

GENEL VE BÖLÜM UYUM REHBERİ

(PERSONEL YÖNETMELİĞİ)



- Bu rehber hekimlerimize özel hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

Dokümanın Hazırlanma Amacı.....	3
Kurum Tanıtımı	4
Organizasyon Şeması.....	7
Kurum Kapasitesi ve Özellikleri.....	8
Değerlerimiz.....	9
İletişim ve Bilgilendirme Araçlarımız.....	10
Sahip Olunan Belgeler ve Unvanlar	11
Yeni Dünyada Tercih Edilen İnsan Özellikleri.....	12
Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli İyileştirme.....	15
Kalite Politikamız.....	17
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi.....	21
Çalışan Görüş ve Öneri Sistemi.....	23
Göstergelerin Yönetimi.....	25
Doküman Yönetimi.....	28
Kurullar.....	32
İç Tetkik/Öz değerlendirme.....	33
İyileştirme Yaklaşımlarımız.....	34
Acil Durum Yönetimi.....	38
Risk Yönetimi.....	41
Çalışan Güvenliği.....	44
Hasta Hakları	46
Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyet Sistemi İşleyiş Prosedürü.....	50
Bilgi Güvenliği ve Kişisel Verilerin Korunması Kanunu.....	51
Hasta Güvenliği.....	53
Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatı.....	54
Hasta Kabul ve Taburcu Kriterleri Talimatı.....	56
Hastaların İlk ve Yeniden Değerlendirilmesi Prosedürü.....	57
Düşme Olaylarının Önlenmesi ve Yönetimi Prosedürü.....	58
Nütrisyon Prosedürü.....	60
Ağrı Kontrolü Prosedürü.....	62
Preoperatif Hasta Bakım Talimatı.....	63
Güvenli Cerrahi Uygulama Prosedürü.....	64
Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü.....	66
Güvenli Kan Transfüzyonu Talimatı.....	68
Venöz Tromboembolizmin Önlenmesi Talimatı.....	69
Ameliyathane Dışı Sedasyon ve Analjezi Uygulama Prosedürü.....	71
Normal Doğum - Sezaryen Öncesi ve Sonrası Bebek Bakımı Talimatı.....	72
İlaç Yönetimi.....	73
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	78
İzolasyon Sembollerin Anlamları.....	79
Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü.....	84
Laboratuvar Güvenliği.....	86
Radyoloji Güvenliği.....	88
Cihaz Yönetimi	91
Önemli Hatırlatmalar ve Genel Bilgiler.....	94

Dokümanın Hazırlanma Amacı

- Kurumumuza yeni başlayan hekimlerimize ve birlikte çalıştığımız tüm hekimlerimize, kurumun standartlarını tanıtmak, sürekli kalite iyileştirme anlayışı ile yeni uygulama ve yaklaşımlar hakkında bilgi vererek; ulusal ve uluslararası kalite standartlarını ve ilgili kuralları tanıtmak için bu doküman bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur.
- Tüm tıbbi bilgilerin güncel ve uzun anlatımlarına, tüm prosedür ve talimatlara kalite programından (livekidoks) ve intranetten <http://intranet/> ulaşabilirsiniz.

KURUM TANITIMI



Özel Optimed Çerkezköy Hastanesi 2007 yılında Çerkezköy ilçe merkezinde Optimed Sağlık Grubu'nun ilk hastanesi olarak sağlık hizmet sunumuna başlamıştır. 2015 yılı içerisinde hizmete açılan 14 katlı ek bina ile birlikte hizmet sunumuna devam etmektedir.

2011 yılında Çorlu ilçe merkezinde Özel Optimed Cerrahi Tıp Merkezi ile birlikte hizmet sürecine devam etmiştir.

2021 yılında Çorlu ilçe merkezinde Özel Optimed Çorlu International Hastanesi adı ile ikinci şubesi faaliyete geçmiştir.



Misyonumuz

Sağlık sektöründeki bilimsel ve teknolojik gelişmeleri yakından takip ederek, bu gelişmeleri hastalarımızın sağlıklı kalabilmeleri ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla;

- Hastalarımızın güvenini kazanarak sağlık sorunlarına en kısa sürede, doğru ve güncel çözümler üretmek,
- Etik değerlere sahip çıkarak, hasta güvenliği ve memnuniyetini önemseyen, kendilerini mesleklerine adanmış hekimler ve sağlık profesyonelleri ile hizmet vermek,
- Son olarak hastalar ve çalışanlar tarafından daima tercih edilen bir kurum olmak için varız.

