

GÜVENLİK

Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 451 / 763

SOP 11 ECZANE YÖNETİMİ: TEMEL İLAÇLAR, AŞILAR, KORUYUCU EKİPMAN VE DİĞER MALZEMELER

HAP ECZANE HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ		
<u>Temel Faaliyet</u> :Olay Yönetim Ekibinin verdiği karara göre, eczanede depolanan ilaç ve serumların hemen kullanıma sunulmasını sağlamak. <u>Hedefler</u> • Personel için temel ilaçlar ve serumlar bakımından eczane stoklarının ne durumda olduğunu değerlendirmek, • Mevcut durumu değerlendirip eczanenin gerekli malzemeleri ne kadar süre boyunca sağlayabileceğini değerlendirmek, • OYE tarafından gerekli malzemelerin doğru yer, zaman ve miktarda kullanıma sunulmasını sağlamak, • OYE ile koordinasyonlu bir şekilde, temel malzemeler azalmadan önce yeniden tedarik siparişi vererek önlem almak, • Eczanede depolanan temel ilaçlar ve diğer kritik malzemelerin hem rutin hastalar hem de afetzede hastalar için her zaman ulaşılabilir olmasını sağlamak, • Eğer durum özel ilaç (örn. kimyasal olaylarda yüksek miktarda antidot; büyük bir salgında antibiyotik) gerektiriyorsa hemen olaya özel önlemler almak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
<u>Görevdeki Eczacı:</u> Tedavi uygulanabilecek hasta sayısını, mevcut imkanların neler olduğunu ve ne tür ihtiyaçları karşılayacağını değerlendirmelidir, o Eczanede depolanan sınırlı miktarda ilaca ve malzemeye duyulabilecek ihtiyaçların neler olacağını değerlendirmelidir, o Bu malzemelerin acil bir şekilde elde edilmelerini veya bu mümkün değilse, yeniden tedarik edilmelerini sağlamak için eylem planı oluşturmalıdır, o Kimyasal bir olay veya bulaşıcı hastalık ihtimali varsa aşılar, antidotlar gibi diğer özel malzemeler gerektiren durumlarda gerekli tedbirleri almalıdır.		
<u>Olay Yönetim Ekibi</u> hemen, eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilip yönetilmediğini, işleri yürütmek için tüm prosedürlere, iş akış talimatlarına, kayıtlara, formlara ve varsa müdahale prosedürlerine erişimi olup olmadığını kontrol etmelidir. Eğer yönetilmiyorsa, bir eczacı devralana kadar eczaneye OYE'nin direkt kontrolü altında yöneticilik yapabilecek deneyimli bir personel atamalıdır.		
Eczane; alınan malzemelerin taşınması,eczaneden diğer bölümlere transferi nakliye gibi tedarik işlemlerinde OYE'nin lojistik şefinden yardım isteyebilir.		

Eczanede görevli personel şunları yapmalıdır:

- o Bu görev OYE'nin lojistik Şefi tarafından üstlenilmemişse, civardaki hastaneler de dahil edilerek ekstra ilaçları ve sarf malzemelerini acil bir şekilde sağlayabilecek tedarikçileri belirlemelidir.
- o Kamu veya özel sektördeki diğer hastanelerin eczaneleri, ilaç depoları, malzeme firmaları ile önceden yapılmış iş birliği protokollerini gözden geçirir.
- o Diğer hastanelerin (özel, kamu, üniversite, vakıf ve askeri vd.) bu alandaki imkan ve kapasitelerini belirlemelidir.
- o Nitelikli personel ve yardımcı personel eksikliği ile ilgili sorunları belirlemelidir.
- o Eczanenin depolarının mevcut durumdan etkilenip etkilenmediğini belirlemelidir (örn. soğuk zincir),
- o OYE ile koordineli olarak düzeltici önlemleri almalıdır.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

Eczone yetkili olmayan kişilerin herhangi bir müdahalesine karşı bir güvenlik personeli ve/veya güvenliği sağlayabilecek bir kişi ile korunmalıdır

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar

Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri

Kimlik kartları ve görev yelekleri.

Kontrol

Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın.

Eczone tarafından kullanıma sunulan malzemelerin OYE'nin verdiği yetki dahilinde sağlandığından emin olun

Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri

Lojistik ve Malzeme Yönetimi Prosedürü

Sürece Dahil Kişiler

Olay Yönetim Merkezi Üyeleri

Departman Servis Yetkilileri

Eczone Sorumlusu/personeli

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 453 / 763

Eğer eczanede birincil öncelikteki özel malzemelerin stoğu çok sınırlıysa ve gereken miktar stok miktarını aşacaksa, bu malzemelerin yeniden tedariki için hemen gereken önlemleri alın.		
Eğer eczane stokları da olayın tehdidi altında ise, en önemli malzemelerin güvenli bir yere taşınması veya eczanenin güvenliğinin sağlanması için Olaya Özel Planı hemen oluşturun.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez eczanenin durumu ile raporlama yapın		
Eczane tarafından kullanıma sunulan temel malzemelerin ve ekipmanın ihtiyaç duyulan yerde gerektiği ölçüde kullanıldığından emin olun, • Yeniden tedarik sisteminin malzemelerin eczanede tükenmeden önce sipariş edildiğinden ve elde edildiğinden emin olun, • Eczane deposunun güvenli olduğundan ve korunduğundan emin olun.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 454 / 763

SOP 12 LABORATUVAR VE KAN MERKEZİ YÖNETİMİ

HAP LABORATUVAR VE KAN BANKASI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ		
Temel Faaliyet: Hayati öneme sahip tıbbi faaliyetler için kritik laboratuvar analizlerinin zamanında yapılmasını ve hastanede kan bankası bulunması halinde kan teminini sağlamak.		
Hedefler - Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın nicel kapasitesini değerlendirmek, - Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın niteliksel kapasitesini değerlendirmek, - İlk 24 saat içerisinde kan bankasının kan sağlama kapasitesini değerlendirmek, - İlerleyen saatlerde laboratuvarın imkan ve kapasitesini afet ve acil durum için artırma imkanını değerlendirmek, - İlerleyen saatlerde kan bankasının kan sağlama kapasitesini artırma imkanını değerlendirmek, - Laboratuvar analizlerini öncelikle kritik öneme sahip olanlarla sınırlamak, - Kan teminini sadece gerçekten ihtiyacı olan hastalarla sınırlamak, - Eğer kapasitenin yetersiz olacağı ön görülüyorsa daha çok kan temini ve analiz yapma konusunda diğer alternatifleri değerlendirmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Acil Müdahale planının aktif hale geçirilmesiyle beraber Laboratuvar sorumlusundan, mesai saatleri dışında ise Laboratuvar nöbetçi personeli ile iletişime geçilerek ilk hareket tarzları belirlenir.		
Öncelikle laboratuvar sorumlusu ve/veya Laboratuvar nöbetçi personeli, / Altyapı Sorumlusu / İSG Sorumlusu ile görüşülerek Laboratuvar Durum Raporunu hazırlar ve Operasyon Şefine gönderir/sunar.		
Afet ve acil durumda laboratuvar ve kan bankasını yönetmek için kullanılacak olan mevcut prosedürleri, iş akış talimatları, kayıtları ve formları değerlendirilir ve alanda hazır bulunması sağlanır.		
Afet durumunda laboratuvarın kısmen/tamamen zarar görmesi durumuna ve afetin yaşanma durumuna göre hareket tarzı belirlenir. Eğer hastane laboratuvarında bir zarar görülmemişse ve çalışmasında bir risk yoksa faaliyetine devam eder. Eğer bir zarar görme durumu varsa bu durumda farklı bir yerde faaliyetine devam edilip edilmeyeceğine ve/veya belirlenen referans laboratuvara testler gönderilir.		
Laboratuvarın mevcut hizmetine devam etmesi durumunda malzeme ve laboratuvar kitlerinin stok durumu değerlendirilir ve malzeme ihtiyacı ile ilgili önce Lojistik/Depoya; Depoda olmayan malzemeler için Satın almaya talepte bulunulur.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 455 / 763

Hizmetin kesintisiz devam etmesi için gerekli personel planlaması yapılır ve 24 saat kesintisiz laboratuvar hizmetinin vermesi sağlanır. Gerekli durumlarda gönüllülerden , gerekli yeterlikleri doğrulandıktan sonra laboratuvar personeli kontrolünde çalıştırılabilir.		
Hastane personelini kan ürünlerini, analizlerini ve hizmetlerini mümkün olduğu kadar ekonomik bir şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirilir.		
Kan Transfüzyon merkezinin mevcut kan/kan ürünleri stoğu değerlendirilir. İlerleyen zamanlarda ihtiyacı giderecek şekilde gerekli kan /kan ürünleri talebinde bulunulur. Talebin giderilmediği durumlarda ise gönüllülere çağrı yaparak acil kan transfüzyonu ile kan alma işlemleri yapılır.		
Özellikle kan veya vücut sıvıları ile bulaşma, insandan insana bulaşma potansiyeli olan bir epidemi durumuyla ilgili olarak laboratuvar personelinin doğru bir şekilde bilgilendirildiğinden, personel için kişisel koruyucu donanımın mevcut olduğundan ve numuneler konusunda açık talimatlar verildiğinden emin olunur.		
Laboratuvardaki tıbbi atık ve tehlikeli atık yönetimi süreçleri ile ilgili gerekli önlemler /malzemeler temin edilir.		
Laboratuvara gelen ve çalışılan kanlar ile ilgili numunelerin karışmaması için bir sistem geliştirilir, öncelikle çalışılacak testler belirlenir ve bu biçimde hareket edilir. Dış laboratuvara gönderilen kanlar ve/veya dış laboratuvardan gelen kanlar için kayıtların doğru olduğundan emin olunur.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
Laboratuvar, personel için herhangi bir sağlık sorunu oluşturmayacak şekilde yönetilmelidir.		
Kan kullanımında kan güvenliği ile ilgili ulusal rehberlere tamamen uyulmalıdır. (nakil sadece çapraz karşılaştırma ve kan kalitesi kesin olduğunda yapılmalıdır)		
Laboratuvara sadece yetkili personelin girdiğinden emin olunur.		
Laboratuvar atığı imha ve temizleme prosedürlerine tamamen uyulduğundan emin olunur.		
Kana yönelik soğuk zincirin güvence altına alındığından emin olunur.		
Analizlerin en ekonomik şekilde talep edildiğinden emin olunmalıdır.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Laboratuvar ve Kan Transfüzyon Merkezi Yönetimi Prosedürü		
Kişisel Koruyucu Donanımlar		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kalite Kontrol		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 456 / 763

Laboratuvar ve kan bankasının deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın.		
İmkân ve kapasite ile ilgili değerlendirmenin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın,		
Laboratuvarın ihtiyaç duyduğu kritik malzemelerin mevcut olduğundan emin olun,		
Hekimlerin sadece kritik analizleri talep etmesi ile ilgili olarak bilgilendirildiğinden emin olun,		
Tedarik konusunun kısa sürede ele alındığından emin olun.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Laboratuvar ve Kan Transüzyon Merkezi Sorumluları		
Laboratuvar ve Kan Transüzyon Merkezi Personeli		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
- Nitelikli personel eksikliği varsa, laboratuvarın sürekli olarak nitelikli personel tarafından işletilmesini ve/veya diğer laboratuvarların (örn. özel laboratuvar vb.) yardımcı olmasını sağlamak için hemen olay eylem planını oluşturun. - İnsandan insana Bulaşıcı Hastalık durumlarında, tüm iş güvenliği kurallarına tamamen uyulmasını sağlayın. - Eğer ciddi bir kan sıkıntısı olacağı düşünülüyorsa, hemen dış kaynaklardan kan tedarik etmeyi düşünün. - Eğer bir elektrik kesintisi söz konusu ise, soğuk zinciri koruyarak kan ve kan ürünlerinin kullanılabilir kalmasını sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
Acil Müdahale planının aktivasyonu ile süreç aktif hale geçer. İlk 12 saatte 2 saatte bir, sonraki süreçte ise 4 saatte bir Mevcut Durum raporu ile bilgilendirme yapılır.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
Kritik malzeme, laboratuvar kitleri ve kan/kan ürünleri için zamanında talep yapıldığından emin olun.		
Özellikle bulaşıcı hastalık durumu ile ilgili önlemlerin zamanında alındığından emin olun.		
GÜVENLİK		
Laboratuvar alanına yetkisiz kişilerin girmemesi için gerekli önlemlerin alındığından emin olun.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 457 / 763

SOP 13 PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ

HAP PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLER PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet</u> :Afet ve acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak.		
<u>Hedefler</u> • Mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla ruh sağlığı bakımından yüksek riskli tepkileri belirlemek, • Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlularla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek, • Psikososyal destek hizmetleri kapsamında psikolojik triyaj yapmak, kesintisiz psikososyal risk ve ihtiyaç analizi yapmak, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım ile destek olmak, psikolojik bilgilendirme yapmak, paylaşım grupları ile psikoeğitim çalışmalarını yürütmek, • Gerekli görüldüğünde klinik değerlendirme ve takip amacıyla hasta, hasta yakını ve sağlık personeline ruh sağlığı hizmeti verilmesi için sevk zinciri kurmak, • Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin niceliksel ve niteliksel kapasitesini ve imkanlarını değerlendirmek, • Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak, • Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyulma olasılığını azaltmak, • Ciddi şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edilmesini sağlamak, • Öncelikle hastaların ve personelin en acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak, • Hastalar, personel, hasta yakınları vb.grupların psikososyal destek ihtiyaçlarını düşünmek ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirmek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
OYE, afet/acil durumlarında, hastanenin, psikososyal destek hizmetlerindeki rolünü belirlemelidir, • OYE, hastane iç ve dış paydaşlarla hemen işbirliğine gitmelidir, • OYE, psikososyal destek ekibinin üyelerini ve sorumlularını belirlemelidir, Psikososyal destek ekibi aşağıdakilerden sorumludur: - o Mevcut prosedürler, iş akış talimatları, formlar ile kayıtları hızlıca değerlendirerek kullanılacak olanları seçmek, afet ve acil duruma uyumunu sağlamak, - o Psikososyal Destek ekibinin görev yapacağı alanı belirlemek ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) ekibe nasıl ulaşacağını açıkça belirtmek, - o Psikososyal açıdan özel ihtiyaç ve riskleri olan hasta, hasta yakınları ve sağlık personellerini belirlemek, - o Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl alınacağı, kaygı ve stres belirtileri, riskli belirtilerin tanınması, yüksek riskli grupların tanınması gibi bilgileri içeren basılı materyal hazırlamak ve bunu yaygın olarak erişilebilir hale getirmek. Ölü ve kayıp yönetimi ile sürekli işbirliği içinde olarak psikososyal desteğe ihtiyacı olanlar hakkındaki bilgiler de dahil olmak üzere işbirliği ve koordinasyon sağlamak, - o Ölülerini teşhis için geldiklerinde ailelere eşlik etme konusunda psikososyal destek ekibinin hazırlıklı olmasını sağlamak,o Kaygı		

ve stres tepkileriyle ilgili sağlık personeline yönelik destekleyici grup çalışmaları için güvenli bir oda hazırlamak ve desteği kesintisiz sürdürmek,o OYE'ye, öncelikle afet ve acil durum halinde görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak,

o Tüm personel ve ailelerine yönelik psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütmek,
o Sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına göre psikososyal destek sağlamak, gerektiğinde ihtiyaçlarını karşılamak (kayıpların bulunması, kimliklendirme, kimsesiz ve engellilere destek verilmesi) veya kaynaklara yönlendirmek,
o Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının afet ve acil durumlarda da sürdürülebilir olmasını sağlamak ve ilgili kurum ve kuruluşlarla (aile ve sosyal politikalar bakanlığı il müdürlüğü, il emniyet müdürlüğü, STK'lar vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütmek,
o Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak şartıyla STK'lar, dini liderler ve toplum liderleri gibi dış paydaşlar ile iş birliği ve koordinasyon sağlamak.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

Psikososyal destek ekibinin gereken yeterliğe sahip (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb.) personelden oluştuğundan emin olun,)
• Psikososyal destek hizmetleri devam ettiği sürece görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olun,
• Daha çok desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sisteminin kullanıldığından emin olun.

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar

Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri

Kimlik kartları ve görev yelekleri.

Kontrol

• Kaliteli hizmet sunmak için psikososyal destek ekibinin gerekli yeterliğe sahip insanlar tarafından yönetilmesini sağlayın,

Ruhsal açıdan etkilenen hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde ve taburcu edilmelerinin hemen sonrasında takip edilmelerini sağlayın,

- Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının en öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını sağlayın.

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri veya Paydaşlar ile Koordinasyon

Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
Ölü ve kayıpların yönetimi ile ilgili SOP
Güvenlik ile ilgili SOP
Lojistik hizmetleri SOP
İnsan kaynakları yönetimi ile ilgili SOP

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Hizmeti sağlayacak yetkinlik sahibi personel sayısı yetersiz ise, destek alma konusunda gerekli eylem planını oluşturun ve hemen dış paydaşlarla birlikte hareket edin,
Gönüllülerin, dini liderlerin veya toplum liderlerinin desteği gerekli görülüyorsa, faaliyetlerin OYE' nin kararları ve izni çerçevesinde uygulanması ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeleri yapın.

Sürece Dahil Kişiler

Olay Yönetim Merkezi Üyeleri

Departman Servis Yetkilileri

Psikososyal Destek Hizmetler Personeli

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

- Psikososyal destek hizmetleri sunan personelin ikincil “mağdur” haline gelmemesini sağlayın,
- Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece Olay Yönetim Ekibi' nin kararına göre gerekli görülenlerle sınırlı kalmasını sağlayın,
- Takip gerektiren hastalara ve çalışanlara hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın. İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez genel durum ile raporlama yapın.

Güvenlik

Çok fazla kişinin aynı alanda olması stres düzeyini yükseltebileceğinden ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 460 / 763

SOP 14 AİLELERE YÖNELİK ALANLARIN YÖNETİMİ

HAP AİLELERE YÖNELİK ALANLARIN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
Temel Faaliyet: Hasta ailelerini/yakınlarını yeterli şekilde bilgilendirmek, gerekli bilgileri doğru ve zamanında almalarını sağlamak.		
Hedefler • Acil Servise ve afet triyaj alanına girmelerine izin verilmeyen hasta refakatçilerinin, bilgi almak üzere bekleyebilecekleri güvenli bir alan oluşturmak, • Hasta ziyaretine gelen ailelerin bilgi almasını, ziyarette bulunmasını sağlamak; ziyaretçilerin hastaneye serbestçe giremeyecekleri süreler için onları güvenli bir alana yönlendirmek, • Medya ile hasta yakınlarının karşılaşmamasına dikkat etmek, • İhtiyaç duyulması halinde hastaneyi ziyaret eden ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerini planlamak, • Hastane afet triyaj alanı, acil servis ve hastane departman/servis/birimlerinin aşırı kalabalık olmasını önlemek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Afet durumunda hasta ailelerini/ yakınlarını bilgilendirme için uygun alanlar belirlenir. Eğer hava durumu ile ilgili bir sorun yoksa bu alan yaya ve hasta/araç trafiğini aksatmayacak şekilde hastane dışında oluşturulabilir. Ancak operasyonel nedenlerden dolayı hastane içi tercih edilir. Bu alanın hasta tedavi/ bakım işlerinin yoğun olduğu alanlardan ve acil servisten uzak olması tercih edilir. Oluşturulan bu alan için hastane içinde ve hastane yakın çevresinde gerekli bilgilendirme işaretleri ve afişler yapılır.		
Ailelere yönelik alan için gereken battaniye, sandalye gibi malzemeleri ekipman ve malzeme kontrol listesine göre hazırlanır. Ayrıca Hasta yakınlarının bu alanda uzun süre geçirebileceklerini planlayarak asgari düzeyde su hazır bulundurulur. Aynı zamanda uzun süre bekleyen hasta yakınları için belli saatlerde kumanya servisi yapılabilir.		
Hasta bekleme ve bilgilendirme alanı olarak tanımlanan bu alanın güvenli ve emniyetli olması sağlanır. Gerekirse bu alanda kolluk kuvveti ve/veya güvenlik personeli görevlendirilir. Personel yetersizliğinden dolayı, görevlendirme yapılmaması durumunda belirli aralıklarla güvenlik personelin buraya vizit atarak, şüpheli ve insanları provoke edecek kişilerin alandan uzaklaştırılması sağlanmalıdır.		
Bu alan ile ilgili bir personelin görevlendirilmesi gerekmekte olup, bu personel hem bu alanın temizliğinden ,düzeninden hem de şüpheli durumlarla ilgili güvenliğe bildirim yapması ve su/ gıda dağıtımında suistimallerin önüne geçmesi için görevlendirilir.		
Olay Yönetim Merkezi tarafından verilen ve uygun görülen bilgileri hasta yakınlar ile paylaşılması sağlanmalıdır.		
Gerekli görüldüğünde Psikososyal destek ekibi personelini bu alanda hasta yakınlarına psikososyal destek vermek üzere görevlendirilmelidir.		

Kayıp olan veya kayıp olduğu bildirilen kişilerle ilgili bilgi yönetimine katkıda bulunun.Hastanede olmadığı belirlenen bir hastayı arayan aileleri kaydederek, kayıpla ilgili bilgi geldiğinde kendilerine ulaştırın,		
Hastalarla, aileleriyle ve ölümlerle ilgili kayıt tutulmasını ve bu bilgilerin paylaşılmasını sağlayın		
Talep gelmesi durumunda din görevlileri temin edilmesi için ilgili kurumlarla iletişime geçilir.		

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Ailelere yönelik alanlar ve geçici morg emniyet güçleri tarafından tamamen güvenlik altına alınmalıdır, - Geçici morga girişler denetim altına alınmalıdır. Sadece emniyet güçleri ve OYE tarafından izin verilenlerin girişi sağlanmalıdır.		

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Sandalye, masa vb. oturma düzenekleri, su ve gıda malzemesi		
İşaretler, afişler		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		

Kalite Kontrol

- Ailelere yönelik alanın güvenli olmasını ve ailelere sıcak bir ortam sunulmasını sağlayın, - Ailelerin acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayın		

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri

Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Psikososyal Destek Hizmetleri Posedürü		

Sürece Dahil Kişiler

Psikososyal Destek Hizmet Personeli		
Kolluk görevlileri, güvenlik personeli		
Hizmetli personel, bu alanla ilgili görevlendirilen idari personel		
Din personeli		

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Bulaşıcı hastalık veya kimyasal olay durumunda, hasta ve ölümlerle ilgili olaya özel plan ve uygulamalar konusunda aileleri bilgilendirin, - Hasta ve ölү yakınları ile ilgili bir güvenlik sorunu durumunda; hemen emniyet güçlerinden ek destek isteyin.

ZAMAN DİLİMİ

İlk 2 saatin sonunda bu alanın kurulması ve aktif hale gelmesi amaçlanır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 462 / 763

Eylemlerin Kaydedilme Şekli
İlgili listeler formlar
İzleme
• İş güvenliği ve emniyetin tamamen sağlandığından emin olun, • Ailelerin su, yiyecek gibi temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olun, • Ölülerin tespiti ve kimlik tespiti için yakınlarına gösterilmesini emniyet güçlerinin ve psikososyal personelin tam desteği ile gerçekleştirildiğinden emin olun.
GÜVENLİK
Çok fazla ailenin aynı alanda olması farklı beklentiler ve stres düzeyi nedeniyle ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle önceden emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alınmasını sağlayın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 463 / 763

SOP 15 GÜVENLİK YÖNETİMİ

HAP GÜVENLİK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet</u> :Temel Faaliyet: Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlamaktır. <u>Hedefler</u> Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak, Erişim yollarının hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevki için açık olmasını sağlamak, Hastane hizmetlerine ve tıbbi bakıma erişimi kolaylaştırmak, Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin güvenliğini sağlamak, Hastane afet triyaj alanı, acil servis, ayaktan tedavi alanı, kişisel eşyaların bulunduğu oda vb. gibi özel olarak oluşturulan alanların güvenliğini sağlamak, Hastaları veya personeli afet/acil durum sonucu oluşabilecek güvenlik risklerinden korumak, Acil durum süresince hastanenin ekipman ve malzemelerini korumak, Oluşabilecek her türlü güvenlik sorununun hastane güvenlik personeli tarafından emniyet güçleri ve Olay Yönetimi Ekibi ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak, Söz konusu afet ve acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturmaları halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Olay Yönetim Ekibi;		
Mevcut Afet/ Acil durumunun özelliklerini ve hastanenin işleyişini nasıl etkileyebileceği belirlenmelidir.		
Hastanede mevcut durumda bulunan güvenlik personeli olarak görev yapan personel görevine devam ederken, uygun kişisinde Güvenlik Sorumlusu olarak belirlenmesi gerekmektedir.		
Güvenlik sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtlar hızlıca değerlendirilerek, kullanılacak olanların belirlenmesi sağlanmalıdır.		
Güvenlik sorumlusu Operasyon ekibi içinde görev alırken gerek mevcut kendi personel ihtiyacını belirler. Bu ihtiyaç mevcut güvenlik firmasından tedarik edilmesiyle giderilmesi amaçlanmalıdır. Ancak güvenlik firmasının yetersiz gelmesi durumunda kolluk kuvvetlerinden ve/veya mevcut hastane personelinin uygun olan seçilir.		

Güvenlik sorumlusunun; görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrelenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesi istenmelidir.

Güvenlik sorumlusu mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemelidir.

Güvenlik sorumlusu belirlenen periyotlarda mevcut durum ile ilgili Durum Raporunu Operasyon Şefine göndermelidir.

Hastanenin de aynı zamanda olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmaları sırasında güvenlik hizmeti sağlamalıdır.

Olay Yönetim Ekibi ve/veya Operasyon Şefinden yol ve trafik ile ilgili düzenleme talebi geldiğinde ilgili yerlerle iletişime geçmeli ve gerekli izinleri aldıktan sonra talepleri yerine getirmelidir.

Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapmalı; güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim hazırlamalıdır.

Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınması sağlanmalı, güvenliği sürekli olarak kontrol edilmelidir.

Epidemi ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğinin sağlanması için özel ihtiyaçlar belirlenmeli ve hizmetin sürekliliği sağlanmalıdır.

Bomba ihbarı, hastane içindeki bir yangın vb. gibi afet ve acil durumlarda olaya özel planlara uygun davranılması sağlanmalı, tahliye prosedürleri gözden geçirilmelidir.

Gerektiğinde polis, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile işbirliği yapmak için gerekli önlemleri almalıdır.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı ve bu güvenlik personelinin sürekli olarak yelek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır,
- Yeterli sayıda, eğitim almış ve bilgilendirilmiş güvenlik personelinin sürekli görevde olması sağlanmalıdır.

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar

Kimlik kartları ve görev yelekleri.

Güvenlik ile ilgili diğer özel ekipman

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 465 / 763

Kontrol		
Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın. Hastane güvenlik personelinin kolluk kuvvetleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın. Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.		
Zaman Dilimi		
OYE' nin aktive edilmesinden hemen sonra başlanır ve devam eden, aynı zamanda düzenli olarak Durum Raporu gönderilir.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
- Hastane afet triyaj alanı ile ilgili SOP, - Ailelere yönelik alanlar ile ilgili SOP, - Hizmet sunumunun devamlılığı ve kritik sistemlerin eski haline getirilmesi ile ilgili SOP, - Acil Servis yönetimi ile ilgili SOP, - Psikososyal destek hizmetleri ile ilgili SOP, - Kimliği belirli ya da belirsiz ölümler ile ilgili SOP		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri Güvenlik Hizmetleri Personeli Emniyet Güçleri		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hasta yakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek almak için gerekli prosedürü hemen uygulayın.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez güvenlik durumu ile ilgili raporlama yapın		
Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun, Güvenlik personelinin aşırı risk almadığından emin olun, Güvenlik konusunda ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olun.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 466 / 763

SOP 16 TEMİZLİK HİZMETLERİ, ÇAMAŞIRHANE VE ATIK YÖNETİMİ

TEMİZLİK HİZMETLERİ, ÇAMAŞIRHANE VE ATIK YÖNETİMİ		
Temel Faaliyet : Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi hizmet kapasitesine katkı sağlamak ve çalışanlar ile hastaların sağlığını korumak amacı ile söz konusu destek hizmetlerin yönetimini organize etmek		
Hedefler • Temizlik hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış, - o Artan Bulaşıcı Hastalık riski (özellikle insandan insana bulaş), - o Hastane afet triyaj alanı ve hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması, - o Çalışan sayısındaki eksiklik nedeniyle hizmeti sürdürmede zamanla yaşanan sorunlar, - o Yeterli miktarda tedarik yapılması ve tedarikin sürdürülebilirliği, - o Epidemiy veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personellerinin enfeksiyon riskleri açısından korunması. • Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış, - o Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış, - o Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen sınırlılıklar (örn, çalışanlar, ekipman kapasitesi). • Atık yönetiminde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örn, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler), - o Hastane atıklarının toplanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması, - o Çöp taşıma hizmetinin yapılmaması gibi başka faktörlerin de hastane atık yönetimini etkilemesi, • Yemekhane hizmetlerinde karşılaşılan teoş zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak; • Normal yemekhane kapasitesi üzerinde meydana gelebilecek artış, - o Yemekhane ile ilgili yapısal meydana gelebilecek zararlar, - o Malzeme ve donanım tedarigi zorlukları , - o Çalışan sayısındaki zorluklar • Bu alanlardaki sorunları önlemek için gereken olay eylem planını oluşturmak, • Lojistik yönetimi için koordinasyonu sağlamak, • Söz konusu hizmetler için personel desteğini sağlamak, • Çalışanların ve ekipmanların emniyetini ve iş güvenliğini sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri ve iş akış talimatlarını Olay Yönetim Merkezi'nde değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelini görevlendirin.		
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünü veya Standart Operasyon Prosedürlerini faaliyete geçirin ve bu hizmetlerin mevcut duruma uygun hale getirilip getirilmediğini değerlendirin; gerektiği takdirde düzeltici faaliyetlerde bulunun.		
• Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın, • İhtiyaçlara göre uygun olan personel için yeniden görev dağılımı yapın, • Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 467 / 763

İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğinin dikkate alınmasını sağlayın, • Hizmet sunumunun zamanla sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin, • Öngörülen bir eksiklik (personel, malzemeler, ekipmanlar, lojistik) durumunda gereken olay eylem planını oluşturun,		
• Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin, • Sağlık otoriteleri ile birlikte hareket edin.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
• Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alın, • Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlığı tehdit eden riskler ve güvenlik prosedürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olun, • Sürece dâhil olan personelin kontaminasyon, bulaşıcı atıklar vb. durumlarda iş güvenliği prosedürlerine tamamiyle uyduğundan emin olun (kontamine ya da enfekte atıklarla çalışırken), • Epidemide durumunda faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Kontrol		
Gerekli hizmetlerin doğru zamanda ve yeterli miktarda verilmesini sağlayın,		
Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın.		
Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
Malzeme ve Depo Yönetimi Prosedürü		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Destek Hizmetleri Personeli		
Dış Paydaşlar		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsandan insana bulaşıcı hastalıklar ya da kimyasal bir olayın meydana gelmesi halinde, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın,		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 468 / 763

Kimyasal bir olay yaşanması halinde, şebeke suyunun kontamine olmasını engellemek için dekontaminasyon alanının (dekontaminasyon için kullanılan su bu alanda bulunur) sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez destek hizmetlerinin durumu ile raporlama yapın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 469 / 763

SOP 17 ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ SÜRECİN YÖNETİMİ

HAP ÖLÜ VE KAYIPLARIN YÖNETİMİ-GEÇİCİ MORG PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet:</u> Hastane içinde ölü yönetiminin etkili bir biçimde organize edilmesini sağlamak.		
<u>Hedefler</u> - Cesetlerin güvenli bir geçici morg alanında muhafaza edilmesini sağlamak, - Ölen kişilerin kişisel eşyalarının güvenli bir yerde korunmasını, muhafaza edilmesini ve ailelerine teslim edilmesini sağlamak, - Ölülerin kimliğini tespit etme sürecine aktif şekilde katkı sağlamak, - Yakınını kaybeden veya ölü teşhis eden ailelere psikososyal destek sağlamak, - Ölülerin saklama koşullarından vb. kaynaklanabilecek herhangi bir halk sağlığı sorununu önlemek, - Kayıp kişilerin aranması esnasında emniyet güçlerine hastalar ve ölüler hakkında bilgi vererek kayıp yönetimine katkıda bulunmak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Beklenen ölü sayısı hastane morgunun kapasitesinin üzerinde ise; * Öncelikle belediye/kaymakamlık gibi resmi kurumlara bilgi verilerek, hastanede işlemleri tamamlanmış ancak gömülmesi için beklenen cenazeler için yardım istenmelidir. * Hemen cesetlerin toplanıp geçici olarak muhafaza edilebileceği geçici bir morg alanı oluşturulur. Bu alanın hasta trafiğini aksatmayacak uygun bir alan olması tercih edilir. * Emniyet güçlerinin yardımıyla bu alanın güvenliği sağlanır. * Bu alanın yetkisi bulunmayan kişiler tarafından erişilmez olmasını ve cesetlerin alanın dışından görünmemesini sağlanır. * Bu alanla ilgili işaretleme ve yön göstermenin yapılmasını sağlayın. * Alanı; emniyet güçleri ile işbirliği içinde, psikososyal destek ekibinin önerilerini dikkate alarak ve yakınları tarafından ölülerin kimliklerinin tespit edilmesini kolaylaştırabilecek şekilde hazırlayın, * İhtiyacı olanlara psikososyal destek sağlayın, * Ölen kişilere ait tüm eşyaların emniyet güçleri kontrolünde güvenli halde muhafaza edilmesini sağlayın, * Tüm faaliyetlerde emniyet güçleri ile koordinasyon halinde olun		
Cesetlerin fotoğrafını çekin (mümkünse dışları görünecek şekilde ikinci bir fotoğraf çekilmesi)		
Çeşitli departmanlar/servis/ birimler, acil servis ve hastane afet triyaj alanı için, ölü yönetimine ilişkin bilgileri hazırlayın. Bu bilgilendirmede geçici morga nakil, kimlik tespitine yardımcı olabilecek her türlü bilginin kayıt altına alınması vb. prosedürlerin olmasını sağlayın		

Bu alanın temizliği ve risk yaratmaması için gerekli önlemler alınır. Cesetlerle bağlantılı toksikolojik ya da enfeksiyona yol açabilecek herhangi bir risk oluşması halinde özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın

Olay Yönetim Merkezi tarafından verilen ve uygun görülen bilgileri hasta yakınlar ile paylaşılması sağlanmalıdır.

Geçici morgda, emniyet güçleri ile işbirliği içinde yeterli sayıda personelin çalışmasını sağlayın.

Cesetlerin dini kurallara uygun şekilde ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın,
Ölü ve kayıplara ilişkin ilgili sorumlularla bilgi paylaşımı yapın,
Gerekirse din görevlileriyle işbirliği yapın.

Cenazelerin hastane çıkışında Yaşam Sonu Hizmetler Prosedürüne uygun olarak hareket edilmesini sağlayın. Teslim edilen cenazelerle ilgili olarak Ex Teslim Defteri ile teslim edilen kişi ve iletişim bilgileri alınmalıdır. Ayrıca bu kişiler için Ölüm Belgesi düzenlenmelidir.

Ceset torbası vb. lojistik ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,

Gerekli olduğu takdirde cenaze hizmeti veren ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçin.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Geçici morg alanının tamamen emniyet altına alındığından ve sadece yetkisi bulunan kişilerin girişine izin verildiğinden emin olun,
- Ölümlere ait kişisel eşyaların doğru bir şekilde toplanıp muhafaza edildiğinden emin olun,
- Cesetlerle ilgili halk sağlığı konularının dikkate alındığından emin olun,
- Sürece dahil olan personelin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaması için koruyucu tedbirlere uymasını sağlayın,
- Gerekirse sürece dahil olan personele sağlık kontrolü yapın

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar

Exx Teslim Defteri, Ölüm Belgesi, Ex Kartı

Fotoğraf Makinesi

Halatlar, mahremiyet sağlanması için çadırlar, tabelalar ve posterler

Kimlik kartları ve görev yelekleri.

Kalite Kontrol

* Cesetlerin mahremiyet çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın,
• OYE görerek teşhis etmeyi kararlaştırdıysa, mahremiyete saygı çerçevesinde ve gerekirse psikososyal destek ekipleri eşliğinde gerçekleşmesini sağlayın,
• Emniyet güçlerinin ceset yönetimi sürecine dahil olmasını sağlayın.

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri

Lojistik ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü

Psikososyal Destek Hizmetleri Prosedürü

Sürece Dahil Kişiler

Olay Yönetim Ekibi

Psikososyal Destek Hizmet Personeli

Kolluk görevlileri, güvenlik personeli

Hizmetli personel, bu alanla ilgili görevlendirilen idari personel

Dış paydaşlar

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

• Ölüm sebebi bir kimyasaldan dolayı zehirlenme ya da bulaşıcı hastalığa yakalanma ise, sürece dahil olan personelin sağlığını korumak için derhal koruyucu önlemler alın,
• Ölülerin çeşitli nedenlerle bir günden fazla kalması halinde söz konusu ölülerin nakli için dış paydaş kurumlarla acilen işbirliği sağlayın.

ZAMAN DİLİMİ

Sürekli olarak izlenir

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

İlgili listeler formlar

İzleme

* Ölülerin ailelerine teslim edildiğinden ya da merkez morga nakledildiğinden ve ilgili formların doldurulduğundan emin olun (Cesetler hastanenin geçici morgunda 48 saatten fazla kalmamalıdır).
• Ölen kişiye ait tüm kişisel eşyaların emniyet güçleri gözetiminde ailelere teslim edildiğinden emin olun.

GÜVENLİK

Alanda yeteri kadar güvenlik personeli olmalı, cenazeler teslim edilirken doğrulama hizmeti yapılmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 472 / 763

SOP 18 TEKNİK BAKIM HİZMETLERİNİN VE KRİTİK EKİPMANIN YÖNETİMİ

HAP TEKNİK BAKIM HİZMETLERİNİN VE KRİTİK EKİPMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ (PLANI)		
<u>Temel Faaliyet:</u> Kritik ekipman ve hastane demirbaşlarının kullanılabilir durumda olmasını sağlamak, gereki durumlarda onarımlarını yapmak ve sorunsuz çalışmasını sağlamaktır.		
<u>Hedefler</u> • Kritik ekipmanın çalışır vaziyette olmasını ve çalışır durumda kalmasını sağlamak, • Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halindhemen tamir edilmesini sağlamak, • Elektrik, su, haberleşme vb. kritik sistemlerin sürekli çalışması için ilgili dış paydaşlarla işbirliği sağlamak, • Dış kaynaklarda bir sorun yaşanması halinde, jeneratörler, su tankları vb. yedek sistemlerin devreye girmesini sağlamak.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Olay Yönetim Ekibi Operasyon görevi kapsamında Alt Yapı Sorumlusu görevlendirilir.		
Alt Yapı Sorumlusu tarafından aşağıdakiler yapılmalıdır: o Teknik hizmetler personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü, iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirir kullanılacak olanları seçer ve bunların mevcut duruma uyarlanmasını sağlar.		
Alt Yapı Sorumlusu, Tesis Sistemleri Durum Raporu ile hastane genelinde altyapı ve diğer sistemlerin ilk kontrolünü yapar, bu kontrol ile ilgili de Tesis Sistemleri Durum Raporunu Planlama Şefine gönderir. Birim sorumluları ile görüşerek arızalı/ hasar görmüş ekipmanın durumuna göre onarımları ve/veya yerine en kısa sürede giderilmesi için gerekli faaliyetleri belirler.		
Afet öncesinde jeneratörlerin bakımın ve kontrolünün tam ve zamanında yapılması/yaptırılması sağlanır. Ayrıca yeterli yakıtın her zaman olması sağlanır. Afet durumunda ise jeneratörlerin kontrolü teknik servis tarafından yapılır ve eğer zarar görmüş çalışmayacak durumda ise protokol imzalanan firmadan yedek jeneratör sağlanır. Jeneratörlerin yakıt deposunun tam dolu olması ve düzenli olarak kontrol edilmesi sağlanır.		
Tıbbi gaz sistemi ile ilgili yapısal bir sorun olmuş ve tıbbi gaz deposu hizmet veremiyorsa protokol imzalanmış firmadan ek seyyar medikal gaz tüpleri temin edilir. Eğer sistemde bir sorun yoksa bu durumda ilave stok alınarak kapasite artışı vb. durumlar için önlem alınır		
Hastanenin su deposu bir zarar görmüşse ve/veya afet sırasında kullanımdan dolayı kritik noktaya gelmişse acil belediye/itaiye vb. kurumlar ile iletişime geçilerek su ihtiyacı giderilir.		

Kullanım dışı kalan veya ek ihtiyaç duyulan ekipman ve teçhizat için tedarikçiler, paydaşlarla iletişime geçilir ve bu eksikliklerin giderilmesi sağlanır.

- Hastane binasının zarar görmesi, kritik sistemlerin kaybı ve kritik ekipmanın kısmi ya da tamamen yok olması gibi dış kaynaklı bir olaydan hastanenin de etkilenmesi durumunda, 2 Nolu Tahliye Özel Planına göre hareket edilir ve;
 - * Öncelikle mevcut durum tespiti yapılarak ve buna göre tahliye kararı verilir.
 - * Tahliye edilecek uygun yer belirlenirken, eğer bu alanda da hasta bakımına devam edilecekse teknik servis bu alanda gerekli hazırlıkları yapar.
 - * Hastalarının tahliye trijına uygun olarak tahliye edilirken , belirlenen uygun tahliye yollarını kullanmaları sağlanır. Bu aşama da teknik servis transport sürecinde de yardımcı olabilir.
 - * Tahliye edilen bölümde bulunan önemli tıbbi cihazlar ve malzemeler de hasta/personel tahliyesinden sonra tahliye edilirler.
 - * Tahliye sonrası ve tahliye aşamasında yaşanan sorunların bildirilmesi istenir.
 - * Tahliye sonrasında başka kuruma sevk olacak hastalar ile ilgili genel hazırlıklar yapılır.
 - * Tahliye sonrası durum değerlendirmesi yapılır.
 - * Yangın sonrası hizmet veremeyecek duruma veren, kapatılan bölümler ile ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınması için Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçilir.

- Hastane içinde eğer bir yangın durumu var ise 1 No' lu Yangın Özel Müdahale Planına uygun olarak gerekli müdahaleyi yapar. Bu plana göre;
- * Öncelikle yangın bölgesine gidip gelen asansör sistemini devre dışı bırakır ve asansörlerde kimse olup olmadığını kontrol eder.
 - * İlgili bölümün elektriğin kesilmesini sağlar ve böylelikle olası bir elektrik kaçağının önüne geçmeyi hedefler.
 - * Yangının daha hızlı yayılmaması için tıbbi gaz sistemini devre dışı bırakır.
 - * İlgili bölüme müdahale için yardıma gider bu aşamada bölümün tahliye edilmesine karar verilmişse Tahliye Planlarına göre belirlenen şekilde bölümün tahliye edilmesine yardımcı olur.
 - * Gerekli durumlarda iş güvenliği sorumlusu ve Operasyon şefi ile birlikte tahliye ihtiyacı olup olmadığı konusunda görüşür, beyanda bulunur.
 - *Yangına müdahale sonrasında ilgili bölümün durumu ile ilgili değerlendirmeyi yapar. Bölümün hizmete geçmesi gerekli olanları belirler ve buna göre hareket tarzı belirler.
 - * Yangın sonrası hizmet veremeyecek duruma veren, kapatılan bölümler ile ilgili gerekli güvenlik önlemleri alınması için Güvenlik Sorumlusu ile iletişime geçilir.

Afet öncesinde yangın sistemlerinin (dedektör,sprinkle, yangın ihbar) vb. ve yangın tüplerinin düzenli kontrolleri yapılmalı ve eksiklikler giderilmelidir.		
Afet öncesinde kritik öneme taşıyan taçhizat/ekipman ile ilgili gerekli protokoller yapılmalıdır.		
Afet sırasında kontrollere gerekli önem verilmelidir.		
Gerekli kişisel koruyucu donanım malzemeleri her zaman hazır olmalı ve kullanılmalıdır.		
Teçhizat ve ekipmanlara yapılacak müdahaleler yetkinliği bulunan kişiler tarafından gerekli önlemler alınarak yapılmalıdır.		
Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye sokmamalıdır.		
Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalıdır ve epidemi vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.		

Kullanılacak Materyal

Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Dış firmalarla yapılan protokoller		
Kişisel Koruyucu Donanımlar		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		

Kalite Kontrol

Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her Departman/Servis/Birimde güvenle kullanılabilmesini sağlayın.		
Hastanenin kritik sistemlerinin çalışır durumda olmasını sağlayın.		
Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun.		
Kritik ekipmanın afet ve acil durumdan dolayı zarara uğrama riski taşımadığından emin olun.		

Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri

Güvenlik Hizmetleri Standart Operasyon Prosedürü		
Yangın Özel Planı		
Tahliye Özel Planı		

Sürece Dahil Kişiler

Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Teknik Hizmetler Personeli		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 475 / 763

Güvenlik Personeli		
Dış Paydaşlar		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Kritik ekipmanlar zarar gördüyse ve hemen yerine konulamıyorsa, temel hizmetlerin sunulmasına ilişkin sonuçlar hasta bakımının kalitesini azaltıyor ve tıbbi bakım sağlanması gerekenden daha az hastaya bakılmasına neden oluyorsa, iş sürekliliğine ilişkin olaya özel planı derhal faaliyete geçirin.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
• Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun, • Kritik sistemlerin veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun		
GÜVENLİK		
Riskli bölgelere yetkisiz kişilerin girmemesi için gerekli önlemlerin alındığından emin olun.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 476 / 763

SOP 19 EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLANIN UYGULANMASI

HAP EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLAN TATBİKATI PROSEDÜRÜ (PLANI)
<u>Temel Faaliyet:</u> Acil Müdahale Planının işlevsel olmasını sağlamak. Personelin Acil Müdahale Planı doğrultusunda harekete geçmesi ve eylemde bulunması için hazır olmasını temin etmek
<u>Hedefler</u> - Eğitim programları ve tatbikatların Acil Müdahale Planının tam anlamıyla bir parçası olmasını ve sistematik olarak organize edilmesini sağlamak, - Tatbikatları düzenli aralıklarla ve farklı senaryolarla gerçekleştirmek. Tatbikatlar aşağıdaki şekilde hazırlanmalıdır;
<u>1. Adım</u> <u>İçeriğin baştanbaşa tanımlanması:</u> Acil durum planına/planlarına göz atın, tatbikat yapılmasına yönelik ihtiyaç değerlendirmesi yapın, hastanenin tatbikat yürütme kapasitesini değerlendirin, tatbikatın amaç ve hedeflerini tanımlayın, tatbikat türünü seçin, maliyet ve sorumlulukları değerlendirin, tatbikat dokümanı oluşturun ve tatbikatın yapılacağını duyurun.
<u>2. Adım</u> <u>Tatbikatların geliştirilmesi:</u> Tatbikat için gereken kaynakları belirleyin, senaryoyu ve görev alacak personelleri içerecek tatbikat planını yapın. Simülasyon materyalini ve diğer görselleri hazırlayın ya da bir vaka çalışması geliştirin. Tatbikatı ilgili tüm departman/servis/birim ve paydaşlara uygun yöntemlerle, doğru zamanda duyurun. Hastaneyi hazırlayın ve lojistik ihtiyaçları değerlendirin. Tatbikata katılacak personeli ile kontrol sorumlusu, simüle hastalar ve değerlendiriciler gibi tatbikatı yürütecek kişileri belirleyin. Gerekli görüldüğünde tatbikatta görev alacak katılımcılara eğitim verin.
<u>3. Adım</u> <u>Tatbikatın gerçekleştirilmesi:</u> Tatbikatın yapılış şekli tatbikat türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. 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.
<u>4. Adım</u> <u>Değerlendirme ve geribildirim:</u> 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.
<u>5. Adım</u> <u>İzlem:</u> 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, 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, 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 479 / 763

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri		
- Tatbikatların personel/hasta sağlığı ve ekipman açısından tehlike oluşturmadığından emin olun. - Tatbikatların mümkün olduğunca ilgili dış paydaşların katılımıyla gerçekleştirildiğinden emin olun.		
Kullanılacak Materyal		
Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Eğitim senaryoları, diğer eğitim ve tatbikat malzemeleri		
Kalite Kontrol		
Eğitim sonuçları ve tatbikat sonuçları incelenecek, tatbikatın başarılı durumuna göre yeni hareket tarzları belirlenecektir.		
Diğer Standart İşleyiş Prosedürleri		
İlgili bölüme Özel Plan Örnekleri		
Sürece Dahil Kişiler		
Olay Yönetim Merkezi Üyeleri		
Eğitim veren kişiler		
Tatbikatta görevli personel		
Dış Paydaşlar		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Gerekli bildirimlerin yapılmaması sonucu olayın yanlış değerlendirilmesi		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
İlgili listeler formlar		
İzleme		
Acil Müdahale Planının işlevsel olduğundan emin olun		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 480 / 763

SOP 20 RİSK İLETİŞİMİ, HAP KONUSUNDA PERSONELİN VE TOPLUMUN BİLGİLENDİRİLMESİ

RİSK İLETİŞİMİ, HAP KONUSUNDA PERSONELİN VE TOPLUMUN BİLGİLENDİRİLMESİ		
Temel Faaliyet: Bilgi yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.		
Hedefler • Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak, • Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak, • Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak, • Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak; • İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda olaya özel planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak, • İhtiyaç duyulduğunda farklı eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak, • Topluma yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak, • Sağlık surveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak, • Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak, • Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.		
SIRASI İLE GERÇEKLEŞTİRİLECEK EYLEMLER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Normal raporlama mekanizması;birim sorumluları Durum Raporlarını Bölüm Şefine gönderirler. Bölüm Sorumlusu tarafından değerlendirilen bu bilgiler kapsamında Bölüm Durum Raporu oluşturulur ve Olay Yönetim Ekibine gönderilir/sunulur biçimindedir. Olay Yönetim Ekibi tarafından bu hareket tarzı ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
Bölümlerin durum raporlama süreleri, olayın ilk tespit edildiği ve ilk incelemenin yapıldığı an Durum Raporu Göndermek, daha sonraki 12 saat içinde 2 saatte bir ve 12 saatten sonra ise 4 saatte bir olacak biçimde kurgulanmıştır.Olay Yönetim Ekibi tarafından bu raporlama süreleri ile ilgili değişiklik yapıp yapılmayacağına karar verilir.		
İlk etapta Acil Müdahale Planında yer alan veriler dikkate alınır ve değerlendirilir.(Özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler),		
Kurumlar Arası Koordinasyon sorumlusu ile birlikte diğer hastaneler, sağlık yetkilileri ve diğer resmi kurumlarla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir.		
Halkla İlişkiler sorumlusu, basınla ve halkla bilgi paylaşım yöntem ve kuralları gözden geçirilir. Ne kadar sıklıkla bilgi paylaşılacağı ve paylaşılacak bilgiler konusunda karar verilir.		

Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesini sağlanır
Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğini ve verilere nasıl ulaşılabileceğini konusunda HAP Sekreteryası ve Dokümantasyon Sorumlusu görevlendirilir.
Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesini sağlanır,
Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığını kontrol edilir.

OYE sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir:
o Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunu risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilir.

Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, başışıklama, laboratuvar sevki ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi. Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi

• OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir.Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.

İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, bilgi yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığını kontrol edin,
• Bilgi paylaşımının, personeli ve hastaları korumayı esas almasını ve bunun aksinin olmamasını sağlayın,
• Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesini sağlayın;
• Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulmasını sağlayın;
• Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olmasını sağlayın,
• Kamuya ya da medyaya dönük bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılmasını sağlayın,
• Hastanenin sağlık sürveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunmasını ve özellikle sürveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesini sağlayın (Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).

KULLANILACAK MATERYAL

Konu ile ilgili iş akış talimatları, Standart operasyon prosedürleri

Takip kayıt belgeleri

Haberleşme araçları

Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 482 / 763

KALİTE KONTROL		
- Kritik verilerin düzenli olarak toplanmasını, işlenmesini, değerlendirilmesini, kullanılmasını ve depolanmasını sağlayın, - Ana faaliyet ve operasyonların Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde kayıt altına alınmasını sağlayın.		
ZAMAN DİLİMİ		
OYE'nin aktive edilmesiyle başlar ve devam eder.		
DİĞER STANDART İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ		
Tüm Standart Operasyon Prosedür'leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir)		
KARŞILAŞİLEBİLECEK ÖZEL DURUMLAR		
Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin; gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.		
SÜRECE DAHİL KİŞİLER		
Olay Yönetim Ekibi		
Bölüm/Brim Sorumluları		
Güvenlik Personeli		
Sağlık Yetkilileri		
EYLEMLERİN KAYDEDİLME ŞEKLİ		
Durum Formları		
Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu		
Sağlık Yetkilileri ile Bilgi Paylaşım Takip Formu		
Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşım Takip Formu		
İZLEME		
- OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun: - Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun, - Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun, - Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sürveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun, - Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun		
GÜVENLİK		
Yeterli güvenlik personeli olduğunu ve gerekli önlemlerin alındığını kontrol edin		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 483 / 763

SOP 21 SİYAH KOD

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 tehdiye 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 484 / 763

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	<table> <tr> <td>Olayın Başlamasından Bitimine Kadar</td> <td>30 Dk</td> </tr> </table>	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk		
Tesis Tahliye SOP Olayın	<table> <tr> <td>Olayın Başlamasından Bitimine Kadar</td> <td>30 Dk</td> </tr> </table>	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar			
Sürece Dahil Kişiler			
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar:	<table> <tr> <td>Olayın Başlamasından Bitimine Kadar</td> <td>6 Saat</td> </tr> </table>	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat		
Formlar:	<table> <tr> <td>Olayın Başlamasından Bitimine Kadar</td> <td>6 Saat</td> </tr> </table>	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat		
Raporlama Mekanizması:	<table> <tr> <td>Olayın Başlamasından Bitimine Kadar</td> <td>6 Saat</td> </tr> </table>	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat		
İzleme			
Güvenlik Konuları			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 485 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

SOP 22 GRİ KOD

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.

Kullanılacak Materyaller

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 486 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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		

HASTANEMİZDE OLACAK SABOTAJ- REHİN ALMA-TERÖR SALDIRILARI KONUSUNDA GÜVENLİKLE İLGİLİ ALINAN TEDBİRLER

- Hastanemiz çevre aydınlatması bulunmakta ve arızaları sürekli giderilmektedir.
- Sabotaj ve terör olaylarına maruz kalması muhtemel olan bölgelerde (Elektrik teknisyenliği, kazan dairesi, telefon santrali, oksijen dairesi) 24 saat görevli teknisyen bırakılmaktadır.
- Hastanemizde 5188 sayılı yasa kapsamında 24 saat esasına göre sürekli güvenlik elemanları bulundurulmaktadır.
- Hastanemiz içi ve çevresi CCTV görüntüleme sistemi kurulmuştur.
- Olası bir sabotaj ve saldırı halinde en yakın karakola haber verilecektir.

(Çerkezköy Emniyet Müdürlüğü)TEL: 0282 725 30 74

- Bu tür olaylara karşı Güvenlik firması tarafından hazırlanan ve Emniyet Müdürlüğünce onaylanan Koruma planındaki görevliler belirtilen görevleri yapacaklardır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 487 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

SOP 23 TURKUAZ KOD

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 488 / 763
	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 489 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

SOP 24 YEŞİL KOD

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 yapılınca biter	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 490 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 491 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

SOP 24 MOR KOD:

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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 492 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 bin 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 493 / 763

EK 1-C

FORMLAR

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 494 / 763
	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				

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 495 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

İş Sürekliliği Sorumlusu				
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu				
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				

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 496 / 763

Dış Kurum Temsilcisi (Hastane Afet Yönetim Merkezinde)

Hastane Temsilcisi (Dış Kurumda)**Görev Yeri**

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 497 / 763
	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 498 / 763
	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 500 / 763
	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		
Tesiye 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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 501 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Çamaşırhane / Çamaşır Ekipmanları	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ 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	
	☐ Tamamen kullanılıyor	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 502 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Panik Alarmları (Dahili ve diğer cihazlar)	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
KRİTİK HİZMETLER		
Elektrik Enerjisi (Öncelikli Servisler)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Elektrik Enerjisi (Yedek Jeneratör)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Yakıt Deposu	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Sanitasyon Sistemleri	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Su	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Doğalgaz	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Hava Kompresörleri	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Asansörler	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Tibbi Atık Yönetimi Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	

Isıtma, Havalandırma, Klimalar	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Oksijen	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Medikal Gazlar	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ 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	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 504 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Harici Depo (Ekipman)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Harici Depo Araçlar	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Araç Otoparkı	☐ Tamamen kullanılıyor	(güç, panik butonu, ışıklar, giriş, çıkış kontrolü)
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Kontrol Eden 1: Onaylayan:		
Bildirim Yapılan Birim:		
Kontrol eden 2:		
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Hastanenin olaya maruz kalması durumunda kullanılır.		
2) Olaydan etkilenen departman/servis/birim tarafından doldurulur.		
3) Alt yapı sorumlusuna gönderilir.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 505 / 763
	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 listeleyiniz.		
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)		
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 506 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 (tekniik 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 507 / 763
	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

Form-8 Hastane Giriş Kayıt Formu

[illegible]

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 509 / 763
	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.

Form-10 Hasta Takip Listesi Formu

[illegible]

Form-12 Hasta Son Durum Listesi Formu

		KALİTE YÖNETİM DÖKÜMANLARI										Doküman No :AD-FR-21 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tarihi : Sayfa No :1/1	
		HASTA SON DURUM LİSTESİ (FORM-12)											
Olay Adı:													
Olay Başlangıç Tarihi ve Saati - Olay Bitiş Tarihi ve Saati:													
Sıra No	Protokol No	Ad Soyad/Eşgal	TC Kimlik No	Cinsiyet (K/E)	Yaş	Triyaj Kodu	İstnilen Tetkikler (USG, CT, Anjiyo vb.)	Ameliyata Sevk Saati	Sonuç ve saati (Taburcu, Yatis, 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											
		İMZA											
		ONAYLAYAN AD SOYAD UNVAN				İMZA							

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Bu Form farklı birimler tarafından doldurulan Hasta Takip Listesi Formlarının birleştirilmesi ile oluşturulur. Hastane Olay İstatistik Formu ile uyumlu olmalıdır.

2) Durum değerlendirme sorunsolu tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 513 / 763
	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 514 / 763
	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			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 515 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form-15 Hasta Eşyası Teslim Formu

	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				
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				

Doküman No : AD-PL-03
Yayın Tarihi :20.01.2019
Revizyon No :00
Revizyon Tar.:
Sayfa No : 519 / 763

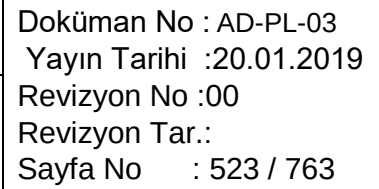
HASTANE AFET PLANI

Doküman No: AD-FR-16
Yayın Tarihi :21.06.2021
Revizyon No :00
Revizyon Tar...
Sayfa No :1/1

Saat :

Zarar Azaltma

Alınan Tedbirler (İmza)



Doküman No: AD-FR-40
Yayın Tarihi :21.06.2021
Revizyon No :00
Revizyon Tar...
Sayfa No :1/1

[illegible]

Form-24 Özel Alanlar Formu

[illegible]

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 525 / 763
	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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 531 / 763
	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
	☐ Evli	☐ Boşanmış
Tedavi gerektiren psikolojik bir hastalık geçirdiniz mi?	☐ Hayır	☐ Dul
	☐ Evet (belirtiniz.....)	☐ Birlikte yaşıyor
Kronik ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?	☐ Hayır	
	☐ Evet (belirtiniz.....)	
Sürekli kullandığınız bir ilaç veya özel bir gereksiniminiz var mı?	☐ Hayır	
	☐ Evet (belirtiniz.....)	
Kendinize zarar verici davranışlarınız oldu mu ?(bedeninize, kollarınıza kesiler atmak gibi)?	☐ Hayır	
	☐ Evet (belirtiniz.....)	
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi aldınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet	☐ Kullanmıyorum
Herhangi bir engeliniz var mı? Varsa engel türünü belirtir misiniz?	☐ Yok	☐ Duyma
	☐ Fiziksel	☐ Görme
	☐ Zihinsel	
Halenizde engelli birey var mı? Varsa engellilik türünü belirtiniz?	☐ Yok	☐ Duyma
	☐ Fiziksel	☐ Görme
	☐ 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 532 / 763
	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 sonlandığında 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 iletilindiğinde mümkün olacaktır. Bölüm sorumluları, afet/acil durum sonlandırıldığında, formda kendilerine ayrılmış bölümü imzalamalıdır		Saat .../... - .../...
HAP BAŞKANI		NOT
Tüm birimler, dallar ve servisler tahliye edildi.		PARAF
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
Medya sonuç brifingi hazırlandı, onaylandı ve dağıtıldı.		PARAF
Personel ve hasta sonuç brifingleri hazırlandı onaylandı ve dağıtıldı.		
Sosyal medya son gelişmelere göre güncellendi.		
KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU		NOT
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.		PARAF
İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU		NOT
Bina güvenliği son denetimi tamamlandı ve raporlandı.		PARAF
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
Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		PARAF
Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU.....(Brans)		NOT
		PARAF

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 533 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
ALAN SORUMLUSU		
Müdahalede kullanılan tüm araç ve gereçler depoya veya müdahale öncesindeki yerine geri gönderildi.		
Tüm personel bilgilendirildi ve günlük çalışmalarına geri döndü.		
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm hasta işlemleri ve randevular tekrar takvimlendirildi.		
Tahliye edilen tüm hastalar ve aile üyeleri bilgilendirildi.		
Tüm klinik bilgilendirme/işlemler/görüşmeler elektronik sisteme kayıt edildi.		
Alternatif bakım üniteleri devre dışı bırakılarak müdahale öncesi işleyişe geridöndü.		
Müdahale sürecinde kullanılan medikal malzemeler ve ekipmanlar müdahale öncesi işleyişe geri döndü.		
Personel şefleri müdahale öncesi işleyişe tekrar geri döndü.		
Bölümlerdeki tüm birimler bilgilendirildi ve devre dışı bırakıldı.		
ALTYAPI SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm hasar tespiti tamamlanarak, sonuç raporu operasyon ve planlama sorumlularına aktarıldı.		
Operasyon Bölüm Şefi tarafından alt yapı sistemleri ve ekipmanlar onarımdan geçirilmesi sağlandı ya da yeni bir hazırlık yapıldı.		
Tüm üniteler/birimler müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
Kritik sistemler kontrol edildi.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
GÜVENLİK SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tesis ve/veya kampüsün giriş ve çıkışlarının kapatılması işlemi askıya alındı.		
Güvenlik nedeniyle sayısı arttırılan güvenlik personeli bilgilendirilerek, güvenlik personeli sayısı olay öncesi sayısına indirildi.		
Müdahale süresince ek olarak kullanılan güvenlik tedbirleri artık devre dışı bırakıldı.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU	NOT	PARAF
Dekontaminasyon işleyişi sonlandırılarak tüm malzeme, ekipman ve personel müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
Dekontaminasyon sürecinde toplanan su güvenli bir şekilde toplanarak güvenli bir şekilde kontrol altına alındı.		
Tüm yetkililer dekontaminasyon sürecinde toplanan suyun uygun şartlarda tahliye edilmesi hakkında bilgilendirildi.		
Dekontaminasyon işlemine dahil olan personel tıbbi kontrolleri yapılarak, izlem altına alındı.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
İŞ SÜREKLİLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bilgi girişindeki aksaklıklar giderildi ve veriler kurtarıldı.		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 534 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 formunuda 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 535 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 göre günlük işleyişe tekrar dönülmesiyle ilgili bilgi verildi.		
Hazırlayan Ad Soyad: _____ İMZA Görevi: _____ Uzmanlık Alanı: Tarih/Saat: _____ Tesis Binası:		
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır (diğer kategorisinde yer alan form). 2) Formda yer alan sorumlular tarafından doldurularak imzalanır. Bu işlemin sekreteryası acil durum sonlandırma sorumlusu tarafından yürütülür. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 536 / 763
	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 kimiksiz) (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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 538 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form-35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu

		HASTANE YATAK-ODA BİLGİSİ FORMU (FORM-35)				Doküman No: AD-FR-27 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1	
Departman/ Servis/Birim Adı	Yatak Sayısı	Artırılabilir yatak Sayısı	Yer (Blok adı, kaçıncı kat vb.)	Muayene Oda Sayısı	Ameliyathane Sayıları	Ameliyathane Oda Sayıları	Ameliyathane Masası
Genel Dahiliye	31	35	2.blok 5.kat 2.blok 6.kat	-	-	-	-
Pediyatri	16	20		-	-	-	-
Kardiyoloji	5	6		-	-	-	-
Göğüs Hastalıkları	3	5		-	-	-	-
Nöroloji	3	4		-	-	-	-
Dermatoloji	1	1		-	-	-	-
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	5	5		-	-	-	-
Genel Cerrahi	10	15		-	-	-	-
Obstetri ve Jinekoloji	15	18		-	-	-	-
Ortopedi ve Travmatoloji	10	13		-	-	-	-
Üroloji	7	8		-	-	-	-
Oftalmoloji	3	4		-	-	-	-
Çocuk Cerrahisi	3	4		-	-	-	-
Plastik Cerrahi	2	3		-	-	-	-
Kardiyovasküler Cerrahi	6	7		-	-	-	-
Beyin cerrahisi	6	7		-	-	-	-
Kulak Burun Boğaz	13	13		-	-	-	-
Genel Yoğun Bakım	20	20		-	-	-	-
Yenidoğan Yoğun Bakım	14	18		-	-	-	-
Kardiyovasküler Yoğun Bakım	5	5		-	-	-	-
Genel Ameliyathane	-	-	2.blok -2.kat	-	1	4	4
Obstetri ve Jinekoloji ameliyathanesi	-	-	2.blok -2.kat	-	1	1	1
Poliklinikler	-	-	2.blok 1.kat 2.blok 0.kat 2.blok -1.kat 1.blok 1.kat	53	-	-	-

- 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 539 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form-36 Personel Bilgi Formu

			PERSONEL BİLGİ FORMU (FORM-36)					Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
Sıra No	Adı	Soyadı	Unvanı	Çalıştığı Birim	GSM Tel No	E Posta	Ev Adresi	Açıklama (Özel Durum Belirtilecek)
1	Abdulbaki	ÇOK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	535 271 68 35	abdulbaki@optimedglobal.com	KIZILPINAR ATATÜRK MAH.99.SOK.NO:23/15 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
2	Abdulsamed	EROL	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	543 297 78 05	abdulsamed@optimedglobal.com	MUHİTTİN MAH. ZEYİNDALİ SK. SİLA SİTESİ D BLOK NO:10 İÇ KAPI NO:21 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
3	ADEM	AKKAYA	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	534 484 12 56	ademakkaya931@gmail.com	KIZILPINAR MAH. 99. SOK. NO:13/10 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
4	AHSEN	KIRKOYUN	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	53137910 23	ahsenkirkoyun@optimedglobal.com	ATATÜRK MAH. GÜRKENT KONUTLARI 1.ETAP BLOK KAT 3 D.5 KAPAKLI	
5	Aleyna	ARKAN KÖSENLİ	Faturalandırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	543 764 79 05	aleynaarkan@optimedhastanesi.com	TEPEBAŞI MAH.SU DEPOSU SOK.NO:47 MERKEZ/ZONGULDAK	
6	Ali	BIYIK	Teknik Servis Sor	Teknik Servis	542 725 41 08	alibiyik5252@gmail.com	Gazi osman paşa mah göçmenler sokak no: 9/11 K :1 D:5	
7	Ali İhsan	DİKMEN	Aşçı	Yiyecek / İçecek	541 373 32 41	ihsandikmen@optimedhastanesi.com	GÜMÜŞYAKA MAH.PEKGÖZ CAD.NO:76/4 SİLİVRİ/TEKİRDAĞ	
8	Alkın	TOSUN	Eczane Görevlisi	Eczane	541 874 56 45	alkintosun@optimedglobal.com	KIZILPINAR ATATÜRK MAH. TOSUN SK. NO:3/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
9	Alpan	ÇÖL	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	554 297 17 68	alpancol88@gmail.com		
10	Alper	YILDIZ	Hemşire	Cerrahi Servis-1	530 160 59 98	alperyildiz@optimedhastanesi.com	ÇINARLI MAH.İSKENDER SOK. NO:25 KAPI NO:2 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ (LOJMANDA KALİYORUM)	
11	Arzu	ŞENTÜRK	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	542 243 08 76	arzusenturk93@gmail.com		
12	Asena	ALAN	Fizyoterapist	Fizik Tedavi	537 205 47 15	asenaalan97@gmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.BAYRAKTAR SOK. NO:6/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
13	ASIYE	ÖZTUNA	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	537 307 85 97	asiyeoztuna@optimedglobal.com	DEMİRLER MAH. KAZIM KARABEKİR CAD. NO.6 SARAY/TEKİRDAĞ	
14	Aslı	ÇAKIR	Fizik Tedavi Teknis	Fizik Tedavi	538 092 73 85	asliymencakir@gmail.com		
15	Ataberk	ÖZHAN	Hemşire	Acil Servis	539 785 87 43	ataberkozhan@optimedglobal.com	AYASPAŞA MAH. PAZAR SOK.AKASYA APT.NO:3-1/4 SARAY/TEKİRDAĞ	

16	Atagün	AYDIN	Hemşire	Cerrahi Servis-2	5435304283	atagunaydin@optimedhastanesi.com	KEMAL PAŞA MAH. ÜSKÜDAR SOK. NO:26/1 SARAY/TEKİRDAĞ	
17	Atiye	KARKUÇAK	Hizmetli Personel	Kadın Doğum 1	530 874 05 25	atiyekarkucak@optimedhastanesi.com	Yıldırım Beyazıt mahallesi levent sokak no 4 daire 1 Tekirdağ/Çerkezköy	
18	Aybike	KELEŞ	Perfüzyon ist	Hemşirelik Hizmetler	535 221 50 43	aybikekeles@optimedhastanesi.com	PAZARIÇI MAH. AYBENİZ SK. ALİ KELEŞ APT. BLOK NO:4 D:1 GAZİOSMANPAŞA İSTANBUL	
19	Aycan	AYAS	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	543 220 04 86	aycanayas@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH. SEVDA SOK. SABAHATTİN AYAS BLOK NO:17/3 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
20	Ayfer	GEGEK OĞLU	Hizmetli Personel	Yenidoğan Yoğun Bak.	534 259 87 67	ayfer.gegekoglu@gmail.com	Cum. Mh. Avcılar. Sk. No. 10.6.kapaklı	
21	Aylin	AYAN	Uluslararası Hasta Hizmetleri Koor.	Hasta Hizmetleri	541 245 33 02	aylinayan@optimedhospital.com	İSMET PAŞA MAH. 54. SK. A BLOK NO:2A-16 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
22	AYSUN	ATEŞ	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	5464477989	aysunates@optimedglobal.com	G.MK.P MAH. AZCANLAR SOK. AZCANLAR 2. APT. NO.9 KAT.2/5 ÇERK	
23	Ayşe	KARAPINAR	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	530 304 89 01	aysekarapinar@optimedhastanesi.com	Alipaşa mahallesi Atakan sokak no:15 çorlu	
24	Ayşe	KURTULUŞ	Muhasebe Görevlisi	Genel Muhasebe	5386346269	aysekurtulus@optimedhastanesi.com	FATİH MAH. DEĞİRMEN SOK. NO:10/5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
25	Ayşe	ÖZ	Hizmetli Personel	Kadın Doğum 2	531 378 37 12	ayseoz@optimedglobal.com	Kızılıpınar mah. Meriç şok.daire 6 kat 2 Çerkezköy	
26	AYŞE	ÖZMAN	Hizmetli Personel	Ameliyathane	5303664802	ayseozman72@gmail.com	Çerkezköy fevzi paşa caddesi no .53	
27	Ayşe	YÜKSEL	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	545 615 17 18	ayseyeniciyuksel@hotmail.com		
28	Ayşe Şevval	EVREN	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	543 817 20 58	sevvalevren@optimedhastanesi.com	BAĞLIK MAH. KUMSAL SK. EVREN APT. BLOK NO.6 İÇ KAPI NO:6 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
29	Ayten	YILDIRIM	Hemşire	Cerrahi Servis-1	5070430778	aytenyildirim@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH. CENGİZ TOPEL CD. A13 BLOK NO:102/13 D:21 ÇERKEZKÖY TEKİRDAĞ	
30	Bahar	ÇOBAN	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	530 183 59 52	baharcoban11@gmail.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH. LEVENT SOK. ABDULSAMET APT. BLOK NO:4/12 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
31	Bahar	OKTAY	Muhasebe Görevlisi	Genel Muhasebe	545 793 51 56	bahardemirkapu@optimedhastanesi.com	KÜÇÜKYONCALI MAH. KÜÇÜKYONCALI SOK. NO:671/3 SARAY/TEKİRDAĞ	
32	Baki	YALÇIN KAYA	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	536 016 67 49	bakiyalcinkaya@optimedglobal.com	KIZILPINAR ATATÜRK MAH. ÇINAR SK. UĞURLU APT. BLOK NO:14 İÇ KAPI NO:16 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
33	Bakiye Bengüsü	KARSA NBA	Paramedik	Yetişkin Yoğun Bakım	543 409 51 24	bakiyebengusukar sanba@optimedglobal.com	FEVZİPAŞA MAH. GÜNAYLAR SOK. ER APT. BLOK NO:3-9 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	

34	Banu	KOÇ	Faturalan dırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	545 611 66 35	banukoc@optime dhastanesi.com	inönü mahallesi eski cami caddesi no:38 d:3	
35	Barış	KANSU	Hizmetli Personel	Ameliyathan e	537 279 15 48	bariskansu14@g mail.com	ATATÜRK MAH.ÇALIKUŞU SOK.FERZANDE KANSU BLOK NO:24/2 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
36	Başak	EKEN	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	544 220 22 37	basakeken@optim edglobal.com	MEHMET AKİF MAH.ACI ÇEŞME CAD.NO:18 VİZE/KIRKLARELİ	
37	Begüm	GÜNAY	Kurumsal İletişim Uzm.	Kurumsal İletişim ve Paz.	534 050 70 96	bgmbyndr7@gmai l.com		
38	Begüm	İSTEK	Hemşire	Dahiliye-2	538 548 13 36	begumistek@opti medhastanesi.co m	KAZİMİYE MAH.ACIBADEM SOK.ASSARAY SİTESİ A BLOK NO:14A/15 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
39	Begüm	TUTAŞ	Kalite Uzman Yardımcısı	Kalite	534 338 17 50	begumerdm@hot mail.com	Devlet Mahallesi Atatürk Caddesi 147. Sokak Erkerler Apt. C Blok No:4 Kat:3 Daire:11	
40	Belgin	MERTT ÜRK	Hemşire	Laboratuvar	534 848 35 46	belginmertturk@h otmail.com	ALİ PAŞA MAH.YÜKSELEN CAD.KUZEY APT.BLOK NO:19/6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
41	Berna	ODA	Hemşire	Kadın Doğum 2	541 965 21 96	bernaoda@optime dhastanesi.com	ŞEYH SİNAN MAH.YÜCE SOK.KALFAOĞLU SİTESİ NO:2/10 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
42	Betül	BEYAZ LAR	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	546 665 52 17	betulbeyazlar@op timedhastanesi.co m	İstasyon mah. Üründül sok. No.48 cerkezko y	
43	Betül	DEMİR	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	539 816 59 36	betuldemir59@gm ail.com	KIZILPINAR MAH.99.SOK.NO:13/19 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
44	Betül	PEDÜK	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Hizmetleri	537 324 61 36	betulpeduk@opti medhastanesi.co m		
45	BETÜL	TÜRKE Rİ	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	536 490 18 81	betul.aysenur96@g mail.com		
46	Betül	YEŞİLK AYA	Hemşire	Endoskopi	543 933 28 42	betulyesilkaya@o ptimedhastanesi.c om	CUMHURİYET MAH.MUHTAR ÇETİN DİLSİZ SOK.NO:59/2 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
47	Beyhan	ÇELİK	Hizmetli Personel	Acil Servis	531 679 54 42	beyhancelik@opti medglobal.com	CUMHURİYET MAH. ERBAY CAD ÖZARAS İNŞ BLOK NO:34 İ.Ç KAPI NO:8 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
48	Beyzan ur	BALCI	Sağlık Memuru	Ameliyathan e	505 979 5960	beyzablcx@gmail. com	İSTASYON MAH. KAYNAK SK. BURDUR APT. BLOK NO:14 KAPI NO:2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
49	Beyzan ur	DEMİR EL	Ebe	Kadın Doğum 2	53489017 95	beyzanurdemirel @optimedglobal.c om	BAĞLIK MAH.AKSU SOK.NO:8/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
50	Bilge	ÇİÇEK AKGÜN	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	533 418 89 22	bilgecicek@optim edhastanesi.com	CUMHURİYET MAH.İBO SOK.HASACARLAR BLOK NO:14/5 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
51	Bilge	KAVİL	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	541 903 90 84	bilgekavil@optime dhastanesi.com	Atatürk mah. Kiraz sok no 10/12 daire 17 dadaşoğlu apt. kapaklı/T.dağ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 542 / 763

52	Buket	KULOĞ LU	Hemşire	Dahiliye-1	53934277 21	buket.kuloglu112 @gmail.com	BELEDİYE SİTESİ MAHALLESİ ŞEHİT NUH BAK CAD NO:83A KİLİMLİ/ZONGULDAK	
53	Burcu	DEMİRL ERLİ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	541 481 27 08	burcudemirlerli@o ptimedhastanesi.c om	AYASPAŞA MAH.HAKİM ADDURRAHMAN ALP SOK.NO:9/16 SARAY/TEKİRDAĞ	
54	Burcu	GÜLKAN	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	538 898 28 40	burcuduruk1998@ gmail.com	AYASPAŞA MAH.ŞİRİN SOK.NO:5/3 SARAY/TEKİRDAĞ	
55	Burcu	İPEK	Ayaktan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetleri	537 923 44 74	burcuipek@optim edglobal.com	BOZOBA MAH.2900. SK. NO:6 İÇ KAPI NO:1 SARAY/TEKİRDAĞ	
56	Burcu	KAHRAMAN	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	555 706 85 88	burcucaglar@opti medhastanesi.co m	YENİMAHALLE GÜNEŞKAYA SOK. NO.35 SARAY	
57	Buse	AŞIK	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	53960976 08	buseasik@optime dglobal.com	CUMHURİYET MAH.DUMLUPINAR CAD.BERKAN APT.NO:25/5 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
58	Buse	DEDE	Hemşire	Hemşirelik Hizmetler	54165410 27	busedede@optim edglobal.com	CUMHURİYET MAH. MELİSA SOK. NO.6 FOREST CİTY D BLOK KAT.3 D.	
59	Buse	DURCAN KÖSE	Hemşire	Dahiliye-2	507 769 76 24	sweet_buse- 94@hotmail.com	G.M.K.P MAH.KURU SOK. NO:2/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
60	BUSE SENA	GELİR	Santral Görevlisi	Santral	541 718 8073	busesenagelir@o ptimedhastanesi.c om	FEVZİPAŞA MAH. HALİDE EDİP ADIVAR CAD. NO.18 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
61	Büşra	BALKI	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	54229607 87	busraertem@opti medglobal.com	BÜYÜKYONCALI MERKEZ MAHALLESİ KARLIKÖY CADDESİ LALE SOKAK NO:50 TEKİRDAĞ/SARAY	
62	Büşra	ÇEŞME Lİ	Acil Tıp Teknisyen i	Cerrahi Servis-1	54395029 07	busracesmeli99@ gmail.com	AYASPAŞA MAH. PARK SK. NO:10/1 SARAY TEKİRDAĞ	
63	Büşra	DURAN	Hemşire	Cerrahi Servis-1	53556601 59	busragun@optime dhastanesi.com		
64	Büşra Tülin	TUNÇE L	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	545 786 70 23	T.pzrcglu1@hotm ail.com	Ayaspaşa mahallesi Zafer sokak no:2 Daire:2 Tekirdağ/Saray	
65	Canan	BAKTE MUR	Yatan Hasta Danışman ı	Radyoloji	55207197 92	cananbaktemur@ optimedhastanesi. com	FATİH MAH.BİLLUR SOK. NO:23/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
66	Canan	BEKTA Ş	Göz Koordinat örü	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	543 373 18 87	cananbektas04@ gmail.com	Gmkp mah Atatürk cad sakaoğlu sok no 6 daire 6	
67	CANAN	CANİ	Santral Görevlisi	Santral	54491263 79	canancani@optim edhastanesi.com	ÇERKEZKÖY	
68	CANAN	COŞKUN	Hemşire	Ameliyathan e	541 863 26 76	canan.camci@hot mail.com		
69	Cansu	KARAMAN	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	545 809 23 09	cansukaraman@o ptimedhastanesi.c om	CUMHURİYET MAH.CANBAZLAR CAD.NO:40/4 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 543 / 763

70	Cavidan	EROĞLU	Yatan Hasta Danışman	Yatan Hasta Danışmanlar	535 046 76 95	cavidaneroglu@optimedhastanesi.com	GÜLÜÇ BELDESİ MERKEZ MAH. ERDEM YUVA 1 SK. G13 BLOK NO:2 İÇ KAPI NO:2 EREĞLİ/ZONGULDAK	
71	Cem	BEKTAŞ	Hemşire	Acil Servis	545 793 89 62	cembektas@optimedglobal.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. METİN SK. NO:4 İÇ KAPI NO:4 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
72	Cem	TEVMEİN	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	543 392 68 77	cemtevmen@optimedglobal.com	CUMHURİYET MAH. VATAN CAD. SANCAK APT. BLOK NO:46 İÇ KAPI NO:8 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
73	Cemalattin	KULALI	İSG Uzmanı	İş Sağlığı ve Güvenliği	532 678 39 01	kulaliyapi@hotmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.İZBUL SOK.NO:3-2/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
74	Cemile	ÇAM	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	55306551 87	camaycin12@gmail.com	FEVZİPAŞA MAH.GÜVENİŞ CAD.NO:73/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
75	Cemile	ÜÇTEPE	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	545 231 98 48	cemileuctepe@optimedglobal.com	İSMET PAŞA MAH. BÜLENT ECEVİT CAD. PALMIYE 3. BLOK NO:8A İÇ KAPI NO: 34 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
76	Cemre Nur	ŞENGÜL	Paramedik	Yetişkin Yoğun Bakım	534 589 59 48	cemrenursengul@optimedhastanesi.com	Bahçelievler Mah. Karacaoğlu Cad.A-2 blok No:2-1/126 Kapaklı Tekirdağ	
77	Ceren	CÜREBAL	Santral Görevlisi	Santral	54567242 38	cerencurebal@optimedhastanesi.com	GAZİ MUSTAFA KEMALPAŞA MAH. KARTAL SOK. NO:16/2-4 ÇERKEZKÖY	
78	Ceren	GÜRHAN	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	553 842 25 11	cerengurhan@optimedhastanesi.com	BAĞLIK MAH.ÇİMENLİ SOK.NO:4-1/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
79	Ceren	TEMİZKALP	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	545 223 61 19	cerentemizkalp@optimedglobal.com	KEMALPAŞA MAH. SİBRELİ SOK. NO:16/3 SARAY TEKİRDAĞ	
80	Ceren	TEZEL	Sağlık Memuru	Hemşirelik Hizmetler	542 712 73 00	cerentezel@optimedhastanesi.com	ORTACA MAH.5319.SOK.NO:5/2 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
81	Ceyda	ALTIN İYİK	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	543 228 41 48	ceydaaltinyik@optimedhastanesi.com	KÜÇÜKYONCALI MAH.KÜÇÜKYONCALI SOK.NO:680/1 SARAY/TEKİRDAĞ	
82	Ceylan	AKKAYA	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	539 375 89 57	ceylansavtekin70@gmail.com	gmkp mah. kahraman sok. konak apartmanı no:29/4/10 çerkezköy	
83	Çağla	İKE	Paramedik	Acil Servis	537 608 88 06	cagla.ike.52@gmail.com	FATİH MAH.FATİH MERKEZ KÜME EVLERİ NO:57 AYBASTI/ORDU	
84	Çilem	KADAŞMAN	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	543 226 25 29	clmkdsnm@gmail.com	YENİ MAH.İSTANBUL CAD.İLTER APT. BLOK NO:57/1 SARAY/TEKİRDAĞ	
85	Damla	ERSEÇKİN	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	541 833 88 16	damlabdyr1@icloud.com	VELİKÖY MAH. ATATÜRK 7.SK MEMİŞOĞLU APT. BLOK NO:5-7 İÇ KAPI NO:24 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
86	Damla	UYYSAL	Hemşire	Acil Servis	530 1316088	damlakaplan@optimedglobal.com	Optimed hastanesi	
87	Demet	ERSOY	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Hemşirelik Hizmetler	506 408 21 95	demetersoy@optimedhastanesi.com	ALİ PAŞA MAH.19 MAYIS CAD.F BLOK D:2 NO:10-12/5-2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

88	Demet	İŞLER	Yatan Hasta Danışman	Yatan Hasta Danışmanlar	545 462 38 81	demetsezen@optimedhastanesi.com	EDİRKÖY MAH.YENİBAĞLAR CAD.GÜRAY APT.NO:27 SARAY/TEKİRDAĞ
89	Demet	YAVUZ YİĞİT	Hasta Hakları Sorumlusu	Hasta Hakları	546 414 03 32	demetyavuziyigit@optimedhastanesi.com	İNÖNÜ MAH. 65.SK. A BLOK NO: 2A İÇ KAPI NO:3 KAPAKLI/TEKİRDAĞ
90	Derya	ZENGİN	Muhasebe Görevlisi	Genel Muhasebe	543 768 47 65	deryazengin@optimedhastanesi.com	Cumhuriyet Mah.cengiztopel cad. melisa sok.no:1 kozapark sitesi c blok d:65 çerkezköy tekirdağ
91	Dilan	KAHRAMAN	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	53521102 56	dilankahraman@optimedhastanesi.com	BÜYÜKYONCALI MERKEZ MAH. 1517.SOK. NO:27A SARAY/TEKİRDAĞ
92	Dilara	DEMİR Cİ	Hemşire	Kadın Doğum 1	535 072 61 07	dilarademirci@optimedhastanesi.com	KIZILPINAR ATATÜRK MAH.ÖZKUL SOK.NO:14/10 ÇERKEZKÖY
93	Dilara	TUNALI	Sağlık Memuru	Ameliyathane	541 481 09 18	dilaratunali20@gmail.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.TÜRKMEN SOK.ATT LOJ.SİTESİ NO:1/1-17 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
94	Dilay	ÇETİN	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	538 987 52 66	dilaycetin@optimedglobal.com	ÇAKILLI BELDESİ HÜRRİYET MAH.ÇINAR SOK.NO:12/2 VİZE/KIRKLARELİ
95	Dilek	BEDİRHAN	Hizmetli Personel	Destek Hizmetler	543 328 53 22	dilekbedirhan@optimedglobal.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. KARHRAMAN SK. NO:7 İÇ KAPI NO:3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
96	DİLEK	BOZ	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	543 636 05 28	dilekboz@optimedglobal.com	CUMHURİYET MAH. YAŞAR DOĞU CAD. BLOK NO 2/3 KAPAKLI
97	Dilek	KAYA	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	551 154 00 08	dilekkaya@optimedglobal.com	BAĞLIK MAH.SÖĞÜTLÜ SOK.NO:42/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
98	Döndü	DUMAN	Hemşire	Kadın Doğum 1	53250009 96	donduduman@optimedhastanesi.com	PAZARCIK MAH. SARAY CAD. NO:46 KAPI NO:1 SARAY/TEKİRDAĞ
99	Duhan Taha	ESEN	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	55515606 98	duhantahaesen@optimedglobal.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.ÇELEN SOK.ÇELEN APT.NO:2/7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
100	Ebru	TÜRKYİ LMAZ	Uyku Teknisyeni	Uyku Laboratuvarı	546 442 15 31	ebruturkiylmaz@optimedglobal.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH. ÇELEN SK. ÇELEN APT SİTESİ A BLOK NO:2 İÇ KAPI NO:21 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
101	Ebubekir	YALÇIN	Fizyoterapist	Fizik Tedavi	555 091 95 66	ebubekiryalcin@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH.CENGİZ TOPEL CAD.KUŞ BAHÇE KONAKLARI SİTESİ 1.ETAP BLOK NO:104B-1/25 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
102	Ece Nur	TOPÇU	Kalite Sorumlu Hemşiresi	Hemşirelik Hizmetler	555 646 29 14	ecenurtopcu@optimedhastanesi.com	İSTASYON MAH. CENGİZ TOPEL CAD. GÖNÜLLÜ SOK. GÖKKUŞAĞI EVLERİ 4-3 ÇERKEZKÖY-TEKİRDAĞ
103	Ecem Büşra	CABBAR	Paramedik	Yenidoğan Yoğun Bak.	541 521 71 36	ecembusracabbar@optimedhastanesi.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. SAKAOĞLU SK. UĞURLU APT. BLOK NO:8/20 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 545 / 763

104	Ecemnur	DİNÇER	Santral Görevlisi	Santral	543 936 61 79	ecemnurdincer@optimedhastanesi.com	İNÖNÜ MAH.ONUR SOK.MENEKŞE APT. BLOK NO:47-1/10 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
105	Eda	ÇİFÇİ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	53379704 84	edakalayci@optimedhastanesi.com	ATATÜRK MAH. RÜZGAR SOK. NO:5 D:6 TEKİRDAĞ KAPAKLI	
106	Egemen	ÇALIŞKAN	Hasta Kabul Sorumlusu	Hasta Kabul	554 866 29 81	egemencaliskan@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH.FATİH SULTAN MEHMET CAD.NO:10/1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
107	Elçin	ÇAKAN	Muhasebe Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	541 804 69 39	elcincakan@optimedhastanesi.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.BEYAZSU SOK.SAĞLIK APT.BLOK NO:10-15 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
108	Elif	ÇORAL	Arşiv Görevlisi	Arşiv	53123991 77	elifcoral@optimedhastanesi.com	ATATÜRK MAH. ÇEKEN CAD. NUR SK. NO.4 DAİRE.9 ÇİÇEK PARK KONUTLARI BEGONYA APT. KAPAKLI	
109	Elif	DERİN ŞEN	Santral Görevlisi	Santral	542 434 04 53	elif.derinn321@hotmail.com	yıldırım beyazıt mh. ceviz sk. b blok no18/24 k2 d6	
110	Elif	GÖKME N	İnsan Kaynakları Uzman Yard	İnsan Kaynakları	537 309 50 19	elif_g92@hotmail.com	KÜÇÜKYONCALI MAH.KÜÇÜK YONCALI SOK. SARAY/TEKİRDAĞ	
111	Elif	KESER	Faturalandırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	543 961 36 78	elifsari@optimedhastanesi.com	İstasyon Mahallesi Beşer Sokak No: 2/3 Ay yıldız sitesi D Blok Daire :18	
112	Elif	SEVER	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	537 696 65 45	elifutur@hotmail.com		
113	Elif Buse	DALKIRAN	Hemşire	KVC Yoğun Bakım	543 261 1780	elifbuseaydin17@icloud.com	FEVZİ PAŞA MAH.ELİF SOK. NO:3-5/17 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
114	Elifnur	AKÇUR	Hemşire	Ameliyathane	53757410 98	elifnurakcur@optimedglobal.com	G.M.K.P. MAH.BURÇ SOK.ECE VE MELİS APT.NO:2/17 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
115	ELİFSU	DEMİR	Hemşire	Acil Servis	55518536 42	elifsudemir@optimedglobal.com	GAZİ MUSTAFA KEMALPAŞA MAH. ATATÜRK CAD. ŞAHİN APT. NO. 116/2 D:2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
116	Elmas	DURAN	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	538 392 47 70	elmasduran@optimedglobal.com	FEVZİPAŞA MAH.AKMAN SOK.NO:18/6 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
117	Emel	IŞIK	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	545 725 10 02	emelors72@gmail.com	FEVZİPAŞA MAHALLESİ ŞEHİT MUHARREM YANAL SOK NO 4 KAT 2 ÇERKEZKÖY	
118	Emel	MANAV	Yatan Hasta Danışmanı	Radyoloji	538 773 19 00	emelmanav@optimedhastanesi.com	Pazarcık mah. Manolya sok. no:10 Saray/T.dağ	
119	Emine	ATEŞ	Hizmetli Personel	KVC Yoğun Bakım	531 236 74 14	emineatesturan1968@gmail.com	FEVZİPAŞA MAH.KULALAR SOK.NO:7/4 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
120	Emine	BİÇİCİ	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-1	530 928 88 07	eminebicici@optimedglobal.com	Büyükçavuşlu Mah. Tahtalı Sok.No:8/2 Silivri/İstanbul	
121	Emine	EREN	Laboratuvar Sor	Laboratuvar	534 774 46 66	emineeren046@gmail.com		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 546 / 763

122	Emine	USLU	Hizmetli Personel	Ameliyathan e	533 137 18 81	emineuslu@optim edglobal.com	İSTASYON MAH. ERSİN SK. FİLİZ APT. BLOK NO:5 İÇ KAPI NO:5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
123	Emine Hatun	GÜVEN	Hemşire	Cerrahi Servis-1	543 253 33 09	emineguven@opti medhastanesi.co m	FATİH MAH.TAMER SOK.NO:1/10 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
124	Erdem	GÜRBÜ Z	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	539 434 75 22	erdemgurbuz@opti medglobal.com	İNÖNÜ MAH. SARAY CAD. İSTANBUL APT. BLOK NO:59 İÇ KAPI NO:9 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
125	Erdi	KESKİN	Odyoloji Teknikeri	Odyoloji	545 495 05 00	erdikeskin@optim edhastanesi.com		
126	Esin	AYDEMİR	Faturalandırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	543 849 40 51	esinaydemir@opti medhastanesi.co m	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. YEŞİLLİK SOK. NO:6 İNFINİTY LİVİNG SİTESİ B BLOK K:4 D:20 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
127	Esin	OĞUZ	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	554 279 50 02	nilesin-59@hotmail.com		
128	Esin	ÖZKAN	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	533 162 99 59	esin.demirbas29@gmail.com	CUMHURİYET MAH. Zengin Cad. No 9/5	
129	Eslem	GÜLÜMSER	Anestezi Tekn.	Ameliyathan e	553 589 42 81	eslemglmsr@gmail.com	SEFAALAN MAH. 5316. SK. NO:10 İÇ KAPI NO:1 SARAY/TEKİRDAĞ	
130	Esra	BAŞKAYA	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	542 457 15 66	esrabaskaya@opti medhastanesi.co m	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. KAHRAMAN SOK. NO:32/11 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
131	Esra	ÇABUK	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	555 100 00 59	esraaykutt@gmail.com	G.M.K.P MH. SARIGÜL SK. APT NO:10 K:3 D:9 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
132	Esra	İŞIKLI	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	53401032 69	esra1arducoglu@gmail.com	G.M.K.P.MAH.KAHRAMAN SOK.NO:29/15 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
133	Esra	KARAYEL	Hemşire	Cerrahi Servis-2	534 833 33 52	esra291karayel@gmail.com	KADIKÖY MAH. KADIKÖY CAD. NO:146/1 SİLİVRİ/İSTANBUL	
134	Esra	KAŞKA	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	539 563 59 10	esrakaska98@hotmail.com	VELİMEŞE MAH. TOKİ SİTESİ C2 BLOK 9. Kat daire 40 ERGENE/TEKİRDAĞ	
135	Esra	OLGUN	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	545 966 17 41	esraolgun@optim edhastanesi.com	ATATÜRK MAH.OZAN SOK.NO:2-6 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
136	Ezgi	GÖNÜL	Hasta Hizmetleri Müdürü	Hasta Hizmetleri	537 687 64 32	ezgigonul@optime dhastanesi.com	GMKP Mah.Narin Cad. No:17/2 Greentown Sitesi C Blok D:24 Çerkezköy /TEKİRDAĞ	
137	Fadime	HAN	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	53867095 80	fadimehan@optim edglobal.com	FEVZİ PAŞA MAH. ŞÜKRÜAĞA SK. NO:12 D:8 ÇERKEZKÖY TEKİRDAĞ	
138	Fatma	BEKBAŞ	Hemşire	Cerrahi Servis-2	543 913 67 11	tutkun_3484@hotmail.com		
139	FATMA	ÇAKIR	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	538 947 05 48	fatmacakir@optim edglobal.com	ATATÜRK MAH. PANEL SK. BOLAT APT. BLOK NO:6 D:6 KAPAKLI TEKİRDAĞ	
140	Fatma	DEMİR POLAT	Hemşire	Kadın Doğum 1	552 268 58 39	fatmademirpolat25@gmail.com	Bahçelievler mah. Cemre sok no:6	