Vizyonumuz

Optimed; sunduğu sağlık hizmetleriyle hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sağlamayı, güçlü hekim kadrosu, sağlık çalışanları ve altyapısıyla uluslararası kalite standartlarında hizmet vermeyi ve bölgede birçok konuya öncülük ederek, referans hastane olmayı hedeflemektedir.

Hastanenin yönetim ve organizasyon yapısını, departmanların birbiriyle olan ilişkisini gösteren organizasyon şeması oluşturulmuştur.

Organizasyon şemasına

- **web sitesi**(<https://optimedhastanesi.com/>),
- **intranet sayfası** (<http://intranet/>) ve
- **kalite programından** ulaşabilirsiniz.

Optimed Sağlık Grubu;**Özel Optimed Çerkezköy Hastanesi**

16 yataklı Genel Yoğun Bakım,
4 yataklı Koroner Yoğun Bakım,
5 Yataklı Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım
14 Kuvözlü Yeni Doğan Yoğun Bakım ünitelerimiz
139 nitelikli olmak üzere toplamda 178 yatak kapasitesi ile bölge halkına tam teşekküllü olarak hizmet vermektedir.

Özel Optimed Çorlu International Hastanesi

17 yataklı Genel Yoğun Bakım,
13 Kuvözlü Yeni Doğan Yoğun Bakım ünitelerimiz
45 nitelikli olmak üzere toplamda 75 yatak kapasitesi ile bölge halkına tam teşekküllü olarak hizmet vermektedir.

Optimed Cerrahi Tıp Merkezi

6 gözlem odası ile bölge halkına hizmet vermektedir.

Kurumumuz ve tıbbi bölümlerimiz hakkında daha detaylı bilgiye hastanemizin web sitesi üzerinden <https://optimedhastanesi.com/> ulaşabilirsiniz.

- Hastalarımıza her zaman yüksek kalitede ve ulaşılabilir ücretle nitelikli hizmet sunarız.
- Hasta memnuniyeti vazgeçilmez önceliğimizdir.
- Ulusal ve uluslararası sağlık sektörüne özgü standartlarla çalışır, hasta güvenliğini önemseriz.
- Hasta ve yakınlarının haklarına daima saygılı hizmet sunarak, hasta sorumlulukları konusunda eğitici ve yol gösterici anlayışla hizmet sunarız.
- Sağlık hizmetini; nitelikli, etkin, zamanında, güvenilir, güncel, bilimsel ve bölgenin sürekli ihtiyacını karşılayacak şekilde sunarız.
- Ekip çalışmasını önemser, hizmet sunumunda multidisipliner bir yaklaşım sergileriz.
- Karşılıklı düşünce, bilgi ve görüşlerin alışverişine dayanan katılımcı bir ortamda, eğitim ve gelişim fırsatlarını kullanarak tüm çalışanlarımızın potansiyellerini açığa çıkarmalarını destekleriz.
- İnsana değer veren ve saygı duyan bir yaklaşımla hizmet sunarız.
- Çalışanlarımızın memnuniyeti ve güvenliğine önem veririz.
- Etik ilkelerimiz ve iş ahlakımızla, saygın ve güçlü iletişim yöntemlerini kullanırız.
- Süreçlerimizi düzenli periyodlarla gözden geçirerek; riskleri öngören ve yöneten, öğrenen, iyileştiren, verilerle ve performans göstergeleri ile çalışan bir yaklaşım sergileriz.
- Teknolojiyi ve dünyadaki gelişmeleri yakından takip ederiz.
- Çevreye ve topluma duyarlı bir yaklaşım sergileriz.
- Kurum içi ve dışı ilişkilerde; sağlıklı, güvene dayalı, anlayışlı ve saygın bağlar kurar ve sürdürürüz.

- Hekimlerimizle düzenli olarak bir araya geldiğimiz kahvaltılarda toplantılar yapılmaktadır.
- Hekim performans görüşmeleri ile karşılıklı geri bildirimler yapılır.
- Kurum içi iletişim ve bilgilendirmeler maillerle yapılmaktadır. Bazı durumlar için destekleyici SMS'ler de kullanılır.
- Kurumda aylık olarak kalite ve insan kaynakları bilgilendirme mesajları da sizlere maille iletilmektedir.
- Kurum içi iletişimimizi güçlendirmek adına iletişim panolarımızdan bilgilendirmeler yapılmaktadır.
- Ekip içi, ekipler arası ve hastalarla kurduğumuz iletişimin sağlıklı ve nitelikli olması önemseydiğimiz konular arasındadır.
- Dönemsel olarak yapılan ve bazı hekimlerimizin üye olduğu kurul toplantılarına katılımınız karşılıklı paylaşım açısından oldukça etkili bir yöntem haline gelmiştir.
- Daha profesyonel, saygın, nitelikli ve iz bırakan kişisel ve kurumsal olarak hizmet sunabilmek adına sizlerin iş yapışına destek sağlayacak yukarıdaki mecralara düzenli olarak bakmanızı öneririz.



- **'Bebek Dostu Hastane'** olarak hizmet verilmektedir.



- Sağlık Bakanlığı'nın kriterlerini yerine getirerek Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi'ne sahip olmuştur.
- Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitemiz 14 yataklı olup, **'Bebek Dostu Yeni Doğan Yoğun Bakım'** unvanına sahiptir.



- Hastanemiz Trakya Bölgesi'nde ilk, Türkiye'de ikinci **'Anne Dostu Hastane'** unvanına sahip özel hastane olmuştur.



- Evde sağlık hizmeti sunulmaktadır.

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.
2. Verilen hizmet, gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası bakım ve danışmanlık hizmetlerini kapsamalıdır.
3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmeti verilen ortamlar ulusal standartlara uygun hazırlanmalıdır.
4. Mahremiyet beklentileri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.
5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.
6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.
7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.
8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.
9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik aktiviteler planlanmalı ve uygulanmalıdır.
10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklara analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

1. Hastanemizde anne sütünün, bebekler için en ideal besin olduğu kabul edilmektedir. Anne sütü ve emzirme uygulamasının korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi amacıyla personel ve ebeveynlerle düzenli aralıklarla paylaşılan emzirmeye ilişkin yazılı bir emzirme politikası hazırlanmış olup, tüm personel tarafından benimsenmiştir.
2. Hastanemizin tüm birimlerinde bebek formüllerinin pazarlanması ile ilgili uluslararası yasa benimsenmiştir. Kurumumuzda anne sütü muadillerinin reklam ve pazarlamasına izin verilmemektedir.
3. Hastanemizde bebek dostu hastane kurulu kurulmuş olup bu alandaki veri izleme ve sürdürülebilirlik çalışmaları işbirliği içinde devam etmektedir.
4. Hastanemizdeki tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda hizmet içi eğitim almış olup annelere destek olmak konusunda yetkin ve beceri sahibidir.
5. Hastanemize başvuran tüm hamilelere anne sütünün önemi, emzirmenin yararları ve yöntemleri konusunda bilgi verilmektedir.
6. Annelerin bebekleri ile doğar doğmaz en kısa sürede ten-tene temas kurması sağlanarak, en kısa sürede emzirmeye başlaması ve temasın kesintisiz şekilde sürmesi için destek olunmaktadır.
7. Annelere, emzirmenin nasıl olacağı, emzirme yöntemleri ve bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasını nasıl sürdürebilecekleri gösterilmektedir.
8. Tıbben gerekli olmadıkça yenidoğanlara anne sütünden başka yiyecek, içecek verilmemektedir. İlk 6 ay sadece anne sütü verilmesi devamında ise uygun tamamlayıcı beslenme ile beraber emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar sürdürülmesi konusunda aileler bilgilendirilmektedir.
9. Hastanemizde kaldıkları süre boyunca anne ile bebek 24 saat aynı odada kalmaktadır.
10. Annelerin bebekleri acıktığı zaman verdiği işaretleri tanıması ve bunlara yanıt vermesi konusunda destek olunarak, bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmektedir.
11. Emzirilen bebeklere yalancı meme, emzik ve biberon verilmemekte, riskleri konusunda aileler bilgilendirilmektedir.
12. Ebeveynler, taburculuk öncesinde bebeklerini emzirme konusunda sürekli destek ve bakım hizmetlerine erişim sağlayacakları merkezlerle ilgili bilgilendirilmekte, taburcu olduktan sonra anne ve bebek bu konuda izlenerek, anne sütü vermeye teşvik edilmektedir.