141	FATMA	GÖKKA YA	Hizmetli Personel	Ameliyathan e	542 481 12 59	fatmagokkaya@o ptimedglobal.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH.CEVİZ SOK. NO:14 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
142	FATMA	GÜNEY	Hizmetli Personel	Laboratuvar	533 501 95 87	fatmaguney898@ gmail.com	gop mah.konca sokak no:7 daire:10 çerkezköy	
143	Fatma	MERT	Hizmetli Personel	Dahiliye-2	541 768 20 81	fatmaturker5559@ gmail.com	YENİ MAH.ENDER SOK.NO:18A SARAY/TEKİRDAĞ	
144	Fatma	SEVER	Hizmetli Personel	Dahiliye-2	546 627 14 87	fatmasever@opti medglobal.com	BAĞLIK MAH.BAYDAR SOK.NO:6/7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
145	Fatma	YILMAZ	Hizmetli Personel	Kadın Doğum 2	552 405 93 76	fatmayilmaz@opti medhastanesi.co m	CUMHURİYET MAH.VATAN CAD.NO:105/7 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
146	Ferdi	POLAT	Laboratuv ar Tekn.	Laboratuvar	535 208 04 11	ferdipt25@gmail.c om	kızılıpınar gültepe mahallesi osmanlı caddesi no:20-22 kat:4 daire:16 çerkezköy/TEKİRDAĞ	
147	Feyza	DEMİR BAŞ	Hemşire	Kadın Doğum 2	531 890 91 99	Feyzazeynep05@ gmail.com	Bağlık mahallesi aşık veysel sokak turutkent konakları B6 blok k1 d6 Çerkezköy	
148	Feyzan ur	KÖKSA L	Efor Teknikeri	Efor	534 495 68 97	feyzanuraksoket @gmail.com	BAHÇELİEVLER MAH.İKİZLER SOK.GÜRSEL TOPKARA BLOK NO:4/3 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
149	Fikret	BOZDE MİR	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	541 382 90 50	fikretbozdemir@o ptimedhastanesi.c om	Bağlık mah. adatepe sok. no17 daire 6 çerkezköy /Tekirdağ	
150	Filiz	ALBAY RAK	Kalite Yöneticisi	Kalite	531 352 52 04	filizalbayrak@opti medhastanesi.co m	Hürriyet Mah. Çamlıbel Caddesi Kılıçoğlu Vizyon Konutları Kat.3 Daire 9 Çorlu Tekirdağ	
151	Fulden	POLAT	Hemşire	KVC Yoğun Bakım	53581577 30	fuldenpolat@opti medglobal.com	KIZILPINAR NAMIK KEMAL MAH MİLLET CAD. NO.1 ÇERKEZKÖY/TEKİRD	
152	Fulya	KIRAY	Ayaktan Hasta Danışman ı	Hasta Hizmetleri	541 717 09 21	fulyacaliskan@opt imedhastanesi.co m	AYASPAŞA MAH.KADİR USTA SOK.ERDOĞAN APT.NO:22 K:1 D:7 SARAY/TEKİRDAĞ	
153	Funda	MİSSE R	Hemşire	Kadın Doğum 1	54329781 40	fundamisser@gm ail.com	CUMHURİYET MAH.YAŞAR DOĞU CAD.HAS ACARLAR İNŞ.NO:46/10 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
154	Gamze	ATEŞ	Hemşire	Acil Servis	530 569 63 70	gamzeates@opti medglobal.com	GMKP MAH.ÖZTRAK CAD. DOĞRAMACI APT. ABLOK NO:2/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
155	Gamze	BEYAZ	Faturalan dırma Sorumlus u	Anlaşmalı Kurumlar	533 264 96 06	gamzebeyaz@opti medhastanesi.co m	Organize Emlak Kont. Manolya 3 daire: 38 Kapaklı / TEKİRDAĞ	
156	Gizem	AKMAN	Hizmetli Personel	Dahiliye-2	541 431 77 65	gizemakman@opti medglobal.com	ŞEYHSSİNAN MAH. ASKER SK. KARABAY BLOK NO:5 İÇ KAPI NO:5 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
157	Gizem	AKTÜR K	İdari Tıbbi Sekreter	İdari Tıbbi Sekreter	546 921 53 95	gizzemakturk@gm ail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. NARİN CADDESİ GREENTOWN PLUS SİTESİ A BLOK KAT:5 ÇERKEZKÖY	
158	Gizem	DANACI	Hemşire	Cerrahi Servis-2	543 368 08 80	gizemdanaci@opti medglobal.com	YILDIRIM BEYZIT MAH. BARBAROS CAD. NO:57 İÇ KAPI NO:3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 548 / 763

159	Gizem	GEYİK	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	546 215 88 06	gizm.ctk@gmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.KIYI SOK.NO:18/10 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
160	GİZEM	KARADENİZ	Santral Görevlisi	Santral	534 726 57 93	gizemkaradeniz@optimedhastanesi.com	BEYCİLER MAH. MUDANYA CAD.NO.4/1 SİLİVRİ/TEKİRDAĞ	
161	Gizem	NALBANT BAYRAKTAR	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	545 554 13 73	gizem.nalbannt@gmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. KOCATÜRK SOK. NO:5 D:6	
162	Gizem	NEBİLER	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	54655655 70	gzm_nblr@hotmail.com	PAZARCIK MAH.SARAY CAD.NO:46/2 SARAY/TEKİRDAĞ	
163	Gizem	ÜREY	Faturalandırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	546 290 79 26	gizemurey@optimedhastanesi.com	ATATÜRK MAH.FATİH SULTAN MEHMET CAD.ENVER BÜYÜKBÜCE BLOK NO:20/5 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
164	Gizem	YURDAKUL	İdari Tıbbi Sekreter	İdari Tıbbi Sekreter	530 158 92 68	giz_1997@outlook.com	GAZİ MUSTAFA KEMALPAŞA MAHALLESİ ÖZTRAK CADDESİ K:2 D:8 DIŞ KAPI NO:72 İDRİS HACI ŞİŞMAN APARTMANI ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
165	Gökçenur	AKKAYA	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	551 101 94 52	gokcenurakkaya@optimedhastanesi.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH. OĞUZHAN GENÇ SK. NO:8/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
166	Göknur	KARACA	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	54159877 46	goknurkaraca318@gmail.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.İŞLEK SOK.NO:5/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
167	Gönül	AYNAS	Hizmetli Personel	Kadın Doğum 1	542 198 46 73	gonulaynas@optimedglobal.com	BAĞLIK MAH.ADATEPE SOK.NO:2/4 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
168	Görkem	GÜRBÜZ	Hemşire	Dahiliye-2	54321159 05	gorkemgurbuz@optimedglobal.com	ATATÜRK MAH.AŞIKLAR SOK.NO:35/1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
169	Gözde	GENÇAY	Uyku Teknisyeni	Uyku Laboratuvarı	542 660 57 50	gozdegencay@optimedhastanesi.com	optimet hastanesi lojmanı/çelik1 apt. daire:10	
170	Gülay	ERDAĞ	Satın Alma Gör	Satın Alma	534 571 46 06	gulayerdag@optimedhastanesi.com		
171	Gülay	KOÇYİĞİT	Hizmetli Personel	Kadın Doğum 1	541 582 82 33	gulaykocyigit@optimedglobal.com	KARAAĞAÇ MAH. KARAÇİĞDEM SK. NO:4 İÇ KAPI NO:1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
172	Gülcan	CESUR	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	536 518 37 02	gulgancesur@optimedglobal.com	BÜYÜKYONCALI MERKEZ MAH. 1541. SK. NO:22 SARAY/TEKİRDAĞ	
173	Gülçin	ÖZTAŞ	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	552 679 34 04	gulcinoztas@optimedglobal.com	İSTASYON MAH. POYRAZ SK. KURTULUŞ SİTESİ B BLOK NO:8/2 İÇ KAPI NO:16 TEKİRDAĞ/ÇERKEZKÖY	
174	Güliden	ÇETİN	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-1	541 209 68 46	guldenc93@gmail.com	FATİH MAH. DEMİRHAN SK. ÇÖZÜM PARK EVLERİ SİTESİ D. BLOK NO:49 İÇ KAPI NO:38 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
175	Güliden	GÜNEŞ	Uluslararası Hasta	Hasta Hizmetleri	54680307 26	guldengunes@optimedhastanesi.com	HÜRRİYET MAH. BAŞMASLAK 1. SK. AÇEYLA	

			Hizmetleri Koor.				KONAKLARI A BLOK NO:7 D:2 ÇORLU TEKİRDAĞ	
176	Gülizar Elif	ÇABUK	Hemşire	Acil Servis	546 128 90 52	elifcabuk@optime dglobal.com	CUMHURİYET MAH. CENGİZ TOPEL CAD. TEPE EMLAK KONUTLARI A 13 D 30 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
177	Güllü	KESKİN	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	538 540 32 69		GAZİ OSMAN PAŞA MAH. GÖÇMENLER SK. NO:23 İÇ KAPI NO:1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
178	Gülsere n	ÖZTÜR K	Fizik Tedavi Teknis	Fizik Tedavi	538 204 02 66	gulserenozturk827 6@gmail.com		
179	Gülşah	KARAG ÖZ	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	542 219 07 29	glshkrz@icloud.c om	İSTASYON MAH. CENGİZ TOPEL CAD. NO:43 İÇ KAPI NO:1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
180	Gülşah	YAY	Faturalar dırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	543 644 89 96	gulsahyay@optim edhastanesi.com	İNÖNÜ MAH.ESKİ CAMİ CAD NO:31 KAT:4 DAİRE:17 KAPAKLI	
181	Gülten	AKSU	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	530 697 67 36	gultenaksu@optim edglobal.com		
182	Gülten	SAYDU T	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	Nöbetçi İşletme Yönetimi	505 028 04 32	gultensaydut@opti medhastanesi.co m		
183	Günnur	TOPAÇ	Hakediş Sorumlus u	Hakediş	543 406 68 94	gunnurtopac@opti medhastanesi.co m	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.GÜLİSTAN SOK.B BLOK NO:7-1 B BLOK D:33 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
184	Halil	YILMAZ	Hemşire	Anjio	531 958 51 70	halilyilmaz@optim edglobal.com	YENİMESÇİD MAH. ŞEYİT PİYADE ER HAKAN KORKMAZ CAD. NO:47 İÇ KAPI NO:1 KEŞAN/EDİRNE	
185	Halime	TARAK ÇI	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	541 918 40 96	halimetarakci@opt imedglobal.com		
186	Halime Elvan	İNAN	Muhaseb e Görevlisi	Genel Muhasebe	53873319 08	halimeelvaninan@ optimedhastanesi. com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH. SÜMBÜL SK. NO:3 İÇ KAPI:13 ÇERKEZKÖY TEKİRDAĞ	
187	Hamdiy e	ERTOĞ A	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	543 513 27 28	hamdiyeertoga@o ptimedglobal.com	Cumhuriyet mah.yaşar doğu cad.n0.37 gül apt. Daire.2 kat.1	
188	Harika	KILINÇ	Santral Görevlisi	Santral	546 598 18 38	harikakilinc@opti medhastanesi.co m	KIZILIPANR NAMIK KEMAL MAH. 43. SK. TAHA APT. BLOK NO:1/4 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
189	Harun	ÇABUK	Acil Tıp Teknisyen i	KVC Yoğun Bakım	543 728 88 51	haruncabuk@opti medhastanesi.co m	NUSRATİYE MAHALLESİ ERDAL İNÖNÜ CADDESİ AKEMLER SİTESİ NO:83 KAT:2 D:9 ÇORLU	
190	Hasan	COŞKU N	Sorumlu Hemşire	Ameliyathan e	541 586 85 04	hasancoskun@opt imedhastanesi.co m	Gazi Mustafa Kemal Paşa mah.Ardıç sokak . no 6 Korel Park sitesi A blok Kat 5 daire 24 ÇERKEZKÖY	
191	Hatice	GENÇA RSLAN	Hemşire	Dahiliye-1	534 855 76 48	haticegencarslan @optimedhastane si.com	KIŞLAKÖY KÖYÜ ECİKLER MEVKİ NO:30 BARTIN	
192	Hatice	KARAA SLAN	Hizmetli Personel	Dahiliye-1	541 305 37 54	haticekaraaslan55 @gmail.com		
193	Hatice	KESKİN	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Hizmetleri	507 440 10 32	haticekeskin@opti medglobal.com	FEVZİ PAŞA MAH. ŞİMŞİR SK. NO:22-24 İÇ KAPI NO:6 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 550 / 763

194	Hatice	YİRMİB EŞ	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	544 763 18 28	haticeyirmibes@optimedhastanesi.com	
195	Hatice Gülsemin	GÜLEÇ	Anestezi Tekn.	Yetişkin Yoğun Bakım	543 400 46 33	haticegulsemin@optimedglobal.com	NUSRATİYE MAH. KISMETAĞACI 3 ARALIK SK. B BLOK SİTESİ NO:3B/20 ÇORLU/TEKİRDAĞ
196	Hava	GEZER	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	533 433 90 29	Havagezer78@gmail.com	BAHÇELİEVLER MAH.GÜVERCİN SOK.FATMA ÜSTÜN BLOKNO:23/1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ
197	Havva	YÜCEL	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	543 484 50 27	havvayucel@optimedhastanesi.com	VELİKÖY MAH.VATAN CAD.NO:79/4 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
198	Hazal	KARAHAN	Hemşire	Dahiliye-2	53546573 55	hzlsskn99@hotmail.com	İSTASYON MAH.KORAY SOK.NO:7-9/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
199	HELİN	AYDIN	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	54655684 03	helinaydin@optimedglobal.com	ALİBEY MAH. TURGUT ÖZAL BULVARI CAMLIK APT. NO:18 SİLİVRİ
200	Hıdır	KÜLAHÇI	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	534 388 69 20	hidirkulahci@optimedglobal.com	İSTASYON MAH. DUYGU SOK. ÖZGÜR APT. BLOK NO:19-23 İÇ KAPI NO:27 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
201	Hilal	ÇİÇEK	Yatan Hasta Danışmanı	Acil Servis	53215115 59	hilalcicek@optimedglobal.com	İNÖNÜ MAH.77.SOK.ÇOBAN YILDIZI 3 BLOK NO:1/36 KAPAKLI/TEKİRDAĞ
202	Hilal	KESKİN	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	536 350 32 41	hilalbulut@optimedhastanesi.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAHALLESİ GÜLISTAN SOK İKİZ VADI EVLERİ ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
203	Hilal	SEVİNÇ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	541 957 55 03	hilalsevinc@optimedhastanesi.com	FATİH MAH.İNCİ SOK.NO:3/5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
204	Hilal	YEGİN	Anestezi Tekn.	Dahiliye-2	531 774 76 29	yeginhilal29@gmail.com	BAĞLIK MAH.PAPATYA SOK.NO:23-25/19 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
205	Himaye	TEMUR	Hizmetli Personel	Anjio	554 133 40 39	himayetemur@gmail.com	Gazi Osman Paşa mahallesi sezer sokak no:30 daire:5 çerkezköy tekirdağ
206	Hülya	KESKİN	Ebe	Kadın Doğum 2	50617789 34	hulyakeskin@optimedglobal.com	BAHÇELİEVLER MAH.AKKOYUN SOK.NO:30/3 KAPAKLI/TEKİRDAĞ
207	Hüseyin	DÜZENLİ	Hizmetli Personel	Ameliyathane	546 556 55 71	duzenlihusayin652@gmail.com	FEVZİ PAŞA MAH. BİNKİLİÇ SOK. NO:12 İÇ KAPI NO:12 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
208	İBRAHİM	APAYDIN	Hizmetli Personel	Ameliyathane	546 535 28 75	iapaydin30@gmail.com	Kapaklı cumhuriyet mah. No.10 kat. 4 daire .12
209	İlayda	KARANFİL	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	54320624 94	ilayda_karanfil@outlook.com	İSMETPAŞA MAH. BÜLENT ECEVİT CD. PALMİYE 1 BLOK NO:8C/5 KAPAKLI TEKİRDAĞ
210	İlke Ece	BAHAR	Hemşire	Ameliyathane	534 607 35 79	ilkececebahar@optimedglobal.com	KIZILPINAR ATATÜRK MAH. BAHAR CAD. MEHMET BAHAR APT. BLOK NO:32 İÇ KPI NO:2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ
211	İlknur	GAZEL	Hizmetli Personel	Kadın Doğum 1	541 919 76 32	ilknurgazel@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH. ŞEHİT ER BAYRAM GÜZEL SK. NO:6 KAT:1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 551 / 763

212	İlknur	GEDİK	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-2	530 946 27 55	ilknurgedik@optimedglobal.com	ATATÜRK MAH.AKSU SOK.ABDULLAH ONDER APT. BLOK NO:9/6 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
213	İlknur	GÜNEŞ Lİ	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	55117629 99	ilknurgunesli@optimedglobal.com	ATATÜRK MAH. ÇEKEN CAD.NUR SOK. NO.7 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
214	İpek	KISA	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	541 234 6659	kisaipek1@gmail.com	BÜYÜKYONCALI MERKEZ MAH.1543.SOK.NO:50/1 SARAY/TEKİRDAĞ	
215	İpek	ÖZCAN	Paramedik	Dahiliye-1	535 878 46 50	ipek.ozcan40@icloud.com	CUMHURİYET MAH.YENİ CAMİ CAD.RECEP BÜYÜKİKİZ-KÖYBAŞI İNŞAAT BLOK NO:35/7 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
216	İREM	BAYRAKTAR	Santral Görevlisi	Santral	54255794 98	irembayraktar@optimedhastanesi.com	BAĞLIK MAH. SAKSI SOK. NO 7/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
217	İrem	BOZAĞA	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	542 180 09 02	irembozaga@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH.MUHTAR ÇETİN DİLSİZ SOK.NURAY APT. BLOK NO:15/9 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
218	İrem	ÇİFTÇİ	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	545 360 2663	irem.iftci9@gmail.com	AYASPAŞA MAH.MERCAN SOK.SOYDAN APT. BLOK NO:6-8 SARAY/TEKİRDAĞ	
219	İrem Sude	KUTLU	Odyoloji Teknikeri	Odyoloji	54241092 62	iremsudekutlu@optimedhastanesi.com	ATATÜRK MAH. 192.SK. NO:2/2 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
220	İsmail	AKGÖR	Acil Tıp Teknisyeni	Yetişkin Yoğun Bakım	537 645 70 08	iso14497@gmail.com	KÜÇÜKŞAPÇI MAH.KÜÇÜKŞAPÇI SOK.NO:28 HAVRAN /BALİKESİR	
221	İsmail	KAYA	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	Nöbetçi İşletme Yönetimi	543 205 87 25	ismailkaya@optimedhastanesi.com	İNÖNÜ MAH.BÜLENT ECEVİT CAD.GÜNEŞ SİTESİ GÜNEŞ4 BLOK NO:2D/34 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
222	İzzet	ÖĞÜRCÜ	İnsan Kaynakları Uzman Yard	İnsan Kaynakları	544 972 06 54	izzetogurce@optimedhastanesi.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH. ŞİFA SK. NO:12 İÇ KAPI NO:9 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
223	K.Mine	ŞAHİN	İnsan Kaynakları Uzmanı	İnsan Kaynakları	531 280 39 90	minesahin@optimedhastanesi.com	Bahçelievler Mah.Halide Edip Adıvar Cad.Çimen Sok.No:11 Kat:2 Dr:6 Kapaklı/Tekirdağ	
224	Kader	BİÇİCİ	Paramedik	Yetişkin Yoğun Bakım	542 567 98 61	kaderbicici@optimedhastanesi.com	BÜYÜKÇAVUŞLU MAH.TAHTALI SOK.NO:8/4 SİLİVRİ/İSTANBUL	
225	Kader	ERÇİN	Hemşire	Ameliyathane	552 646 59 65	erkezkoy.kader.akm.59.akm@hotmail.com	Kızılıpınar Mahallesi Eren Caddesi No :144 D:3. Çerkezköy /Tekirdağ	
226	Kader	SALCIOĞLU	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	538 847 63 19	kadersalcioğlu@gmail.com	Kemalpaşa Mahallesi menekşe sokak no 16 daire 4 Tekirdağ/saray	
227	KADER	TOPÇU	Kardiyoloji / KVC Koordinatörü	Hasta Hizmetleri	530 445 47 11	kadertopcu@optimedhastanesi.com	ŞEHİRCAN MAH. ŞEHİR İRFAN ATASAYAR SOK. TEKİN APT. NO:20/9 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
228	Kadir	ETİ	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	539 488 10 59	kadireti@optimedhastanesi.com	SAĞLIK MAH.MEHMETÇİK SOK.NO:18/2 ERGENE/TEKİRDAĞ	

229	Kahraman	TÜRKMEN	Kurumsal İletişim Uzm.	Kurumsal İletişim ve Paz.	5413191881	kahramanturkmen@optimedhastanesi.com	RUMELİ MAH. GENÇLİK CD. HACIHAFAZOĞLU APT. BLOK NO:10/1 ÇORLU TEKİRDAĞ	
230	Kansu	UÇAROĞLU	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	538 500 56 08	kansuucaroglu@optimedhastanesi.com	AYASPAŞA MAH. PAZAR SK. YONCA APT. BLOK NO:5/1 SARAY/TEKİRDAĞ	
231	KARTAL KAAAN	BEKGÖZ	Hemşire	Ameliyathane	543 819 44 20	unutulmaz__59@hotmail.com	Fatih mah sehittogmen akın akın CAD 11/17Ialezar konaklari c/blok kat4 daire:7 Çerkezköy /Tekirdağ il	
232	Kemal	YILDIRIM	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	533 023 43 75	kemalyildirim@optimedhastanesi.com	BOZOBA MAH. YASEMİN SOK. NO:1-3 BÜYÜKYONCALI/SARAY/TEKİRDAĞ	
233	Kerime	GENÇ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	5438298296	kerimegenc@optimedhastanesi.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH. EYLEM SOK. HUZUR SİTESİ A8 BLOK NO:5/19 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
234	Kubilay	DANYELİ	Hemşire	Nöbetçi İşletme Yönetimi	5452264171	kubilaydanyeli@optimedhastanesi.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH. SAYAR SOK. ÇINAR APT. NO:21/6 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
235	Kübra	AKSU	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	543 941 95 14	kubraaksu@optimedhastanesi.com	VERAŞ MAH.UZUNKÖPRÜ CAD.NO:20/2 HAVSA/EDİRNE	
236	Kübra	BABAN	Anestezi Tekn.	Kadın Doğum 1	531 951 78 22	kubrababan@optimedhastanesi.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.RAVALI SOK.NO:10 IRMAK APT. D:7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
237	Kübra	BAYRAM	Hakediş Elemanı	Hakediş	545 243 18 96	kubrabayram@optimedhastanesi.com	BÜYÜKYONCALI MAHALLESİ SARAY/TEKİRDAĞ	
238	Kübra	KOCA	Santral Görevlisi	Santral	531 498 49 23	kubrakoca@optimedhastanesi.com	İSTASYON MAH.BELEN SOK.NO:16-18/22 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
239	Kübra	YOLBİR	Sağlık Memuru	Ameliyathane	531 285 32 31	kubra.senses3434@gmail.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH.NAMIK KEMAL BUL.NO:86-88/11 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
240	Kübranur	ERDİL	Fizik Tedavi Teknik	Fizik Tedavi	530 514 18 46	kubranur_erglu@hotmail.com		
241	Levent	DEMİR	Hizmetli Personel	Destek Hizmetler	551 093 30 51	leventdemir@optimedglobal.com	BAĞLIK MAH. DERE KARŞISI SK. NO:65 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
242	Mahbule	GEZİCİ	Hizmetli Personel	Dahiliye-1	539 592 43 11	mahbulegezici@optimedglobal.com	BAĞLIK MAH.GÜNEŞLİ SOK.NO:9/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
243	Medine	BAYRAK	Uyku Teknisyeni	Uyku Laboratuvarı	538 214 37 15	medinebayrak@optimedglobal.com	Bahçelievler Mah Faruk Ilgaz Cad Necip Fazıl Sok.No:22 Kapaklı	
244	Mehmet	BOYRAZ	Muhasebe Görevlisi	Genel Muhasebe	530 099 04 77	mehmetboyraz@optimedhastanesi.com	İNÖNÜ MAH. KIZILIRMAK SK. NO:21 İÇ KAPI NO:3 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
245	Mehmet	ÇOLAK	Kurumsal İletişim Uzm.	Kurumsal İletişim ve Paz.	539 453 35 41	mehmetcolak@optimedhastanesi.com	KEMALPAŞA MAH. LOJMAN SK. GÖNÜL APT. BLOK NO:41 İÇ KAPI NO:3 SARAY/TEKİRDAĞ	

246	Mehmet Ali	BOYLU	Bilgi İşlem Gör	Bilgi İşlem	534 341 49 96	mehmetaliboylu@optimedhastanesi.com	ATATÜRK MAH.KİRAZ SOK.NO:10-12 DAİRE:16 DADAŞOĞLU APARTMANI KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
247	Melek	ALTUNİ ŞIK UZ	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	535 965 37 67	melekan31@gmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.METİN SOK.NO:9/10 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
248	Melek	ÜNLÜ TAN	İnsan Kaynaklar Yöneticisi	İnsan Kaynakları	544 208 80 99	ik@optimedhastanesi.com	İNÖNÜ MAH 77 SOK SAMANYOLU SİT NO:4/32 YILDIZKENT-KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
249	Melike	AKMAN	Hemşire	Kadın Doğum 2	506 096 55 82	404melek868@gmail.com	PAZARCIK MAH. ONAT SK. NO:8 İÇ KAPI NO:6 SARAY/TEKİRDAĞ	
250	Melike	SARIG ÖL	Hemşire	Cerrahi Servis-1	538 619 75 24	melikesarigol@optimedglobal.com	KIZILPINAR NAMIK KEMAL MAH. KILAVUZ SK. NO:3/5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
251	Meltem	KARAK AN	Hizmetli Personel	Yenidoğan Yoğun Bak.	541 718 82 57	meltemkarakan@optimedhastanesi.com	BAĞLIK MAH.İRMAK SOK.NO:15/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
252	Menekşe	KAYA	Faturalandırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	546 623 87 07	meneksekaya@optimedhastanesi.com	BOZOBA MAH.2964.SOK.NO:17/1 SARAY/TEKİRDAĞ	
253	Meral	KOŞAR	Hizmetli Personel	Yenidoğan Yoğun Bak.	538 453 40 44	meralkosar@optimedhastanesi.com	Mustafa Kemal Paşa Mahallesi Karanfil Sokak No 23 Daire 8	
254	Mertkan	BULUT	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	55338202 20	mertkanbulut@gmail.com	AHMETPAŞA MAH. CİVAN MEŞE CAD. NO:28 MALKARA/TEKİRDAĞ	
255	Merve	ATEŞ	Hemşire	Kadın Doğum 1	531 887 02 77	merveates@optimedglobal.com	VELİKÖY MAH. SANAYİ (ORHANGAZİ)BUL. NO:28 İÇ KAPI NO:1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
256	Merve	ÇAKIR	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	545 672 59 28	mervebayazt3@gmail.com		
257	Merve	ÇÖL	Paramedik	Acil Servis	553 528 14 12	paramedik2291@gmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. ÖZTRAK CADDESİ ÜNSAL APARTMANI NO:141 K:4 D:8 ÇERKEZKÖY	
258	Merve	MISIRLI	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	545 319 23 17	temelmerve83@gmail.com	İSTASYON MAH.SENCAR SOK.NO:2-4/7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
259	Merve Nur	YAVUZ	Yatan Hasta Danışmanı	Yatan Hasta Danışmanlar	530 102 09 56	mervenuryavuz@optimedhastanesi.com	ATATÜRK MAH. İSTİKLALA CAD. KEREM SOK. NO 12/10	
260	Mervenur	BAŞER	Hemşire	Acil Servis	545 410 93 96	mervenurbaser@optimedglobal.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH. AYTAÇ SOK. 4-6 2 KARTAL APT. NO.8 ÇERK	
261	Meryem	ANLAŞ	Yatan Hasta Danışmanı	Cerrahi Servis-2	535 690 77 19	a.e.m._2016@hotmail.com	İSTASYON MAH.CENGİZ TOPEL CAD.B1 BLOK NO:5-7-3/26 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
262	Meryem	ÇETİNTÜRK	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-1	542 458 78 10		KIZILPINAR ATATÜRK MAH. YARAN SK. NO:11/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
263	Meryem	YALÇIN	Anestezi Tekn.	Cerrahi Servis-2	552 235 45 24	meryemyalcin59@outlook.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.ÇORBACI SOK.NO:11	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 554 / 763

							KAT:4 DAİRE:7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
264	Mesut	ÖZDEMİR	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	541 373 48 58	mesutozdemir@optimedhastanesi.com	Atatürk mahallesi Nasrettin hoca caddesi melek ceren sokak no :16/2 Kapaklı/TEKİRDAĞ	
265	Metin	Çakmak	Bilgi İşlem Gör	Bilgi İşlem	546 470 77 22	metincakmak@optimedhastanesi.com		
266	Metin	DEMİR TAŞ	Kurumsal İletişim Uzm.	Kurumsal İletişim ve Paz.	535 560 38 65	metindemirtas@optimedhastanesi.com	cumhuriyet mah. tepe emlak konutları A:3 blok D:25 Çerkezköy	
267	Metin	ŞİMŞEK	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	537 686 96 54	metinsimsek@optimedglobal.com	CUMHURİYET MAH.ŞEN SOK.ŞENDOĞAN GÜRSOY BLOK NO:12/4 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
268	Mevlüt	TOPUZ OĞLU	Hizmetli Personel	Acil Servis	50612076 83	mevluttopuzoglu@optimedglobal.com	Atatürk Mah.Şumnu 1.Sok.Niyapı İnş. Blok no:10/5 Kapaklı/Tekirdağ	
269	Mihriban	DOĞAN	Yatan Hasta Danışmanı	Radyoloji	536 939 13 60	mihriban-mb88@hotmail.com	gazi mustafa kemal paşa mahallesi, kuru sokuk No: 3/1 Kat: 3 Çerkezköy/Tekirdağ	
270	Mine	ARICAN	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	541 833 19 28	mine1206@outlook.com	CUMHURİYET MAH.DUYGU SOK.NO:8/1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
271	Mine	KESKİN	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-2	536 446 74 58	minekeskin@optimedglobal.com	FATİH MAH.AYDOĞDU SOK.NO:20-1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
272	Mine	YANIK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	539 219 85 68	mineyanik@optimedglobal.com	fevzi paşa mahallesi demet sokak tugba apartmanı no 5 kat 2 tekirdağ çerkezköy	
273	MİNEL	ŞAHİN	Fizyoterapist	Fizik Tedavi	53308634 41	minelsahin@optimedhastanesi.com	PAZARCIK MAH. SARAY CAD. NO:50 KAPI NO:2 SARAY/TEKİRDAĞ	
274	Minel	YILMAZ	Santral Görevlisi	Santral	53885166 40	minelyilmaz@optimedhastanesi.com	YANIKAĞIL MAH. YANIKAĞIL SOK. NO:221/1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
275	Miraç Nur	KARATEPE	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	541 840 88 47	miracnurkaratepe@optimedglobal.com	FEVZIPAŞA MAH. NAMIK KEMAL BULVARI NO:127/129 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
276	Muhammed	OYLUM	Hemşire	Dahiliye-2	545 427 67 74	oylum202@gmail.com	KARADON MAH. AKIN SK. TTK EVİ BLOK NO:8 KİLİMLİ/ZONGULDAK	
277	Muhammet Tarık	KORKUT	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	537 503 10 15	mtk5919@gmail.com	Kemalettin Mahallesi Kırkova Caddesi Onur Apartmanı No 9-11 Kat 3 Daire No 12 Çorlu/Tekirdağ	
278	Murat	ALTUNTUR	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	546 415 31 67	begum.buket12@gmail.com	CUMHURİYET MAH.MİTHAT PAŞA CAD.PALAS APT.NO:21/23 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
279	Mustafa	KIRCA	Hemşire	Cerrahi Servis-1	545 586 52 24	mustafakirca@optimedhastanesi.com	VELİKÖY MAH.SANAYİ(ORHANGAZİ)CAD. ABLOK NO:12/3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
280	Mustafa	ÖREN	Hemşire	Acil Servis	539 639 70 55	mustafaoren@optimedglobal.com	MESCİTLİ MAH. DİBECİK SK. NO:43 TERME/SAMSUN	
281	Müjgan	SAYGI	Fizyoterapist	Fizik Tedavi	505 903 18 86	mujgansaygi@optimedhastanesi.com		

282	Mürvet	DEMİR KOL	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	545 669 81 18	murvetdemirkol@optimedglobal.com	VELİMEŞE MAH. DEMİRKOL SK. NO:4 İÇ KAPI NO:1 ERGENE/TEKİRDAĞ	
283	MÜZEY YEN	KURŞUN	Hizmetli Personel	Dahiliye-1	538 522 98 73	m.kursun59@gmail.com	Organize emlak konutlari ladin 4 daire 28	
284	NACİYE	KÖSEOĞLU	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	536 825 10 25	naciyekoseoglu@optimedglobal.com	Bağlık mh. ada tepe sk.Teyfik fikret cad.No:19 D:2 kat:1	
285	Nazlı	DURSU N	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	543 292 75 57	nazli-dursun@hotmail.com	kızılpınar mah. 26. sokak no:17	
286	Nazmiye	SARI	Hizmetli Personel	Dahiliye-2	541 452 22 87	nazmiyesari6059@gmail.com	BAĞLIK MAH.TARLA SOK.NO:23/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
287	Nebahat Kübra	GÖNÜL TAŞ	Sorumlu Hemşire	Dahiliye-1	546 226 16 75	kubragonultas3@gmail.com	Fevzi paşa mahallesi memur sokak Kazım Güler apt. No: 40 kat:4 daire:17 Çerkezköy/Tekirdağ	
288	Necle	KESİM	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	535 826 78 57	necla.kesim@hotmail.com	AYASPAŞA MAH.YILDIZ AYHAN SOK.NO:5 D:1 SARAY/TEKİRDAĞ	
289	Nejla	POLAT	Hemşire	Cerrahi Servis-1	542 282 74 13	nejlapolat@optimedglobal.com		
290	Nermin	ÜLGER	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	541 300 04 10	nermingebes@gmail.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH. KAPTAN SOK NO :4D:8	
291	Nesim	ŞAYLIĞ	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	537 785 66 24	nesimsaylig@optimedhastanesi.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. KOSVALI SOK. NO:53/15 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
292	Neslihan	BEK	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	545 310 41 02	neslihanavci5@gmail.com	G.O.P.M GÜVENİŞ CAD. NO 33/35 KAT 3 D:11 ÇERKEZKÖY	
293	NESLİHAN	DURMUŞOĞLU	Yatan Hasta Danışman	Cerrahi Servis-1	505 903 65 39	neslihandurmusoglu@optimedhastanesi.com	G.m.k.p mah. Azcanlar sokak azcan apt. 1 no 11 k 5 d20	
294	NESLİŞAH	CANER	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	544 591 56 02	neslisahozen@outlook.com	İnönü mahallesi ortanca sokak Garden city evleri A blok kat:6 daire:23 Kapaklı / Tekirdağ	
295	NEŞE	DALKIÇ	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	541 948 63 33	nese5959@outlook.com.tr	İSTASYON MAH. MEHMET HİKMET UĞRAŞ CAD. KÖROĞLU SİTESİ D BLOK NO:63D ÇERKEZKÖY	
296	NEŞE	SAÇAR	Uluslararası Hasta Hizmetleri Koor.	Hasta İlişkileri	53424679 34	nesesacar@optimedhospital.com	FEVZİPAŞA MAH. KULALI SOK. NO:11-13/17 ÇERKEZKÖY	
297	Nevin	YALGI	Hizmetli Personel	Yetişkin Yoğun Bakım	530 643 63 72	nevinyalgi@optimedglobal.com	FATİH MAH.ANAFARTALAR SOK.B BLOK NO:51-53/16 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
298	Nilgün	KARABIYIK	Sorumlu Hemşire	Dahiliye-2	532 485 73 08	nilgunkarabiyik@optimedhastanesi.com	GMKP MAH. 19 MAYIS CAD. NO:6 SUNRISE PARK EVLERİ K:2 DAİRE:11 ÇERKEZKÖY	
299	Nurcan	KARABIYIK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	53732196 59	ahmet.mirac.karabiyik@gmail.com	cumhuriyet mah.öğretmen celil özen sok.no 6 daire 7 kapaklı tekirdağ	

300	Nurcan	ÜLKER	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	5550780636	nurcanulker36@gmail.com	FEVZİ PAŞA MAH. NAMIK KEMAL BUL. NO:181-183/18 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
301	Nurgül	POLAT	Sağlık Memuru	Ameliyathane	553 982 53 86	nurgulorhan4747@gmail.com	KIZILPINAR ATATÜRK MAH.BAĞAR CAD.NO:19/5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
302	Nurnilay	SÜRÜCÜ	Anestezi Tekn.	Dahiliye-1	545 683 30 37	nurnilaysurucu814@gmail.com	CAMİ ATIK MAH.NİAZİ ERKİREZ SOK.ESNAF EVLERİ A BLOKNO:13-1/8 MALKARA/TEKİRDAĞ	
303	Nursed a	KARADİŞ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	5421565967	sedakaymaz@my.net.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.GÜVENİŞ CAD.NO:29 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
304	Oğuzhan	BENLİ	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	542 315 96 64	oguzzhanbenli@gmail.com	FEVZİPAŞA MAH.MURAT SOK.EV NUR 2 APT. BLOK NO:4-6/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
305	Ömer	NUSEL	Paramedik	Yetişkin Yoğun Bakım	539 647 27 01	omernusel@optimedhastanesi.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.UĞUR MUMCU CAD.NUSEL APT.BLOK NO:34/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
306	ÖMER	TATAR	Hizmetli Personel	Acil Servis	538 379 37 32	omertatar@optimedglobal.com	sayalar mah. hacı ömer cad. DV7YP71C BLOK NO:11/1 SİLİVRİ/İSTANBUL	
307	Ömer Burak	ACAY	Uluslararası Hasta Hizmetleri Koor.	Hasta Hizmetleri	546 840 37 14	omerburakacay@optimedhastanesi.com	Fevzipaşa Mah. Güveniş Cad. No: 43 D:2 Çerkezköy Tekirdağ	
308	Özden	EGE	Ebe	Kadın Doğum 2	542 435 31 74	ozden_temizkalp@hotmail.com	Yeni mah. Rüzgar sok. No:8 D:4 Saray	
309	Özden	ENGİN	Yatan Hasta Danışmanı	Yatan Hasta Danışmanlar	545 611 59 31	ozdensevim@optimedhastanesi.com	AYASPAŞA MAH.ŞİRİN SOK.NO:3/4 SARAY/TEKİRDAĞ	
310	Özge	ÖZÇELİK	Hemşire	Kadın Doğum 2	543 829 83 55		BÜYÜKYONCALI MERKEZ MAH. 1543. SK. NO:51 İÇ KAPI NO:4 SARAY/TEKİRDAĞ	
311	Özge	SATILMIŞ	Yatan Hasta Danışmanı	Dahiliye-1	539 883 54 25	ozgesatilmis@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH.2615.SOK.NO:13/2 SARAY/TEKİRDAĞ	
312	Özgür	GÜNER	Fizyoterapist	Fizik Tedavi	539 726 25 05	ozgurguner@optimedhastanesi.com		
313	ÖZLEM	AKÇAM	Hizmetli Personel	Fizik Tedavi	553 682 65 08	ozlemakcam@optimedhastanesi.com	Fevzipaşa mahallesi Günaylar sok no:24 Çerkezköy/Tekirdağ	
314	Özlem	ŞAHİN	Hemşire	Acil Servis	545 446 67 37	ozlemsahin@optimedglobal.com	BAĞLIK MH. SÖĞÜTLÜ SK. NP:36 K:1D:1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
315	Özlem Esra	ŞAHİN	Hemşire	Cerrahi Servis-2	545 604 10 75	ozlemesraakann@gmail.com	FATİH MAH.AYDOĞDU SOK. NO:26 A BLOK KAT:1 DAİRE:2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
316	Özler	DEMİR TAŞ	Santral Görevlisi	Santral	544 821 82 34	zlerakgl19@gmail.com	KEMALPAŞA MAH.SİBRELİ SOK.NO:4-8/2 SARAY/TEKİRDAĞ	
317	Öznur	AKBAL	Bordro ve Özlük	İnsan Kaynakları	537 736 85 38	oznurakbal@optimedhastanesi.com	BAĞLIK MAH. TARLA SK. NO:17-19/2 ÇERKEZKÖY TEKİRDAĞ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 557 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

			İşleri Uzmanı					
318	Öznur	HATİ	Santral Görevlisi	Santral	553 665 00 75	oznurhati@optimedhastanesi.com	İSMETPAŞA MAH. 46.SK DEFNE 2 BLOK NO:4B İÇ KAPI NO:31 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
319	Öznur	YEŞİLYURT	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	545 629 76 74	oznuriesilyurt@optimedhastanesi.com	İNÖNÜ MAHÇ ESKİ CAMİ CAD. NO:7 D:6 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
320	Pelin	KARLI	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	545 862 33 18	pelinkarli@optimedglobal.com	KARLI MAH. ESKİÇEŞMELER CAD. NO:34 İÇ KAPI NO:2 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
321	Pelin	ÜREN	Hemşire	Cerrahi Servis-1	543 740 15 53	pellinuren@gmail.com	BOZOBA MAH. 2938 SK. NO:29 SARAY/TEKİRDAĞ	
322	PINAR	CEYLAN	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanları	55292486 88	pinarceylan@optimedglobal.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH. ÖZER SK. DUYGU APT. N.5/3 ÇERKEZKÖY	
323	Pınar	TONBUL	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	54152059 60	pinartombul@optimedglobal.com	GAZİ OSMANPAŞA MAH. SAYAR SK. NO:21 KAT:2/7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
324	Rabia	KARAKOÇ	Paramedik	Acil Servis	54444886 03	rabiakarakoc@optimedhastanesi.com	Hürriyet Mahallesi, çamlıbel caddesi,no:19 kılıçoğlu vizyon konutları 4.D blok daire:29 çorlu/tekirdağ	
325	Rabia Eslem	ŞENER	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Hizmetleri	53087356 26	rabiaeslemsener@optimedglobal.com	KEMALPAŞA MAH. GÜLDEN SOK. TAŞKIN APT. NO.37/11 SARAY/TEKİRDAĞ	
326	Rahime	KIRMIZI	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	538 311 09 76	rahimekirmizi@optimedglobal.com	GAZİ OSMANPAŞA MAH. ÇORBACI SOK. NO:16-18 KAT 2 ÇERKEZKÖY	
327	Ramazan	ALTUNAY	Hizmetli Personel	Destek Hizmetler	53191030 87	ramazanaltunay@optimedglobal.com	KIZILPINAR ATATÜRK MAH. HÜRRIYET CAD. ÖZ APT. NO:27/7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
328	Ramazan	ÇAĞLAR	Depo Görevlisi	Lojistik / Depo	551 943 77 64	ramazancaglar@optimedglobal.com	BAĞLIK MAH. MAHMUTBEY SK. NO:8 İÇ KAPI NO:5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
329	Recep	ARSLAN	Hemşire	Dahiliye-1	553 276 84 21	arslanrecep8421@gmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.KOSVALI SOK.NO:41/5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
330	Rıdvan	KURTULUŞ	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	542 305 13 90	kurtulusridvan03@gmail.com		
331	Rukiye	ÖZTÜRK	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-2	535 502 59 26	rukiyeozturk@optimedhastanesi.com	FATİH MAH.AYDOĞDU SOK. B BLOK NO:26B/17 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
332	Sabriye	ZİYA	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-2	53594385 03	sabriyeziya@optimedglobal.com	İNÖNÜ MAH. 65. SOK. D BLOK. NO: 2D/37 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
333	Sadegül	DURAN	Hizmetli Personel	Destek Hizmetler	53940396 49	sadegulduran@optimedglobal.com	FATİH MAH.SELİM SOK.KUTLU APT.NO:4/5 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
334	SAMİ	AĞIRTMAÇ	Depo Görevlisi	Lojistik / Depo	53329668 87	samiagirtmac@optimedglobal.com	İSTASYON MAH. BILDIRCIN SOK. NO:10/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
335	Sanem	BÜYÜKBAŞ	Santral Görevlisi	Santral	537 459 54 47	sanembuyukbas@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH. YAŞAR DOĞU CAD. NO:44 İÇ KAPI NO:8 KAPKLI/TEKİRDAĞ	
336	Sebile	KARA	Hizmetli Personel	Kadın Doğum 2	545 839 26 81	sebilebasak@optimedhastanesi.com	Büyük Çavuşlu mah.İstanbul cad. no 68 d 1 Silivri İstanbul	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 558 / 763

337	Seda	BEŞER	Anestezi Tekn.	Yetişkin Yoğun Bakım	544 474 62 69	sedabeser@optimedhastanesi.com	HACISUNGUR MAH. KOZLUK CAD. 0 BLOK NO:13 MALKARA/TEKİRDAĞ	
338	Seda	YAŞAR	Ayaktan Hasta Danışman I	Ayaktan Hasta Danışmanlar I	505 207 29 38	sedabedir84@gmail.com	ATATÜRK MAH.GAZİ SOK.KADRI ETİ BLOK NO:2-1/4 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
339	Sedef	ÖZCAN	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	536 825 18 34	sedef.ozcan@icloud.com	BAĞLIK MAH.BAYDAR SOK.NO:1-3/21 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
340	Sedef	SEZGİN	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	544 530 85 70	goncusedef@gmail.com	AKSAZ KÖYÜ AKSAZ MÜCAVİR MEVKİİ AKSAZMÜCAVİR KÜME EVLERİ NO:175A İÇ KAPI NO:A BIGA/ÇANAKKALE	
341	Seher	ÇAVUŞ	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Hizmetleri	534 984 36 20	sehercavus@optimedglobal.com	YENİ MAH.GÜNEŞ CAD. NO:9/4 SARAYA/TEKİRDAĞ	
342	SEHER	DAŞDEMİR	Hemşire	Acil Servis	54649713 01	seherdasdemir@optimedglobal.com	AYASPAŞA MAH. KASIRGA SOK. NO.12 D.4 SARAY/TEKİRDAĞ	
343	Seher	ELİBOL	Sorumlu Hemşire	Kadın Doğum 2	532 161 03 07	seherelibol@optimed.com.tr	Fatih mahallesi Kardelen sitesi B blok Daire 5.Çerkezköy	
344	Seher	ŞAHİN	Sorumlu Hemşire	Cerrahi Servis-2	542 497 99 79	sehersahin@optimedhastanesi.com		
345	Selen Nur	ERKLİ	Ayaktan Hasta Danışman I	Ayaktan Hasta Danışmanlar I	546 741 85 98	selennurekli@optimedglobal.com	KÜÇÜKYONCALI MAH. 5124 SK. NO:29 İÇ KAPI NO:1 SARAY/TEKİRDAĞ	
346	SELİME	ŞENEL	Hizmetli Personel	Dahiliye-1	545 956 21 38	selimecengiz.senel@gmail.com	G.O.P Mah. Efendioğlu Sok. NO.8 Çerkezköy	
347	Selin	KUBAT	Hemşire	Hemşirelik Hizmetler	545 231 57 39	selinkubat@optimedglobal.com	KIZILPINAR NAMIK KEMAL MAH. ÜLKÜ SK. NO:2 İÇ KAPI NO:2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
348	Selma	ATEŞ	Muhasebe Sorumlusu	Genel Muhasebe	506 645 67 09	selmaates@optimedhastanesi.com	G.O.P. Mah. Küpdere sok. No:8 Kat:2 D:5 Çerkezköy / Tekirdağ	
349	SELMA	ÇALAK	Aşçı Yard.	Yiyecek / İçecek	531 355 68 36	selmacalak@optimedglobal.com		
350	Sema Nur	İNAL	Paramedik	Acil Servis	54150222 57	semanurinal@optimedglobal.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH.SEREN SOK.HUZUR SİTESİ A BLOK NO:2/19 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
351	SEMANUR	ÇELİK	Ebe	Kadın Doğum 2	53605729 50	semanurcelik@optimedglobal.com	İSTASYON MAH ÜRÜNDÜL SOK. NO:12/14 D 21 ÇERKEZKÖY	
352	Semanur	SEVİNDİK	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	53468722 20	semanursevindik@optimedhastanesi.com	BAHÇELİEVLER MAH. HALİDE EDİP ADIVAR CAD. NO:28/20 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
353	Semiha	ER	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	55118399 09	semihaer@optimedglobal.com	CUMHURİYET MAH. DİDEM SK. NO:10/1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
354	Sena	BAŞARAN	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	535 394 95 79	senabasaran@optimedglobal.com	ÇAKILLI BELDESİ HÜRRİYET MAH. KIRAZ SK. NO:11 VİZE/KIRKLARELİ	
355	Sena	YERBASAN	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	546 880 82 71	senayerbasan@optimedglobal.com	YENİ MAH. MİLLET CAD. NO:59 İÇ KAPI NO:4 SARAY/TEKİRDAĞ	