- Yeniden ve sürekli öğrenme becerisi gelişmiş,
- Derin/sıkı/prensipli çalışan,
- Çok yönlü olan, yaşamdan keyif almayı bilen,
- Zamanı iyi kullanan,
- Vazgeçmeyen/dayanıklı olan,
- Esnek ve uyumlu/uzlaşmacı bireyler,
- Sorgulama ve ikna beceresi yüksek,
- Neden-sonuç ilişkisi kurabilen ve çözüm odaklı,
- Sürekli iyileştirme bakış açısına sahip,
- Etik değerleri önemseyen,
- Zorlukları deneyim ve fırsata çeviren,
- En zor anlarda bile stres yönetimi yapabilen ve sağlıklı iletişim kuran,
- Satış becerisi olan (ikna, ilham, ifade, netlik, güven, ses tonu, samimiyet içeren),
- Sıfırdan başlayabilen (En büyük ve en zengin girişimcilerin ortalama yaşı 42, yaşam süresi de uzadı),
- İnsani değerleri yüksek (cömert, saygılı, bilgiyi paylaşan, merhametli, sorumluluk duygusu yüksek, samimiyet, açıklık, güven, emek, sosyal sorumluluklar, adalet),
- Bilgisi, görgüsü, nezaketi, sevgisi, ilgisi, ahlakı ile itibar, saygınlık uyandıran, güvenilir,
- Saygın bir networke sahip,
- Kendinin lideri olan ya da farkındalık ve sürekli gelişim için mentorden koçluk alan,
- Hayal eden ve vizyon sahibi olan.

KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ İYİLEŞTİRME

Kalite Nedir?

Sağlık hizmetinin bireylere ve topluma eldeki **en son profesyonel bilginin** ışığında ve **arzu edilen sağlık çıktılarına** ulaşacak şekilde sunulmasıdır*.

* Institute of Medicine, 1990

Kalite araçlarının kullanılması:

- Hataları en aza indirir,
- Süreçleri etkin ve verimli yönetebilmeyi sağlar,
- Hasta ve çalışan memnuniyeti sağlar,
- Kayıpları en aza indirir,
- Maliyetleri düşürür,
- Kurumun ve çalışanların imajını olumlu etkiler ve bilinirliliği sağlar.

Akreditasyon Nedir?

Sağlık kurumunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara olan uygunluğunun genellikle bir sivil toplum kuruluşu tarafından değerlendirildiği ve onaylandığı resmi bir süreçtir.

- Kalite anlayışımız ulusal ve uluslararası standartlar ve yönetmelikleri dikkate alarak; hasta güvenliği ve memnuniyetini merkezde tutan bir yaklaşımla nitelikli sağlık hizmetini sürekli sunmaktır.
- Sürekli iyileştirme anlayışı ile süreçlerin performansını düzenli olarak gözden geçirmek, riskleri öngörmek, hatalardan öğrenmek, multidisipliner bir yaklaşımla eğitim ve gelişimi önemseyerek güvenli, verimli ve sürdürülebilir bir ortam oluşturmaktır.
- Bu doğrultuda hedeflerimiz; hasta memnuniyetini %95 ve üzerinde tutmak, çalışan memnuniyetini %80 ve üzerinde tutmak, hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarını olay bildirimlerle sayısal olarak takip etmek ve iyileştirmek, sürdürülebilirlik açısından da gelir, gider dengelerini sayısal olarak ve karşılaştırmalı takip etmektir.

Ruhsatlandırma

Minimum standartlara uygunluk

ISO (Kuruluşların etkili bir yönetim sisteminin nasıl kurulabileceğini, dokümante edilebileceğini ve sürdürebileceğini gösteren kalite standartları serisidir),

EFQM (Kuruluşların mükemmellik yolunda ilerleyip ilerlemediklerini ölçerek yönetim sistemlerini geliştirmeleri konusunda bir araç.)