356	Senanur	UÇAR	Basın Yayın Sorumlusu	Halkla İlişkiler	5369831171	senanurucar@optimedhastanesi.com	CUMHURİYET MAH.2.ÇALIŞIR SOK.ÇALIŞIR BLK NO:3/5 ÜSKÜDAR/İSTANBUL	
357	Senay	TOKGÖZ	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	543 934 34 45	senaytokgoz@optimedhastanesi.com	FEVZİPAŞA MAH. TÜTÜNCÜ SOK. NO:13 İÇ KAPI NO:2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
358	Senem	HİSAR	Santral Görevlisi	Santral	545 326 36 52	senemhisar@optimedhastanesi.com	Pazarcık mahallesi, Ayvacık caddesi, no:60 Tekirdağ/Saray	
359	Serdar	BİDER	Depo Görevlisi	Lojistik / Depo	531 393 87 56	serdarbider@optimedglobal.com	İSTASTON MAH. CENGİZ TOPLE CAD. OZ HUZUR KONAKLARI A1 BLOK NO:5-7/1 İÇ KN:19 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
360	SERDAR	ÜNAL	Hemşire	Anjio	544 503 45 32	sda_srdr-14@hotmail.com	Gazi Mustafa Kemal Paşa mah.Narin cad.Green town Sitesi A blok kat:4 no:16	
361	Sergül	ERTUĞRUL	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	538 043 25 21	sergulvolkan18@gmail.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH. SÜMBÜL SOK.NO:4/12 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
362	Serpil	SÖĞÜT	Hemşire	Cerrahi Servis-2	5356465032	serpilsogut@optimedglobal.com	FEVZİPAŞA MAH.KULALAR SOK.NO:11-13/17 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
363	Sevcan	KARAKAYA	Paramedik	Kadın Doğum 1	543 782 47 55	sevcankarakaya@optimedglobal.com	FEVZİPAŞA MAH. HAYRİ BATUR CAD. NO:46/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
364	Sevda	AYDIN	Hemşire	Dahiliye-1	543 825 52 35	caymaz745@gmail.com	BAĞLIK MAH.MİMAR SİNAN CAD.NAS APT.NO:48/50 K:3 D:19 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
365	Sevda	SÜMBÜL	Hemşirelik Hizmetleri Direktörü	Hemşirelik Hizmetler	543 450 01 40	sevdasumbul@optimedhastanesi.com	Fatih Mah.Batıserhat Sk.No:3 d:1 Karaağaç/Kapaklı	
366	SEVGİ	DÜVENCİ	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	535 632 90 68	sevgiduvenci@optimedglobal.com		
367	Sevgi	KORKUT	Hemşire	Kadın Doğum 2	546 886 00 89	sevo.218@icloud.com	Şeyh sinan mahallesi arpalık 1. Sokak no 1 daire 15 çorlu/tekirdağ	
368	Seyyal	Hacıbekiroğlu	Yönetim Danışman	Danışmanlık Hizmetleri	5323610553	shacibekir@gmail.com		
369	Sezgin	YILDIRIM	Hizmetli Personel	Destek Hizmetler	536 844 42 54	sezginyildirim@optimedglobal.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH. CEVİZ SK. NO:28 İÇ KAPI NO:3 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
370	Sıdika	ÇINAR	Hizmetli Personel	Acil Servis	533 506 26 33	sidikacinar@optimedhastanesi.com	FEVZİPAŞA MAH.MEMUR SOK.DOĞU APT. BLOK NO:18/14 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
371	Sıla Nisa	İŞCAN	Yatan Hasta Danışman	Acil Servis	543 368 08 11	silanisaiscan@optimedhastanesi.com	GAZİ MUSTAFA KEMALPAŞA MAH. ÖZTRAK CAD. NO:88-90 İÇ KAPI NO:6 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
372	Sibel	BERRAK	Biyomedikal Sorum.	Biyomedikal	538 385 75 15	sibelberrak@optimedhastanesi.com	KAZİMİYE MAH.YAVUZ SOK.NİSA-HİRA APT. BLOK NO:24-26/16 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
373	Sibel	EMANET	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	538 914 84 81	sibelemanet@optimedglobal.com	CUMHURİYET MAH.ÇAĞLAYAN SOK.B-2	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 560 / 763

							BLOK NO:8-4/11 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
374	Simge	AYER	Satın Alma Gör	Satın Alma	538 851 66 82	Simge_kaymaz@hotmail.com	İSMET PAŞA MAH.BÜLENT ECEVİT CAD.PEG LOJMANLARI SİTESİ PEG F BLOK NO:13D/8 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
375	Simge	EROĞLU	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	542 243 08 83	Simge04_mete@outlook.com	Tekirdağ/Kapaklı	
376	Simge	KARAKULAK	Ayaktan Hasta Danışman	Ayaktan Hasta Danışmanlar	546 150 22 74	simgekarakulak@optimedhastanesi.com	ATATÜRK MAH. FATİH SULTAN MEHMET CD. NO:22 D:2 KAPAKLI TEKİRDAĞ	
377	Sinan	BİÇİCİ	Bilgi İşlem Gör	Bilgi İşlem	543 322 65 32	sinanbicici@optimedhastanesi.com	Fevzipaşa Mah. Güveniş Cad. No:45/47 Kat:2 Daire:5 Çerkezköy/Tekirdağ	
378	SİNAN	DOĞAN	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	538 402 03 14	dogan.sinan1977@gmail.com	Gazi Mustafa Kemal Paşa Mahallesi , Çorbacı Sokak ,No 15 Tekirdağ/Çerkezköy	
379	Sinem	AKÇA	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	546 28527 60	opst5955@gmail.com	GAZİOSMAN PAŞA MAH. ERGÜN SK. NO:37/10 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
380	Sinem	ÇİÇEK	Santral Görevlisi	Santral	542 297 29 17	sinemcicek@optimedhastanesi.com	YENİ MAH. YASEMİN SK. NO:9/2 SARAY/TEKİRDAĞ	
381	Sinem	ÖR	Hemşire	Ameliyathane	531 492 87 73	sinemataman781@gmail.com	Bahçelievler mah. Bedirhan sok. No 18/20 daire:5 Kapaklı/Tekirdağ	
382	Sinem	SAYGIN	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	536 873 44 60	sinem-sygn@hotmail.com	KIZILPINAR GÜLTEPE MAH.26.SOK.NO:1/3 ÇERKEZKÖY TEKİRDAĞ	
383	Songül	KAYACI	Hemşire	Dahiliye-1	551 218 05 14	songul_oya88@icloud.com	ŞEYH SİNAN MAH.ARPALIK 2. SOK.CENNET SİTESİ CENNET BLOK NO:26/1 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
384	Sude	DEMİREL	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	506 107 86 69	sudedemirel@optimedhastanesi.com	PAZARCIK MAH.MİDYE CAD.NO:23 SARAY/TEKİRDAĞ	
385	Sultan	ÇAHAN	Faturalandırma Görevlisi	Anlaşmalı Kurumlar	546 217 88 78	sultancahan@optimedhastanesi.com	GMKP MAH. BURAK SOK. NO:1/1 İKİZVADI EVLERİ B BLOK K:3 D:19 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
386	Suzan	ALTUN	Anestezi Tekn.	KVC Yoğun Bakım	543 711 10 16	suzanalun461@gmail.com	KARAAĞAÇ MAH. GAZETECİ UĞUR MUMCU CAD NO:96 İÇ KAPI NO:2 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
387	SÜLEYMAN	GEYİK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	53497896 80	suleymangeyik@optimedglobal.com	PINARCA MAH. PINARCA SOK. HAS KARDEŞLER EMLAK BLOK NO.366/2	
388	Şaban	ÇİÇEK	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	545 357 15 51	duhansad36@gmail.com	MİMAR SİNAN MAH.OĞUZLAR SOK.NO:9/2 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
389	Şaise	İLPEŞİN	Eczane Görevlisi	Eczane	53097459 52	saiseilpesin@optimedhastanesi.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH. SÜZGÜN SK. HASRET EVLER BLOK NO:10-12/13 ÇERKEZKÖY TEKİRDAĞ	
390	Şefaattin	BEKTAŞ	Hizmetli Personel	Ameliyathane	535 438 21 43	sefaattinbektas@optimedglobal.com	ATATTÜRK MAH. DUBAZ SK. NO:5 İÇ KAPI NO:1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	

391	ŞENER	ŞENER	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	553 215 24 24	senermstf@yahoo.com.tr	G.M.K.P. mah. Kahraman sok 23 D 4 Çerkezköy/ Tekirdağ	
392	Şerife	GÜLER	Hizmetli Personel	Dahiliye-2	535 306 05 41	serifeguler@optimedglobal.com	BAĞLIK MAH.MAHMUTBEY SOK.NO:15/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
393	Şerife	KAYA	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	505 994 86 40	serifekaya@optimedglobal.com	ATATÜRK MAH.KÖMÜRCÜ SOK.PALAS BLOK NO:14-16/12 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
394	Şerife	ÖZÇELİK	Acil Tıp Teknisyeni	Yetişkin Yoğun Bakım	541 237 21 02	serifeozcelik@optimedhastanesi.com	FEVZİ PAŞA MAH.GÜVENİŞ CAD.KARAGÖZ ANTLAŞ APT.ÇERKEZKÖY	
395	Şevval	KAYIK	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Hizmetleri	541 560 37 94	sevvalkayik@optimedglobal.com	BAHÇELİEVLER MAH. HALİDE EDİP ADIVAR CAD. AYYILDIZ APT. BLOK NO:11 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
396	Şeyda	KARLI	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	543 976 77 98	seydakarli18@hotmail.com	ATATÜRK MAH.NUR SOK.ÇİÇEK SİTESİ BEGONYA BLOK NO:4/35 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
397	Şeyda	ŞİMŞEK	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	544 884 57 98	seydahizarci@optimedhastanesi.com	BAHÇELİEVLER MAH.HALİDE EDİP ADIVAR CAD.İBRAHİM BOZ BLOK NO:34/1 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
398	Şeyma	DER	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	54156679 98	seymayavas.1996@hotmail.com	ALTINOVA MAH. ALPAY SK. ÖZ ATA SİTESİ H BLOK NO:3/1 NO:14 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
399	Şeyma	ÖZEL	Hemşire	KVC Yoğun Bakım	55397283 08	seymaa.255@hotmail.com	istasyon mah. azim sok. özerler apt. no . 4 daire 3	
400	Şule	ÇAKMAK	Hizmetli Personel	Temizlik Hizmetleri	539 552 69 04	sulecakmak@optimedhastanesi.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. KARACAN SOK. ŞEYMA APT. BLOK NO:8/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
401	Şükrüye	ŞAHİN	Hemşire	Yenidoğan Yoğun Bak.	545 402 50 22	shnskrye18@gmail.com	Cumhuriyet mahallesi Koroğlu sokak sarmaşık apt kat 4 daire 34 B blok kapaklı Tekirdağ	
402	Tuğçe	AKTÜRK	Yatan Hasta Danışmanı	Yenidoğan Yoğun Bak.	54252404 86	tugcese zgincelik@hotmail.com	FEVZİ PAŞA MAH . GÜVENİŞ CAD .PEKTAŞLAR SOK AŞAN YAPI N:1 D:10 K4	
403	Tuğçe	ALİŞOĞULLARI	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	534 831 81 34	tugcealisogullari@optimedhastanesi.com	KARABÜRÇEK MAH. ATA CAD. NO:24 SARAY/TEKİRDAĞ	
404	Tuğçe	GÜNDOĞDU	Yatan Hasta Danışmanı	Dahiliye-2	541 397 56 09	tugce1988_tugce@hotmail.com		
405	Tuğçe	KAPTAN	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	50505748 85	tugcekaptan@optimedhastanesi.com	BÜYÜKYONCALI MERKEZ MAH. 1528.SOK.nO:26/3 SARAY/TEKİRDAĞ	
406	Tuğçe	KUVANCI	Laboratuvar Tekn.	Laboratuvar	544 567 14 38	tugce_agbas22@hotmail.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.ÖZTRAK CAD.NO:100/8 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
407	Tuğçe	TUNA	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	541 570 48 15	tugcetuna@optimedhastanesi.com	İSTASYON MAH. ÜRÜNDÜL SOK. NO:31-33 İÇ KAPI NO :9 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	

408	Tuğrul	TOMBU L	Hemşire	KVC Yoğun Bakım	541 862 62 26	tugrultombul@optimedhastanesi.com	VELİMEŞE MAH.RÜSTEM SOK.NO:5/2 ERGENE /TEKİRDAĞ	
409	Türkan	DEMİR Cİ	Bulaşıkçı	Yiyecek / İçecek	530 660 82 91	turkandemirci@optimedglobal.com	FEVZİPAŞA MAH. ŞİMŞİR SK. NO:17-19 İÇ KAPI NO:12 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
410	Uğur	BAYRA K	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	535 019 40 43	ugurbayrak98@hotmail.com	BÜYÜKCAYUŞLU MAH. İSTANBUL CAD. NO:88-2 SİLİVRİ/İSTANBUL	
411	Uğur	DURAN	Teknik ve Teknolojik Hiz. Yöneticisi	Teknik ve Teknolojik Hizmetler	532 574 15 42	ugurduran@optimedhastanesi.com	İSMETPAŞA MAH.50.SOK.ÇINAR 1 VE ÇINAR 2 BLOK NO:1A/5 KAPAKLI	
412	Uğur Can	YURTD AŞ	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	54517870 74	ugurcanyurtdas@optimedglobal.com	FEVZİPAŞA MAH. ŞAHİN SOK. ÇINAR APT. NO:14/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
413	Ümit	YAMAN	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	537 469 12 42	duragan507@gmail.com	CUMHURİYET MAH.İLHAN SOK.NO:14/7 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
414	ÜMRAN	CEREN	Hemşire	Kadın Doğum 1	545 277 19 86	umranceren@optimedglobal.com	GAZİOSMANPAŞA MAH. ATATÜRK CAD. İNAN APT. BLOK NO 59/5 ÇERKEZKÖY	
415	Ünzile	ŞANLI	Hizmetli Personel	Radyoloji	537 267 89 64	unzilesanli@optimedhastanesi.com	Saray caddesi İnönü mahallesi İstanbul apartmanı 4.kat no 17 kapaklı tekirdagi	
416	Vedat	ATMAN	Depo Sorumlusu	Lojistik / Depo	544 766 92 52	vedatatman@optimedhastanesi.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.BEYAZSU SOK.NO:4-6/16 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
417	Yağmur	ŞEN	Yatan Hasta Danışmanı	Acil Servis	530 457 49 02	yagmursen@optimedhastanesi.com	HALLAÇLI MAH. BAŞKUMANDAN CAD. NO:110 ÇATALÇA/İSTANBUL	
418	Yağmur Büşra	ÖNCÜ	Radyoloji Tekn.	Radyoloji	50129640 59	yagmuroncu@optimedglobal.com	KEMALPAŞA MAH.GÜRECE SOK.NO:47 SARAY/TEKİRDAĞ	
419	Yaren	CANOĞ LU	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	553 052 13 96	yarencanoglu@optimedhastanesi.com	YENİ MAH.ORTA CAD.NO:17/2 SARAY/TEKİRDAĞ	
420	Yasemin	ARSLANER	Hizmetli Personel	Destek Hizmetler	543 443 19 51	yaseminarslaner@optimedglobal.com	ATATÜK MAH. ŞÜKRAN. SK. EMİNOĞLU İNŞAAT BLOK NO:19/4 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
421	Yasemin	COMART	Hemşire	Dahiliye-1	505 014 13 77	yasemincomart@optimedglobal.com	BAHÇELİEVLER MAH. BURÇAK SK. NO:11-13 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
422	Yasemin	KESLER	Anestezi Tekn.	Ameliyathane	50701514 69	yaseminkesler@optimedglobal.com	Esentepe mahallesi Adnan Doğu caddesi ergene vadisi sitesi A1 blok kat 4 daire 28 Tekirdağ Çorlu	
423	Yasemin	TAN	Yatan Hasta Danışmanı	Yetişkin Yoğun Bakım	538 298 35 56	yasemintan@optimedhastanesi.com	büyükcayuşlu mh mersin ağacı sk no 32 silivri istanbul	
424	Yasemin	TOPUZ	Ayaktan Hasta Danışmanı	Ayaktan Hasta Danışmanlar	543 679 90 98	yasemintopuz@hotmail.com	Gazi Mustafa Kemal Paşa mah kartal sok no 24	
425	Yasin	KUŞ	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	53758520 42	yasinkus@optimedhastanesi.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH. ŞARLI SOK. DANYELİ APT. NO:2/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 563 / 763

42 6	Yasin	ŞEHİN	Ulaşım Görevlisi	Destek Hizmetler	533 514 40 66	yasinsehin@optim edhastanesi.com	BAĞLIK MAH. BAĞCILAR SK. NO:17/13 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
42 7	Yasin	ŞİMŞEK	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	55110287 86	yasinsimsek@opti medglobal.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.ERGÜN SOK.NO:6-8/12 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
42 8	Yeliz	IŞIK GÜLER	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	534 456 88 96	yelizisik@optimed hastanesi.com	Gazi Mustafa Kemal paşa mahallesi Kuru sokak no:11 Kat:4 Daire:14 Çerkezköy/ Tekirdağ	
42 9	Yeliz	ÖZTÜR K	Paramedi k	Acil Servis	542 386 59 06	yelizozturk@optim edglobal.com	FEVZİPAŞA MAH.MEMUR SOK.NO:33/7 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
43 0	Yeşim	ÇINAR	Fizik Tedavi Teknik	Fizik Tedavi	530 406 28 95	yesimakgun@opti medglobal.com	YILDIRIM BEYAZIT MAH.YAKUT SOK.A1-9 SİTESİ ÖRNEK APT.A1-9 BLOK NO:12-6 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
43 1	Yeşim	DORUK UĞURL U	Eczane Görevlisi	Eczane	535 305 31 94	yesimdorukugurlu @optimedhastane si.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH. ÖZTRAK CAD. NO:110/6 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
43 2	Yeşimc an	AÇIK	Hasta Kabul Görevlisi	Hasta Kabul	535 978 35 05	yesim.m.36@hot mail.com	İSMET PAŞA MH 48.SOK. KIZILÇAM 5 BLOK NO:10A İÇ KAPI NO:2 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
43 3	Yılmaz	GÖK	Teknik Servis Gör	Teknik Servis	537 292 26 19	yilmazgok@optim edhastanesi.com	ALTINŞEHİR MAH. DİNÇ SK. NO:15/9 BAŞAKŞEHİR/İSTANBUL	
43 4	Yiğitcan	ÖZCAN	Hemşire	Acil Servis	538 497 11 66	yigitcanozcan@op timedhastanesi.co m	ALİĞAŞA MAH. CAMİLİ CAD. YAKUP BAŞARAN SK. APARTMAN BLOK NO:12 İÇ KAPI NO:8 SARAY/TEKİRDAĞ	
43 5	Yusuf	DÜLGE R	Destek Hizmetler Yöneticisi	Destek Hizmetler	535 568 37 28	yusufdulger@opti medhastanesi.co m	İnönü Mah.Yazlık Sk.Dursun Yapı Apt. No: 17 Kat2 D4 / Kapaklı	
43 6	YÜKSE L	KARAD EMİR	Hizmetli Personel	Cerrahi Servis-1	543 834 68 82	yukselkarademir@ optimedhastanesi. com	fevzipaşa mah. güveniş cad. no.64 seçkin apt. kat. 3 daire.9	
43 7	Zehra	ÇALIŞK AN	Hemşire	Ameliyathan e	505 942 36 40	zehracaliskan2001 @outlook.com	Cumhuriyet mahallesi Çağlayan sokak dış kapı no 29-31/2 tepelife konakları Tekirdağ/Çerkezköy	
43 8	Zehra	VURGU N	Hizmetli Personel	Acil Servis	538 857 55 45	zehravurgun@opti medhastanesi.co m	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.ÖZTRAK CAD.NO:98/4 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
43 9	Zehra	YILDIRI M	Hemşire	Dahiliye-2	552 404 9174	01yldrmzehra@g mail.com	KIZILPINAR MAH.110.SOK.NO:14/18 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
44 0	Zehra Nur	KOÇ	Hemşire	Acil Servis	538 306 80 17	zehranurkoc@opti medglobal.com	İNÖNÜ MAH. ORTANCA SK. GARDEN CITY A BLOK NO:3 İÇ KAPI NO:31 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	
44 1	Zeliha Nur	EROL	Hemşire	Yetişkin Yoğun Bakım	541 520 49 71	zelihanurerol@opt imedglobal.com	MUHİTTİN MAH. MÜRDÜM SK. İPEKAPT. BLOK NO:1 İÇ KAPI NO:2 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
44 2	Zeycan	ÖRÜN	Hemşire	Dahiliye-1	542 501 82 62	zzeycann76@hot mail.com	G.M.K.P MAH. Sarıgöl sok no.15 kat.1 daire.2 çerkezköy	
44 3	Zeynep	GÜZEL	Ayaktan Hasta Danışman ı	Ayaktan Hasta Danışmanlar ı	553 972 83 14	zeynepguzel@opti medhastanesi.co m	İSMETPAŞA MAH. 46. SOK. NO:3A/14 KAPAKLI/TEKİRDAĞ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 564 / 763

444	Zeynep	KAYA	Yatan Hasta Danışman	Yatan Hasta Danışmanlar	536 629 92 79	zeynepkaya@optimedglobal.com	BAHÇELİEVLER MAH. BEYAZID CAD. NO:103 D:6 KAPKALI/TEKİRDAĞ	
445	Zeynep	KAYA	İnsan Kaynakları Uzman Yard	İnsan Kaynakları	53013255 20	zeynepkaya@optimedhastanesi.com	istasyon mah. mehmet b-hikmet uğraş cad no:138 kat 4 daire 22 a blok tanrıverdi sitesi TEKİRDAĞ/ÇERKEZKÖY	
446	Zübeyde	BAYGAL	Arşiv Görevlisi	Arşiv	544 974 48 55	zubeydebaygal@optimedhastanesi.com	FEVZİ PAŞA MAH. ŞEHİT MUHARREM YANAL SK. İSMAİL AĞA APARTMANI BLOK NO:27 İÇ KAPI NO:1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
447	Adnan Veli	ŞENOL	ANESTEZİ VE REANİMASYON UZMANI	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53271474 87		CUMHURİYET MAH.MELİSA SOK.C BLOK NO:7-4-20 ÇERKEZKÖY	
448	Ahmet	KÖKER	OPERATÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53234634 30	ahmet.koker59@gmail.com	G.M.K.P. MAH. ÖZTRAK CAD. NO:18/3 Ç.KÖY/T.DAĞ	
449	Ali	BAŞKENT	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53261614 73	alibaskent@hotmail.com	G.M.K.P. MAH. SAKAOĞLU SOK. NO:NO:8/2 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
450	Arif	FİDAN	UZMAN DOKTOR	LABORATUVAR	53238636 00	drarifaydin@yahoo.com	MUHİTTİN MAH. BAĞLARIÇI 1. SOK. NO:55/21 ÇORLU/T.DAĞ	
451	Ayhan	AKBIYIK	OPERATÖR DOKTOR(YÖNETİM KURULU)	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53243677 91	akbiyikay@yahoo.com	GAZİ OSMAN PAŞA MAH.ATATÜRK CAD.NO:117/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
452	Ayhan	ARSLAN	OPERATÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	54224275 85	ayhanarслан@optimedhastanesi.com	GAZİ MUSTAFA KEMAL PAŞA MAH.KADİFE SOK.NARİN SİTESİ B1 BLOK NO:4B 1 BLOK İÇ KAPI NO:10 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
453	Barış	ALKAN	BEYİN VE SİNİR CERRAHI UZMANI	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	505 638 43 10		CUMHURİYET MAH.MELİSA SOK.FOREST CITY SİTESİ B2 BLOK NO:6-6/48 ÇERKEZKÖY	
454	BURCU	MİNARECİ	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	50579885 18	medstuburcu@yahoo.com	CUMHURİYET MAH. MELİSA SOK. NO:8 FORESTCITY ÇERKEZKÖY	
455	Bülent	Ali	PRATİSYEN HEKİM	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53250199 78		MUHİTTİN MAH.ÇETİN EMEÇ BULV.NO:39/7 ÇORLU/T.DAĞ	
456	Çetin	ÜÇEÇAM	BAŞHEKİM	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	530 292 92 11		HÜRRİYET MAH.ESKİ BAĞLAR CADDESİ.TRİO PARK SİTESİ B BLOK KAT:6 DAİRE:41 ÇORLU/TEKİRDAĞ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 565 / 763

457	Dursun	AK	ORTOPE Dİ VE TRAVMA TOLOJİ UZMAN	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	505 311 44 86	akdursun@yahoo.com	ZÜMRÜTEVLERİ MAH.GÜRCÜ SOK.MANOLYA EVLERİ A BLOK NO:19/5 MALTEPE/İSTANBUL	
458	Egemen	AYDIN	KADIN HASTALI KLARI VE DOĞUM UZ	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	05327905 520	egemenaydin@op timedhastanesi.co m	İSTASYON MAH. SARI SK. A BLOK NO:13 D:8 ÇERKEZKÖY TEKİRDAĞ	
459	Ekrem Coşkun	PINAR	OPERAT ÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53663719 88	ecoskunpinar@op timedhastanesi.co m	NARİN PARK ERGUVAN SİT. A3 BLOK D:7 Ç.KÖY/T.DAĞ	
460	Emre	MİNAR ECİ	OPERAT ÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53271123 17	emreminareci@m ynet.com	CUMHURİYET MAH. MELİSA SOK. NO:8 FORESTCİTY ÇERKEZKÖY	
461	Emre	YILMAZ	DAHİLİYE UZMANI	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	530 881 41 59		CUMHURİYET MAH. MELİSA SK. FOREST CİTY SİTESİ A1 BLOK NO:6/2 İÇ KAPI:39 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
462	ENES FURKAN	ÖNCEL	PRATİSY EN HEKİM	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	05076112 034		BAŞAKŞEHİR 2. KISIM MAH. ŞEHİT ATEĞMEN FURKAN IŞIK BUL. NO:9A/11 BAŞAKŞEHİR/İSTENBUL	
463	Eyüp	DURAN	GENEL CERRAH	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	542 406 27 21		HÜRRİYET MAH.SEYYAH SOK.A BLOK NO:5/1-15 SÜLEYMANPAŞA /TEKİRDAĞ	
464	Farhad	TALIBZ ADA	ÜROLOJİ UZMANI	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	553 247 65 85		HÜRRİYET MAH.ÇAĞRI SOK.B BLOK NO:3-2/8 SÜLEYMANPAŞA/TEKİRDAĞ	
465	Farrukh	İBRAHİ MOV		TIBBİ DİREKTÖRLÜK	536 234 37 73		İNÖNÜ MAH. 769.SOK NO:13/4 BORNOVA / İZMİR	
466	Fatma	İŞİKER	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALI K UZMA	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	533 423 25 70	doktor.fatma@yah oo.com	İSTASYON MAH.KAYNAK SOK.NO:28-30/9 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
467	Funda	DOĞAR OĞLU	OPERAT ÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	50550254 64	fundadogaroglu@ windowslive.com	İSTASYON MAH.CENGİZ TOPEL CAD.GÖKKUŞAĞI EVLERİ 3.KISIM NO:3 Ç.KÖY/T.DAĞ	
468	Gökçe Senem	YILMAZ	ENF.HAS. VE KLİNİK MİKROBİ YOLOJ	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	530 344 29 50		CUMHURİYET MAH.MELİSA SOK.FOREST CİTY SİTESİ A1 BLOK NO:6-2/39 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
469	Göksel	AÇAR	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	505 442 47 00		ATALAR MAH.BEYAZKÖŞK CAD.SÜMBÜL APT.NO:19-14 KARTAL/İSTANBUL	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 566 / 763

470	Hakan	ÇAKICI	OPERAT ÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	50540316 62	cakicihakan@hot mail.com	G.M.K.P.MAH.ÖZTRAK CAD.NO:143/12 Ç.KÖY/TEKİRDAĞ	
471	Hüseyin	ÇEBİ	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	50546983 88	huscebi@gmail.co m	ADNAN DOĞU CAD. ESENTEPE MAH. NO: 18D1/21 ÇORLU/T.DAĞ	
472	Hüseyin Hakan	SEZER	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	50573761 56	drhhs2005@gmail .com	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. NO:16/11 ÇORLU/T.DAĞ	
473	İlkin	GULİYE V	HEKİM	HEKİM	553 210 88 88		AŞIKPAŞA MAH. 211.CAD NO:16/13 ÇANKAYA/ANKARA	
474	Kamil	YÜCEE R	OPERAT ÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	53267346 58	kamilyuceer@gma il.com	FATİH MAH. YOSUN SOK.NO:2/4-4. ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
475	Lala	JALILO VA	HEKİM	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	544 219 42 00		İNÖNÜ MAH. 769.SOK NO:13/4 BORNOVA / İZMİR	
476	Levent	KOR	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	53221165 56	dr.leventkor@yah oo.com.tr	İSMET PAŞA MAH.48.SOK.NO:12C/25 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
477	Levent	TEKİN	HEKİM	RUH VE SİNİR HASTALIKL ARI	537 330 29 72		BAHÇEŞEHİR 1. KISIM MAH. ARDIÇ CAD. NO:23 BAHÇEŞEHİR/İSTANBUL	
478	Medeni	ASMA	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	0532 789 57 6		ESENTEPE MAH.SANCAK CAD.ŞEN AKTAN SİTESİ B.ŞEHİR KONAKLARI BLOK NO:8-13 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
479	Mehmet	BÜYÜK KIRAZ	OPERAT ÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	53245151 63	mehmetbuyukkira z@optimedhastan esi.com	G.M.K.P. MAH. ATATÜRK CAD. NO:84/15 ÇERKEZKÖY	
480	Mehmet Yasin	MECDE L	OPERAT ÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	53365014 00	my.mecdel@hotm ail.com	CUMHURİYET MAH.CENGİZ TOPEL CAD.NO:102/11-3 Ç.KÖY/TEKİRDAĞ	
481	Mustafa	YILDIZ	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	50572755 01	aylink2000@yaho o.com	MUHİTTİN MAH. ÇETİN EMEÇ BULV. NO:18/17 ÇORLU/T.DAĞ	
482	Muzaffe r	KURT	HEKİM	PLASTİK CERRAHİSİ				
483	Necmi	TELLİO ĞLU	GÖZ HASTALI KLARI UZMANI	TIBBİ DİREKTÖRL ÜK	539 371 22 39		AYVALI KÖYÜ KÖU KÜME EVLERİ NO:322H/1 LÜLEBURGAZ/KIRKLARELİ	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 567 / 763

484	Nida	CANNA ZİK	KADIN HASTALI KLARI VE DOĞUM UZ	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	507 453 47 10	nida_erol@yahoo.com	İSTASYON MAH.CENGİZ TOPEL CAD.A BLOK NO:111/25 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
485	Nurdoğan	YAVUZ	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53377035 07	nurdoganyavuz@yahoo.com	ESENTEPE MAH. ADNAN DOĞU CAD. NO:1B/5 ÇORLU/T.DAĞ	
486	ÖMER YASİN	ÖZDEMİR	PRATİSYEN HEKİM	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	05527112 311		ZAFER MAH. MADALYON SOK. DERYA APT. NO:41/11 BAĞÇELİEVLER/İSTANBUL	
487	Recep	ÇALIŞKAN	OPERATÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	53241230 94	dr.recepcaliskan@yahoo.com.tr	İSTASYON MAH.TEPE GÖKKUŞAĞI EVLER MEVKİİ 1 KÜME EVLERİ GÖKKUŞAĞI SİTESİ A-6 BLOK NO:2/1 ÇERKEZKÖY/TEKİRDAĞ	
488	Seda	BİLİR ESMER	KADIN HASTALI KLARI VE DOĞUM UZ	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	546 258 06 82	sedabilresmer@gmail.com	SAİMEKADIN MAH.GÖRGÜLÜ CAD.HUZUR APT.NO:31/12 MAMAK/ANKARA	
489	SEFA	KAZANCI	HEKİM	ÇOCUK HASTALIKLARI			ŞEYHSİNAN MAH. ALİ OSMAN ÇELEBİ BUL. A BLOK NO:81A İÇ KAPI NO:40 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
490	Sevim	TUTAR	HEKİM	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	539 252 56 50		REŞADİYE MAH. ŞİNASİ KURŞUN 17.SOK NO:5/1 İÇ KAPI:6 ÇORLU/TEKİRDAĞ	
491	SİNAN	DERVİŞ OĞLU	HEKİM	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	533 426 95 94		KOCA SİNAN MAH. YEŞİLİRMAK SOK. SERA KENT BLOK NO:11/5-1 MERKEZ-EDİRNE	
492	Süleyman	DOLUNAY	HEKİM	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	539 915 95 45		CAMİKEBİR MAH. 90104 SK. İLGİ APT. SİTESİ E BLOK NO:12-3 EREĞLİ/KONYA	
493	Tahir	SARIÇAM	OPERATÖR DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	50584012 43	tsaricam@yahoo.com	KAZİMİYE MAH. CAHİT SITKI TARANCI 1. SOK. NO:4/12 ÇORLU/T.DAĞ	
494	Zeynep	ARAS	UZMAN DOKTOR	TIBBİ DİREKTÖRLÜK	54552030 48		ALİPAŞA MAH. NURULLAH ATAÇ SOK. NO:29-31/12 ÇORLU	

DÜZENLEYEN

- 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 569 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 38 Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu

				SAĞLIK PERSONELİ UNVAN DAĞILIMI FORMU (FORM-38)												Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :1/1			
Hemşire	Ebe	Rönt.Tek	Radyoterapi Teknikeri	Laborant	Laboratuvar Teknikeri	Laboratuvar Teknisveni	ATT	Paramedik	Anestezi Teknikeri	Anestezi Teknisveni	Fizyoterapist	Toplum Sağlığı	Çevre sağ Tek	Çocuk Gelişimcisi	Eczacı	Psikolog	Sosyal Çalışması	Diğer	Toplam
97	3	12	0	0	14	0	4	12	17	0	5	0	1	0	1	1	0	14	181
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 570 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 39 Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu

			TEKNİK HİZMETLER UNVAN DAĞILIMI FORMU (FORM-39)										Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :				
Elektrik Teknisyeni	Sihhi Tesisat										Mühendis					Diger	Toplam
1	1										0					6	8
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 571 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 40 Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu

			SÖZLEŞMELİ PERSONEL UNVAN DAĞILIMI FORMU (FORM-40)								Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :1/1	
Güvenlik	Temizlik	Veri Giriş	Ayaktan Hasta Danışmanı/Karşıla ma	Yatan Hasta Danışmanı							Diğer	Toplam
3	72	32	47	17							0	171
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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 572 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 41 Firmalar Ve Kritik Tedarikçiler Bilgi Formu

		FİRMALAR VE KRİTİK TEDARİKÇİLER BİLGİ FORMU (FORM-41)		Doküman No: AD-FR-69 Yayın Tarihi : Revizyon No :00 Revizyon Tar... Sayfa No :		
Sıra No	Firma veya Tedarikçi İsmi	Konu	Telefon No	İrtibat Kurulacak Yetkili		
				Adı Soyadı	GSM No	E-posta
1	EGS MEDİKAL TIBBİ CİHAZLAR	Tıbbi cihaz, medikal malzeme	0212 853 52 09	Ömer Faruk Kaçar	0533 763 75 93	info@egsmedikal.com
2	YEMEK DÜNYASI	Gıda	0282 726 30 58		0282 725 30 59	
3	HOTEL PASHA ÇERKEZKÖY	Konaklama	0282 725 21 00		0 541 725 21 00	info@cerkezkoyhotelpasha.com
4	TELHÜNER TİCARET	Medikal gaz	0282 726 51 71	Osman Telhüner	0282 726 51 71	
5	YENİ DOĞA SU	Su	0282 726 68 76		0282 726 68 76	
6	İLKE OTELCİLİK TURİZM İŞLETMELERİ	Konaklama	0282 717 86 86		0282 717 86 86	
7	AVRASYAMED MEDİKAL	Tıbbi cihaz, medikal malzeme	0212 590 42 40		0212 590 42 40	
8	TEKNİK ÇAĞDAŞ TIP	Medikal sarf malzeme	0216 527 13 61		0216 527 13 61	
9	ASBAŞ HİPERMARKET	gıda	0282 726 58 73	Özkan Asbaş	0533 133 13 58	asbastoptan@gmail.com
10	VARDARLAR YAPI İNŞAAT	Altyapı	0282 726 89 89	Ayhan Vardar	0506 918 51 82	info@vardarlaryapi.com
11	ÖZEL BİR NEFES HASTANESİ	Sağlık	0288 415 74 74	Hatice Arıner	0507 100 08 70	birnefes@birnefes.com
12	BEST GÜVENLİK	Güvenlik	0288 725 22 66	Uğur Can		
13	SANCAK ECZA DEPOSU	İlaç	444 46 26			info@sancakeczva.com
14	ÖZEL AFACAN GÜNDÜZ BAKİMEVİ	Kreş	0282 725 19 30	Güniz Güven	0 536 937 11 60	afacan@afacancocukyuva.com

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 573 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 42 Hap Afet Ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon İletişim Formu

		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	Uzm. Dr. Necati KARAOĞLU	Başhekim		Başhekimlik	5020	0532 412 30 94	necatikaraoglu@optimedhastanesi.com	
2	Tıbbi Teknik Kurul Başkanı	Uzm. Dr. Farrukh İbrahimov	Göğüs Cerrahisi Uzmanı		Başhekimlik	3160	536 234 37 73	farrukhibrahimov@optimedhastanesi.com	
3	İş Güvenliği Uzmanı	Cemalettin KULALI	İş Güvenliği Uzmanı		Kalite	-	0532 678 39 01	isg@optimedhastanesi.com	
4	HAP Sekreteri	Kader TOPÇU	KVC Koordinatörü		Hasta Hizmetleri	5053	530 445 47 11	kadertopcu@optimedhastanesi.com	
5	Halkla İlişkiler Görevlisi	Egemen ÇALIŞKAN	Hasta Kabul Ekip Lideri		Hasta Hizmetleri	5012	0554 866 29 81	egemencaliskan@optimedhastanesi.com	
6	Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu	Gizem AKTÜRK	Tıbbi Sekreter		Tıbbi Sekreterlik	1658	0546 921 53 95	tbbisekreterlik@optimedhastanesi.com	
7	Operasyon Şefi	Demet ERSOY	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü (Başhemşire)		Hemşirelik Hizmetleri	5055	506 408 21 95	demetersoy@optimedhastanesi.com	
8	Planlama Şefi	Uğur DURAN	Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi		İşletme Direktörlüğü	5033	0532 574 15 42	ugurduran@optimedhastanesi.com	
9	Lojistik Şefi	Vedat ATMAN	Depo Sorumlusu		Depo	5023	0544 766 92 52	vedatakman@optimedhastanesi.com	
10	Finans Şefi	Gülây ERDAĞ	Satınalma Sorumlusu		Genel Müdürlük	5015	534 571 46 06	gulayerdag@optimedhastanesi.com	

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 574 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 43 Kurtarma - Söndürme - İlk Yardım Ekibi İletişim Formu

		KURTARMA - SÖNDÜRME - İLK YARDIM EKİBİ İLETİŞİM FORMU						Doküman No: AD-FR- Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1	
Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı	Görevi	Çalıştığı Birim	Yer Aldığı Ekip	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi
1	Demet Ersoy	Başhemşire	Ekip Lideri	Hemşirelik Hizmetleri	Ekip Lideri	5055	506 408 21 95	demetersoy@optimedhastanesi.com	
2	Egemen Çalışkan	Hasta Kabul Ekip Lideri	Söndürme Ekip Lideri	Hasta Hizmetleri	Söndürme	5042	554 866 29 81	egemencaliskan@optimedhastanesi.com	
3	Tuğçe Çelik	Yatan Hasta Danışmanı	Söndürme Ekip Üyesi	Hasta Hizmetleri	Söndürme	1400	542 524 04 86	tugcecelik@optimedhastanesi.com	
4	Seher Elibol	Hemşire	Söndürme Ekip Üyesi	Hemşirelik Hizmetleri	Söndürme	1300	532 161 03 07	seherelibol@optimedhastanesi.com	
5	Simge Ayer	Satınalma Görevlisi	Söndürme Ekip Üyesi	İdari Birimler	Söndürme	1636	538 851 66 82	simgeayer@optimedhastanesi.com	
6	Mehmet Ali Boylu	Bilgi İşlem Görevlisi	Söndürme Ekip Üyesi	Teknik Birimler	Söndürme	5010	534 341 49 96	mehmetliboylu@optimedhastanesi.com	
7	Yusuf Dülger	Destek Hizmetler Müdürü	Kurtarma Ekip Lideri	Destek Hizmetler	Kurtarma	5060	535 568 37 28	yusufdulger@optimedhastanesi.com	
8	Sıdika Çınar	Hizmetli Personel	Kurtarma Ekip Üyesi	Destek Hizmetler	Kurtarma	-	533 506 26 33	sidikacinar@optimedglobal.com	
9	Sevgi Düvenci	Hizmetli Personel	Kurtarma Ekip Üyesi	Destek Hizmetler	Kurtarma	-	535 632 90 68	sevgiduvenci@optimedglobal.com	
10	Abdülbaki Çok	Hizmetli Personel	Kurtarma Ekip Üyesi	Destek Hizmetler	Kurtarma	-	535 271 68 35	abdulbakicok@optimedglobal.com	
11	Ayfer Gegekoğlu	Hizmetli Personel	Kurtarma Ekip Üyesi	Destek Hizmetler	Kurtarma	-	534 259 87 67	ayfergegekoglu@optimedglobal.com	
12	Kemal Yıldırım	Teknik Servis Görevlisi	Destek Ekip Lideri	Teknik Birimler	Destek	5036	533 023 43 75	kemalyildirim@optimedhastanesi.com	
13	Mehmet Özarslan	Teknik Servis Görevlisi	Destek Ekip Üyesi	Teknik Birimler	Destek	5037	530 662 60 77	mehmetozarslan@optimedhastanesi.com	
14	Metin Çakmak	Bilgi İşlem Görevlisi	Destek Ekip Üyesi	Teknik Birimler	Destek	5050	546 470 77 22	metincakmak@optimedhastanesi.com	
15	Fikret Bozdemir	Teknik Servis Görevlisi	Destek Ekip Üyesi	Teknik Birimler	Destek	5016	541 382 90 50	fikretbozdemir@optimedhastanesi.com	
16	Seher Şahin	Hemşire	İlk Yardım Ekip Lideri	Hemşirelik Hizmetleri	İlk Yardım	2450	542 497 99 79	sehersahin@optimedhastanesi.com	
17	Kübra Gönültaş	Hemşire	İlk Yardım Ekip Üyesi	Hemşirelik Hizmetleri	İlk Yardım	2550	553 226 16 75	kubragonultas@optimedhastanesi.com	
18	Alperen Pınar	Hemşire	İlk Yardım Ekip Üyesi	Hemşirelik Hizmetleri	İlk Yardım	3200	544 560 94 60	alperenpinar@optimedhastanesi.com	
19	Merve Çöl	Hemşire	İlk Yardım Ekip Üyesi	Hemşirelik Hizmetleri	İlk Yardım	1500	544 893 97 49	mervecoli@optimedglobal.com	
20	Doğukan Taşkın	Hemşire	İlk Yardım Ekip Üyesi	Hemşirelik Hizmetleri	İlk Yardım	-	535 380 27 76	dogukantaskin@optimedglobal.com	

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 575 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 44 HAP 2024 Yılı Eğitim - Tatbikat Planı Formu

		HAP 2024 YILI EĞİTİM - TATBİKAT PLANI FORMU (FORM-44)				Doküman No: AD-FR-02 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.... Sayfa No :1/1	
Sıra No	Eğitim-Tatbikat Konusu	Yapılacağı Yer	Destek Kurumları	Katılımcı	Kişiler	Tarih	Süresi (Gün)
1	Tehlikeli Maddeler,Sağlık Ve Güvenlik İşaretleri	Eğitim Salonu	-	Tüm Personel	-	19.06.2024-24.06.2024	40 Dakika
2	Radyasyon Güvenliği	Eğitim Salonu	-	Acil Servis Çalışanları, Yoğun Bakım Çalışanları, Radyoloji Çalışanları,Ameliyathane,Anjiy o, Temizlik Personeli	-	06.02.2024-11.02.2024	30 Dakika
3	Triyaj Eğitimi	Eğitim Salonu	-	Güvenlik, Hasta Hizmetleri, Acil Servis Çalışanları	-	01.05.2024-06.05.2024	30 Dakika
4	Elektriksel Güvenlik, Tıbbi Gaz Kullanım	Eğitim Salonu	-	Teknik Servis, Yoğun Bakımlar, Ameliyathane	-	04.09.2024-04.09.2024	40 Dakika
5	Hastane Afet Planı- Kod Sistemleri Eğitim, Deprem,	Eğitim Salonu	-	Tüm Personel	-	03.07.2024-08.07.2024	60 Dakika
6	Yangın- Kırmızı Kod,Hastane Tahliyesi Eğitim	Eğitim Salonu	-	Tüm Personel	-	21.08.2024-26.08.2024	60 Dakika
7	Yangın Söndürme Tüpü Kullanımı	Eğitim Salonu	-	Tüm Personel	-	21.08.2024-26.08.2024	30 dakika
8	Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi, El Hijyeni, İzolasyon Ve İzolasyonda Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımı,Kesici Delici Yaralanmalardan Korunma, Covid-19 Enfeksiyonu Ve Önlemler, Pandemik İnfluenza	Intranet	-	Tüm Personel	-	05.06.2024-10.06.2024	40 Dakika
9	Mavi Kod, Pembe Kod, Beyaz Kod	Intranet	-	Tüm Personel	-	06.03.2024-11.03.2024	30 Dakika
10	Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları	Intranet	-	Tüm Personel	-		30 Dakika
11	Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikalar	Intranet	-	Tüm Personel	-		
12	Beyaz Kod		-	Beyaz Kod Ekibi	-	08.05.2024	
13	Mavi Kod		-	Mavi Kod Ekibi	--	18.05.2024	
14	Kırmızı Kod		-	Hap Başkanı, Kırmızı Kod Ekibi	-	13.07.2024	
15	Pembe Kod		-	Pembe Kod Ekibi, Ayaktan Hasta Danışmanları, Hizmetli Personel	-	04.09.2024	
16	Turuncu Kod		-	Tehlikeli Maddeler Ekibi	-	16.08.2024	
17	Sarı Kod		-	Hap Başkanı, Kırmızı Kod Ekibi	-	13.07.2024	
18	Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı (Deprem)			İl Sağlık Müdürlüğü, HAP Ekibi	27		
19	Acil Durum (Olaya Özel) Tatbikatı (Deprem)		-	İl Sağlık Müdürlüğü HAP Ekibi			

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. Yılın başında hazırlanır.
- 2) HAP Hazırlama Komisyonu tarafından doldurulur/doldurulur.
- 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 576 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 45 HAP 2023 Yılı Eğitim Rapor Formu

		HAP 2023 YILI EĞİTİM RAPOR FORMU (FORM-45)		Doküman No: AD-FR-24 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
Sıra No	Konusu	Katılan Kişi Sayısı	Eğitimi Veren Kişi /Kurum	Eğitimin Yeri
	Tehlikeli Maddeler, Sağlık Ve Güvenlik İşaretleri	397	Cemalettin Kulalı/Meliha Ünal	Eğitim Salonu
	Radyasyon Güvenliği	156	Betül Beyazlar	Eğitim Salonu
	Triyaj Eğitimi	109	Ecenur Topçu	Eğitim Salonu
	Elektriksel Güvenlik, Tıbbi Gaz Kullanım	74	Sebahattin Ünal	Eğitim Salonu
	Hastane Afet Planı- Kod Sistemleri Eğitimi, Deprem,	331	Cemalettin Kulalı/Meliha Ünal	Eğitim Salonu
	Yangın- Kırmızı Kod, Hastane Tahliyesi Eğitimi	381	Cemalettin Kulalı/Meliha Ünal	Eğitim Salonu
	Yangın Söndürme Tüpü Kullanımı	353	Cemalettin Kulalı/Meliha Ünal	Acil Toplanma Bölgesi
	Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi, El Hijyeni, İzolasyon Ve İzolasyonda Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımı, Kesici Delici Yaralanmalardan Korunma, Covid-19 Enfeksiyonu Ve Önlemler, Pandemik İnfluenza	352	Ecenur Topçu	Eğitim Salonu
	Mavi Kod, Pembe Kod, Beyaz Kod	404	Ecenur Topçu	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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 579 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Form 48 Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu

		YAPISAL RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU (FORM-48)		Doküman No: AD-FR-48 Yayın Tarihi :21.06.2021 Revizyon No :00 Revizyon Tar.... Sayfa No :1/1
Bulunduğu Yerleşim Birimi				
İnceleme Tarihi				
Sıra No	Bölüm Adı	Sorunlar (Öncelik Sırasıyla)	Önlem/Düzenleme (Uygulama birimi, tarih)	Açıklama (Durum Bilgisi)
	Ortak kullanım alanları	Dolapların devrilme tehlikesi	L demir ile sabitleme	Sabitlendi
	İdari ofisler	Cihazların devrilme tehlikesi	L demir ile sabitleme	Sabitlendi
	Yoğun bakımlar	Dolap devrilme tehlikesi	L demir ile sabitleme	Sabitlendi
	Ameliyathaneler	Dolap devrilme tehlikesi	L demir ile sabitleme	Sabitlendi
	Sterilizasyon ünitesi	Dolap devrilme tehlikesi	L demir ile sabitleme	Sabitlendi
	Teknik odalar	Yüksek raf ve dolapların devrilme tehlikesi Jeneratörün sarsıntıda devrilme tehlikesi	L demir ile sabitleme	Sabitlendi
	Arşiv	Yüksek rafların devrilme tehlikesi	L demir ile sabitleme	Sabitlendi

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 581 / 763

EK 1-D

ÖZEL OPTİMED HASTANESİ ACİL SERVİS DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 582 / 763
	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;

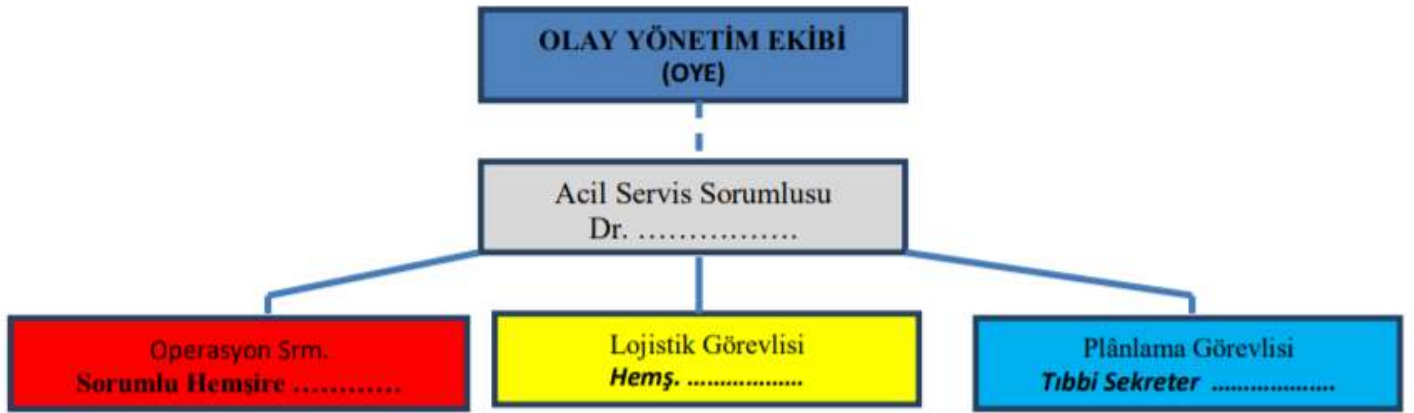
	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 583 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- Departman olay yönetimi organizasyon şemasının belirlenmesi; organizasyon şemasına göre departman içi görevlerin tanımlanması,
- Departman müdahale eylemlerine yönelik yönlendirici bilgi, prosedür, talimat ve işaretlemelerin önceden belirlenmesi, öğrenilmesi ve test edilmesi,
- Ulaşım, haberleşme ve iletişimin etkili koordinasyonu ve sürekliliğinin sağlanması, vd. Afet ve acil durumda fonksiyonel kapasiteyle ilgili yönlendirici bilgiler HAP Hazırlama Kılavuzu İkinci Bölüm’de, Acil Servis Yönetimi ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü’nde (SOP 6) yer almaktadır

4. MEVCUT DURUM

- Günlük Ortalama Vaka Kabul Sayısı
- Toplam Personel Sayısı ve Dağılımı
- Günlük Nöbet Tutan Personel Sayısı ve Dağılımı
- Mevcut Ekipman ve Malzeme Listesi Hazırlanacak listeler Prosedürün ekinde yer almalıdır.

5. DEPARTMAN OLAY YÖNETİMİ ORGANİZASYON ŞEMASI



6. DEPARTMAN GÖREV TANIMLARI

Acil Servis Departman Sorumlusu Afet ve acil durumlarda Acil Servis’in yönetimi ile ilgili tüm stratejik direktifleri verir ve yapılmasını organize eder. Ekip çalışmalarını denetler, bölümler arası haberleşmeyi sağlar, Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordineli olarak çalışır.

Operasyon Görevlisi Acil Servis’te tüm hasta bakım alanlarının organizasyonu yapar, acil servis içi hasta trafik akışını organize eder ve iş sürekliliğini sağlar.

Planlama Görevlisi: Acil Servis’te görevli tüm personelin çalışma düzenini organize eder, gerektiğinde ek personel planlamasını yapar ve Acil Servis Departman Sorumlusuna iletir. Tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini sağlar.

Lojistik Görevlisi: Acil Servis’te hasta bakımı için gerekli olan malzeme ve ekipmanın devamlılığını sağlar, personel için gıda ve barınma ihtiyacını organize eder ve yönetir. Departman organizasyon şemasında yazılacak diğer pozisyonların görev tanımları eklenmelidir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 584 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

7. ERTELENEBİLİR/VAZGEÇİLEBİLİR EYLEMLERİN BELİRLENMESİ

Afet ve acil durumlarda enjeksiyon, pansuman vb. Gibi hizmetler ile hasta kabul, taburcu ve ertelenebilir/vazgeçilebilir hizmetlerle ilgili uygulamaların hızlı biçimde gözden geçirilecek ve gerçekleştirilmesi için eylem hazırlıkları önceden yapılacaktır.

8. MÜDAHALEDE EYLEMLERİN SIRASI

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu AMP aktivasyonu ile başlar. Özel Alanların açılması OYE'nin özel alanları açma kararı ile açılır. Açılacak alanlara ait yapılan hazırlıklar önceden planlanarak Form 24'e kaydedilmekte, kroki, gerekli malzeme ve ekipmanlar (depolanma alanı belirtilerek) listesi ile birlikte Prosedürün Ekler bölümünde yer almaktadır.

Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi

Departman Planlama görevlisi acil serviste bulunan mevcut personeli tespit edip, ek personel ihtiyacı hakkında Departman Sorumlusuna durum raporu verir. OYE, Acil Servis'e daha önceden planlanan diğer birimlerden personel görevlendirir. Personel görevlendirme planlaması Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

Triyaj

Triyaj ekibi/ekipleri hastane afet triyaj alanında hasta/yaralıların triyaj kartlarını doldurarak önceliklendirmeye başlar. Hasta/yaralıları verilen renk kodlarına göre uygun tedavi alanlarına nakledilir. Triyaj ekibinde görev alacak personel ve hasta taşıma personeli listeleri ektedir.

Hastaların Acil Servis 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

Triyaj 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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 585 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- 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,
- Trijaj alanı ile acil servis arasındaki hasta akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün Sonlandırılması

Afet ve acil durumdan olağan işleyişe geçilmesi renk kodu/anons ile duyurulur.

Tahliye (Gerekirse)

Acil Servis kullanılamaz duruma geldiğinde personel, hasta/yaralı, malzeme ve ekipmanın önceden belirlenmiş alternatif bakı alanına tahliyesi gerçekleştirilir. Tahliye planı, ayrıntıları ile birlikte (personel planlaması, tahliye yolları, taşıma yöntemleri, kayıtlar vb.) Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

9.MÜDAHALE SÜRECİNDE EYLEM ZAMAN ÇİZELGESİ

- Görevdeki Acil Servis Sorumlu Doktoru OYE ile;
- * Triyaj alanının yeri belirlenmesi ve triyaj yapılan hastalar ile ilgili hareket tarzları, acil servisin bu süreçte nasıl destek olacağı,
- *Acil servisin doktor, sağlık personeli ve diğer personel bakımından ihtiyaçları
- * Tıbbi cihaz, malzeme ve ilaç 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 sağlar.
- Acil servisin içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaretler ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirilmiş olduğunu teyit edin,
- Malzemelerin (afet stoğu) ve ekipmanların kullanıma hazır olmasını sağlar, eksik ve/veya stoğu az olan malzemeler ivedi olarak tamamlanır.
- Personelin, ilk tıbbi ihtiyaç değerlendirmesine göre diğer servislere tahsis edilmesini sağlar,• Dahili nakil kapasitesinin yeterli olmasını temin edilir (kullanılabilir sedyeler, bu amaca yönelik uygun personel),• Personeli, sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin,
- Afetin durumuna ve o an hastanede bulunan kişilere göre uygun kişiler Acil Servis Sorumlu Doktoru, Acil Servis Sorumlu Hemşiresi, tıbbi sekreter olarak görevlendirilir.
- Gelecek 24 saat içinde görev alacak nöbetçi personeli organize edilir.
- Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurularak), OYE ile birlikte nihai kararı alınır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 586 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- Kullanılabilir sedye sayısını ve bu amaca uygun personeli belirleyin ve servislerin sorumlularını nasıl hasta alımı yapılacağı konusunda bilgilendirin,
- Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre nakledilmesini sağlayın. Tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil servis, OYE'nin kararlarına uymalıdır
- Hastane içi trafik akışının tamamen düzenlenmesi için önceden belirlenen kontrol listesinin kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları, ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp rapor edileceği konusunda bilgilendirin,
- Hastaların hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasını temin etmek için güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,
- Hastaların ve personelin geçeceği koridorların, hareketi engellemeyecek şekilde sürekli açık olmasını sağlayın,
- Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için acil servisin bölümlerini triyaj renkleri ile ayrılmasını sağlayın
- Hastaların naklini kolaylaştırmak için tüm alanların ve Acil Servis koridorlarında aşırı yoğunluk oluşmasını önleyip, mümkün olduğunca boş olmasını sağlayın
- Hastaların acil servis den etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin,
- Personelin, hastaların nakli sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın,
- Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın,
- Nakil sırasında hasta kayıtlarının da transferinin yapıldığından emin olun,
- Yalnızca yetkili kişilerin acil servise girmesini güvenlik görevlisi ile birlikte sağlayın,
- Acil servis sorumlu hekiminin, izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triage Alanına ve acil servise girmelerini engelleyin,
- Personel, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarının artacağını göz önünde bulundurun,
- Gelen hastaların kontamine olmadığından ya da epidemi potansiyeline sahip bulaşıcı hastalık ile enfekte olmadığından emin olun,
- Acil Servis çalışanları ile hasta naklinde görevli personelin görevli yeleği giymesini sağlayın, • Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın.

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 Triage Alanının açıldığından emin olun,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 587 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- Hastanenin iç ve dış trafik akışının düzenlendiğinden emin olun,
- Afet triyaj alanının ve Acil Servis'in güvenliğinin sağlandığından emin olun.

12. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURALLARI

- Yalnızca yetkili kişiler Acil Servis de çalışabilir,
- Aile üyeleri yalnızca acil servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat edebilir (hasta başına bir kişi),
- Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor etmek (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir),
- Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planında belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.

13. KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR

- Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini temin edin; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,
- Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,
- Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay), uygun dekontaminasyon prosedürlerinin uygulanmasını sağlayın ve OYE ile irtibata geçerek zehirlenmiş hastaların yönetimine ilişkin özel tavsiye isteyin.

14. KULLANILACAK SOP'LAR

Tedavi Yeteneği ve Kapasitesinin İlk Değerlendirmesi SOP

Hastane Afet Triage Alanı ve Gelen Hastalara Yönelik SOP

Tıbbi Triage Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

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

Triage Sorumlusu İŞAT

Acil Servis Sorumlusu İŞAT

Güvenlik Sorumlusu İŞAT

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

Triage 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 588 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 589 / 763

EK 2-A

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO)

(Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetim Çerçevesi)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 590 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 yönetimi- mine yönelmesinin desteklenmesi. Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında afet risk yönetiminin ayrıntılı olarak ele alındığı, uluslararası bağ- layıcılığı 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 bütünleş- tirilmesi (entegrasyonu) amaçlanmaktadır

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 591 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi'nde kapsamlı bir stratejinin oluşturulması yönünde, sağlık 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 fonksiyonu devam 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 karşısında zarar görebilirlikleri ve olayların öncesi, sırası, 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; sağlam bir hazırlık zamanında ve etkili birmüdahaleyi mümkün kılacak; müdahalenin etkin koordinasyonu, sağlık hizmetlerinin zarar görebilir gruplara odaklanması ve etkilenenlerin

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 592 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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).

3. Tüm Tehlikeler Yaklaşımı (Tehlikelere Bütüncül Yaklaşım):

Farklı tehlike türleri (doğa, insan, teknoloji kaynaklı) sağlık hizmetleri açısından benzer risklerle ilişkili olup, sağlık sistemini 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 müdahalede sivil korunma). Sağlığı korumaya yönelik çok

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 593 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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. Aynı zamanda, sağlık sistemine dahil çok sayıda disiplin arasında da etkili koordinasyon gereklidir (örneğin, acil tıp, afet sürveyansı, 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 594 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 gerekliliğinin 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
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 yada strateji 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, çok sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi ile ilgili politikalar ve yasal düzenlemelerde, halk sağlığının korunması ve tüm sektörlerin eylem amaçları ve hedefleri bakımından

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 595 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 önemini 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. 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 koordinasyon mekanizmaları ve/veya görevli birimler, sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında her düzeyde gerekli koordinasyonu sağlamak üzere, oluşturulmalıdır. Ulusal kapasiteleri aşan büyük ölçekli acil durumlarda 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 hasta akını kapasitesi dahil), yeterliği geliştirme için eğitim ve mesleki 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 tanıları, 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:

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 596 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Kapasite geliştirmek, program ve faaliyetleri gerçekleştirmek için Sağlık Bakanlığı dahil, hkmetlerden ve diğer kaynaklardan mali tahsislerin yeterli olması gereklidir. Sağlık ADARY için, nleme 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 btleme 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, sürveyans, erken uyarı, enformasyon yönetimi, teknik rehberlik ve araştırma kapsa- mında: Enformasyon ve bilgi yönetimi kapasitelerinin risk/ihtiyaç analizlerini, afet sürveyansı ve diğer erken uyarı sistemlerini ve kamuyla (halkla) iletişimi desteklemek üzere güçlendirilmesi gerekecektir. Enformasyon toplama, analiz ve yayma, ilgili sektörler arasında uyum sağlanması ve “doğru enformasyonun doğru insanlara doğru zamanda ulaşması”nı sağlayacak mekanizmaların var olması önemlidir. Araştırma kanıt, bilgi ve uygulamanın evrimini ve yeni ilaçlar, aşılar ve risk yönetiminde yenilikçi önlemlerin ge- liştirilmesini destekleyicidir. Kanıta dayalı teknik rehberlik, mesleki bilgilendirme

programları ve sağlık sistemlerinde iyileştirmeler yoluyla, kapasite oluşturma için gereklidir.

4. Risk İletilişimi:

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 altın- daki herkesin durumdan haberdar olarak karar verebilmesi ve potansiyel acil durumlara karşı nleme, 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 görebilirlik 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 muhafa- za edecek, sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlayacak, iklim ve evre üzerindeki etkisini azaltacak- tır. 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 n

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 597 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 (ör- neğin, 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 geliştirilme- sine katkıda bulunmaktadır. Farklı disiplinlerin temsilcileri risk ve kapasite değerlendirmelerine, planla- ma, 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 üze- rinde odaklanma: Toplum üyelerinin yerel tehlikeleri ve zarar görülebilirlikleri belirlemek üzere risk değerlendirmelerine katılmaları, sağlık risklerini acil durum meydana gelmeden önce azaltabilecek eylemlerin saptanmasını sağlayacaktır. Acil durumun ilk saatlerinde, dışarıdan yardım henüz ulaşmadan, etkili bir yerel müdaha- leyle 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 sahip- tir. Sivil toplum topluluk düzeyi sürveyans, 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 yaşamsaldır.

6. İzleme ve Değerlendirme

Riskler ve kapasitelerin izlenmesi, stratejilerin ve ilişkili program ve faaliyetlerin uygulanmasıyla ilgili de- ğerlendirmeler dahil, Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik ilerlemeyi izleme süreçleri:

Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve çekirdek kapasiteler ile ilgili gelişmeleri izleme süreç- leri sağlık sektöründe mevcut izleme sistemleri ile bütünleştirilmelidir. Riskleri, kapasiteleri ve prog- ram 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 ara- lıklarla yapılacak ve özellikle hazırlık (örneğin, simülasyonlar), müdahale ve iyileştirme faaliyetleriyle ilgili değerlendirmelerle tamamlanabilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 598 / 763

EK 2-B

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ (Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık Ön Değerlendirme Bilgisi)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 599 / 763
	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 kapsamındadır ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir.

Sağlık kurumlarında olağan risklerin yanı sıra afet risklerinin yönetimi, hastanelerin afet yönetiminin tüm süreçlerindeki yeri bakımından, başka hiçbir kurumla karşılaştırılamayacak derecede önemlidir:

- Sağlık hizmetinin olağan ve olağandışı tüm durumlarda etkili ve kesintisiz sürmesi hayati önemdedir.
- Hastanelerde her zaman çok sayıda zarar görebilir insan bulunmaktadır.
- Hastaneler, düzenli korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanım ile hizmet vermektedir.

Bu çerçevede, uluslararası kabul gören Güvenli Hastaneler yaklaşımı, gerek yeni hastanelerin tasarımında gerekse mevcut hastanelerin güvenliğini geliştirmede dört temel hedefi esas almaktadır:

1. Hastanelerin acil durum ve afetler sırasında ve sonrasında fonksiyonlarını sürdürebilmesi, gereken sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sağlayabilmesi;
2. Sağlık çalışanları, hastalar ve ailelerin korunması;
3. Hastane binalarının, donanımın ve kritik hastane sistemlerinin fiziksel bütünlüğünün korunması;
4. Hastanelerin, iklim değişikliği dahil gelecekteki risklere karşı güvenli ve dayanıklı hale getirilmesi. Ülkemiz hastanelerinde afetlerden korunma ve afetlere hazırlık çalışmaları 1990'lardan itibaren, BM Uluslararası Doğal Afetleri Azaltma On Yılı (IDNDR) uygulamalarının da etkisiyle gelişmeye başlamış, 1999 Marmara ve Düzce depremlerinden sonra hız kazanmıştır. Sağlık kurumlarında afet güvenliği ve afete hazırlık kapsamında sürdürülmekte olan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ve İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı geliştirme ve

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 600 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

uygulama çalışmaları önem taşımaktadır. Bu çalışmalarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından desteklenen Güvenli Hastaneler yaklaşımı ve diğer ilgili uluslararası bilgi ve tecrübe paylaşımına önem verilmektedir. Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan Amerikan (Amerika Kıtası) Sağlık Örgütü (PAHO) tarafından, özellikle 1970'ler sonrası Orta ve Güney Amerika ülkelerinde hastanelerin karşılaştığı ağır afet kayıp ve zararları¹ dikkate alınarak, hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve müdahaleye daha hazırlıklı olmasını desteklemek amacıyla başlatılan ve uluslararası katılımı geliştirilen Hastane Güvenlik Endeksi çalışmasında kullanılan değerlendirme formlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının amacı, ülkemizde Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) uygulamaları çerçevesinde, standart kontrol listesi uygulamalarının geliştirilmesine yardımcı olmak, hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğinin, dolayısıyla afet risklerinin azaltılması ve afet halinde müdahaleye hazırlık çalışmalarının mevcut durumuyla ilgili bir ön değerlendirme yapabilmelerine imkan sağlamaktır. Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının uygulama alanı aşağıdaki açıklamalar ve ilgili formlarda yer alan tanımlarla sınırlıdır; bu çalışmanın mevcut yasal düzenleme, daha kapsamlı araştırma ve denetim görev ve uygulamalarının yerine kullanılması söz konusu 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 601 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

BÖLÜM 1: HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. Hastanenin adı: ÖZEL OPTİMED HASTANESİ

2. Adresi: Gazi Mustafa Kemalpaşa, Atatürk Cd. No:118, 59500 Çerkezköy/Tekirdağ

3. Hastane üst yöneticilerinin ad, soyad ve unvanları:

Op.Dr.Ayhan ARSLAN Yönetim Kurulu Başkanı

Yaşar GENÇ- Genel Müdür

Uzm. Dr. Necati KARAOĞLU- Başhekim

Sevda SÜMBÜL- Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

4.Hastane afet/acil durum yöneticilerinin ad, soyad, unvan ve irtibat bilgileri:

Uzm. Dr. Necati KARAOĞLU -HAP Başkanı 0 532 412 30 94

Op.Dr. Farruhk Ibrahimov Tibbi Teknik Kurul Başkanı 0 532 463 77 91

Cemalettin KULALI-İş Güvenliği Uzmanı 0 532 678 39 01

Filiz ALBAYRAK-HAP Sekreteri 0 531 352 52 04

Egemen ÇALIŞKAN- Halkla İlişkiler Görevlisi 0554 866 29 81

Gizem AKTÜRK-Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu 0 546 921 53 95

Demet ERSOY-Operasyon Şefi 0 543 450 01 40

Uğur DURAN-Planlama Şefi

Vedat ATMAN Lojistik Şefi 0 544 766 92 52

Gülay ERDAĞ –Finans Şefi 0 542 242 75 85

5. Hastane telefonu (il koduyla birlikte): 0 282 726 05 55

6. Hastane web-site ve e-posta adresi: www.optimedhastanesi.com

7. Hastanenin toplam yatak sayısı: 178

8. Olağan durumlarda doluluk oranı: Genel Doluluk Oranı %79,2

9. Toplam personel sayısı:

- Uzman Doktor:62
- Pratisyen Doktor:10
- Hemşire:75
- Ebe:5
- Laboratuvar Teknisyeni/Teknikeri:13
- Radyoloji Teknisyeni/Teknikeri:11
- Anestezi Teknisyeni/Teknikeri:24
- Diğer: 369

Toplam personel sayısı:569

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 602 / 763

Ortalama Günlük Vaka Kabul Sayısı (2023 Yılı Verilerine Göre)

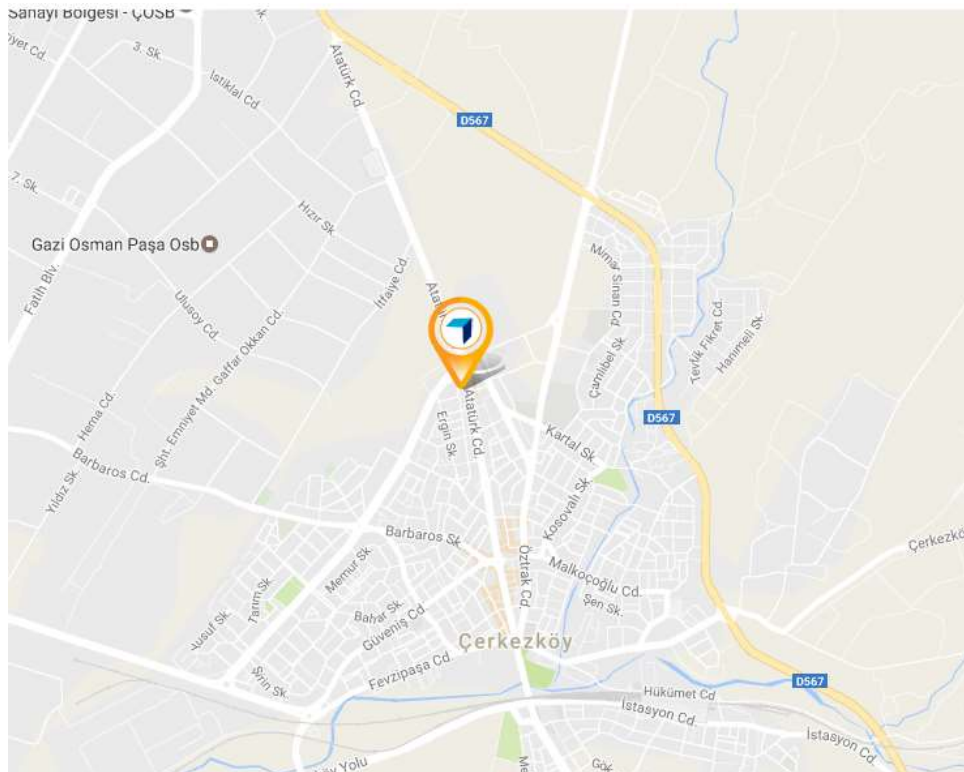
Nöbetçi Uzman Sayısı	1 Anestezi Uzmanı, 6 İcapçı Uzman Hekim
Poliklinik Günlük Başvuru Sayısı	770
Günlük Ameliyat Sayısı	22
Servis Günlük Hasta Kabul Sayısı	72
Acil Servis Günlük Başvuru Sayısı	155
Genel Yoğunbakım Günlük Hasta Kabul Sayısı	3
Yenidoğan Yoğunbakım Günlük Hasta Kabul Sayısı	2

10. Hastanenin genel tarifi:

Optimed Hastanesi, Optimed Sağlık Hizm.San.Tic.A.Ş.' ye bağlıdır. Tam teşekküllü özel bir hastane olarak faaliyetini sürdürmektedir. Çerkezköy' de hizmet vermekte olup Çerkezköy' ün nüfusu yaklaşık 130. 000, olup toplamda 250.000 nüfus kitlesine hizmet vermektedir.

11. Hastanenin fiziksel dağılımı:

Hastane; mevcut durumda 2 anabinadan oluşmaktadır. Eski bina olarak adlandırılan 1. No'lu bina zemin üstüne 6 kat ve 2 bodrum kattan oluşmaktadır. Yeni bina olarak adlandırılan 2 No' lu bina ise zemin üstüne 8 kat, heliport alanı ve 5 bodrum katından oluşmaktadır.



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 603 / 763

12. Hastanenin tedavi ve ameliyat kapasitesi:

Günlük rutin hizmetler bakımından mevcut toplam yatak ve personel sayısı; acil durum ve afetlerde hizmetleri genişleterek hastanenin azami (maksimum) kapasitesine ulaşmak üzere artırılabilir kapasitemiz aşağıdaki gibidir.

a. DAHİLİ TIP

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Dahiliye	31	35	8	7	
Pediyatri	16	20	6	4	
Kardiyoloji	5	6	5	2	
Göğüs Hastalıkları	3	5	2	1	
Nöroloji	3	4	3	1	
Endokrinoloji	-				
Hematoloji	-				
Gastroenteroloji	-				
Dermatoloji	1	1	1	1	
Yanık Ünitesi	-				
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	5	5	1	1	
Psikiyatri/Psikoloji	-				
Diğer (belirtiniz)	-				
Diğer (belirtiniz)	-				
Diğer (belirtiniz)	-				
TOPLAM	64	78	26	17	

b. CERRAHi

Bölüm yada Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 604 / 763

kapasitesi (yatak sayısı)				
Genel Cerrahi	10	15	7	5
Obstetri ve Jinekoloji	15	18	9	9
Ortopedi ve Travmatoloji	10	13	6	4
Üroloji	7	8	3	2
Otolarengoloji	-	-		
Oftalmoloji	3	4	3	2
Nörocerrahi	-	-		
Plastik Cerrahi	2	3	2	1
Kardiyovasküler Cerrahi	6	7	3	2
Beyin cerrahisi	6	7	3	2
Kulak Burun Boğaz	13	13	3	3
Çocuk Cerrahisi	3	4	2	1
TOPLAM	75	92	41	31

c. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel dayısı	Gözlemler
Genel Yoğun Bakım	20	20	17	17	
Genel Ara Yoğun Bakım	-	-			
Kardiyovasküler Yoğun Bakım	5	5	6	6	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 605 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Pediyatrik	-	-		
Yoğun Bakım				
Yanık Yoğun	-	-		
Bakım				
Yenidoğan	14	18	12	11
Yoğun Bakım				
Diğer	-	-		
(belirtiniz)				
TOPLAM	39	43	35	34

d. AMELİYATHANELER

Bölüm ya da Servis	Ameliyathane sayısı (rutin kapasite)	Hastanenin azami ameliyathane sayısı (afet/acil durum için)	Gözlemler
Septik ameliyathane	-	-	-
Aseptik ameliyathane	-	-	-
Pediyatrik ameliyathane	-	-	-
Obstetri ve Jinekoloji ameliyathanesi	1	1	-
Acil Durum ameliyathanesi	-	-	-
Genel Ameliyathane	4	4	-
TOPLAM	5	5	-

e. KLİNİK VE DİĞER DESTEK HİZMETLERİ

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Teşhis hizmetleri	18	20	
Kan bankası hizmetleri	2	1	
Eczane	2	1	
Medikal mühendislik ve bakım	1	0	
Bina/kritik sistemler mühendislik ve bakım	6	6	
Dekontaminasyon	1	0	
Güvenlik	6	3	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 606 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Diğer (belirtiniz)

TOPLAM

36

31

f. AFET ve ACİL DURUM OPERASYONLARI

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Hastane afet/acil durum operasyonları/olay yönetimi (komuta, kontrol, koordinasyon)	10	10	
Lojistik yönetimi görevlileri	15	6	
Haberleşme ve bilgi yönetimi görevlileri	3	2	
İdare (insan kaynakları, finans işleri görevlileri)		2	
Basın (medya) sözcüleri	1	1	
Ambulans görevlileri	3	3	
Sonraki sağlık kurumu/hastaneye sevk işleriyle görevli ekipler	2	0	
Diğer (belirtiniz)	20	13	
TOPLAM	53	37	

13. Operasyon kapasitesini artırabilecek alanlar

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

Yerler/ Alanlar	Alan m2	Su		Elektrik/ Enerji		Telefon/ Haberleşme		Gözlemler*
		EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	
Poliklinikler	53 adet	x		x		x		Polikliniklerde medikal tıbbi gaz sistemi mevcuttur. Olası bir afet durumunda yataklı servise çevrilebilecek özelliktedir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 607 / 763

Mevcut Ekipman, Malzeme ve Diğer Kaynaklar

Jeneratör	3 adet jeneratör
UPS	6 adet UPS (3 adet 100 kw, 1 adet 120 kw, 1 adet 60 kw, 1 adet 160 kw kapasiteli)
Su Deposu	3 adet (1 adet kullanım depose 36 ton, 1 adet yangın depose 72 ton, 1 adet yangın depose 4 ton)
Yangın	116 Adet Yangın Söndürme Tüpü,38 Adet Yangın Söndürme Dolabı, 3 adet otomatik CO2 söndürme sistemi (Mahallere ve ihtiyaca göre konumlandırılmıştır)
Sedye	14 muayene sedyesi,10 transfer sedyesi, 5 kaşık sedye
Tekerlekli Sandalye	20 adet tekerlekli sandalye, 1 adet tahliye sandalyesi
Muayene Masası	53 adet
Ventilatör	30 adet
Oksijen Tüpü/Oksijen Tank Kapasitesi	10 adet seyyar oksijen tüpü ve 1 adet oksijen üretim sistemi
Hemodia Filtrasyon Cihazı	3 Adet
Röntgen	2 Adet Sabit Röntgen Cihazı, 2 adet portable
Manyetik Rezonans	1 adet
Tomografi	1 adet
Ultrason	12 adet
Eko cihazı	1 adet
Laboratuvar	2 adet hemogram, 1 adet biyokimya cihazı, 2 mikroskop, 1 kardiyak
Ulaştırma/Hizmet Araç Sayısı	3 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	8 Tane Telsiz,40 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
Kuvöz	13 Adet Kuvöz 1 Adet Transport Kuvöz

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 608 / 763

BÖLÜM 2: GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

Bu bölüm toplam dört modülden oluşmaktadır:

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik (md. 1 - 18)

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik (md. 19- 111)

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi (md. 112 - 151)

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 609 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

1.1 TEHLİKELER	TEHLİKE DÜZEYİ			Hastane bu tehlikeye karşı müdahaleye hazırlanma lı mı EVET ise işaretleyin	Gözlemler
	Tehli ke yok	Tehlike düzeyi			
		Düşü k	Or t a		
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.					2. Derece deprem kuşağında. Hastanede yoğun bakım vb. Bölümler mevcut.
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				Bölgede volkan aktivitesi yoktur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 610 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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					Heyelan nedenli olaylar gözlenmemiştir.
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					Sismik ya da volkanik hareketin yol açabileceği tsunami tehlikesi gözlemlenmemiştir.
Diğer jeolojik tehlikeler (örnek: kaya düşmesi, toprak çökmesi, moloz kayması) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla yukarıda yer almayan diğer jeolojik olayları tanımlayın; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini belirleyin. Diğer jeolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	x					Jeolojik tehlikeler gözlemlenmemiştir.

1.1.2 Hidro-Meteorolojik tehlikeler

1.1.2.1 Meteorolojik tehlikeler

Kuvvetli fırtınalar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla bölgesel ve mevsimsel fırtınalar (kuvvetli rüzgar, kuvvetli fırtına, tam fırtına) bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede bölgesel, mevsimsel kuvvetli fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		x				Bölgede kuvvetli fırtına olabilir ancak risk az . Hastanenin -5 katı ve zemin katına logar açılarak pompa konuldu.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 611 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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					Tornado tehlikesi gözlemlenmemiştir
Yerel fırtınalar Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için çabuk gelişen yerel fırtınalarla birlikte şiddetli yağışın yol açabileceği sel ve diğer hasarlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede yerel fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.			x			Hastanenin -5 katı ve zemin katına logar açılarak pompa konuldu.
Diğer meteorolojik tehlikeler (örnek: kum fırtınası, darbeli rüzgar) Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için risk oluşturabilecek diğer meteorolojik tehlikelerin tür ve düzeylerini değerlendirin. Hastanede diğer meteorolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.	x					Benzer olaylar gözlemlenmemiştir.
1.1.2.2 Hidrolojik tehlikeler						
Akarsu taşkınları Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili akarsu taşkın tehlikesi düzeyini (dere ve nehir selleri) değerlendirin. Hastanede akarsu taşkınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin.	x					Bölgede akarsu taşkını görülme tehlikesi bulunmamaktadır.
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		x				Mevsimsel olarak sel durumu yaşanabilir. Önlem amaçlı hastanenin -5 katı ve zemin katına logar açılarak pompa konuldu.

maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin						
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					Tehlike görülmemiştir.
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					Tehlike görülmemiştir
Diğer hidrolojik tehlikeler (örnek: dağlık alan selleri, çığlar, kıyı selleri) 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					Benzer olaylar gözlemlenmemiştir
1.1.2.3 Klimatolojik tehlikeler						
Ekstrem sıcaklıklar (örnek: sıcak hava dalgası, soğuk hava dalgası, ekstrem kış koşulları) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından ekstrem sıcaklıklar ya da hava koşullarının oluşturabileceği tehlike düzeyini değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede ekstrem sıcaklıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde	x					Hastanenin konumu açısından bakıldığında ekstrem sıcaklıklar tehlikeli olarak görülmemiştir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 613 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas olarak) belirleyin.						
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 olarak) belirleyin.	x					Hastaneye yakın bölgede orman, tarım arazisi vs. alanlar bulunmadığı için tehlikeli olarak görülmemiştir.
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 olarak) belirleyin.	x					Tehlike olarak gözlemlenmemiştir
Diğer klimatolojik tehlikeler- İklim değişikliğiyle ilgili olanlar dahil (ör.: deniz suyu seviyesinde yükselme) 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 olarak) belirleyin.	x					Tehlike olarak gözlemlenmemiştir
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						Pandemi Eylem Planı oluşturuldu, çalışanlara enfeksiyonlardan korunma ve izolasyon önlemleri ile ilgili eğitimler veriliyor

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 614 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

tehlikeye maruz nüfusu ya da enfeksiyon hastalıkları olan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin						
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				Düzenli periyodlar halinde ilaçlama yapılmaktadır.
Diğer biyolojik tehlikeler 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					Tehlike olarak gözlemlenmemiştir

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.		x				Hastanemizde KBRN ünitesi yoktur. İlk müdahale için ccil servise gerekli kişisel koruyucu donanım konulmuştur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 615 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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						
Yangınlar (örnek: bina yangını) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında bina yangını tehlikesiyle ilgili diğer bilgileri ve bina yangınlarıyla ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede bina yangınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık hastalarının tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.			X			Yangın söndürme ekipmanlar mevcuttur. (Yangın dolabı, yangın tüpü, gaz maskesi) Periyodik kontrolleri yapılmaktadır. Çalışanlara yangın eğitimi verilmekte ve tatbikat yapılmaktadır. Ayrıca yangına müdahale için ekip oluşturulmuş ve eğitimleri verilmiştir
Tehlikeli maddeler (kimyasal, biyolojik, radyolojik) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında tehlikeli madde tehlikesiyle ilgili (olay, kaza, ortama yayılma) diğer bilgileri ve tehlikeli madde dökülme-saçılma, sızıntısı ile ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için tehlikeli madde kaynaklı tehlikeyi ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonunu değerlendirin. Hastanede tehlikeli madde kaynaklı afet/ acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da tehlikeli maddelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		X				Hastanemizde KBRN ünitesi yoktur. Olası hastalar ilk müdahale için acil servise gerekli kişisel koruyucu donanım konulmuştur.
		X				Bölgede radyolojik tehlike olma ihtimali düşüktür.
Enerji kesintileri Hastanenin bulunduğu yerde enerji kesintisiyle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için enerji kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede enerji kesintisi kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.			X			Hastanede 2 adet jeneratör mevcuttur.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 616 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Su tedarikinde kesinti Hastanenin bulunduğu yerde su tedarikinde karşılaşılan kesintilerle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için su kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede su tedarikinde kesintiden kaynaklanan afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.		x				40 tonluk su deposu mevcuttur. Afet durumunda içme suyu tedariki için protokol imzalanmıştır.
Ulaştırma kazaları (örnek: hava, kara, demir, deniz-su yolları taşımacılığı) Geçmişteki büyük ulaştırma kazalarının kayıtlarını dikkate alarak, hastanenin ulaştırma kazaları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		x				Dış toplu yaralanmalarla ilgili tatbikat gerçekleştirilmiştir
Diğer teknolojik tehlikeler (örnek: hava kirliliği, yapı çökmeleri, gıda/su kontaminasyonu, nükleer) 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				Hava kirliliği yaşanma ihtimali bulunmaktadır.
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				Kurumda 24 saat güvenlik bulunmaktadır. 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				Acil durum kodlarında gri kod tanımlanmış olup tatbikat yapılmıştır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 617 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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				Toplumsal olaylar olabilir.
Kitlesel etkinlikler Kitlesel katılımlı etkinlikler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas olarak) belirleyin		x				Kitlesel olaylarda bir çok olay yaşanabilir. Hastane bu durumla ilgilenebilir.
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				Suriyeli insanların başvuruları ihtimal dahilindedir. Ancak personel yeterlidir.
Diğer toplumsal tehlikeler (örnek: patlama, terörizm) Risk değerlendirmelerini, bölgesel ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmiş olayları dikkate alarak, diğer toplumsal tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer toplumsal tehlikeler bakımından hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer toplumsal tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas olarak) belirleyin.		x				Hastanenin konumu itibari ile yaşanan bir patlamada yer alabilir.
1.2 ZEMİNİN JEOTEKNİK ÖZELLİKLERİ						
Sivilaşma Hastanenin kurulu bulunduğu alanın jeoteknik zemin etüdünü dikkate alarak, suya doygun ve gevşek toprakaltından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.	x					İlgili değildir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 618 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Killi toprak Zemin haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin killi topraktan kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.	x					İlgili değildir.
Sağlam olmayan yamaçlar Jeoloji haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yamaçların varlığından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.	x					İlgili değildir.

Modül 1/ Yorumlar Açıklamalar

Biyolojik tehlikeler arasında yer alan yüksek olarak belirlenen pandemi riski için Pandemi Eylem Planı oluşturuldu, çalışanlara enfeksiyonlardan korunma ve izolasyon önlemleri ile ilgili eğitimler veriliyor.

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

.....

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 619 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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.				Hastane binasında geçmişte görülen ağır yapısal hasar/kusur bulunmamaktadır. Güvenlik düzeyi düşük bir madde bulunmamaktadır
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	Geçerli güvenlik standartları tam uygulandı.
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	Önemsiz şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır, hiçbir olumsuz etkisi yoktur
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	İyi yapısal sistem tasarımı vardır.
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	Çatlak ya da bozulma gözlenmiyor.
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	Gözle görülür deformasyon yok; paslanma yok.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 620 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Yapıyı etkileyen hiçbir yapısal olmayan eleman bulunmamaktadır.

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

Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5 ila 1.5'i arasında

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

Aralık 5 ila 15 m. arasında

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

Binada her ortogonal doğrultuda üçten fazla direnç aksı var.

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

Geçerli standarda göre inşa edildi.

12.Kolon gücünün kiriş gücüne oranı

Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kirişlerin gücü kolonların gücünden belirgin biçimde fazla; Orta = Kirişlerin gücü kolonların gücüyle benzer durumda; Yüksek = Kolonların gücü kirişlerin gücünden fazla.

X

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

Temellerin standartlara uygun tasarlandığını ve hasar olmadığını gösteren güçlü kanıtlar var.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 621 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Plan üzerinde şekiller düzenli, yapının üniform bir planı var ve burulma yaratacak unsurlar bulunmuyor.
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	Bina yüksekliklerinde farklılık yok
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	Katlar benzer yüksekliklere sahip.
17. Çatıların yapısal bütünlüğü Güvenlik derecelendirmesi: Düşük= Tek tarafa eğimli çatı yada 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		Öndökümlü beton çatı, az meyilli beşik çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok
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	Yapısal dayanıklılık iyi

Modül 2/ Yorumlar/Açıklamalar:

Hastane binasında geçmişte görülen ağır yapısal hasar/kusur bulunmamaktadır. Güvenlik düzeyi düşük bir madde bulunmamaktadır.

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

.....

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 622 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik

3.1 MİMARİ ELEMANLARIN GÜVENLİĞİ	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
19. Yapısal olmayan elemanlarda ağır hasar ve onarım Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar var ve tamamlanmış onarım yok; Orta = Orta hasar var, bina kısmen onarım görmüş; Yüksek = Az hasarlı ya da hasarsız veya bina tümüyle onarım görmüş. GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				Hastane çevresinde böyle bir olay yaşanmamıştır.
20. Kapı, çıkış ve giriş yerlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kapılar, çıkış ve girişler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; giriş genişliği 115 cm'den az; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; veya giriş genişliği 115 cm'den az; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; ve giriş genişliği 115 cm. ya da daha büyük.			x	İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek zarar yok
21. Pencere ve panjurların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Pencere ve panjurlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir (örnek: pencere camlarının dayanıklı olmaması); Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; kritik servislere koruyucu cam (örnek: polikarbon cam, parçalanmayı önleyici film) takviyesi yapılmış.			x	Kritik alanlarda cam yoktur.
22. Diğer bina zarfı elemanlarının durumu ve güvenliği (örnek: cephe elemanları, dış duvarlar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina zarfı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.		x		Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 623 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 konusudur.

x

Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez

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 konusudur.

x

Zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez

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 konusudur.

x

Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez

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 konusudur.

x

Kabul edilebilir durumda zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 624 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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		Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılamaması veya zarar görmesi yaya ulaşımını engellemeyecek ancak araç ulaşımını engelleyecektir
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	Herhangi bir engel, insanların ya da tekerlekli ekipmanın hareketini sekteye uğratacak bir zarar yok.
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		Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez.
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		Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 625 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Kabul edilebilir durumda.

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 uğratabilecek engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. HASTANEDE MERDİVEN VE RAMPA YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.

x

Merdivenler iyi durumda. Operasyonları etkileyecek durum yok.

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 uğratabilecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.

x

İyi durumda.

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 söz konusu; Orta = Kritik servisleri yerel tehlikelerden korumak üzere kısmen önlemler alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, bazı kesintilere uğraması söz konusu; Yüksek = Kritik servisleri koruyucu çok sayıda önlem alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının büyük olasılıkla

x

Kritik servislerin ve hastane operasyonlarının büyük olasılıkla kesintiye uğramadan ya da sınırlı ölçüde kesintiyle sürdürülmesi söz konusu.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 626 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

kesintiye uğramadan ya da sınırlı ölçüde kesintiyle sürdürülmesi söz konusu.

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 uğratabilecek engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel engel ya da zarar söz konusu.

x

Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve engellerin varlığı erişimi, diğer elemanların işlevini,sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir

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

Tüm çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmiş ve engelsiz

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

Geniş bir yelpazede güvenlik önlemleri bulunuyor.

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

Ups ler hemen devreye giriyor. Jeneratör 20 sn sonra elektrik veriyor.

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

Tam kapasite test aralığı 3 ay üzeri.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 627 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Jeneratörler iyi durumda, iyi korunuyor ve acil durumlarda düzgün çalışabilir vaziyette.
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	Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları iyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.
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	Yerel enerji tedarik sistemine ikiden fazla giriş var.
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	İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.
44. Hastanenin kritik alanları için aydınlatma sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aydınlatma düzeyi düşük; koruyucu önlemler yok; Orta = Kritik alanlardaki aydınlatma yeterli, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Aydınlatma iyi düzeylerde ve koruma önlemleri mevcut.			x	Aydınlatma iyi düzeylerde ve koruma 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	İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 628 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Elektrik destek birimleri var, iyi korunuyor ve hastaneye afet/acil durum halinde yeterli enerji sağlamaktadır.
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	Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.
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	Antenler ve bağlantıları iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.
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	Düşük voltajlı sistemler iyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.
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.			x	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 ön - lemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor.			x	İyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 629 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

52. Hastane dışındaki telekomünikasyon sistemlerinin hastanenin haberleşmesine etkisi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastanenin haberleşmesinde önemli ölçüde parazit (enter - ferans) yaratmaktadır; Orta = Dışarıdaki telekomünikasyon sistem - leri hastane haberleşmesinde orta derecede parazit yaratmaktadır; Yüksek = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haberleşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.			x	Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haberleşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.
53. Telekomünikasyon sistemlerinin bulunduğu alanların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon sistemler - ine ayrılan alanlar kötü durumda; tehlikeler nedeniyle aksama riski yüksek; koruyucu önlemler yok; Orta = Alanlar kullanılabilir durum - da, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.			x	İyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.
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		İç haberleşme ve yedekleme sistemleri iyi çalışır durumda.
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		Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları yok.
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	En az 72 saat yeterli olacak kadar su mevcut.
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 maruz değil (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik). HASTANEDE SU DEPOLAMA TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.			x	Alan görsel olarak tanımlanabilen risklere maruz değil

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 630 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Yüzde 80'den fazlası iyi durumda.
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	Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 80'den fazlasını karşılar.
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	Tüm ilave pompalar ve yedek sistemler faal ve minimum su talebini karşılıyor.
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	Hidrafor ve yangın su pompalarının bakım formları mevcut,su depolarının yıllık bakımları yapılıyor form mevcut
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		Zarar görebilir ve zarar görmesi işlevi engellemez
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	Sistem kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor.
64. Yangın söndürme sistemleri (otomatik ve elle kullanılan) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; denetim yapılmıyor; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya sistem kurulmuş, ama bakım ve test yapılmıyor; denetim eksik ve hükümsüz; Yüksek = Sistem tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.			x	Sistem tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 631 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Yangın su deposu galvanizdendir ve 80 ton kapasitededir.
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	Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel,
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	Atıksu bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip,
68. Tehlikeli atıksu ve sıvı atık güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.			x	Bertaraf sistemi yeterli kapasiteye sahip.
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	Lisanslı 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.			x	Lisanslı firmalara veriliyor.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 632 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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.				Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri (gaz, benzin, dizel vb.)				
72. Yakıt rezervleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süre için yeterli ya da yakıt tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat süreyle yeterli olması teminat altında				Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır
73. Yer üstü yakıt tankları ve/veya silindirlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt tankları kötü durumda; sabitleme ya da çevrili alan yok; tanklar tehlikeler dikate alınarak yerleştirilmemiş; Orta = Yakıt tankları kullanılabilir durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında yetersiz; tankın bulunduğu çevrili alanda bazı güvenlik ve emniyet önlemleri var; Yüksek = Yakıt tankları iyi durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında iyi durumda; tankın bulunduğu çevrili alanda uygun güvenlik ve emniyet önlemleri var. HASTANEDE BU HİZMETLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır
74. Hastane binalarının uzağında güvenli yakıt depolama yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt depolama erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan bir yerde yapılıyor; Orta = Depolama alanının durumu ve tehlikeler bakımından yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu ve yeri iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; yakıt tanklarına 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 633 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Alanın durumu iyi

78. Tıbbi gaz tankları ve/veya tüpleri için güvenli depolama yerleri

Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; personelin tıbbi gaz ve yangın söndürme ekipmanı eğitimi yok; Orta = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; personele ekipman kullanma eğitimi verilmiş; Yüksek = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede; tıbbi gaz ve yangın söndürücü ekipman kalifiye personel tarafından kullanılıyor.

x

Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede.

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

Sistemin yüzde 80'den fazlası iyi çalışır durumda.

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

Tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 634 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır

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

Erişim mümkün ve güvenli tehlikelere karşı korunuyor.

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

HVAC ekipmanına erişim mümkün, geniş bir yelpazede koruyucu önlemler mevcut

85. HVAC ekipmanlarının güvenliği , çalışma durumu (ör: kazan, boşaltım)

Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı kötü durumda, bakım yapılmıyor; Orta = HVAC ekipmanı kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, düzenli bakım yok; Yüksek = HVAC ekipmanı iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış); bakım, denetim ve ikaz sistemi testleri düzenli yapılıyor.

x

HVAC ekipmanı iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor

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

Destekler iyi durumda ve bağlantılar esnek.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 635 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Yüzde 80'den fazlası iyi durumda

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

Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor

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

Air-condition sistemi hastanenin yüksek risk alanlarından gelen havayı izole edebilir; negatif basınç odaları mevcuttur.