Akreditasyon (SAS, JCI, ISQUA, NHS)

Sağlık sektörüne özgü, optimum standartlara uygunluk

Yönetim ve Organizasyon/Kurumsal Hizmetler

Organizasyon Yapısı /Kurumsal Yapı

Temel Politika ve Değerler

Kalite Yönetim Yapısı

Doküman Yönetimi

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Risk Yönetimi

Eğitim Yönetimi

Sosyal Sorumluluk

Kurumsal İletişim (SAS)

Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme/Gösterge Yönetimi

Göstergelerin İzlenmesi

Sağlıklı Çalışma Yaşamı/Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

İnsan Kaynakları Yönetimi

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Hasta Deneyimi/Temel Hasta Hakları

Hasta Güvenliği

Hasta Geri Bildirimleri

Hizmete Erişim

Yaşam Sonu Hizmetler

Sağlık Hizmetleri

Enfeksiyonların Önlenmesi
Sterilizasyon Yönetimi
İlaç Yönetimi
Transfüzyon Yönetimi
Hasta Bakımı
Radyasyon Güvenliği
Laboratuvar Hizmetleri (Biyokimya/Mikrobiyoloji)
Güvenli Cerrahi/Ameliyathane
Acil Sağlık Hizmetleri/Acil Servis
Yoğun Bakım Ünitesi (SKS)
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (SKS)
Doğum Hizmetleri (SKS)
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri (SKS)
Palyatif Bakım Kliniği (SKS)
Evde Sağlık Hizmetleri (SKS)
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri (SKS)

Destek Hizmetleri

Otelcilik Hizmetleri
Tesis Yönetimi
Atık Yönetimi
Bilgi Yönetimi
Malzeme Cihaz Yönetimi
Dış Kaynak Kullanımı
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri (SKS)

Acil Durum Yönetimi

Acil Durum Yönetimi (SAS)

Kurumda meydana gelen veya gelebilecek, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayların bildirimi, analizi ve sistem iyileştirmelerini tarif ederek İstenmeyen Olay Bildirim Sistemini oluşturmaktır.

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'nin amacı; Hasta ve/veya çalışana zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemektir. Gelen olay bildirimler analiz edilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmakta ve ilgili kurullarda görüşülmektedir.

Sağlık hizmet sunumu karmaşık bir yapıya sahiptir.

Hastalara yansıyan bir çok hata yaşanabilmektedir.

Bu hatalar görmezden gelinmemeli, kayda geçirilmeli, raporlanmalı, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir.

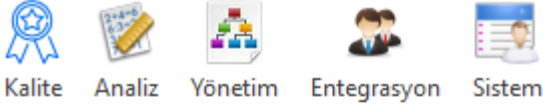
Amaç: Hastaların ve çalışanların güvenliğini tehdit eden olayların bildirimi yoluyla süreçleri iyileştirmek

Cezalandırıcı değildir.

Bildirimler gizlidir.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

İlgili formlar polikliniklerinizde çıktı olarak bulunmaktadır. Ayrıca kalite programı, üzerinden ve yemekhanede bulunan öneri kutusundan bildirebilirsiniz.



Kalite Yönetimi

Sık Kullanılanlar

BİLDİRİMLER

- Görüş Öneri Bildirimi
- İstenmeyen Olay Bildirimi**
- El Hijyeni Gözlem Bildirimi

TALEPLER

- Yeni DÖF Talebi
- Yeni Değişiklik Talebi
- Yeni Eğitim Talebi

İLGİLİ MODÜLLER

- Doküman Listeleri
- Eğitim Planı
- Kaynak Planlaması
- Mesajlar
- Sağlık Taramaları

OPTIMED

HASTA GÜVENLİĞİ İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU

Değerli Çalışanımız;

Hasta Güvenliği İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin amacı hasta güvenliği ile ilgili olayların zamanında saptanması, sistem hatalarının düzeltilmesi, ilerleyen zamanlarda daha büyük ve ölümcül olabilecek olayların meydana gelmesini önlemektir. Bu amaçla yapacağınız bildirimlerin Hasta Güvenliği kültürü bakımından önemi büyüktür. Aynı zamanda bu bildirimleri yaparken kimlik bilgilerinizin gizli tutulmasını isteyebilir ve kimlik bilgilerinizi paylaşmayabilirsiniz. Kimlik bilgilerinizin paylaşılmasını istemiyorsanız, lütfen "Kimlik Bilgilerimin Paylaşılmasını İstemiyorum" bölümünü işaretleyiniz.

Kimlik Bilgilerimin Paylaşılmasını İstemiyorum. ☐

Adınız Soyadınız :

Çalıştığınız Bölüm :

Göreviniz :

Olayı Siz mi Yaşadınız? :

Evet ☐

Hayır ☐

(Olayı yaşayan kişiyi bu bölüme yazabilirsiniz)

Olayın Yaşandığı Yer/Tarih Saat:

OLAY TİPİ

İLAÇ GÜVENLİĞİ

- ☐ İlacın Uygun Muhafaza Edilmemesi
- ☐ İlacın Uygun İstem Yapılmaması
- ☐ İlacın Uygun Hazırlanmaması
- ☐ İlacın Uygun Transfer Edilmemesi
- ☐ İlacın Uygun Şekilde Uygulanmaması
- ☐ İlacın Uygulama Sonrası İzlenmemesi
- ☐ Diğer...

TIBBİ CİHAZ YÖNETİMİ

- ☐ Cihazın çalışmaması
- ☐ Cihazın yerinde olmaması
- ☐ Cihazın kalibrasyonunun olmaması
- ☐ Cihaza bağlı yaralanma vb.
- ☐ Kullanım talimatlarına uymama
- ☐ Cihazda elektrik kaçağı
- ☐ Diğer...

DÜŞME

- ☐ Muayene Masası düşme
- ☐ Sedyeden/yataktan düşme
- ☐ Islak Zemin nedeniyle düşme
- ☐ Cihaza bağlı yaralanma vb.
- ☐ Takılma
- ☐ Bayılma
- ☐ Diğer...

CERRAHİ GÜVENLİK

- ☐ Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı
- ☐ Ameliyathaneye transfer ve Hasta Kabulü
- ☐ Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı
- ☐ Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller
- ☐ Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroler
- ☐ Ameliyat Sonu Kontroller
- ☐ Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı, Transfer
- ☐ Diğer...

TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

- ☐ Transfüzyon Reaksiyonları
- ☐ SKT Geçmiş Kan-Kan Ürünleri
- ☐ Yanlış Kan Takılması
- ☐ Yanlış Hastaya Kan Takılması
- ☐ Diğer...

RADYASYON GÜVENLİĞİ

- ☐ Hatalı Çekim
- ☐ Yüksek Doz
- ☐ Gebe Hastaya çekim yapılması
- ☐ Onam alınmadan kontrast madde
- ☐ Diğer...

ENFEKSİYON

- ☐ El Hijyeni Uyumsuzluğu
- ☐ Kan ve Vücut Sıvıları ile Temas
- ☐ Uygunsuz malzeme, temizlik
- ☐ Diğer...

DİĞER TIBBİ HATALAR

- ☐ Kimlik Doğrulama Hataları
- ☐ Sözel Order Hataları
- ☐ Barkodlama/Etiketleme Hataları
- ☐ Mavi Kod Süreci
- ☐ Pembe Kod Süreci
- ☐ Hastanın Kendine Zarar verme
- ☐ Diğer...

DİĞER HATALAR

- Nitelikli ve donanımlı çalışanlarla ömür boyu yola devam etmek, bu arkadaşlarımızın mutluluğu ile paralel nitelikli sağlık hizmet sunumu ve sürekliliğini sağlamak Optimed Sağlık Grubu için önemlidir.
- Bu amaçlara hizmet etmesi adına, çalışanların görüş ve önerileri yılda iki kez uygulanan Çalışan Memnuniyeti Anketi ile alınır. Çalışan memnuniyetinin %80 olması hedeflenmektedir.
- Ayrıca çalışanlar, görüş ve önerilerini kalite programından, hastanenin web sitesi üzerinden ve yemekhanede bulunan çalışan öneri kutusu vasıtası ile de bildirebilirler.
- Belirli periyotlarda yüz yüze yapılan performans görüşmelerinde de çalışanların geri dönüşleri alınır.
- Çalışan Öneri Değerlendirme Kurulu periyodik olarak toplanır ve uygulanan anket sonuçları ile gelen önerileri değerlendirir, uygun olan öneriler hayata geçirilir.

Detaylı bilgi için İnsan Kaynakları İşleyiş Prosedürü'ne bakınız.

Kalite programındaki ‘Görüş Öneri Bildirimi’ modülünden, intranet sayfasındaki (optimedsaglik.net) ‘Görüş ve Öneriler’ bölümünden ve yemekhanede bulunan öneri kutusundan görüş ve önerilerinizi bildirebilirsiniz.