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

Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel

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

Rafların yüzde 80'den fazlası ve raflardaki malzeme güvenli biçimde yerleştirilmiş, duvara sabitlenmiş ve malzeme emniyet altında.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 636 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Bilgisayarların yerleri güvenli, emniyet altında ve yeterli koruma önlemleri mevcut.

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

Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut

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

Ekipmanın yeri güvenli ve iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.

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

Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.

96. Acil Servis ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği

Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.

x

Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut

97. Yoğun bakım ve ara yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği

Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.

x

Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 637 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut
99. Sterilizasyon ünitelerindeki tıbbi ekipman ve malzemenin furumu 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	Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut
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	Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut
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	Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut
102. Nükleer tıp ve radyasyon terapisi ünitelerindeki 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. 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	Ekipmanın %10-30 kadarı kayıp riski taşımaktadır
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	Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 638 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında
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		Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli
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	İhtiyacı karşılama süresi en az 15 gün.
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	Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.
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	Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.
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	Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.
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	Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipman iyi durumda, teminat altında ve gereken malzeme maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli.

Modül 3/ Yorumlar-Açıklamalar Gaz, benzin gibi yakıtlar depolanmamaktadır. Hastanede yakıt tankı bulunmamaktadır.

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):.....

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 639 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Komisyon var, 6 ya da daha fazla departman ya da disiplin temsil ediliyor ve fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getiriyor
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		Komisyon üyeleri gerekli eğitimi almış ve resmi olarak görevlendirilmiş
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		Afet/acil durum yönetimi koordinasyon görevi bir yöneticiye verilmiş ancak bu onun ana görevi değil
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	Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program HAP komisyonu yönlendiriciliğinde tam olarak uygulanıyor
116. Hastane olay yönetim sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane olay yönetim sistemi için bir düzenleme yok; Orta = Olay yönetim sistemi çerçevesinde kilit pozisyonlar için görevlendirme yapılmış ancak fonksiyonların yerine getirilmesi için yazılı prosedürler yok; Yüksek = Hastane olay yönetim sistemi prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.			x	Hastane olay yönetim sistemi prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 640 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

117. Acil durum operasyon merkezi

Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezin yeri anımlanmamıştır 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

Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır ve acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesine sahiptir.

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

Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil

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

Düzenlemeler var ve tam olarak operasyoneldir.

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

Plan tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.

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

Plan tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.

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

Prosedürler günceldir, personele eğitim verilmiştir ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 641 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Müdahale planı ve alt planlar yılda en az iki kez test edilmekte ve tatbikat sonuçlarına göre güncellenmektedir.

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

Plan belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/ güncellenmektedir

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

Sistem düzgün çalışmaktadır, operatörler acil durum haberleşmesi ile ilgili bazı eğitimler almıştır, yılda en az bir kez sistem testler yapılmamaktadır

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

Rehber var, bilgiler güncel ve acil müdahalede kilit görevleri olan personel muhafaza ediyor

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

Prosedürler var, görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.

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

Acil durumlar için prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve uygulama için kaynaklar mevcut.

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

Liste var ve bilgiler güncel.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 642 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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		Personelin yüzde 50-80'i hazır
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	Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir ve acil durum için öngörülen ihtiyaçları karşılayacak insan kaynakları hazır.
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		Görevler tanımlanmıştır, bazı personel (hepsi değil) yazılı görevlendirme ve eğitim almıştır
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	Önlemler en az 72 saati kapsıyor.
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	Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.
135. Acil durum sırasında ulaştırma Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ambulanslar ve diğer araç ve ulaştırma yolları mevcut değil; Orta = Bazı araçlar mevcut, ama sayıları büyük bir afet/acil durumda yeterli değil; Yüksek = Afet/acil durum sırasında kullanılacak uygun araçlar yeterli sayıda mevcut.		x		Bazı araçlar mevcut, ama sayıları büyük bir afet/acil durumda yeterli değil;
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	Acil durumlarda gıda ve içme suyu tedariki en az 72 saat için teminat altında.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 643 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Yeterli fonlar 72 saat ve sonrası için teminat altında.
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	Prosedürler mevcut, eğitim verildi, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.
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	Prosedürler mevcut, eğitim verildi, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.
140. Kitlesele 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	Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve alan genişletmek için donanım, malzeme ve diğer kaynaklar mevcut.
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	Tanımlı alan ve prosedürler var, eğitim verildi ve afet /acil durum halinde hastanenin maksimum kapasitede çalışması için gerekli kaynaklar mevcut.
142. Kitlesele yaralanmalı olaylar için triyaj kartları, diğer lojistik malzeme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Malzeme yok; Orta = Mal - zeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında.			x	Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 644 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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	Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.
144. Enfeksiyon sürveyans, önleme ve kontrol prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirlenmiş politika ve pro - sedürler yok; enfeksiyon önleme ve kontrol için standart önlemler rutin olarak uygulanmıyor; Orta = Politika ve prosedürler var, stan - dart önlemler rutin olarak uygulanıyor, personele eğitim verilmiş, ancak epidemiler dahil afet/acil durumda gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Politika ve prosedürler var, enfeksiyon ön - leme ve kontrol önlemleri tam, personele eğitim verilmişve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.			x	Politika ve prosedürler var, enfeksiyon ön - leme ve kontrol önlemleri tam, personele eğitim verilmişve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut
145. Psikososyal hizmetler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim veril - miş, ancak afet/acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.			x	Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.
146. Kitleli ölümlü olaylarda ölüm sonrası (otopsi) prosedürler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kitleli 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	Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/ acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil
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	Plan mevcut, personele eğitim verilmiş ve yılda en az bir kez tahliye tatbikatı yapılıyor.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 645 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor

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

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.

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

Personele eğitim verilmiş ve yazılı prosedürler her yıl en az bir kez test ediliyor.

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

Hastanenin siber güvenlik planı uygulanıyor ve düzenli güncelleniyor.

Modül 4/ Yorumlar-Açıklamalar

Afet ve acil durum yönetimi modülünde güvenlik düzeyi düşük madde bulunmamaktadır.

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):.....

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 646 / 763

EK 2-C

KAISER RİSK ANALİZİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 647 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 **MAL/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 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

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/bölümleri ile koordinasyon

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 648 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 Özel tedavi birimleri olan hastanelerle koordinasyon

Doğa kaynaklı, Teknolojik, İnsana Bağlı (doğrudan insan eliyle yaratılan) tehlikeler ve Tehlikeli Maddeler sayfalarının her birini tamamlayın.

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜL KE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1=Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0 - 100%
Kuvvetli/Tam Fırtına	2	1	1	1	2	2	2	33%
Hortum	0	3	3	2	3	2	2	0%
Gökgürültülü Şiddetli Fırtına , Sağanak	2	2	2	2	2	2	2	44%
Kar Yüğü, Çığ	0	2	2	2	2	2	2	0%
Kar Fırtınası (Tipi)	1	2	1	1	2	2	2	19%
Buz Fırtınası	0	2	2	2	2	2	2	0%
Deprem	1	2	2	2	2	1	1	19%
Tsunami, Kıyı Dalgası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Sıcaklık Uç Değerleri	1	1	1	0	1	2	1	11%
Kuraklık	1	0	2	0	1	1	1	9%
Sel	2	1	2	2	1	1	1	30%
Büyük Yangın (Orman, Tarım Alanı, Yerleşim)	1	2	2	2	2	2	1	20%
Heyelan	0	0	0	0	0	0	0	0%
Baraj Taşkını	0	0	0	0	0	0	0	0%
Volkan Aktivesi	0	0	0	0	0	0	0	0%
Epidemi	2	2	1	2	2	1	1	33%
ORTALAMA SKOR	0,81	1,25	1,31	1,13	1,38	1,25	1,13	11%

*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

RISK = OLASILIK * ŞİDDET

0,11 0,27 0,41

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)			HAZIRLIK			RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0 - 100%
Elektrik Arızası	1	1	1	1	1	1	0	9%
Jeneratör Arızası	1	0	0	1	1	1	1	7%
Ulaştırma Sorunu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Yakıt Yokluğu	0	0	0	0	0	0	0	0%
Doğalgaz Yokluğu	1	0	1	1	1	1	1	9%
Su Yokluğu	1	0	0	0	1	1	1	6%
Kanalizasyon Arızası	1	0	1	1	1	1	1	9%
Buhar Arızası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Yangın Alarm Arızası	1	0	1	0	1	1	1	7%
Haberleşme Kesintisi	1	0	1	1	1	1	1	9%
Tıbbi Gaz Arızası	1	2	1	1	1	1	1	13%
Tıbbi Aspirasyon Hatası	1	2	1	1	1	1	1	13%
İklimlendirme Sistemi (HVAC) Arızası	1	0	1	0	1	1	1	7%
Bilgi Sistemleri Kesintisi	1	0	1	1	1	1	1	9%
Yangın (Ç)	1	2	2	2	1	1	1	17%
Sel (İç)	1	0	1	1	1	1	1	9%
Tehlikeye Maddeye Maruzluk	1	1	1	1	1	1	1	11%
Malzeme /Kaynak Yokluğu	1	0	1	0	1	1	1	7%
Yapısal Hasar	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	0,88	0,53	0,84	0,74	0,89	0,89	0,84	8%

*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

RISK = OLASILIK * ŞİDDET

0,08 0,30 0,26

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)			HAZIRLIK			RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLK E ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0 - 100%
Kitlesele Yaralanmalı Olay (Travma)	1	2	0	1	1	1	1	11%
Kitlesele Yaralanmalı Olay (Tıbbi/Enfeksiyöz)	1	2	1	1	1	1	1	13%
Terör Olayı/Biyolojik	1	2	1	2	1	1	1	15%
VIP Durumu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Bebek Kaçırılması	1	0	0	1	1	1	1	7%
Rehin Alınma Durumu	1	1	0	1	1	1	1	9%
Toplumsal Olaylar	1	1	0	1	1	1	1	9%
İş Eylemi	2	0	0	2	1	1	1	19%
Adli Başvurular	1	1	1	1	1	1	1	11%
Bomba Tehditi	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	1,10	1,10	0,50	1,20	1,00	1,00	1,00	12%

*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

RISK = OLASILIK * ŞİDDET

0,12 0,37 0,32

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 651 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL EVENTS INVOLVING HAZARDOUS MATERIALS								
OLAY	OLASILIK	ŞİDDET=(BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana Gelme Olasılığı	Ölüm Ya da Yaralanma Olasılığı	Maddi(Fiziksel) Kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin Kesintiye Uğraması	Önceden Planlama	Zaman Etkililik, Kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma Personeli ve Malzemesi	Göreceli Risk
SKOR	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Düşük 2=Orta 3=Yüksek	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0=Olası Değil 1= Yüksek 2=Orta 3=Düşük/Yok	0 - 100%
Tehlikeli Maddeye Bağlı Kitlesel Yaralanmalı Olay (Kurumdaki Geçmiş Olayda >=5 kurban)	0	1	1	1	1	1	1	0%
Tehlikeli Maddeye Bağlı Kitlesel Yaralanmalı Olay (Kurumdaki Geçmiş Olayda <5 kurban)	1	1	1	0	1	1	1	9%
Kimyasal Maddeye Maruzluk (dış)	1	1	0	0	1	1	1	7%
Küçük-orta çaplı dökülme saçılma (iç)	1	0	1	0	1	1	1	7%
Büyük çaplı dökülme saçılma (dış)	1	2	1	1	1	1	1	13%
Terör Olayı Kimyasal	1	1	0	1	1	1	1	9%
Radyolojik Maruziyet (iç)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Radyolojik Maruziyet (dış)	0	1	0	0	1	1	1	0%
Terör Olayı Radyolojik	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	0,78	1,00	0,67	0,56	1,00	1,00	1,00	8%

*Yüzde Artışı Tehditte artışı gösterir

RISK = PROBABILITY * SEVERITY

0,08

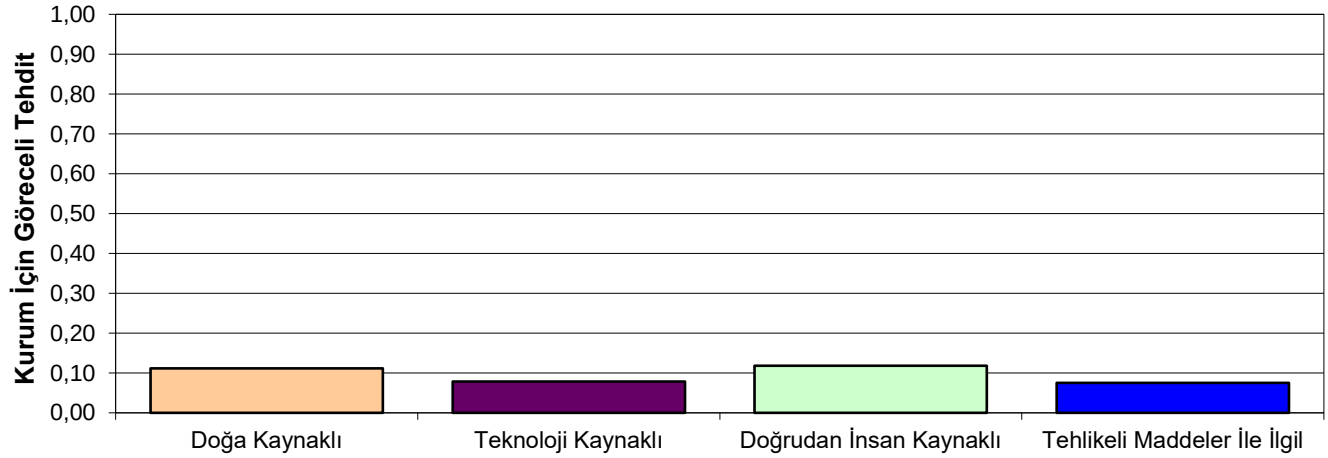
0,26

0,29

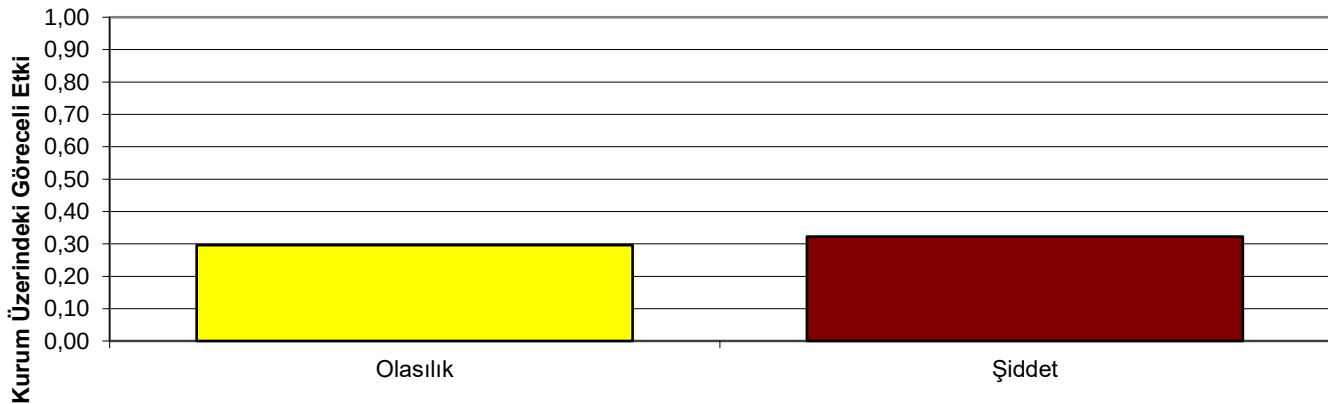
HASTANE TEHLİKE ANALİZ ÖZETİ

	Doğa Kaynaklı	Teknoloji Kaynaklı	Doğrudan İnsan Kaynaklı	Tehlikeli Maddeler ile İlgil	Kurum İçi Toplam
Olasılık	0,27	0,30	0,37	0,26	0,30
Şiddet	0,41	0,26	0,32	0,29	0,32
Tehlikeye Özgü Göreceli Risk	0,11	0,08	0,12	0,08	0,10

Hastane İçin tehlikeye Özgü Göreceli Risk



Tehlikelerin Hastane Bakımından Olasılığı ve Şiddeti



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 653 / 763

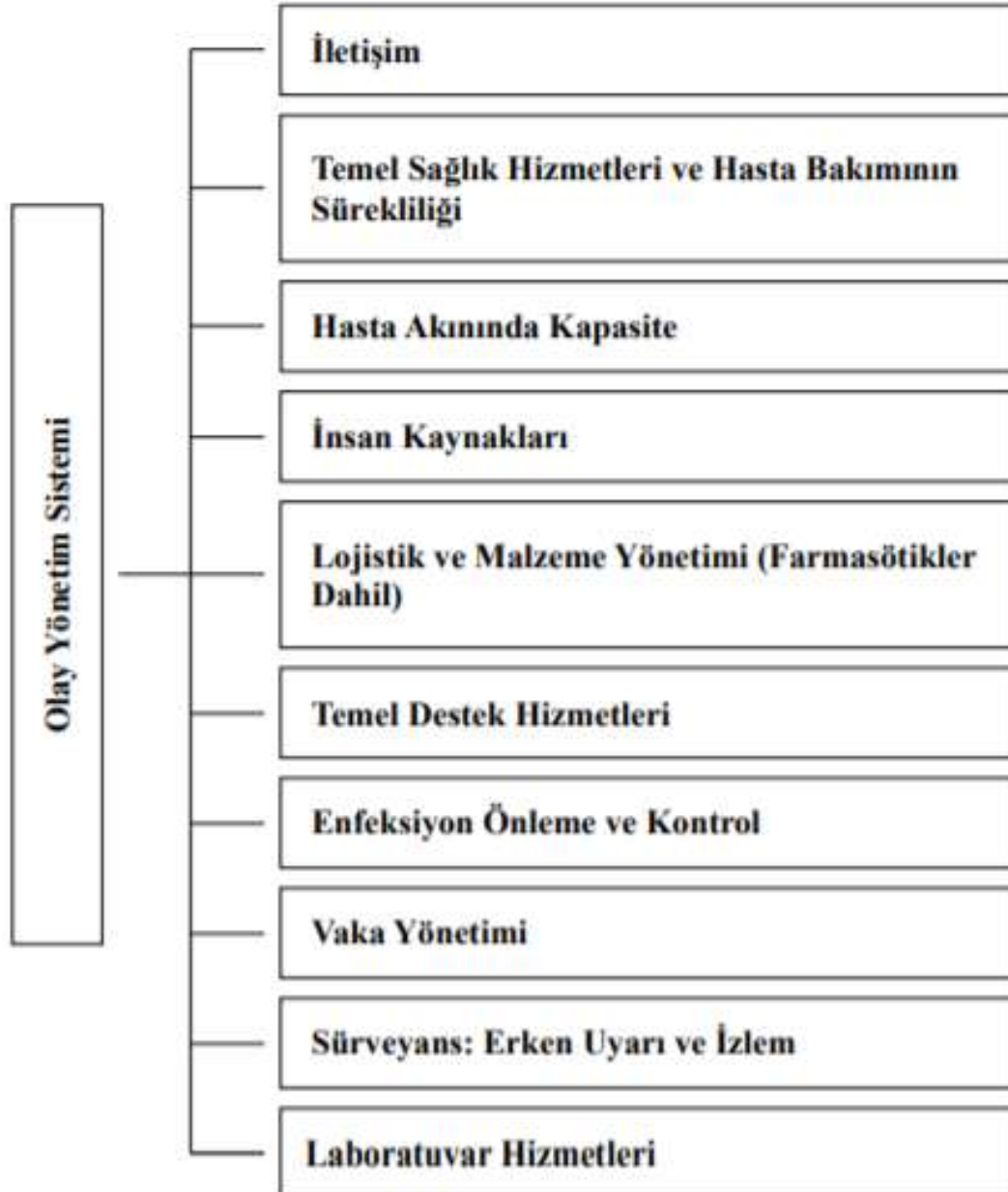
EK 2-D

COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LISTESİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 654 / 763

Bu kontrol listesi COVID-19 salgınına karşı hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatmada, hastane yöneticileri ve acil durum planlaması ile ilgili görevlileri desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Kontrol listesi 11 ana bileşenden oluşmaktadır ve her bileşen başlığı altında önerilen eylemlerin uygulanma durumu sorulmaktadır. Bir araç olarak bu kontrol listesinde ana hatlarıyla 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:



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 655 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

I . OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

Acil durum operasyonlarının etkili biçimde yönetilebilmesi için hastane Olay Yönetim Sisteminin (OYS) iyi işlemleri gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane Acil Müdahale Planınız (AMP) var mı? Cevabınız Evet ise, planı aktive edin. Değilse, geçici çözüm olarak acil durum müdahale operasyonlarını yönetmektensorumlu bir OYS oluşturun.	☐	☐	☒
Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM) oluşturun, bu amaçla hastanenin tüm acil durum müdahale faaliyetlerinin bir arada ve koordine biçimde yürütüleceği, sorunsuz çalışan iletişim (haberleşme) donanımına sahip özel bir yer hazırlayın.	☐	☐	☒
Bu dokümanda belirtilen her ana bileşen için bir sorumlu belirleyerek ilgili müdahale faaliyetlerinde gereken koordinasyonu ve yönetimi sağlayın.	☐	☐	☒
Her durumda karar verme ve kaynak yönetimi sürekliliğini güvence altına almak için yöneticiler ve irtibat kişilerinin yerine geçebilecekleri belirleyin.	☐	☐	☒
COVID-19 salgını karşısında hastanenin etkili ve sonuç alıcı yönetimini sağlamak için, COVID-19'un yönetimiyle ilgili iç ve dış kaynaklı temel dokümanları önceden inceleyin.	☐	☐	☒

II. HASTA AKINI DURUMUNDA TIBBİ KAPASİTE ARTIŞI

Hasta akını durumunda tıbbi kapasite artışı, sağlık hizmetinin artan klinik bakım talebini karşılamak üzere normal kapasitesinin ötesinde genişleme kabiliyetidir. COVID-19 vakaları zamana yayılan hızlı bir talep artışına (ani gelişen bir afetle ortaya çıkan “büyük patlama”nın aksine “yükselen gelgit” şeklinde artışa) yol açabilir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 656 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Azami vaka kabul kapasitesini hesaplayın, yatak sayısının yanı sıra yararlanılabilir insan kaynaklarını, tesis alanının kritik bakım, izolasyon, özellikli gruplama (kohort) için kullanılabilirliğini, mekanik ventilatörlere erişim ve mevcut diğer kaynakların elverişlilik durumunu dikkate alın.	☐	☐	☒
COVID-19 salgını sırasında hastane hizmetlerine yönelik talep artışını tahmin etmek için mevcut planlama varsayımlarını ve araçlarını kullanın.	☐	☐	☒
Hastanenin yatan hasta kapasitesini (fiziksel alan, personel, malzeme ve işleyiş dahil) artırmanın yollarını belirleyin.	☐	☐	☒
Sağlık hizmetinin, özellikle kritik bakım hizmetinin, sağlanmasında ortaya çıkabilecek eksiklikleri belirleyin; bu eksikliklerin giderilmesi için yetkililer ve yakındaki hastanelerle koordinasyon sağlayın.	☐	☐	☒
Kritik olmayan hastalar için uygun alternatif tedavi yerlerinde (örneğin, hafif rahatsızlıklar için evde, kronik bakım gerektiren hastalar için uzun dönemli bakım kurumlarında) dış kaynaklı bakım sağlayarak, hastane için ek kapasite oluşturun.	☐	☐	☒
Yerel makamlarla koordinasyon sağlayarak, hasta bakım ünitesine dönüştürülebilecek ek mekanları (örneğin, oteller, okullar, toplum merkezleri, spor salonları) belirleyin.	☐	☐	☒
Gereken durumlarda zorunlu olmayan hizmetleri (örneğin, elektif cerrahi vakalar) iptal edin.	☐	☐	☒
Kabul ve taburcu kriterlerini belirleyin. Hastalara ve klinik müdahalelere, mevcut tedavi kapasitesi ve talebe göre öncelik verin.	☐	☐	☒

III.ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL

Hastalara, hastane çalışanlarına ve ziyaretçilere sağlık hizmetiyle ilgili enfeksiyon bulaşma riskini asgariye indirmek için operasyonel bir Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programı gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem

İnceleniyor

Çalışılıyor

Tamamlandı

Sağlık çalışanları, hastalar ve ziyaretçilerin solunum, el hijyeni ve sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyonların önlenmesiyle ilgili bilgisi olduğundan emin olun. Sözlü talimat/açıklama, bilgilendirme afişleri, kartlar vb. sağlayın. Mümkünse, hastanenin stratejik noktalarına el hijyeni noktaları (su, sabun, kağıt havlu, alkollü el temizleyici) ve atık kutuları yerleştirin.



Sağlık çalışanlarının standart önlemleri tüm hastalara uygulamasını sağlayın.



Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 vakaları için önerilen damlacık ve temas önlemleri bulunmaktadır. Bu önlemler hasta asemptomatik duruma gelinceye kadar sürmelidir.



Hastalar havalandırması yeterli (hasta başına 60 L /saniye) tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Tek kişilik oda yoksa, COVID-19 şüphesi olan hastalar birlikte gruplanmalıdır. Şüpheli ve teyit edilmiş vakaları birbiriyle karıştırmayın.



Hastalarda COVID-19 şüphesi olup olmadığına bakılmaksızın yataklar arasında bir metre mesafe olmasını sağlayın.



Ekipmanın tek kullanımlık ve atılabilir olduğundan ya da hastalar için ortak kullanılan ekipmanın (örneğin, stetoskoplar, kan basıncı ölçer bileklikler, termetreler, yemek tepsileri) her hasta için kullanımdan önce temizlendiği ve dezenfekte (örneğin, %70 etil alkol ile) edildiğinden emin olun.



Hastanın temas ettiği yüzeyleri düzenli temizleyin ve dezenfekte edin. Ambulanların rutin temizliği ve dezenfeksiyonunda COVID-19 için önerilen standart ve kılavuzlara uygun yöntemleri uygulayın.



Sağlık çalışanlarının şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 hastalarının odasına girmeden önce damlacık ve temas önlemlerini almasını sağlayın.



Sağlık çalışanlarının trakeal entübasyon, noninvaziv ventilasyon, trakeotomi, kardiyopulmoner resüsitasyon, entübasyon öncesi manuel ventilasyon, bronkoskopi, nazofarengeal sürüntü/aspirasyon ve otopsi gibi aerosola neden olan işlemlerde havayla ilgili önlemleri almasını sağlayın.



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 658 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Mümkünse, bulaşma riskini azaltmak üzere, bir sağlık çalışanları ekibini sadece şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 bakımını yapmak üzere görevlendirin. Ekibin (sağlık çalışanları, temizlik personeli) standart, temas, damlacıklar, havayla ilgili önlemler (Kişisel Koruyucu Ekipmanın -KKE- doğru kullanımı, takma ve çıkarma, uygun maskeler, el hijyeni, solunum hijyeni vb) hakkında eğitim almasını sağlayın.



Çalışanların uygun kişisel koruyucu ekipmana (örneğin, tıbbi/cerrahi ve N95/FFP2 maskeler, eldivenler, önlükler, göz koruyucular) kolayca erişimini sağlayın. Eğer KKE sayısı sınırlı ise vaka bakımı yapanlara öncelik tanıyın.



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.



Ziyaretçi sayısını hastaya destek için gerekli kişilerle sınırlandırın. Ziyaretçilerin damlacık ve temasla ilgili önlemlere uymasını sağlayın.



Hastanın odasına giren tüm kişilerin, tüm çalışanlar ve ziyaretçiler dahil, kaydını tutun.



Laboratuvar örnekleri, çamaşırhane, yemek servis malzemeleri ve tıbbi atıkları Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programında belirtilen rutin güvenlik prosedürlerine göre yönetin.



IV. VAKA YÖNETİMİ

COVID-19 akut solunum enfeksiyonunda yeterli tedavinin sağlanması için sonuç alıcı, doğru bir triyaj sistemi ve organize bir yatan hasta yönetimi stratejisi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Triyaj, erken tanı ve kaynak kontrolü için uygulama mekanizmalarını sağlayın (COVID-19 şüphesi olan hastaları izole ederek)	☐	☐	☒
Sağlık tesisinin girişinde, eğitilmiş personelin bulunduğu, yeterli donanıma sahip bir triyaj noktası oluşturun. Semptomatik hastaların durumlarını sağlık çalışanlarına bildirmelerini sağlamak amacıyla kamusal alanlarda güncel vaka tanımına göre belirlenen anketlerin kullanımını sağlayın ve bilgilendirici afişler asın.	☐	☐	☒
Sağlık çalışanlarının klinik şüphe düzeyinin yüksek olmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Solunum semptomları ve/veya ateşi olan kişiler için ayrı bir bekleme ve muayene alanı belirleyin. Bu alan çok iyi havalandırılmalı, geçişler az olmalı ve güvenliği sağlanmalıdır. Bu gruptaki hastalar arasında solunum sıkıntısı semptomları ve önceden mevcut ciddi sorunu olanlara tıbbi değerlendirmede öncelik tanıyın.	☐	☐	☒
Hastaneye gelen hastaların triyajı için, mümkünse hastane dışında, ek alanlar oluşturmayı dikkate alın.	☒	☐	☐
Tüm triyaj operasyonlarının gözetim/denetiminden sorumlu bir triyaj sorumlusu atayın.	☐	☐	☒
Akut solunum enfeksiyonu vakalarının belirlenmesini sağlayacak bir triyaj protokolü oluşturun. COVID-19 şüphesi olan vakalar için yeterli mesafenin gözetildiği bir alan gereklidir.	☐	☐	☒
Standart ve damlacıkla ilgili önlemlerin her zaman uygulanmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Yerel sağlık makamlarıyla koordinasyon sağlayarak, hastanenin şiddetli akut solunum yolu enfeksiyon hastalarının yatış, iç nakil, sevk ve taburcu stratejisini, ilgili kriterler ve operasyonel protokollere uygun olarak, uygulayın.	☐	☐	☒
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu hafif vakalarda, COVID-19 için ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olmayan kişiler için evde bakımı değerlendirin. Tercihen bir aile üyesini bakım veren olarak belirleyin.	☐	☐	☒
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarında, COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olanları hastaneye yatırın.	☐	☐	☒

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 660 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesine bakılmaksızın destek bakım ve vital bulguların sürekli/düzenli izlenmesini gerektiren ağır COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarının yatışı için yeterli sayıda yatağın hazır olmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Vital bulguların (örneğin; vücut ısısı, kan basıncı, nabız, solunum hızı, bilinç düzeyi, dehidrasyon ya da şokla ilgili klinik işaretler) ve oksijen saturasyonunun (nabız oksimetresi veya kan gazı analizleri) düzenli izlenmesini sağlayın.	☐	☐	☒
Entübe hastalar için oksijen, solunum desteği araçları ve yeterli sedasyon sağlayın. Oksijen maskeleri ve nazal kanüller tek kullanımlık olmalıdır.	☐	☐	☒
Hasta bakımında ulusal ve uluslararası kılavuzları izleyin. Tüm çalışanların vaka yönetimiyle ilgili ulusal ve uluslararası kılavuzlardan haberdar olmalarını sağlayın.	☐	☐	☒
İlgili hastane personeline, hasta nakledecek hastanelere, kliniklere, birinci basamak sağlık hizmetlerine, ambulans servislerine hasta kabul kriterleri ve triyaj lojistiği (örneğin, konum, giriş/çıkış yolları) hakkında iletişim kurun.	☐	☐	☒
Sağlık personelinin, ilaçların lisans dışı kullanımının ilgili protokollere göre yapıldığını ve çıktılarının standardize değişkenlere göre kayıt edildiğini bildiğinden emin olun.	☐	☐	☒

V. İNSAN KAYNAKLARI

İnsan kaynakları yönetimi, belirlenmiş temel hizmetler devam ederken, insan kaynaklarına artan talep karşısında yeterli çalışan kapasitesini ve operasyonların sürekliliğini sağlamak üzere şekillenmelidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Çalışanların temas/iletişim bilgilerini güncelleyin.	☐	☐	☒
Çalışanların devamsızlık (görev başında olmama) durumunu önceden tahmin edin ve düzenli olarak izleyin.	☐	☐	☒
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 olan ya da teyit edilmiş, olası veya şüpheli COVID-19 hastasıyla karşılaşmış çalışanların izlenmesi ve yönetimi için net bir politika belirleyin (bu politika, maruz kalma seviyelerini tanımlamalıdır).	☐	☐	☒
Her departman/servis/birimin yeterli hizmet vermesini sağlamak için gereken asgari sağlık çalışanı ve diğer çalışan sayısını belirleyin.	☐	☐	☒
Çalışan ihtiyacını departman/servis/birime göre önceliklendirin ve personel dağılımını da bu şekilde yapın.	☐	☐	☒

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 662 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Öngörülen ihtiyaca göre, mevcut çalışanlara ek çalışanlar (örneğin, emekli personel, ihtiyat askeri personel, üniversite ilgilileri/öğrencileri, toplum gönüllüleri) belirleyin ve eğitim verin.	☐	☐	☒
Hasta akımında destek olarak, departman/servis/birim çalışanlarını talebin yüksek olduğu alanlarda (örneğin, enfeksiyon hastalıkları, acil ve yoğun bakım üniteleri) çalışmaya hazırlayın.	☐	☐	☒
Çalışanların yetkinliğini ve güvenliğini geliştirmek için, enfeksiyon önleme ve kontrol, klinik yönetimi dahil, ihtiyaç duyulan alanlarla ilgili eğitim ve tatbikatlar düzenleyin.	☐	☐	☒
Çalışanların vardiyalı ve daha uzun süreli çalışma saatleri için esnek davranabilmelerini sağlamak üzere aile destek önlemlerini (örneğin, seyahat, çocuk bakımı, hasta ya da engelli aile bireylerinin bakımı) belirleyin ve çalışma saatleri dışındaki zamanı iyileştirin.	☐	☐	☒
Çalışanların aileleri ve hastalar için, sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar, tercümanlar, din görevlileri dahil, multi-disipliner psikososyal destek ekiplerinin hizmet vermesini sağlayın.	☐	☐	☒
Uzmanlık alanları dışında çalışma durumundaki personelle ilgili yükümlülük, sigorta (mesleki zorunluluk sigortası vb.) ve geçici lisans konularını çözün.	☐	☐	☒
Gönüllü çalışanların yönetimi (güvenlik araştırması, kabul etme, red etme, yükümlülük konuları vb.) için belirlenmiş politikaların yürütülmesini sağlayın.	☐	☐	☒
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu komplikasyonları bakımından yüksek riskli personelin yeniden görevlendirilmesini dikkatle değerlendirin.	☐	☐	☒

VI.TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA BAKIMININ SÜREKLİLİĞİ

COVID-19 salgını temel medikal ve cerrahi bakım (örneğin, acil servisler, acil cerrahi operasyonlar, ana ve çocuk sağlığı) için var olan gereksinimini ortadan kaldırmayacaktır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 663 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Önerilen Eylem	İnceleniyor	/	Çalışılıyor	/	Tamamlandı
Hastanenin tüm hizmetlerini öncelik sırasına göre listeleyin.	☐		☐		☒
Hastanenizin her zaman ve her koşulda sağlaması gereken hastane hizmetlerini belirleyin ve sürdürün.	☐		☐		☒
Tanımlanan temel hastane hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için gereken kaynakları (insan kaynakları ve lojistik) belirleyin.	☐		☐		☒
Sağlık hizmetine talebin yüksek olduğu diğer olası acil durumları (örneğin, afetler, kitlesel yaralanmalı olaylar) dikkate alarak yerel sağlık hizmetleri ağındaki hazırlık mekanizmaları hakkında bilgi edinin.	☐		☐		☒

VII. SÜRVEYANS: ERKEN UYARI VE İZLEM

Sağlık tesislerinde olağandışı sağlık olaylarını (örneğin, vaka kümeleri, atipik klinik görünüm vb.) fark eden ve hemen bildiren sağlık çalışanları erken uyarı fonksiyonunun önemli bileşenidir. Erken uyarı fonksiyonuna hizmet etmenin yanı sıra, sistematik olarak toplanan ve analiz edilen laboratuvar ve epidemiyoloji verileri, sağlık yöneticilerinin COVID-19'un seyrini izlemesini ve ciddi sonuçlar bakımından en risklilere yönelik yapılması gereken müdahalelerle ilgili bilgilendirmeyi mümkün kılmakta ve hastane yöneticilerinin duruma uygun plan yapmasına yardımcı olmaktadır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 664 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanede bir epidemiyolojisti erken uyarı ve sürveyansla ilgili tüm faaliyetlerden sorumlu olarak görevlendirin.	☐	☐	☒
Toplanması gereken tüm bilgileri belirleyin ve bilginin kullanım amaçlarını tanımlayın.	☐	☐	☒
Olağandışı sağlık olaylarının (COVID-19) sağlık çalışanları tarafından rapor edilmesini, hastane içinde ve sağlık yöneticileri ile iletişim kanalları ve prosedürler oluşturarak, geliştirin.	☐	☐	☒
Ulusal sağlık politikası ve talimatları doğrultusunda veri toplama ve raporlama mekanizmaları geliştirin.	☐	☐	☒
Standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele alın.	☐	☐	☒
Sağlık çalışanlarının olağandışı sağlık olayı raporlarını ve/veya izlem faaliyetleri sırasında belirlenen olağandışı bulguları derhal araştırın.	☐	☐	☒
İzlem faaliyetleri ve/veya olağandışı sağlık olaylarının ve/veya bulgularının araştırılması ile sağlanan bilginin hastanedeki klinik uzmanlar, ön safta çalışanlar ve diğer ilgili karar vericilerle hemen paylaşılmasını sağlayın.	☐	☐	☒
COVID-19 için hastaneye yatan kişilere test yapılırken, standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygunluğunu sağlayın.	☐	☐	☒
Tüm çalışanların standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonu belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele almalarını ve aldıkları eğitimle olağandışı sağlık olaylarını ayırt etmelerini sağlayın.	☐	☐	☒

VIII. İLETİŞİM

Doğru ve zamanında iletişim, bilgiye dayalı karar verme, etkili destek ve işbirliği, kamu farkındalığı ve güvenin sağlanması bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 665 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane yönetimi, departman/servis/birim sorumluları ve hastane çalışanları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırıcı iletişim mekanizmalarını oluşturun.	☐	☐	☒
Hastane çalışanlarına OYS çerçevesinde COVID-19'un yönetimindeki rol ve sorumlulukları hakkında brifing verin.	☐	☐	☒
İlgili tüm çalışanlar ve paydaşların klinik triyaj, hasta önceliklendirmesi (örneğin, uygulanan yatış ve taburcu kriterleri), enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri, vaka yönetimi ile ilgili politikalar ve hastane epidemiyolojisi hakkındaki tüm kararlardan haberdar olmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Bilgi toplanması, işlenmesi ve üst yönetici paydaşlara (örneğin, sağlık yöneticileri) rapor edilmesi ve onlar aracılığıyla yakındaki hastanelere, özel sağlık çalışanlarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine iletilmesini sağlayın.	☐	☐	☒
Farklı hedef kitleler (örneğin, hastalar, ziyaretçiler, çalışanlar, toplum, medya) için hazırlanacak COVID-19 ile ilgili çeşitli senaryolarda verilecek ana mesajları önceden belirleyin.	☐	☐	☒
Kamu, medya ve sağlık makamları ile iletişimi koordine etmek üzere bir kamu bilgilendirme sözcüsü belirleyin.	☐	☐	☒
Haberleşme sistemlerinin asıl ve yedeklerinin (örneğin, sabit hatlar, internet, mobil cihazlar, çağrı cihazları, uydu telefonları, çift yönlü telsiz ekipmanı, rehberde olmayan numaralar) güvenilirliğini ve sürdürülebilirliğini sağlayın, güncel temas/iletişim listelerini hazır bulundurun. Temas listesini düzenlerken kişileri belirtmek yerine görevleri belirtin.	☐	☐	☒
Ulusal düzeyde mevcut sevk mekanizmalarını ve ilgili haberleşme mekanizmalarını öğrenin.	☐	☐	☒

IX. LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ (FARMASÖTİKLER DAHİL)

Hastane hizmetlerinin sürekliliği ve farmasötikler dahil temel ekipman ve malzemelerin hazır olması için kaynak ve tesis yönetimine proaktif bir yaklaşım gerekmektedir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın

Önerilen Eylem

İnceleniyor / Çalışılıyor / Tamamlandı

Tüm ekipman, malzemeler ve farmasötikler için güncel bir envanter geliştirin ve kullanın; eksiklikler için ikaz ve yeniden sipariş mekanizması oluşturun.

☐☐☒

Olası bir salgınla ilgili senaryoya dayanarak temel ekipman, malzeme ve farmasötik tüketimini (örneğin, haftalık kullanım miktarını) hesaplayın.

☐☐☒

Temel ilaç ve malzemenin sürekli tedarikini sağlamak üzere (örneğin, kurumsal ve merkezi stoklar, yerel tedarikçilerle acil durum sözleşmeleri, bağışlar) yetkililerle görüşün.

☐☐☒

Olası acil durumlarda kullanılacak malzemeyi satın alırken önce kalitesini kontrol edin, kalitenin belgelendirilmesini isteyin.

☐☐☒

Tedarikçilerle olası acil durumlar için anlaşmalar (örneğin, mutabakat anlaşması, karşılıklı yardım sözleşmesi) yaparak, yokluğu halinde ekipman, malzeme ve diğer kaynakların en kısa sürede temini ve teslimini sağlayın.

☐☐☒

İlave malzemeyi depolamak ve stoklamak için hastane içerisinde bir fiziki alan belirleyin. Bu alanın, erişilebilirlik, güvenlik, uygun ısı, havalandırma, aydınlatma düzeyi ve nem dahil, özelliklerine dikkat edin. Soğutma gerektiren temel maddeler için kesintisiz soğuk zincir sağlayın.

☐☐☒

Gerekli malzeme ve farmasötikleri belirtilen talimatlara uygun şekilde depolayın. Stoklanmış maddelerin zamanında kullanımını sağlayın, tüketim tarihinin geçmesi nedeniyle kayıpları önleyin.

☐☐☒

Hastane eczanesinin evde ya da diğer alternatif tedavi alanlarında/mekanlarında tedavi gören vakalara farmasötik sağlamadaki rolünü tanımlayın.

☐☐☒

Temel hizmetler için gerekli ekipmanın kullanıma hazır bulunması ve anında onarımı için bir mekanizma oluşturun. Diğer ekipmanın bakım ve onarımını erteleyin.

☐☐☒

Hasta nakillerinin sürekliliğini sağlamak üzere, ambulans ekipleri belirlemek gibi bir olası acil durum nakil stratejisi oluşturmak üzere hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle koordinasyon sağlayın (salgın büyüdükçe stratejinin değişmesi gerekebilir).

☐☐☒

Medikal malzeme, çalışanlar için gıda vb. bağışların yönetimi için politika belirleyin.