Program

Kalite Yönetimi

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon

Kalite

Analiz

Yönetim

Entegrasyon

Sistem

Kalite Yönetimi

Sık Kullanılanlar

BİLDİRİMLER

Görüş Öneri Bildirimi

İstenmeyen Olay Bildirimi

El Hijyeni Gözlem Bildirimi

TALEPLER

Yeni DÖF Talebi

Yeni Değişiklik Talebi

Yeni Eğitim Talebi

İLGİLİ MODÜLLER

Doküman Listeleri

Eğitim Planı

Kaynak Planlaması

Mesajlar

Sağlık Taramaları

BİREYSEL ÖNERİ FORMU							
Değerli Çalışanımız;							
Vermiş olduğunuz Öneri, Öneri Değerlendirme Komisyonumuz tarafından değerlendirilecektir. Komisyon tarafından değerlendirilen öneri ile ilgili sonucu tarafınıza bilgi verilecektir.							
Öneri Verenin							
Adı Soyadı :				Öneri Tarihi :			
Bölümü :				Görevi :			
İmza :				Mail Adresi :			
<u>ÖNERİ</u>							
ÖNERİNİN NİTELİĞİ							
Kaynak Tasarrufu ☐				Hizmet Kalitesini Artırıcı			☐
Süreç İyileştirici ☐				Hasta Memnuniyetini Artırıcı			☐
Ortam İyileştirici ☐				Çevre			☐
Motivasyon Artıcı ☐				İş Sağlığı ve Güvenliği			☐
Diğer ☐							
<u>SUNULAN ÇÖZÜM</u>							

Hastane süreçlerindeki performansı ölçmek ve hizmet kalitesini sürekli iyileştirmek için Sağlık Bakanlığı'nca ve kalite standartları gereği belirlenen göstergelerin dışında yöneticilerin ve bölüm kalite sorumlularının katılımı ile finansal, idari, tıbbi ve klinik göstergeler belirlenmiştir. Aynı zamanda her gösterge için hedefler belirlenmiştir. İzlenen gösterge sonuçları bölüm toplantılarında çalışanlar ile paylaşılır.

Kurumumuzda toplam 225 adet bölüm bazlı gösterge izlenmektedir. Bunlardan bazıları;

- Sezeryan Oranı
- Konsültasyon Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
- Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Oranı
- Gebe ve gebelik şüphesi olanalar yapılan radyolojik çekim sayısı

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Hastaların yaşam kalitesine etkileri göz önüne alınarak sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar tanımlanmıştır. Daha sonra bu standartları uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler belirlenmiştir. Bu kapsamda sağlık kuruluşlarında klinik kalite e-nabız üzerinden sürekli izlenmekte ve analiz edilmektedir.

- Hasta muayene olduktan sonra ICD tanı kodunun kesin veya ön tanı şeklinde hemen ve doğru girilmesi,
- Epikrizin zamanında ve eksiksiz yazılması
- Patoloji kartlarının zamanında doldurulması
- Diyabet takip kartı, bulaşıcı hastalık kartı, obstetrik kart, kanser tespit ve izlem kartı gibi kartların zamanında doldurulması
- Ameliyat notlarının ameliyathaneden ayrılmadan önce yazılması
- Konsültasyon istemlerinin HBYS üzerinden yapılması ve notların zamanında doldurulması