☐☐☒

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 667 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

X . LABORATUVAR HİZMETLERİ

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.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Temel laboratuvar testlerinin (örneğin, tam kan testi, biyokimya profili, elektrolitler, kan gazı analizi, kan kültürü ve balgam incelemesi) sürekliliğini sağlayın.	☐	☐	☒
Temel laboratuvar malzemeleri ve kaynaklarını belirleyin ve sürekli mevcut olmalarını sağlayın.	☐	☐	☒
Laboratuvar personeli için yedekleme yapın ve/veya alternatif laboratuvar hizmetlerini belirleyin.	☐	☐	☒
Hastane tabanlı sürveyans için, laboratuvar verilerinin klinik yönetiminden ve sürveyanstan sorumlu hekimlere ve sağlık makamlarına hemen iletilmesi için gerekli mekanizmaları belirleyin.	☐	☐	☒
Klinik gereklilik ve hastane tabanlı sürveyans ihtiyaçlarına göre solunum virüsleri (örneğin, COVID-19) testlerinin yapılmasına öncelik verin. Gerektiğinde, farklı tanılar için bir solunum patojenleri paneli kullanın.	☐	☐	☒
COVID-19'un belirlenmesi, teyidi ve izlemi için (virüs karakteristiklerinde virülans, bulaş ve antivirüs rezistans gibi değişiklikler dahil) laboratuvarında izlenecek bir yönlendirme yolu belirleyin.	☐	☐	☒
Örneklerin sevki konusunda, ulusal ve uluslararası taşıma düzenlemeleri ve gereklerine uygun olarak, paketlenme ve taşıma prosedürleri oluşturun ve çalışanları bilgilendirin.	☐	☐	☒

XI. TEMEL DESTEK HİZMETLERİ

COVID-19 salgını sırasında hasta bakımını optimize etmek için temel destek hizmetlerini (örneğin, çamaşırhane, temizlik, atık yönetimi, beslenme hizmetleri ve güvenlik) belirlemek ve sürdürmek gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 668 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Destek hizmetleri için gereken ilave malzemeleri hesaplayın ve bu malzemelerin sürekli mevcut olması için bir mekanizma geliştirin.	☐	☐	☒
Destek hizmetlerini artan taleple baş edebilecek şekilde uyumlu hale getirin.	☐	☐	☒
COVID-19'un hastanenin gıda malzemelerine muhtemel etkisini öngörün; gıdanın sürekliliğini sağlamak için pro-aktif önlemler alın.	☐	☐	☒
Su, enerji ve oksijen gibi temel alt yapılar için gereken yedekleme/destek düzenlemelerini sağlayın.	☐	☐	☒
Potansiyel güvenlik sorunlarını belirlemede ve tesise erişim, temel farmasötik stoklar, hasta akışı, trafik, park konularını optimize etmede hastane güvenliğinin girdilerinden yararlanın.	☐	☐	☒
Geçici morg olarak kullanılmak üzere bir alan belirleyin; yeterli sayıda ceset torbası ve kefen/örtü bulunmasını sağlayın.	☐	☐	☒
Ölüm sonrası hizmetler konusunda ilgili paydaşlarla (örneğin, cenaze hazırlık ve defin hizmetleri) bir olası acil durum planı yapın.	☐	☐	☒

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 669 / 763

EK 3-A

HAP ONAY SAYFASI

ONAY SAYFASI

	ADI SOYADI UNVANI/GÖREVİ	TARİH	İMZA
HAZIRLAYAN	Uzm. Dr. Necati KARAOĞLU Başhekim/Mesul Müdür	17.01.2024	
İNCELEYEN			
DENETLEYEN			
ONAYLAYAN			

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 671 / 763

EK 3-B

2024 YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ

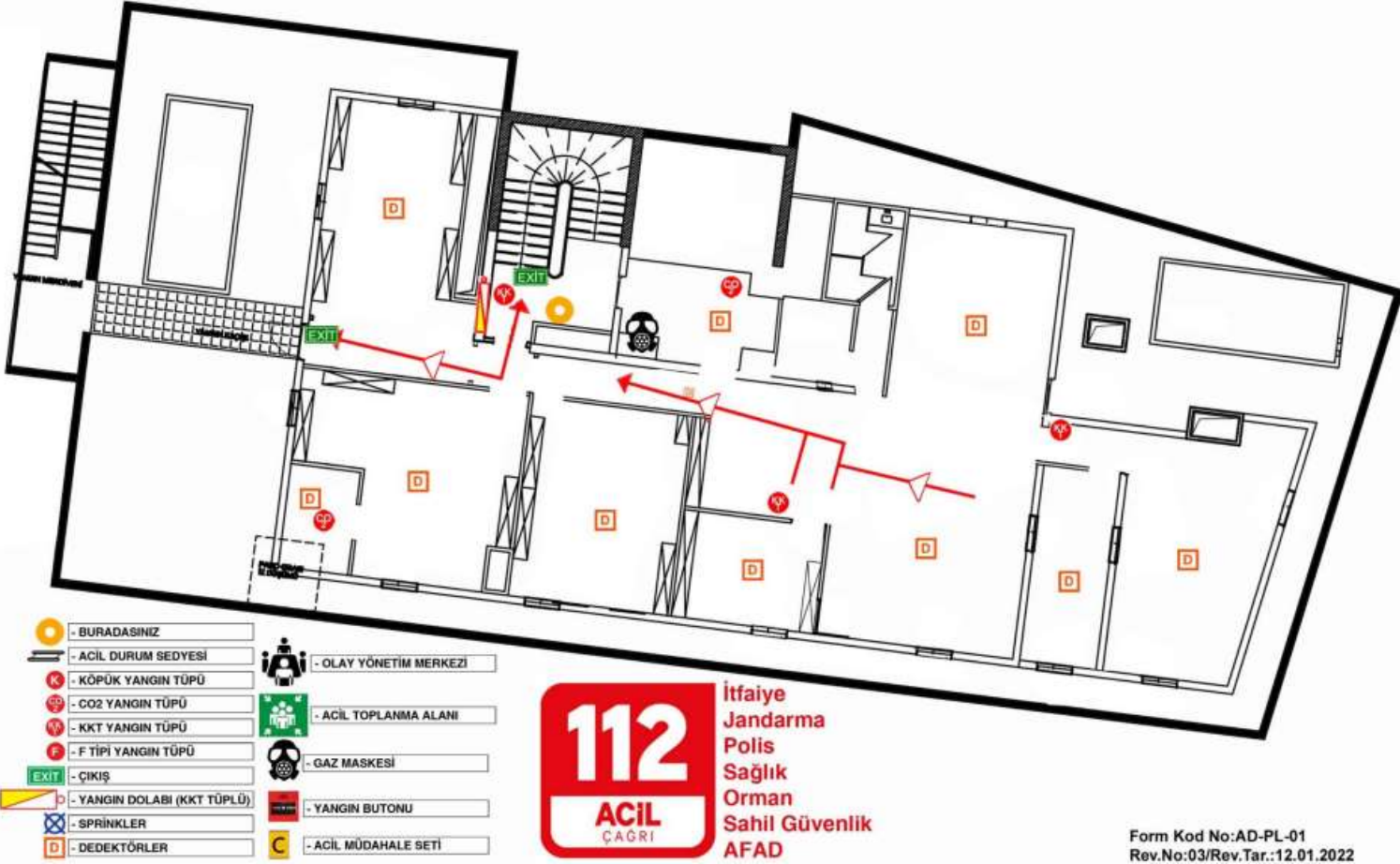
ÖZEL OPTİMED HASTANESİ
2024 YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ

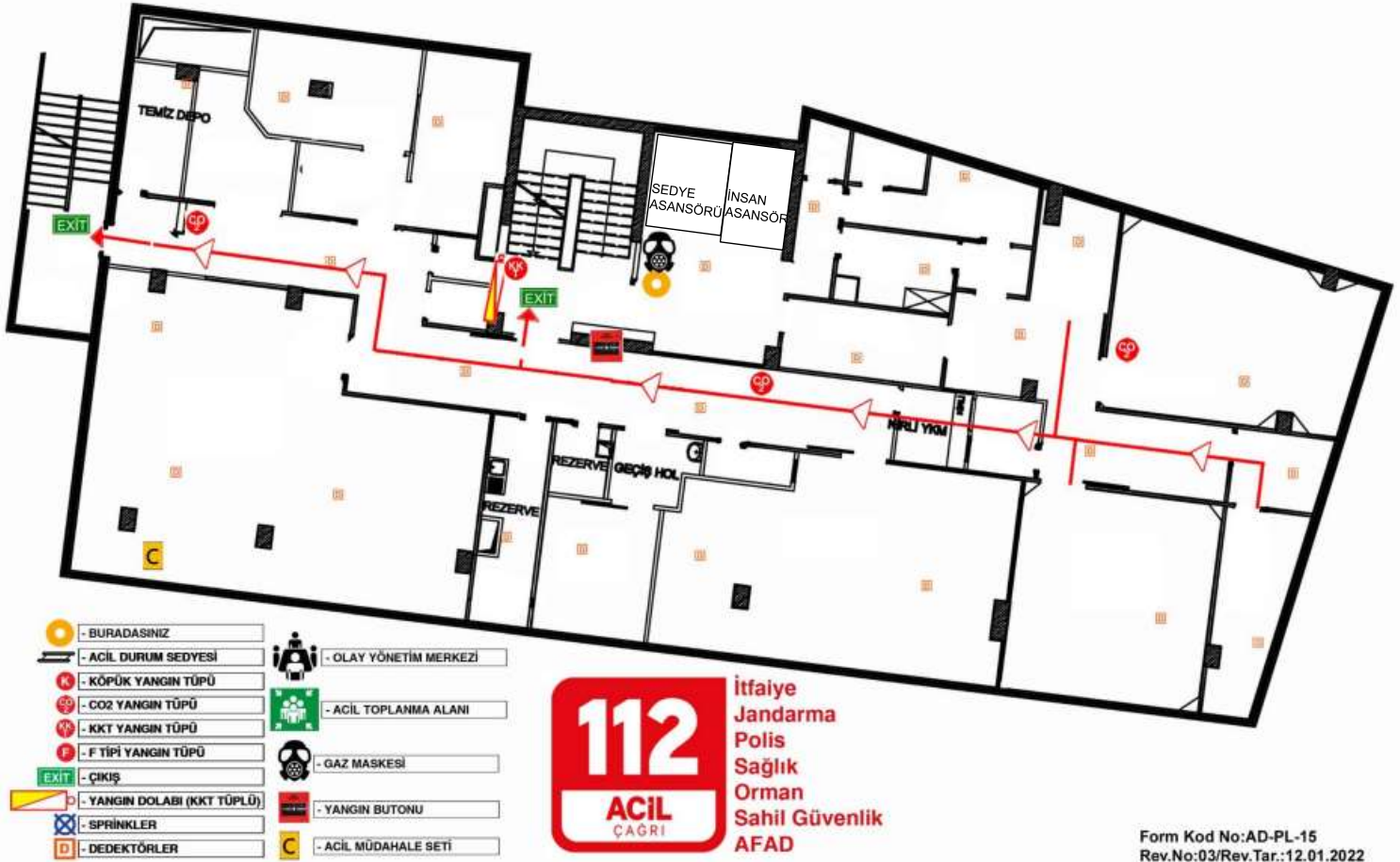
Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı/Görevi	Çalıştığı Birim	Tarih	İmzası
1	Cemalettin KULALI	İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Uzmanı	İş Sağlığı ve Güvenliği	17.01.2024	
2	Uzm. Dr. Necati KARAOĞLU	Başhekim	Tıbbi Direktörlük	17.01.2024	
3	Filiz ALBAYRAK	Kalite Yönetim Direktörü	Kalite	17.01.2024	
4	Sevda SÜMBÜL	Hemşirelik Hizmetleri Direktörü	Hemşirelik Hizmetleri	17.01.2024	
5	Demet ERSOY	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	Hemşirelik Hizmetleri	17.01.2024	
6	Yaşar GENÇ	Genel Müdür	Genel Müdürlük	17.01.2024	
7	Bülent Ali KAPTANOĞLU	Acil Servis Sorumlu Hekimi	Acil Servis	17.01.2024	
8	Öznur YILMAZ	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Acil Servis	17.01.2024	
9	Yusuf DÜLGER	Destek Hizmetler Yöneticisi/Güvenlikten Sorumlu Müdür/HAP Birim Personeli	Destek Hizmetler	17.01.2024	
10	Hasan COŞKUN	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Ameliyathane	17.01.2024	
11	Adnan Veli ŞENOL	Ameliyathane Sorumlu Hekimi	Ameliyathane	17.01.2024	
12	Zeynep ARAS	Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi	Yoğun Bakım	17.01.2024	
13	Şerife ELBİR	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Yoğun Bakım	17.01.2024	
14	Mehmet FIRAT	Enfeksiyon Kontrol Komitesi Sorumlusu	Tıbbi Direktörlük	17.01.2024	
15	Mesut ÖZDEMİR	Laboratuvar Sorumlu Teknisyeni	Laboratuvar	17.01.2024	
16	Uğur DURAN	Teknik ve Teknolojik Hizmetler Yöneticisi	İşletme Direktörlüğü	17.01.2024	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 673 / 763

EK 4-A

KROKİLER/PLANLAR







	- BURADASINIZ		- OLAY YÖNETİM MERKEZİ
	- ACİL DURUM SEDYESİ		- ACİL TOPLANMA ALANI
	- KÖPÜK YANGIN TÜPÜ		- CO2 YANGIN TÜPÜ
	- KKT YANGIN TÜPÜ		- F TİPİ YANGIN TÜPÜ
	- ÇIKIŞ		- GAZ MASKESİ
	- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)		- YANGIN BUTONU
	- SPRINKLER		- ACİL MÜDAHALE SETİ
	- DEDEKTÖRLER		



İtfaiye
Jandarma
Polis
Sağlık
Orman
Sahil Güvenlik
AFAD









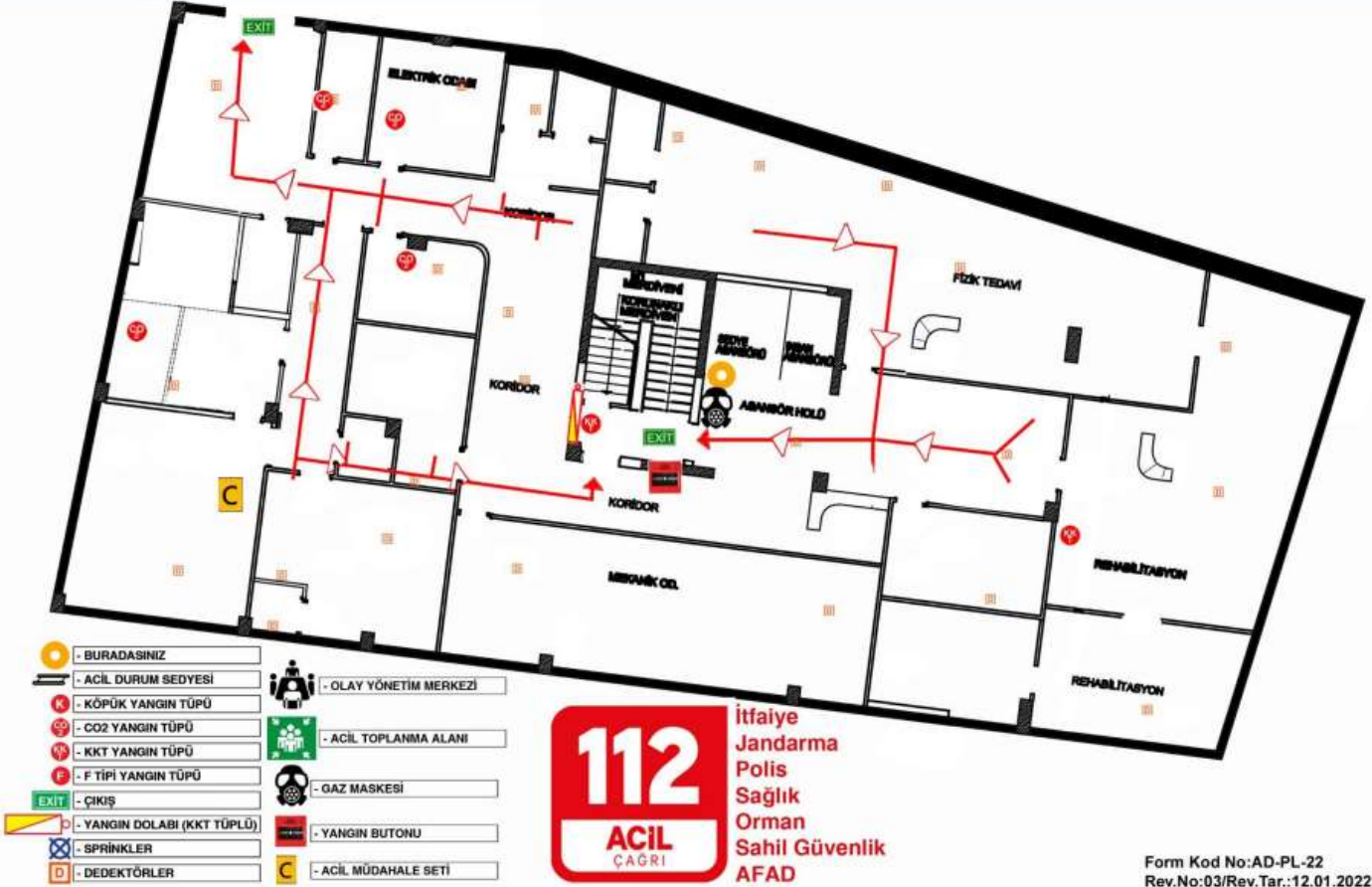


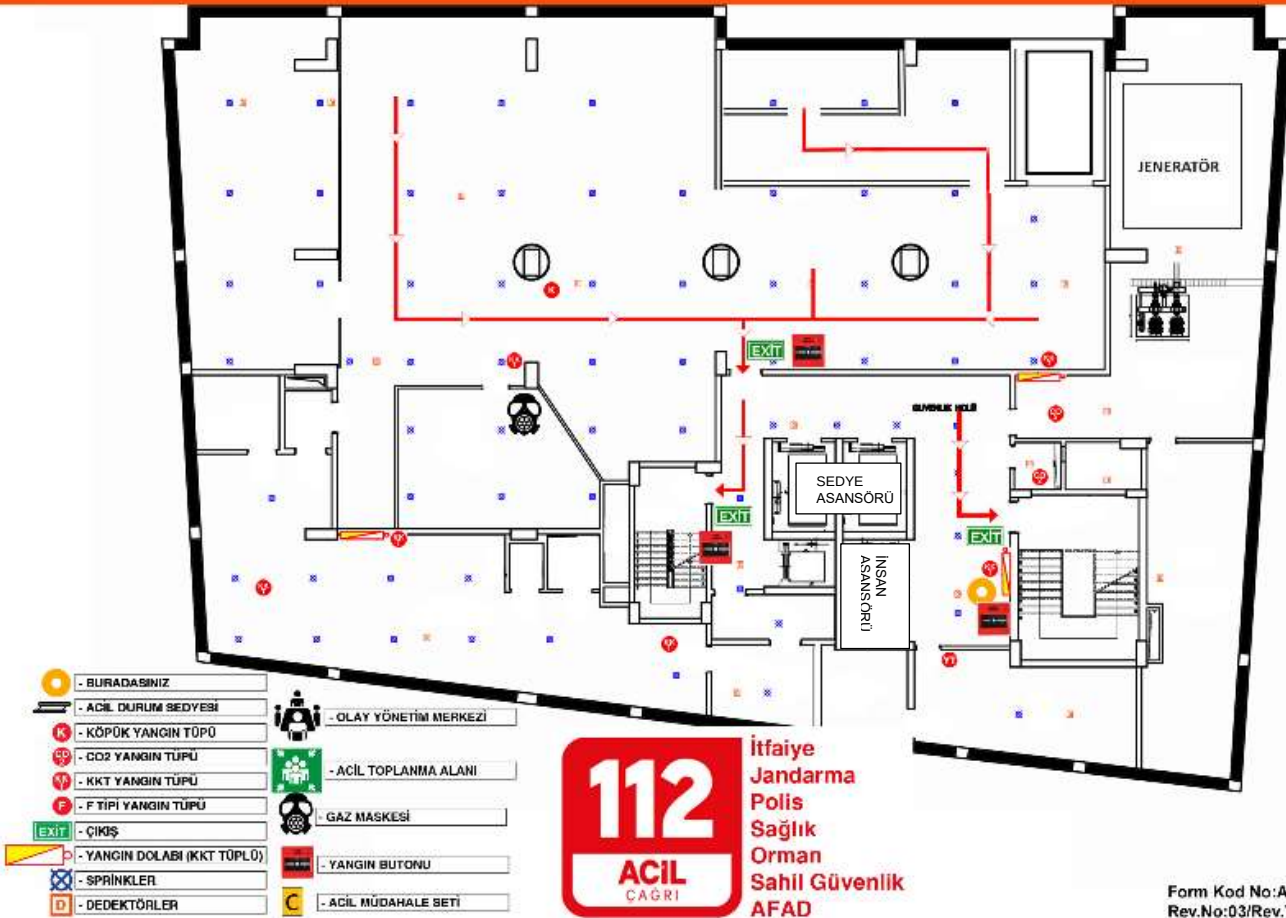
	- BURADASINIZ		- OLAY YÖNETİM MERKEZİ
	- ACİL DURUM SEDYESİ		- ACİL TOPLANMA ALANI
	- KÖPÜK YANGIN TUPU		- GAZ MASKESİ
	- CO2 YANGIN TUPU		- YANGIN BUTONU
	- KKT YANGIN TUPU		- ACİL MÜDAHALE SETİ
	- F TİPİ YANGIN TUPU		
	- ÇIKIŞ		
	- YANGIN DOLABI (KKT TÜPLÜ)		
	- SPRİNKLER		
	- DEDEKTÖRLER		



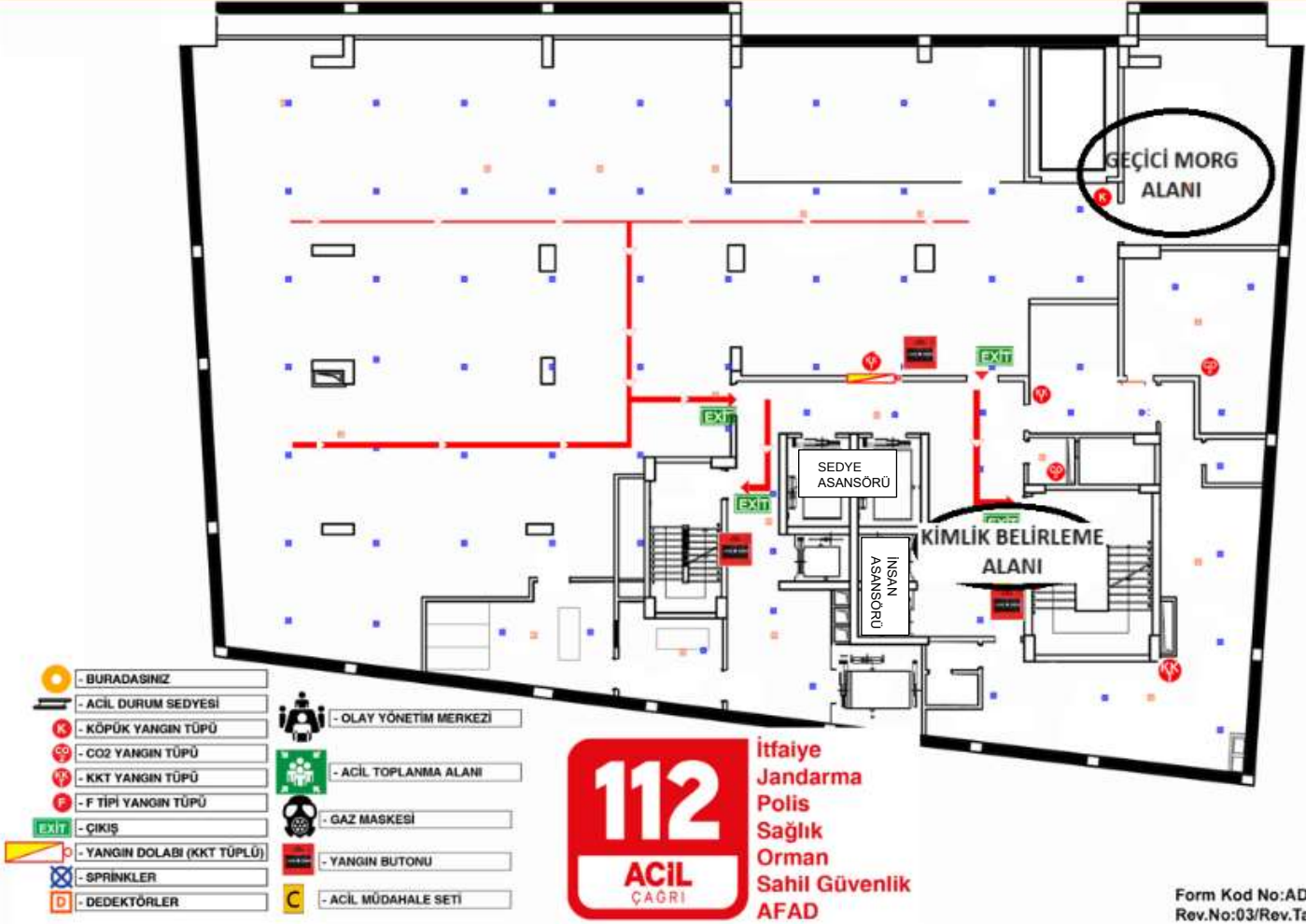
İtfaiye
Jandarma
Polis
Sağlık
Orman
Sahil Güvenlik
AFAD

Form Kod No:AD-PL-21
Rev.No:03/Rev.Tar.:12.01.2022



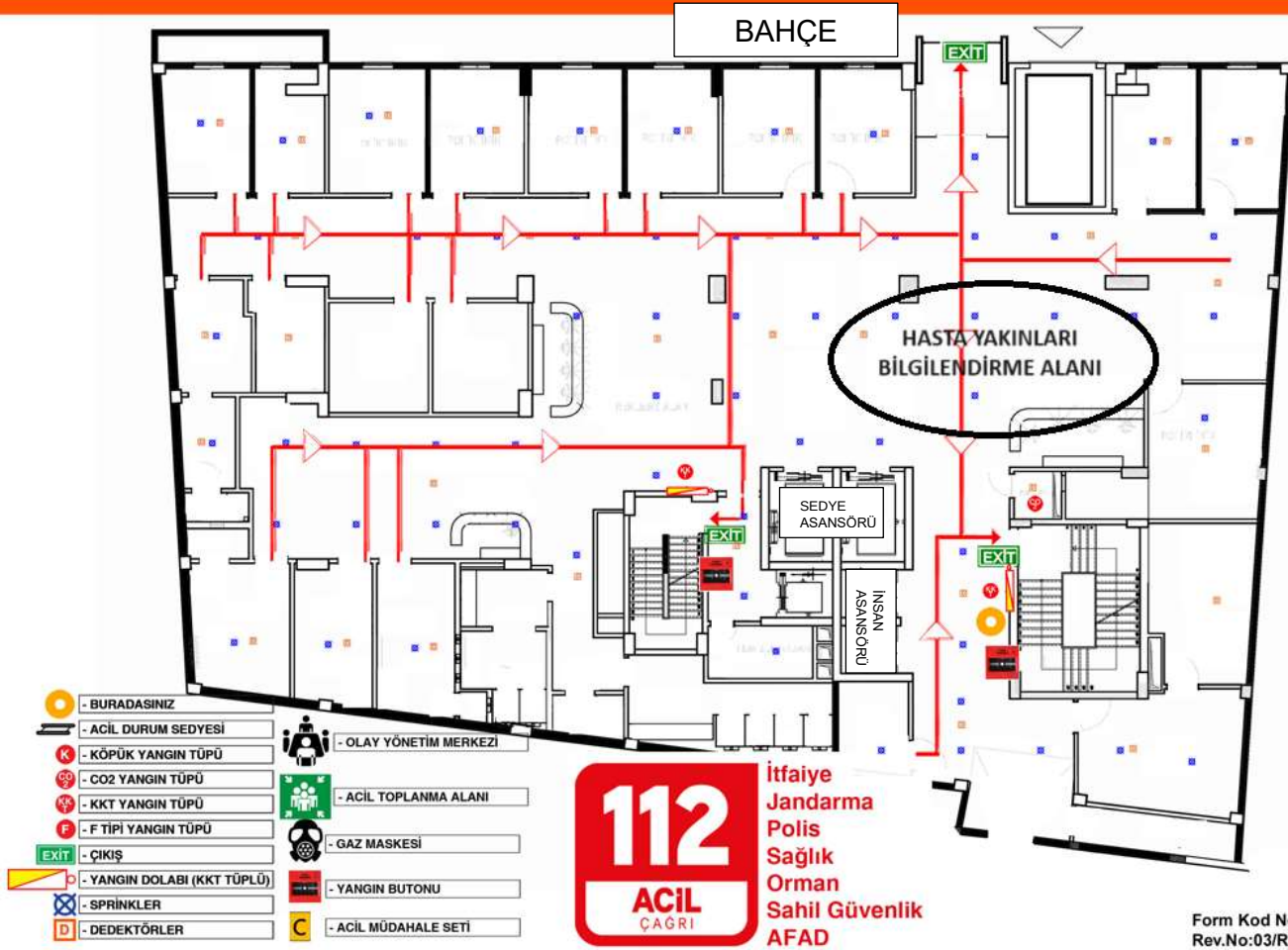


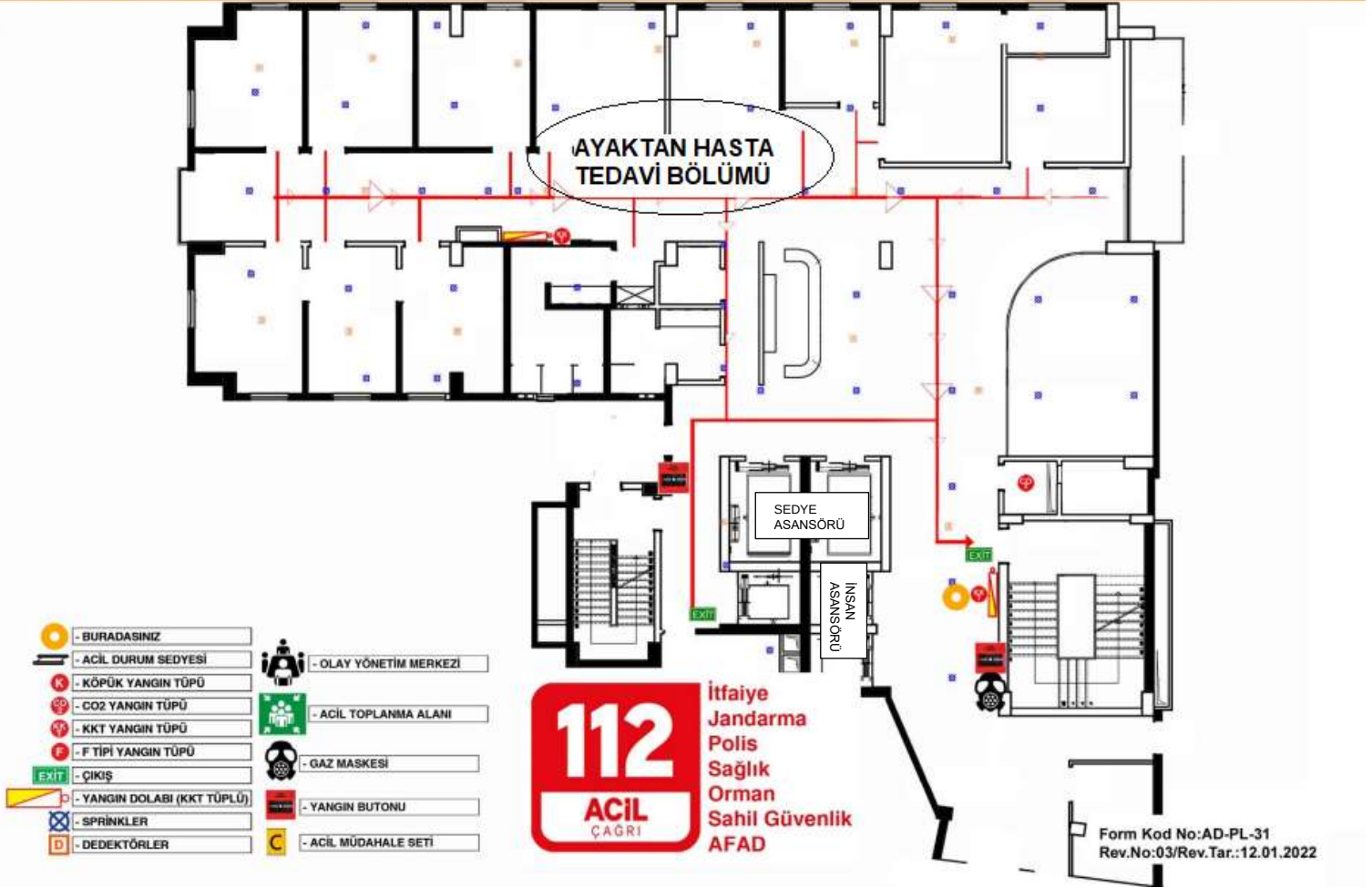
Form Kod No:AD-PL-36
Rev.No:03/Rev.Tar.:12.01.2022

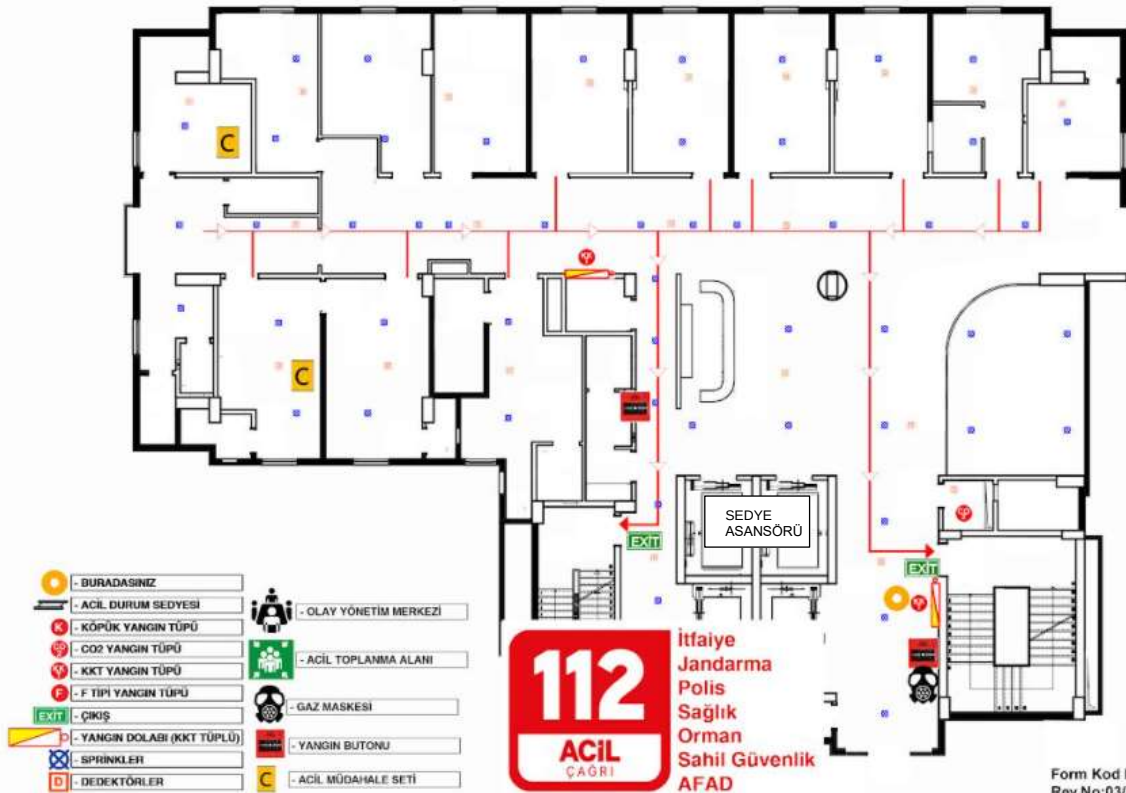






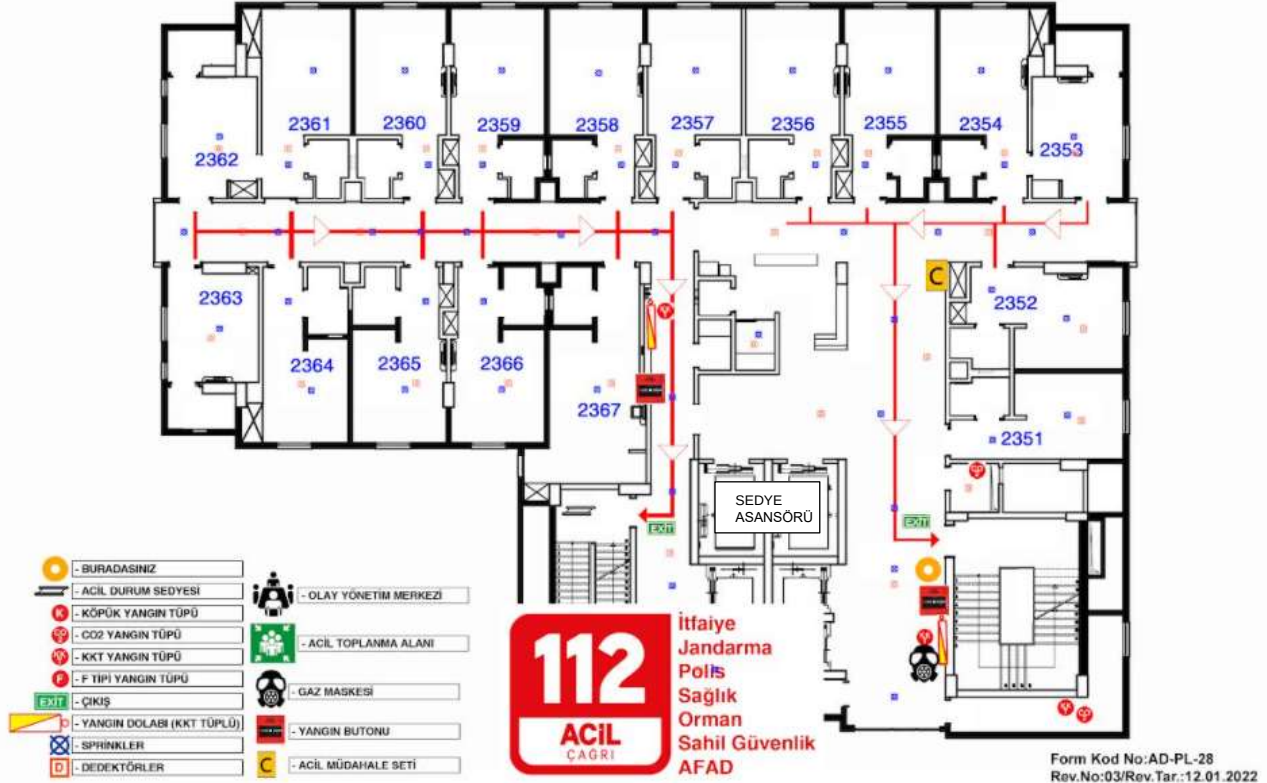




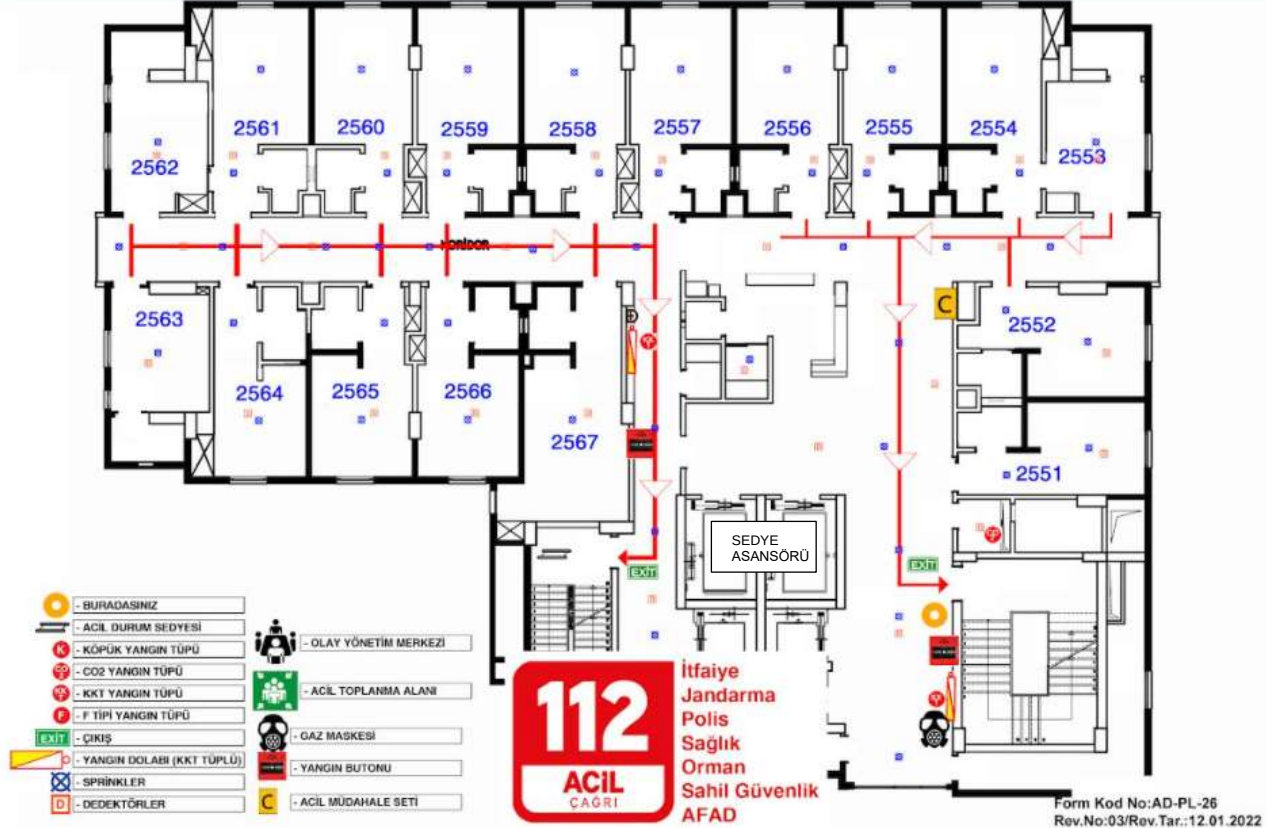


Form Kod No:AD-PL-30
Rev.No:03/Rev.Tar.:12.01.2022

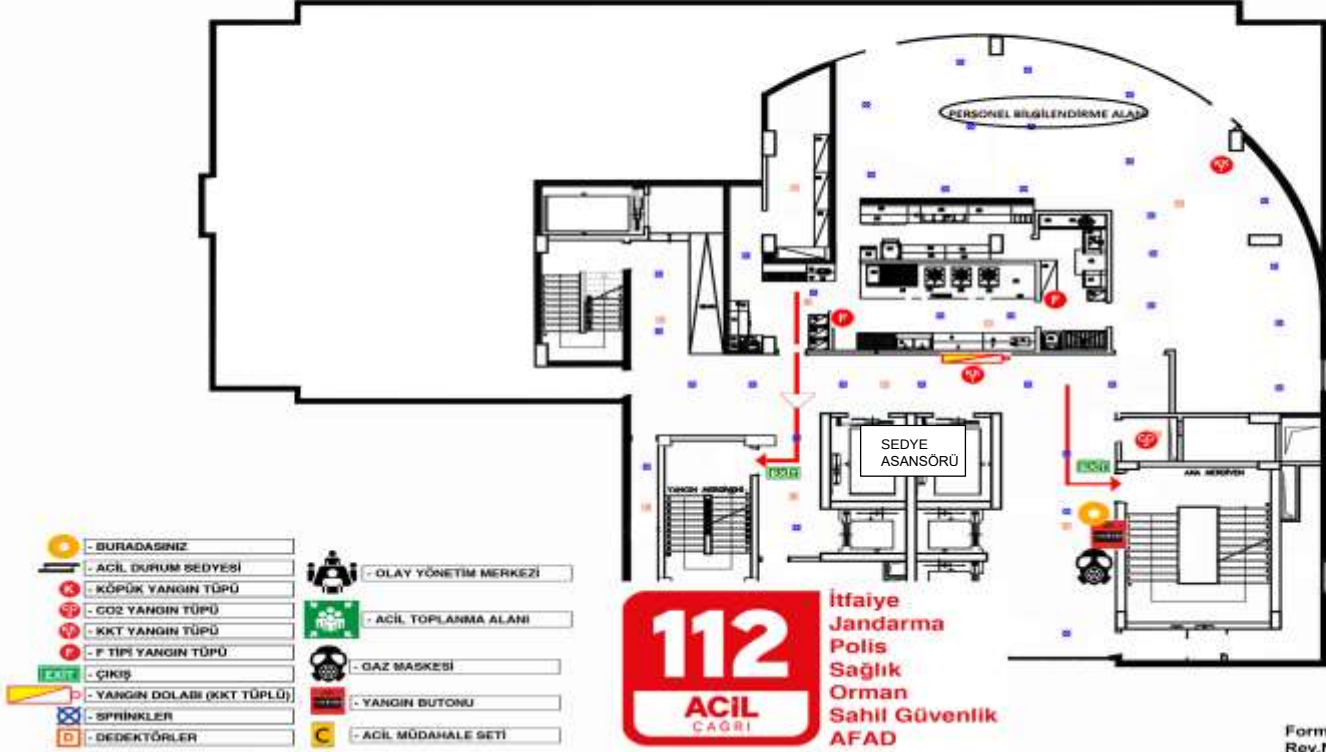


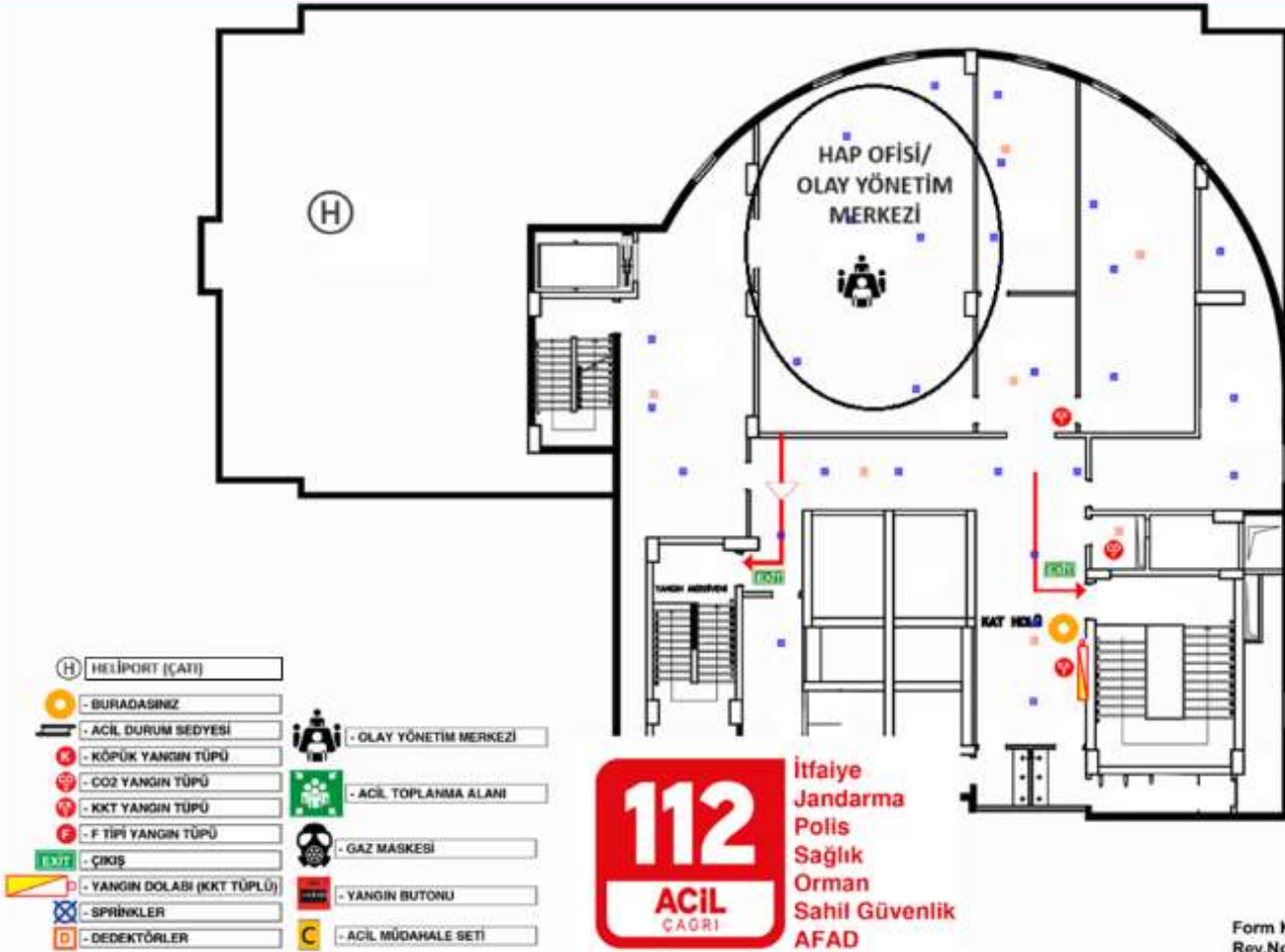












	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 697 / 763

EK 5- A

PROTOKOLLER

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 698 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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. 844 030 6578

YEMEK DÜNYASI

Beşler Emlak Gayrimenkul Gıda Teks.
Mak.Loj.Pet.Tur.Sos.Hiz.San.Tic.Şti.
İstasyon Mah.Çerkezköy Tekirdağ No:49
Çerkezköy / Tekirdağ Tel:0274 30 30 58
Tic.Sicil No:2744 Çerkezköy V.D.167 052 9845

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 699 / 763

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 AKDAS
Atılış Mh. Hükümet Cd. No:18 Çarşıköy / T. DAĞ
Telefaks: 0 282 766 68 76
Çarşıköy / D. 215 489 70870

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 700 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

SU TEDARİK HİZMET ALIM SÖZLEŞMESİ

*BU SÖZLEŞME VARDARLAR YAPI İNŞAAT HAFRİYAT FİRMASI İLE ÖZEL OPTİMED HASTANESİ ARASINDA KARŞILIKLI MUTABAKATA DAYANILARAK OLUŞTURULMUŞTUR.

* VARDARLAR YAPI İNŞAAT HAFRİYAT FİRMASI , ÖZEL OPTİMED HASTANESİNE ACİL VE İHTİYAÇ DUYULAN DURUMLARDA SU TEDARİĞİ GÖREVİNİ YERİNE GETİRMİYİ TAAHHÜT ETMEKTEDİR.

*SÖZLEŞME BİR YIL OLARAK YAPILMIŞTIR, TARAFLARDAN BİRİ BİR AY ÖNCEDEN HABER VERMEK KOŞULU İLE SÖZLEŞMEYİ FESİH ETME HAKKINA SAHİPTİR.

*SÖZLEŞME İPTAL EDİMEDİĞİ SÜRECE KENDİNİ BİR YIL İLERİYE DÖNÜK OLARAK YENİLEYECEKTİR.

VARDARLAR YAPI İNŞAAT HAFRİYAT

TEL: 0(532)281 11 18

ADRES: Fevzipaşa Mah.H.Batur Cad.İsa Çavuş

Sk. No:9

Çerkezköy/TEKİRDAĞ

Vardarlar
YAPI-İNŞAAT HAFRİYAT-MAKİNE DAYANIMLI DAYANIMSIZ
TUK. MAL. TUKİZA TEKSTİLİA SÖS. HİZM. TİC.LTD.ŞTİ.
Yazışma Tel: 0 282 726 69 69
Fevzipaşa Mah. H.Batur Cad. İsa Çavuş Sk.No:9 ÇERKEZKÖY
Çerkezköy Y.D. 422 035 2808

ÖZEL OPTİMED HASTANESİ

TEL: 0 (282) 726 05 55

ADRES: Atatürk cad. No: 118

Çerkezköy/TEKİRDAĞ


SAĞLIK HİZMETLERİ TİC. LTD. ŞTİ.
ÇERKEZKÖY / TEKİRDAĞ

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 701 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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. Rtt 098 8578



TELHÜNER TİCARET
SAĞLIK VE TIBBİ GAZ BAYİ
Osman Telhüner
Blok No:17 Çerkezköy
0.2 171-Tic. Sic. No:2715
Çerkezköy / T.C. Rtt 097 567 084 88



OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 702 / 763

Tarih:12.01.2020

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.

OPTIMED
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. VE TİC. A.Ş.
Ö.M.K.P. İstanbul / Maslak Caddesi No:110
Göztepe / Beşiktaş / İstanbul / 34398
Tic. Sic. No: 274030 / 030 6578

Firma Adı:

Adres:

Yetkili İmza/Kaşe:

**İLKE OTELÇİLİK TURİZM İŞLETMELERİ
TİCARET ANONİM ŞİRKETİ**
İmrepaşı Mah. Bulent Ecevit Cd.33.Sk.No:3
Karaklı / TEKİRİMAĞ - Tic.Sic.No:625
Göztepe / V.D. 473 005 0501
Mersis No: 04730 0505 0100016

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 703 / 763

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 genel gıda ihtiyaçlarının hastane içinde ulaşılmaması durumunda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin tedariki konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.



Firma Adı: ASBAŞ OYUNCAK
Adres: İSTASYON MAH. N. Uğur
CAD. No: 37
Yetkili İmza/Kaşe: G. A. V. Q. 283

asbas
İşletmenisi
Özkan ASBAŞ
İstasyon Mh. M. Hürmet Uğur Cd. No 37 Çerkezköy
Tel & Fax: 0282 726 58 73 - 0282 725 04 62
Tic.Sic.No: 6452 - Çerkezköy V.D: 345 002 14298
Mersis No: 3458 0004 28000001

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 704 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Tarih:12.01.2020

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 medikal sarf malzeme ve tıbbi cihazların hastane içinde ulaşılmaması durumunda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin tedariği konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.



Firma Adı:

Adres:

Yetkili İmza/Kaşe:



OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 705 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Tarih:12.01.2020

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 medikal sarf malzeme hastane içinde ulaşılmaması durumunda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin tedariki konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.

Firma Adı:

Adres:

Yetkili İmza/Kaşe:

OPTIMED
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. VE TİC. A.Ş.
S.M.K.P. Mahallesi Atılgurk Caddesi No:118
Çarşıköy VD / 644 030 6578

TEKNİK ÇAĞDAS TIP
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Nispetiye İlçesi, Nispetiye Mahallesi, Nispetiye Sok. 11. Kat, No: 11/11
Etiler (Beşiktaş) - İstanbul / Türkiye
Tic. Sic. No: 271537 - Şirket No: 271537
Tic. Sic. No: 271537 - Şirket No: 271537

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 706 / 763

Tarih:12.01.2020

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 medikal sarf malzeme ve tıbbi cihazların hastane içinde ulaşılmaması durumunda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin tedariği konusunda firmamız gerekli desteği verecektir.

OPTIMED
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. VE TİC. A.Ş.
G.M.K.P. Mahallesi Atatürk Caddesi No:110
Çerkezköy VD / 644 030 6570

Firma Adı: EGS Medical
Adres: Oruç Reis mah. Tekstilkent Cd.
A25 10 D 203 Eserler /İstanbul
Yetkili İmza/Kaşe:

EGS MEDİKAL / TIBBİ CİHAZLAR
İTHALAT / DİRCAT
Ömer Faruk KACAR
Oruç Reis mah. Tekstilkent Cad.
Tekstilkent A25/10 D 203 Eserler/İST.
Atılmalı V.D.:21169446362

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.

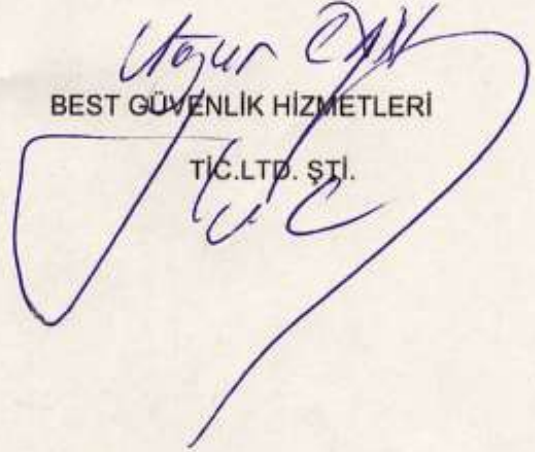
OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ

SAN. TİC. A.Ş.

OPTİMED
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş.
G.M.K.P. Mahallesi Altıncı Cadde No:118
Çekirgeç Köyü - 06070 - ANKARA

BEST GÜVENLİK HİZMETLERİ

TİC.LTD. ŞTİ.



26.09.2023

PROTOKOL

Bu protokol OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş ile GÜNİZ GÜVEN- AFACAN KREŞ arasında imzalanmıştır.

Optimed Sağlık Grubu Hastaneleri içerisinde ya da hastane dışında olağanüstü (deprem, sel, yangın, büyük kazalar gibi) durumlarda hastanenin güvenliğinin sağlanması konusunda GÜNİZ GÜVEN AFACAN KREŞ , 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

SAN. TİC. A.Ş.

OPTİMED

SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. VE TİC. A.Ş.
G.N.K.P. Mahallesi Atatürk Caddesi No:118
Çerkezköy VD / 644 030 6578

GÜNİZ GÜVEN AFACAN KREŞ**ÖZEL AFACAN GÜNDÜZ BAKIMEVİ**

Güniz Güven

Özel Afacan Gündüz Bakımevi No: 77
Çerkezköy / Tuzluca - Tel: 0282 377 81 00
E-posta: info@afacan.com.tr - Tlx No: 6028
Maksimum 1000 Sayı 170 170 170 170

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.
Akpasa Mah. Hacı Ali Paşa Cad. No:36/1 Çorlu
Y.D. Çerkezköy Y.N. : 644 030 6578BAŞARI KREŞ VE GÜNDÜZ
BAKİMEVİ

Seda Balaban

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
İSANKİTİCİ SAN. TİC. A.Ş.
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. TİC. A.Ş.
C.M.K.P. Mahallesi Atatürk Caddesi No:11B
Çekirgeköy VD / 544 030 5578

SANCAK ECZA DEPOSU

SANCAK ECZA DEPOSU A.Ş.
Dağlar Mah. No:5-5/1 No:5-21
Bağcılar / 34212 / İstanbul
Göreci VD / 543 054 0548
Tel:444 44 22 00 Sic.No:156675-5
Mersis:0741069005600001

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.

OPTİMED
SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. VE TİC. A.Ş.
G.M.K.P. Mahallesi Atalarık Caddesi No:119
Serikçaköy / 06444 030 6570

BİR NEFES SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.
Lüleburgaz V.D. No: 177 059 1754 Tic. Sic. No: 4711
Mersis No: 0177 0591 7540 0001
Sitelier Mah. Naciî Balkan Cad. No: 35-37
Lüleburgaz/KIRKLARELİ
Tel: 0288 415 74 74 Faks: 0288 415 65 95
www.birnefes.com.tr

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 712 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 713 / 763

EK 5-B

HAP GÖREVLİ LİSTESİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 714 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

	OYE Pozisyonu	Pozisyonadaki kişi İsim-Soyisim
01	HAP Başkanı	Necati KAROĞLU
02	HAP Sekreteryası	Kader TOPÇU
03	Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu	Gizem AKTÜRK
04	Halkla İlişkiler Sorumlusu	Egemen ÇALIŞKAN
05	İş Güvenliği Sorumlusu	Cemallettin KULALI
06	Tıbbi Teknik Danışma Kurulu	Farruhk İBRAHİOV
07	Operasyon Şefi	Demet ERSOY
08	Planlama Şefi	Uğur DURAN
09	Lojistik Şefi	Vedat AKMAN
10	Finans Şefi	Gülay ERDAĞ
11	Alan Sorumlusu	Seher ŞAHİN
12	Tıbbi Bakım Sorumlusu	Ece Nur TOPÇU
13	Güvenlik Sorumlusu	Davut KILIÇ
14	Altyapı Sorumlusu	Kemal YILDIRIM

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 715 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

15	Psikososyal Destek Sorumlusu	Demet YAVUZYİĞİT
16	Dokümantasyon Sorumlusu	Begüm ERDEM
17	Durum değerlendirme sorumlusu	Kübra GÖNÜLTAŞ
18	Personel ve Malzeme Yönetimi	Ezgi GÖNÜL
19	Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu	Bilge KAVİL
20	Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu	Yusuf DÜLGER
21	İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu	Ronay BAYRAM
	Cihaz ve araç gereç sorumlusu	Sibel BERRAK
23	Faturalandırma/Maliyetlendirme Sorumlusu	Gamze BEYAZ
24	Satın Alma Sorumlusu	Simge AYER
25	Hukuk Tazminat Sorumlusu	Av. Yasemin ELHAN
26	Tahakkuk Sorumlusu	Günnur TOPAÇ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 716 / 763

EK 5-C

HAP GÖREVLİ İLETİŞİM LİSTESİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 717 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

ASİL ÜYELER						POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ				
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta
HAP Başkanı	Necati KARAOĞLU	Başhekim	5033	535 202 68 82	necatikaraoğlu@optimedhastanesi.com	Kubilay DANYELİ	Nöbetçi İşletme Yöneticisi	1130	545 226 41 71	kubilaydanyali@optimedhastanesi.com
Halkla İlişkiler Şefi	Egemen ÇALIŞKAN	Hasta Kabul Ekip Lideri	5043	554 866 29 81	egemencaliskan@optimedhastanesi.com	Begüm GÜNAY	Kurumsal İletişim Görevlisi	5022	534 050 70 96	begumgunay@optimedhastanesi.com
Kurumlararası Koordinasyon Şefi	Gizem AKTÜRK	İdari Tıbbi Sekreter	3168	546 921 53 95	tibbisekreterlik@optimedhastanesi.com	Canan Cani	Santral Sorumlusu	5052	542 458 96 24	canancani@optimedhastanesi.com
İş Sağlığı ve Güvenliği Şefi	Cemalettin KULALI	İş Güvenliği Uzmanı	-	0532 678 39 01	isg@optimedhastanesi.com	MELİHA ÜNAL	İş Güvenliği Uzmanı	-	544 324 96 27	melihaunal@optimedhastanesi.com
Tıbbi/Teknik Danışmanı	Farruhk İBRAHİMOV	Göğüs Cerrahisi Uzmanı	3160	536 234 37 73	farrukhbrahimov@optimedhastanesi.com	AYHAN AKBIYIK	Hekim	5001	532 436 77 91	ayhanakbiyik@optimedhastanesi.com
HAP Sekreteryası (HAP Birim Personeli)	Kader TOPÇU	Kvc Koordinatörü	5053	530 445 47 11	kadertopcu@optimedhastanesi.com	Filiz ALBAYRAK	Kalite Yönetim Direktörü	5021	531 352 52 04	filizalbayrak@optimedhastanesi.com

OPERASYON BÖLÜMÜ

ASİL ÜYELER						POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ				
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta
Operasyon Şefi	Demet ERSOY	Hemşirelik Hizmetleri Müdürü	5055	506 408 21 95	demetersoy@optimedhastanesi.com	Sevda Sümbül	Hemşirelik Hizmetleri Direktörü	5009	543 450 01 40	sevdasumbul@optimedhastanesi.com
Alan Sorumlusu	Seher ŞAHİN	Hemşire	2450	542 497 99 79	sehersahin@optimedhastanesi.com	Ayten YILDIRIM	Hemşire	2350	507 043 07 78	aytenyildirim@optimedhastanesi.com
Tıbbi Bakım Sorumlusu	Ece Nur TOPCU	Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	2851	542 646 29 14	ecenurtopcu@optimedhastanesi.com	Nilgin KARABIYIK	Hemşire	2650	532 485 73 08	Nilginkarabiyyik@optimedhastanesi.com
Altyapı Sorumlusu	Kemal YILDIRIM	Teknik Servis Görevlisi	5036	533 023 43 75	kemalyildirim@optimedhastanesi.com	Fikret BOZDEMİR	Teknik Servis Görevlisi	5016	541 382 90 50	fikretbozdemir@optimedhastanesi.com

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI					Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 718 / 763				
	HASTANE AFET PLANI									

Güvenlik Sorumlusu	Davut KILIÇ	Güvenlik Görevlisi	5014		guvenlik@optimedhastanesi.com	İbrahim ÇAĞLAR	Güvenlik Görevlisi	5014	546 602 47 89	guvenlik@optimedhastanesi.com
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psikososyal Destek Sorumlusu	Demet YAVUZYİĞİT	Hasta Hakları Sorumlusu	5025	533 023 43 75	demetyavuziyigit@optimedhastanesi.com	Ufuk ÇALIŞKAN	Psikiyatri Uzmanı	2159	505 802 72 95	ufukcaliskan@optimedhastanesi.com

PLANLAMA BÖLÜMÜ

ASİL ÜYELER						POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ				
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta
Planlama Şefi	Uğur DURAN	Teknik ve Teknolojik Hizmetler Müdürü	5033	532 574 15 42	ugurduran@optimedhastanesi.com	Ezgi GÖNÜL	Hasta Hizmetleri Direktörü	5013	542 449 78 40	ezgigonul@optimedhastanesi.com
Dokümantasyon Sorumlusu	Begüm ERDEM	Kalite Uzmanı	2850	534 338 17 50	begumerdem@optimedhastanesi.com	Elif ÇORAL	Arşiv Görevlisi	3556	507 396 86 11	elifcoral@optimedhastanesi.com
Durum Değerlendirme Sorumlusu	Kübra GÖNÜLT AŞ	Hemşire	2550	553 226 16 75	kubragonultas@optimedhastanesi.com	Sevda AYDIN	Hemşire	2570	539 861 57 55	sevdaaydin@optimedhastanesi.com
Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu	Bilge KAVİL	Hemşire	1400	541 903 90 84	bilgekavil@optimedhastanesi.com	Seher ELİBOL	Hemşire	1300	532 161 03 07	seherelibol@optimedhastanesi.com
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu	Ezgi GÖNÜL	Hasta Hizmetleri Direktörü	5013	542 449 78 40	ezgigonul@optimedhastanesi.com	Fulya KIRAY	Ayaktan Hasta Danışmanı Ekip Lideri	5012	541 717 09 21	fulyacaliskan@optimedhastanesi.com

LOJİSTİK BÖLÜMÜ

ASİL ÜYELER						POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ				
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta
Lojistik Şefi	Vedat ATMAN	Depo Sorumlusu	5023	0544 766 92 52	vedatakmann@optimedhastanesi.com	Sercan ZEYBEK	Depo Görevlisi	3500	543 198 95 99	sercanzeybek@optimedglobal.com
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu	Yusuf DÜLGER	Destek Hizmetler Müdürü	5060	535 568 37 28	yusufdulger@optimedhastanesi.com	Esra BAŞKAYA	Destek Hizmetler Ekip Lideri	-	542 457 15 66	esrabaskaya@optimedhastanesi.com

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI				Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 719 / 763			
	HASTANE AFET PLANI							

İnsan Kaynakları Sorumlusu	Melek ÜNLÜ TAN	İnsan Kaynakları Direktörü	5032	544 208 80 99	melektan@optimedhastanesi.com	Elif GÜVEN	İnsan Kaynakları Uzmanı	1653	537 309 50 19	elifguven@optimedhastanesi.com
İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu	Ronay BAYRAM	Eczacı	5048	541 576 38 92	ronayibayram@optimedhastanesi.com	Yeşim UĞURLU	Eczane Görevlisi	3300	535 305 31 94	yesimugurlu@optimedglobal.com
Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu	Sibel BERRAK	Biyomedikal Sorumlusu	5035	538 385 75 15	sibelberrak@optimedhastanesi.com	Özgür ÖZTÜZÜ N	Biyomedikal Mühendisi	5035	541 843 02 87	ozguroztuzun@optimedglobal.com

FİNANS BÖLÜMÜ

ASİL ÜYELER						POZİSYONLARIN YEDEK ÜYELERİ				
HAP Görevi	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Adı Soyadı	Unvanı	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta
Finans Şefi	Gülşay ERDAĞ	Satınalma Sorumlusu	5015	534 571 46 06	gulayerdag@optimedhastanesi.com	Simge AYER	Satınalma Görevlisi	1636	538 851 66 82	simgekeymaz@optimedhastanesi.com
Satınalma Sorumlusu	Simge AYER	Satınalma Görevlisi	1636	538 851 66 82	simgekeymaz@optimedhastanesi.com	Simge AYER	Satınalma Görevlisi	1636	538 851 66 82	simgekeymaz@optimedhastanesi.com
Faturalama/Maliyetlendirme Sorumlusu	Gamze BEYAZ	Anlaşmalı Kurumlar Sorumlusu	1629	533 264 96 06	gamzebeyaz@optimedhastanesi.com	Gizem Ürey	Anlaşmalı Kurumlar Görevlisi	1622	546 290 79 26	gizemurey@optimedhastanesi.com
Hukuk/Tazminat Sorumlusu	Av. Yasemin ELHAN	Avukat	-	530 479 70 51	avukatarabulucu@yaseminelhan.com	Av. Yasemin ELHAN	Avukat	-	530 479 70 51	avukatarabulucu@yaseminelhan.com
Tahakkuk Sorumlusu	Günnur TOPAÇ	Hakediş Sorumlusu	1640	543 406 68 94	gunnurtopac@optimedhastanesi.com	Kübra BAYRAM	Hakediş Uzman Yardımcısı	1641	545 243 18 96	kubrabayram@optimedhastanesi.com

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 720 / 763

EK 5-D

HASTANE DAHİLİ TELEFON NUMARALARI

1.BİNA			2.BİNA		
-2.BODRUM KAT			2. BLOK -3. BODRUM KAT		
SİMGE METE	HASTA DANIŞMANI	3202	ECZANE		3300
MUSTAFA YILDIZ	FİZİK TEDAVİ POLİK.	3203	ECZACI		5048
ÖZGÜR GÜNER	FİZİK TED. REHABİLİTAS.	3204	ADNAN VELİ ŞENOL	ANESTEZİ UZMANI	5008-5038
- 1.BODRUM KAT			ZEYNEP ARAS	ANESTEZİ UZMANI	5049
ARİF FİDAN	MİKROBİYOLOJİ UZMANI	3107	YETİŞ. YOĞUN BAKIM	SORUMLU HEMŞİRE	1501
	LABOR. SONUÇ	3135	YETİŞ. YOĞUN BAKIM		3351
			SALON 1		
MESUT ÖZDEMİR	LABORATUVAR SORUM.	3106	YETİŞ. YOĞUN BAKIM		3352
			SALON 2		
	LABORATUVAR SABİT	3105	YETİŞ. YOĞUN BAKIM		3353
			SALON 3		
GÖNÜL UYSAL	BİYOKİMYA UZMANI	3107	YETİŞ. YOĞUN BAKIM	BANKO	3350
MİKROBİYOLOJİ		3150	YETİŞ. YOĞUN BAKIM	BANKO	3370
TRANSFÜZYON LAB.		3103	HARUN ÇABUK	KVC YOĞUN BAKIM	3251
			SORUM.HEMŞİRE		
KAN ALMA ODA		3101	KORONER YOĞ. BAK.		1501
PCR LABORATUVAR	COVID-19 TEST LAB.	3104	2. BLOK -2. BODRUM KAT		
CANAN BAKTEMUR	RADYOLOJİ BANKO	3115	AMELİYATHANE	BANKO	3250
BT ODASI		3116	AMELİYATHANE 3	BANKO	3219
BETÜL BEYAZLAR	RADYOL.SORUM.MR ODASI	3114	AMELİYATHANE	PERSON. DİNLENME ODA.	3266
HÜSEYİN H. SEZER	RADYOLOJİ DR.ODASI	3110	AMELİYATHANE SORUM.	HASAN COŞKUN	3232
TETKİK HASTA KABUL	BANKO	3130	SERDAR ÜNAL	ANJİYO TENKNİSYENİ	3200
0 . GİRİŞ KAT			KADER TOPÇU	KVC EKİP LİDERİ	5053
ÇETİN ÜÇEÇAM	BAŞHEKİM	5020	AYŞE KARAPINAR	ANESTEZİ SORUMLUSU	3270
ACİL HASTA KABUL	HASTA KABUL	1000	STERİLİZASYON		3267
ACİL TIBBİ SEKRT.		1007	AMBULANS ŞÖFÖR ODA	EMT DİNLENME ODASI	3201
ACİL MÜŞAHADE ODASI		1006	2. BLOK -1.KAT		
YİĞİT CAN ÖZCAN	ACİL SERVİS	5042		DANIŞMA	3185
B.ALİ KAPTANOĞLU	ACİL SERVİS DOKTORU	5017	BANKO – HASTA KABUL		3185-3180
BETÜL PEDÜK	HASTA YATIŞ – ÇIKIŞ	1011	BARIŞ ALKAN	BEYİN CERRAHİ POLİK.	5027-3153
DEMET ERSOY	HEMŞİRELİK HİZ.MÜD.	5055	BEGÜM GÜNAY	KURUMSAL İLETİŞİM	5012
NECLA KESİM	HASTA YATIŞ – ÇIKIŞ	1012	MEHMET ÇOLAK	KURUMSAL İLETİŞİM	5022
EZGİ GÖNÜL	HASTA HİZMETLERİ DİREKTÖRÜ	5013	ERDİ KESKİN	SOLUNUM TESTİ -ODYO	3166
GÜVENLİK		5014	SÜLEYMAN DOLUNAY	DIŞ POLİKLİNİĞİ	3170
DEMET YAVUZYİĞİT	HASTA HAKLARI SORUM.	5025	SEVİM TUTAR	DIŞ POLİKLİNİĞİ	3170
AYAKTAN HASTA			GİZEM AKTÜRK	İDARİ TIBBİ SEKRETER	3168
DANIŞMANI	DANIŞMA	1638			
SEVDA SÜMBÜL	HEMŞİRELİK HİZ. DİREKTÖRÜ	5009-1130	GİZEM YURDAKUL	İDARİ TIBBİ SEKRETER	3169
YUSUF DÜLGER	DESTEK HİZMETLERİ MÜD.	5060	HASAN YARDIM	DAHİLİYE POLİKLİNİĞİ 2	3155
KAFETERYA	KAFEMED	1013	HAKAN ÇAKICI	ÜROLOJİ POLİKLİNİK 2	3167
GÜVEN BİR	ORTAK SAĞLIK BİRİMİ	5100	HÜSEYİN ÇEBİ	GÖĞÜS HASTALIKLARI	3151-5044

1. KAT POLİKLİNİKLER			İRFAN AYDIN	DAHİLİYE - 1	5040-3156
BANKO - VEZNE	HASTA KABUL	1100-1120	ÖMER YAPICI	DAHİLİYE -4	3157
KAN ALMA BİRİMİ		1104	LEVENT KOR	NÖROLOJİ 1 POLİK.	5003-5041-3154
ALİ BAŞKENT	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 2	1115-5002	EMG ODASI		3162
MEDENİ ASMA	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 6	5046 - 5054	MEHMET BÜYÜKKIRAZ	BEYİN CERRAHİ.POLİK.	5031
FATMA İŞİKER	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 5	5058-1119	EMRE YILMAZ	DAHİLİYE 5	3165
LALA LALILOVA	ÇOCUK POLİKLİNİĞİ 3	5024	NURDOĞAN YAVUZ	NÖROLOJİ 2 POLİKLİNİĞİ	3161-5029
CEREN TEZEL	PODOLOJİ (Medikal Ayak Bakımı)	1102	RECEP ÇALIŞKAN	ORTOPEDİ POLİK.1	3152-5006
BERİN SELÇUK	ÜROLOJİ POLİK. 5	1112	İBRAHİM GÜL	KBB POLİK 3	5045
HAKAN AKDERE	ÜROLOJİ POLİK. 3	5007	ELİS ERCAN	DİYETİSYEN	5034
FARHAD TALİBZADE	ÜROLOJİ POLİK. 4	5007 - 1101	FARRUKH İBRAHİMOV	GÖĞÜS CERRAHİ	3160
FUNDA DOĞAROĞLU	KADIN DOĞUM POLİK. 3	1905	2.BLOK 0. KAT POLİKLİNİKLER		
EGEMEN AYDIN	KADIN DOĞUM POLİK. 1	5004	BANKO -HASTA KABUL	HASTA KABUL	2050
NİDA CANNAZİK	KADIN DOĞUM POLİK. 5	5059-1107	İREM YAVUZ	PSİKOLOG	2057
SEDA BİLİR ESMER	KADIN DOĞUM POLİK. 4	5056	AHMET KÖKER	GÖZ 3 POLİKLİNİĞİ	2058
OĞUZHAN İNCELİ	KADIN DOĞUM POLİK. 2	3171-1106	AYHAN AKBIYIK	GÖZ 1 POLİKLİNİĞİ	5001
2.KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ			NECMİ TELLİOĞLU	GÖZ 2 POLİKLİNİĞİ	5061
FATMA DEMİRPOLAT	KADIN DOĞUM CERRAHİ KAT	1200	CANAN BEKTAŞ	GÖZ KOORDİNATÖRÜ	2060
3. KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ			BURCU MİNARECİ	DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ	2052
SEHER ELİBOL	SORUMLU EBE	1304	KAMİL YÜCEER	KBB 1	5005
3. KAT KADIN DOĞUM SERVİSİ	TIBBİ SEKRETER	1200 /1300	DURSUN AK	ORTOPEDİ POLİK. 3	2055
DOĞUM ÜNİTESİ		1302-1303	EMRE MİNARECİ	ORTOPEDİ POLİK. 2	2054
4.KAT BEBEK YOĞUN BAKIM			ESİN OĞUZ	OP. DR. EMRE MİNARECİ	2054
BİLGE KAVİL	B. YOĞ.BAK.SOR.HEMŞ.	1412/1400	GÖKÇE SENEM YILMAZ	ENFEKSİYON HAS. UZM.DR.	2061
5.KAT			MERVE ÇAKIR	ÖZEL SİGORTALAR	2073
MÜŞAHADE		1500	NERMİN ÜLGER	ÖZEL SİGORTALAR	2072
6.KAT			ŞEYDA KARLI	ÖZEL SİGORTALAR	2074
AYHAN ARSLAN	GENEL MÜDÜR	5000	EGEMEN ÇALIŞKAN	HASTA KABUL EKİP LİDERİ	5047
ECENUR TOPÇU	EĞİTİM HEMŞ.	1653	2.BLOK 1. KAT		
FİLİZ ALBAYRAK	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	5021-1651	HASTA KABUL	1. KAT	2150-2170
BEGÜM ERDEM	KALİTE UZM.YARD.	1656	EKREM C. PINAR	KARDİYOLOJİ POLİK.	2153-5043
GÜNNUR TOPAÇ	HAKEDİŞ SORUM.	1640	GÖKSEL AÇAR	KARDİYOLOJİ POLİK. 2	5057-2157
KÜBRA BAYRAM	HAKEDİŞ UZM. YARDIMCISI	1641	MUZAFFER KURT	PLASTİK CERRAHİ POLİK.	5018-2154
MELEK TAN	İNSAN KAYNAKLARI DİREKTÖRÜ	5032	ILKİN GULİYEV	KALP VE DAMAR CERRAHİ POLİK.	2158-5051
ZEYNEP KAYA	İNSAN KAYNAKLARI	1654	BETÜL YEŞİLKAYA	ENDOSKOPİ ODASI	2161
ÖZNUR AKBAL	İNSAN KAYNAKLARI	1650	FEYZA AKSEKEK	EFOR ODASI	2162
K. MİNE ŞAHİN	İNSAN KAYNAKLARI	1652	UFUK ÇALIŞKAN / LEVENT TEKİN	PSİKİYATRİ POLİK.	2159

SATIN ALMA			HİLAL BULUT	HASTA DANIŞMANI	5051
GÜLAY ERDAĞ	SATIN ALMA SORUM.	1802-5015	EYÜP DURAN	GENEL CERRAH 6	5028
SİMGE KAYMAZ	SATIN ALMA	1636	M.YASİN MECDEL	ÇOCUK CER. POLİK.	5026-2152
MUHASEBE			SELİM SÖZEN	GENEL CERRAHİ 4	5039-2156
SELMA ATEŞ	MUHASEBE SORUM.	1620	TAHİR SARIÇAM	GENEL CERRAHİ 2	5030-2155
DERYA ZENGİN	MUHASEBE	1623	2. KAT		
HALİME ELVAN İNAN	MUHASEBE	1628	MEHMET ALİ BOYLU	BİLGİ İŞLEM	5010
AYŞE KURTULUŞ	MUHASEBE	1635	SİNAN BİÇİCİ	BİLGİ İŞLEM	5019-2250
BAHAR OKTAY	MUHASEBE	1635	METİN ÇAKMAK	BİLGİ İŞLEM	2260-5050
FATURALANDIRMA			2. BLOK 3.KAT CERRAHİ SERVİSİ		
GAMZE BEYAZ	ANLAŞMALI KURUMLAR SORUM.	1629	AYTEN YILDIRIM	SORUM. HEMŞİRE	2370-2350
ESİN AYDEMİR	ANLAŞMALI KURUMLAR	1624	2.BLOK 4.KAT CERRAHİ SERVİSİ		
GÜLŞAH YAY	ANLAŞMALI KURUMLAR	1634	SEHER ŞAHİN	SORUMLU HEMŞİRE	2450
SULTAN ÇAHAN	ANLAŞMALI KURUMLAR	1631	HEMŞİRE BANKO		2470
ALEYNA ARKAN	ANLAŞMALI KURUMLAR	1622	UYKU LABOR.	EBRU-MEDİNE	5029
MENEKŞE KAYA	ANLAŞMALI KURUMLAR	1621	2. BLOK 5. KAT DAHİLİYE VE ÇOCUK SERVİSİ / 1		
GİZEM ÜREY	ANLAŞMALI KURUMLAR	1621	KÜBRA GÖNÜLTAŞ	SORUM. HEMŞİRE	2550-2570
ELİF KESER	ANLAŞMALI KURUMLAR	1634	2.BLOK 6. KAT DAHİLİYE VE ÇOCUK SERVİSİ / 2		
HASTANE EK BİNA			NİLGÜN KARABİYİK	SORUM. HEMŞİRE	2650-2670
SENANUR UÇAR	BASIN YAYIN SORUM.	5062	YEMEKHANE		
ÇAĞRI MERKEZİ				7.KAT	2750
CANAN CANİ	ÇAĞRI MERKEZİ EKİP LİDERİ	5052	EĞİTİM SALONU	8.KAT	2850
ELİF DERİN ŞEN	ÇAĞRI MERKEZİ	7011	ÇAMAŞIRHANE	- 4. KAT	3400
İREM BAYRAKTAR	ÇAĞRI MERKEZİ	7036	-5. KAT		
ÖZLER AKGÜL	ÇAĞRI MERKEZİ	7017	ELİF ÇORAL	ARŞİV	3556
CEREN CÜREBAL	ÇAĞRI MERKEZİ	7037	VEDAT ATMAN	LOJİSTİK / DEPO SORUM.	5023-3500
ECEMNUR DİNÇER	ÇAĞRI MERKEZİ	7012	UĞUR DURAN	TEKNİK VE TEKNOLOJİK HİZ. MÜD.	5033
SANEM BÜYÜKBAŞ	ÇAĞRI MERKEZİ	7041	SİBEL BERRAK	BİYOMEDİKAL SORUM.	5035
MİNEL YILMAZ	ÇAĞRI MERKEZİ	7021	TEKNİK SERVİS ODA	TEKNİK SERVİS	1888
SENEM HİSAR	ÇAĞRI MERKEZİ	7038	FİKRET BOZDEMİR	TEKNİK SERVİS	5016
SİNEM ÇİÇEK	ÇAĞRI MERKEZİ	7036	ALİ BİYİK	TEKNİK SERVİS	5036
KÜBRA KOCA	ÇAĞRI MERKEZİ	7016	ADEM AKKAYA	TEKNİK SERVİS	5037
ÖZLER AKGÜL	ÇAĞRI MERKEZİ	7017	BEYAZ KOD		1111
ÖZNUR HATİ	ÇAĞRI MERKEZİ	7028	MAVİ KOD		2222
GİZEM KARADENİZ	ÇAĞRI MERKEZİ	7042	PEMBE KOD		3333
BUSE SENA GELİR	ÇAĞRI MERKEZİ	7043	YANGIN ALARM		4444

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 724 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

EK 5-D

TAHLİYE SORUMLU LİSTESİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 725 / 763
	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 VE DOĞUMHANE	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
POLİKLİNİKLER	HASTA HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ
TEKNİK VE DESTEK ALANLAR	TEKNİK HİZMETLER SORUMLUSU	NÖBETÇİ İŞLETME YÖNETİCİSİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 726 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

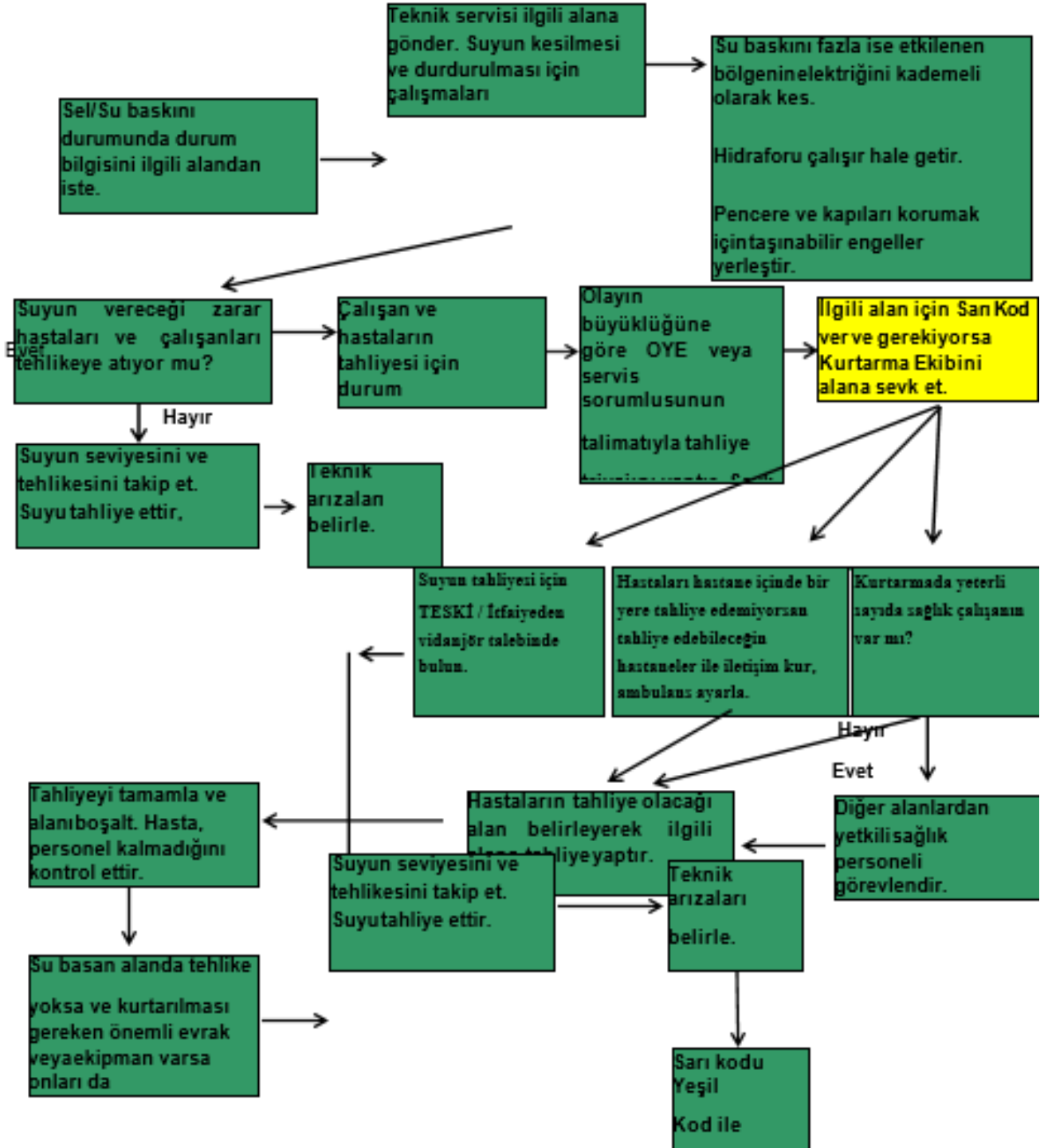
	OLAY YÖNETİM MERKEZİ ENVANTER LİSTESİ	
CİHAZ/ARAÇ/GEREÇ/EKİPMAN ADI	VAR	YOK
Bilgisayar	☐	
Telsiz	☐	
Aydınlatma Aparatları	☐	
Kırtasiye Malzemeleri	☐	
USB Bellek	☐	
Beyaz Tahta	☐	
Kalem	☐	
Telsiz	☐	
Dech	☐	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 727 / 763

EK 6

SEL/SU BASKINI ALGORİTMASI

Sel/Su Baskını Algoritması



	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 729 / 763

EK 7

ACİL DURUM EKİBİ GÖREV TANIMI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 730 / 763
	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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 731 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- ☐ 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.
- ☐ 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 732 / 763

EK 8

HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ TALİMATI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 733 / 763
	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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 734 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- Epilepsi gibi nöbet geçirme riski olan hastalar,
- Acil servisten kata ya da yoğun bakıma yatırışı yapılan hastalar,
- Acil servisten radyolojiye giden kırmızı alan grubunda yer alan hastalar,
- Ameliyathaneden transfer edilen hastalar,
- 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 kuvvözü
- 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 kuvvöz ile gerçekleştirilir. Transport kuvvözün kontrolleri Transport Kuvvöz 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;

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 735 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

ØTransport ventilatör

ØTransport mönitörü

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.
- 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 736 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 doldurularak 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.

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,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 737 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- 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.

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 738 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

•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 hastanın ambu 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 739 / 763

EK 9-A

ACİL DURUM VE AFET MALZEME ENVANTER LİSTESİ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 740 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

	ACİL DURUM VE AFET MALZEME ENVANTER LİSTESİ			
MALZEMENİN ADI	YANGIN DOLABI KONTAYNER		AFET MALZEME DEPOSU KONTAYNER	
	MEVCUT	MEVCUT DEĞİL	MEVCUT	MEVCUT DEĞİL
KÜREK			x	
KAZMA			x	
MANİVELA				
ÇEKİÇ			x	
MURÇ				
KESKİ				
MEKANİK DAYANIMLI İŞ ELDİVENİ				
BARET	x			
YELEK				
İŞ AYAKKABISI	x			
TAM KAPALI VB. TİP GÖZLÜK				
TOZ MASKESİ			x	
DİZLİK				
TAM KAPALI GAZ MASKESİ			x	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 741 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

PARAŞÜT TİPİ EMNİYET KEMERİ				
YAĞMURLUK			x	
EL FENERİ			x	
KAFA FENERİ				
KIRCILI AĞIR MATKAP				
JENARATÖR			x	
AYDINLATMA (PROJEKTÖR)				
UZUTMA KABLOLARI VE PRİZLER			x	
SPRAL MAKİNESİ				
MOTORLU POMPA				
POMPAYA UYGUN HORUM				
KUM TORBALARI				
MEGAFON (SİRENLİ, PİLLİ)				
TELSİZ				
YANGIN SÖNDÜRÜCÜ	x			
YANGIN BATTANİYESİ				

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 742 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

YANGINA UYGUN ELBİSELER VE DİĞER EKİPMANLARI	x			
DÜZ MERDİVEN				
A TİPİ MERDİVEN				
ISINMA İÇİN BATTANIYE				
BAĞLAMA İÇİN HALAT				
KALDIRMA İÇİN ÇEKME HALATI				
MAPA				
KARABİNA				
KANCA VB				
KRİKO				
MAKARA SİSTEMLERİ (KALDIRMA İÇİN)				
SEDYE (KAŞIK)			x	
İLK YARDIM MALZEMELERİ				
TRİYAJ KARTLARI				
EMNİYET ŞERİDİ			x	

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 743 / 763

EK 9-B

MALZEME VE CİHAZ YÖNETİM PROSEDÜRÜ

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 744 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

CIHAZ 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/teçhizat/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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 745 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Tıbbi Cihaz Fizibilite Formu

Tıbbi Cihaz Değerlendirme ve Onay Formu

Tıbbi Cihaz Bakım Planı

Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 746 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- 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.
- Özellikle cihazlar için (usg, tomografi, ventilatör, laboratuvar test cihazları, monitör, jeneratör 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 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 747 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- 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.
- 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 748 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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 gerçekleştikten 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 zimmetlenir. Yapılan güncellemelere göre biyomedikal personeli tarafından cihaz için yeni envanter etiketi basılır. Eski etiket kaldırılarak yerine yenisi yapıştırılır.

Bölüm-Görev değişikliği olması durumunda ilgili kişinin üzerindeki zimmetler Bölüm-Görev Değişikliği Formu ile kontrol edilerek sistem üzerinden değiştirilmesi sağlanır. Ek olarak teslim eden ve teslim alan taraflar HBYS sistemi üzerinden çıkarılan zimmet formu üzerinden teyitleştikten sonra karşılıklı imzalanarak bir nüshası biyomedikal sorumlusuna verilir.

Geçici olarak transfer edilen cihaz 15 gün içerisinde ait olduğu bölüme gönderilmez ise HBYS üzerinden cihazın envanteri güncellenir, bulunduğu bölüme zimmeti yapılır.

Yapılan denetimlerde cihazın bulunduğu “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 ilettiği kullanım talimatına göre planlanır ve yapılır. Eğer üretici herhangi bir süre belirtmemiş ise Tıbbi Cihazların Test Kontrol Ve Kalibrasyonu Hakkında

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 749 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

Yönetmeliğinde belirtildiği 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 çağrılır.
- 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 yedeği 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.
- 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 750 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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

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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 751 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- 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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 752 / 763

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 753 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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. 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 754 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

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.

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, dökülmelerin 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.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019 Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 755 / 763
	HASTANE AFET PLANI	

- 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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 756 / 763

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-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 757 / 763

EK 9-C

YANGIN OTOMASYON TABLO VE BAKIM PLANI

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : AD-PL-03 Yayın Tarihi :20.01.2019
	HASTANE AFET PLANI	Revizyon No :00 Revizyon Tar.: Sayfa No : 759 / 763

EK 9-D

HASTANE DEPREME DAYANIKLILIK RAPORU

ÖZEL OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ - 30L4C PAFTA - 439 ADA - 19 PARSEL - ÇERKEZKÖY - TEKİRDAĞ

5- SONUÇ VE ÖNERİLER

1 Bu rapor Sondaja Esas Zemin Etüt Raporu 30L4C pafta 439 ada parsel ÖZEL OPTİMED SAĞLIK HİZ. SAN VE TİC AŞ adına hazırlanmıştır.

2 Δ İnceleme alanı ve yakın çevresi genel morfolojik görünümü itibarı ile düzgün bir görünüm sergiler. Eğim % 0- 5 aralığındadır. İnceleme alanında topoğrafik anomali yoktur.

3 Δ İnceleme alanı zemin profili aşağıda verilmiştir:

Projeye söz konusu alan Tekirdağ İli, Çerkezköy İlçesi, Çerkezköy Belediyesi'nde yer almaktadır. İnceleme alanının yüzeyinde - 0,80 - 1,00 metre kalınlık gösteren bitkisel toprak, beton+dolgu katmanları bulunmaktadır. Bu tabakanın altında 3,00-3,50 metre derinliğe kadar çok kırılgan, plastik, çakıllı kumlu kil birim yer almaktadır. Bu birim altında 6,00-9,00 metre derinliğe kadar, orta/sıkı dayanımlı, az plastik, killi kum birim yer almaktadır. Bu birim altında 10,00-18,00 metre derinliğe kadar, sert kıvrımlı, plastik/çok plastik, inorganik/inorganik silt birim yer almaktadır. Bu birimlerin bittiği seviyeden 15,00-19,00 metre derinliğe kadar, çok sıkı dayanımlı, az plastik, killi kum birim geçilmiştir. Killi kum birimin bittiği seviyelerden 21,00-24,00 metre derinliğe kadar sert kıvrımlı, inorganik kil birim kesilmiş olup, ardından kuyu sonlarına kadar, çok sıkı dayanımlı, az killi kum birim geçilmiştir.

4 Δ İnceleme alanında inşaatı planlanan yapının temellerinin oturacağı birimlerin, SPT N>10 olması, nedeni ve temel zeminini killi birimlerin oluşturması nedeni ile çalışma alanında sıvılaşma olması beklenmemektedir.

5 Zemin Grubu:	C
6 Yerel Zemin Sınıfı:	Z3
7 Δ Zemin Yatak Katsayısı; $k_0(\text{ton/m}^3)=$	2472
8 Etkin Yer İyeme Katsayısı; $A_0(g)=$	0.2
9 Δ Zemin Emniyet Gerilmesi; $q_s(\text{kg/cm}^2)=$	2.06 Df > 9,00 metre
Δ Zemin Emniyet Gerilmesi; $q_s(\text{kg/cm}^2)=$	2.49 Df > 16,00 metre
10 Spektrum Karakteristik katsayıları;	$T_a = 0,15 \text{ s}, T_b = 0,60$
Zemin Hakim Titreşim Periyodu; (sn)	$T_0 = 0,53$

11 Bina önem katsayısı 1.5' dir.

12 Δ Temel zemininde yer alan inorganik kil birimin ve inorganik silt birimin; şişme yüzdesi >10 , şişme basıncı >1000 kN/m² hesaplanmıştır, bu değer inorganik kil birimin ve inorganik silt birimin şişme derecesinin çok yüksek derece olduğunu göstermektedir. Killi kum ve çakıllı kumlu kil birimin birimin şişme yüzdesi 1-5, şişme basıncı 150-250 kN/m² hesaplanmış olup, bu değere bu birimlerin şişme derecesinin orta derecede olduğunu göstermektedir. Projenin daha güvenli olabilmesi için aşağıdaki önlemlerden projeye uygun olan kullanılabilir. * Temel altındaki şişen zeminlerin kaldırılması * Şişen zeminlerin yapısının değiştirilmesi * İnşaat sonrasında yapı altındaki zeminin su ile ilişkisinin kontrol altına alınması.

ÖZEL OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ - 3014C PAFTA - 439 ADA - 19 PARSEL - CERKEZKÖY - TEKİRDAĞ

13

Δ İnceleme alanında açılan sondaj kuyularında yapılmış olan SPT deneyi sonuçlarına göre ve Atterberg Limitleri sonuçlarına göre oturma miktarları hesaplandığında, Oturma miktarlarının 0,42-1,14 cm olacağı hesaplanmıştır. Bu değer yapı temellerine izin verilebilen maksimum oturma değerlerinin altında kalmaktadır.

Oturma problemleri için alınabilecek diğer önlemler: * Ön sıkıştırma / Ön yükleme * Kum Drenleri * Boru Drenler * Kireçle Stabilizasyon

14

İnceleme alanında açılan zemin sondajlarında yer altı suyu ile Sk-1 ve Sk-3 nolu kuyuda 8,00 metrede, Sk-2 nolu kuyuda -5,00 metrede, karşılaşılmıştır.

Temel zeminin ve yapı temellerinin yüzey suyu ile ilişkisi kesilmelidir.

15

Δ İnceleme alanı ve yakın çevresinde heyelan, çığ, kaya düşmesi, v.b. doğal afet riski bulunmamaktadır. Yerüstü suları drenaj sistemi ile bertaraf edilmelidir.

16

Δ Kazıdan çıkan malzeme dolgu olarak kullanılamaz.

17

Δ Çalışma alanında derin bodrum kazısı yapılması planlanmakta olup bundan dolayı oluşacak çevlerin açılma küçültülmeli, gerekli iksa önlemleri mutlaka alınmalıdır. Hafriyat sırasında oluşabilecek, çökme, kayma ve göçmelerin önüne geçebilmek ve komşu binaların güvenliği açısından inşaat alanı kazıklar ile desteklenmeli ve bu kazıklar uygun zemin birimlerine ankrajlar yardımı ile sabitlenmelidir. Olası su gelişinin engellenmesi açısından hafriyat çevresi geçirimsiz hale getirilmelidir.

18

Δ İnceleme alanında temel kazısı planlanırken, yan binaların statüğü göz önünde bulundurulmalı, hesaplamalar ona göre yapılmalı ve temel kazısına tüm güvenlik önlemleri alındıktan sonra başlanmalıdır. Aksi takdirde oluşabilecek kaymalardan dolayı yan binalarda çatlama gibi hasarlar oluşabilecektir.

19

Δ Laboratuvar sonuçları, arazi deneyleri, gözlemler, önceki çalışmalar v.s. Değerlendirilerek Bayındırlık Ve İskan Bakanlığı Yapı İşleri Genel Müdürlüğü'nün B.09.0.Y.L.G.0.13.00.09+13/847 Sayılı 18 Ağustos 2005 tarihli Zemin Ve Temel Etüdü Raporu Genel Formatına uygun olarak hazır edilmiştir.

20

Δ Etüt alanı Bayındırlık Ve İskan Bakanlığı Türkiye Deprem Bölgeleri Haritasına göre 3. derece Deprem bölgesi içine girmektedir. Etüt alanı 3. derece deprem bölgesi içinde yer aldığından inşaa edilecek yapının depreme karşı hesaplarında Afet Bölgelerinde Yapılacak Yapılara Ait Yönetmeliğe uyulması gerekmektedir.

21

Δ Bu rapor EK- 1a ile verilmiş olan koordinat ve aplikasyon değerleri için geçerlidir.

ÖZEL OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ - 3014C PAFTA - 439 ADA - 19 PARSEL - ÇERKEZKÖY -
TEKİRDAĞ

22

22 Raporun düzenlenme tarihinden itibaren 1 yılı aşkın bir süre geçtiği halde temel inşaatına halen başlanmamış olması durumunda, raporun içeriğinde belirtilen koşullarda değişiklik olabileceği gözönüne alınarak raporun halen mevcut durumu yansıttığı ek raporla doğrulanmalı, aksi halde ilave çalışma yapılmalıdır.

Onur GÜRBÜZ
İşletme Fakültesi
Oda Sicil No:4681

ONUR MÜHENDİSLİK
Onur GÜRBÜZ
G.M.K.P. Mah. Şaban Bk. No:4/1
Çerkezköy/Tekirdağ
Tel/Fax:0 282 725 18 58
Çerkezköy V.D.381 770 888 88

 KAYNARCA JEOTEKNİK SONDAJ	Sorumlu Jeoloji Mühendisinin Adı- Soyadı: Güler Kaynarcahan Oda Sicil No: 7070	
	T.C. Kimlik No: 36526281654 İmza:  TMMOB Jeoloji Mühendisleri Odası	



Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923. 0890-4065/96 \$05.00 + .00. All rights reserved. This article may not be reproduced in print or electronic form without written permission of the copyright owner. For more information, contact the Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923. Fax: (978) 750-4744. E-mail: info@copyright.com.

2194

JMO-59 23588
Tehnik Soruşturma
Rapor Yazma Kitabı

EROWA TORALI



KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI

HASTANE AFET PLANI

Doküman No : AD-PL-03
Yayın Tarihi :20.01.2019
Revizyon No :00
Revizyon Tar.:
Sayfa No : 763 / 763