- Diz protezi operasyonu geçiren hastalarda; yeniden yatış, reoperasyon, DVT, Pulmoner emboli, sinir hasarı, damar hasarı gelişen hastalar ve antikoagülan ilaç verilen, reçete edilen, enfeksiyon geçiren hastalar takip ediliyor.
- Kalça protezi operasyonu geçiren hastalarda; yeniden yatış, reoperasyon, DVT, Pulmoner emboli, sinir hasarı, damar hasarı gelişen hastalar ve antikoagülan ilaç verilen, reçete edilen, enfeksiyon geçiren hastalar takip ediliyor.
- Katarakt operasyonu geçiren hastalarda; endoftalmi görülme, glakom görülme, dekolman ve yırtık görülme, kapsül kesafeti gelişme, reoperasyon görülme oranları, ön vitrektomi cerrahi yapılma oranları takip ediliyor.
- İnme tanılı hastalar; trombolitik tedavi uygulanma, dokompresif tedavi uygulanma,üriner-pulmoner enfeksiyon gelişme, DVT, bası yarası gelişme oranları, endarektomi, supraaortik stent takılan hasta oranları takip ediliyor.
- Prostat kanseri tanılı hastalar; PSA ölçümleri, prostat biyopsisi yapılma, radikal prostatektomi sonrası komplikasyon görülme oranı takip ediliyor.
- Kolorektal kanser tanısı ile operasyon geçiren hastalar; total kolonoskopi yapılma, CEA bakılma, Tomografi-MR çekilme, komplikasyon nedeni ile reoperasyon geçirme, postop. Erken mortalite oranı takip ediliyor.
- KOAH tanılı hastalar; spirometri yapılma, inhaler kullanım eğitimi vrilem, hastaneye yatma, yoğun bakıma yatma, mortalite , tütün kullanımı, alevlenme nedeni ile antibiyotik reçete edilme oranı takip ediliyor.
- Koroner kalp hastalığı (KKH) tanısı almış hastalar; LDL ölçümü yapılan hastalar, kan basıncı kontrolü, tütün kullanımı, koroner anjiyo yapılması, anjiyo sonrası medikal tedavi verilmesi, MI görülme, mortalite , by-pass sonrası mortalite, by-pass sonrası reoperasyon oranı takip edilmektedir.
- Diyabet tanısı almış olan hastalar; HbA1c ölçümleri, diyabet eğitimi verilen hasta sayısı, beden kitle indeksi ölçümü hesaplama, LDL ölçümü yapılma, DM tanısıyla yatırılan hasta, tütün kullanan hasta, böbrek hastalığı gelişen hasta, alt ekstremitte ampütasyonu gelişen hasta, ayak muayenesi yapılan hasta

Doküman adı veya form kod numarası ile arama yapabilirsiniz.

Kurumdaki uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi, uygulamanın yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi ile kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesi amaçlanmaktadır.

Program Kalite Yönetimi Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Yönetimi İş Sağlığı ve Güvenliği Doküman Yönetimi

Kalite Yönetimi

Sık Kullanılanlar

BİLDİRİMLER

Görüş Öneri Bildirimi

İstenmeyen Olay Bildirimi

El Hijyeni Gözlem Bildirimi

TALEPLER

Yeni DÖF Talebi

Yeni Değişiklik Talebi

Yeni Eğitim Talebi

İLGİLİ MODÜLLER

Doküman Listeleri

Eğitim Kuru

Kaynak Planlaması

Mesajlar

Sağlık Taramaları

Doküman Listeleri

+ Yeni Doküman + Yeni Doküman Dağıtım Listesi

Doküman Adı Sorgu

Doküman Kodu Sorgu

Doküman Bilgileri (2143 adet)

* Doküman Kodu	Doküman Adı
HE-FR-35	HASTA DANIŞMANI KONTROL FORMU
HB-FR-27	HASTA DOSYASI KONTROL VE ONAY FORMU
EY-YD-37	HASTA DÜŞMELERİNİN ÖNLENMESİ BROSÜRÜ
HB-FR-04	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ
GR-FR-02	HASTA GÜVENLİĞİ GÜVENLİK RAPORLAMA ANALİZ FORMU
GR-FR-01	HASTA GÜVENLİĞİ İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU
KU-GT-01	HASTA GÜVENLİĞİ KURULU İŞ/GÖREV TANIMI
HB-PL-01	HASTA GÜVENLİĞİ PLANI
HE-FR-19	HASTA HAKLARI BASVURU FORMU
KU-GT-15	HASTA HAKLARI KURULU İŞ/GÖREV TANIMI
EY-FR-27	HASTA HAKLARI SORUMLUSU BÖLÜM UYUM PLANI
KU-GT-13	HASTA HAKLARI SORUMLUSU İŞ/GÖREV TANIMI
HD-FR-01	HASTA HAKLARI VE HASTA MEMNUNİYET SİSTEMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

(Doküman Adı LIKE) Veya (Doküman Adı LIKE) Veya (Doküman Adı LIKE) Veya (Doküman Adı LIKE) Özelleştir

Doküman Dağıtım Listesi (511 kişi) Okuyan (502 kişi) Okuma Oranı (% 98,24)

* SNo	Dağıtım N	Dağıtım T	persno	dokuman	Doküman	Doküman Durumu
5883	1	16.12.2010	1	4	1	YAYINLANDI
5884	1	16.12.2010	2	4	1	YAYINLANDI
5885	1	16.12.2010	4	4	1	YAYINLANDI
5886	1	16.12.2010	8	4	1	YAYINLANDI
5887	1	16.12.2010	9	4	1	YAYINLANDI
5888	1	16.12.2010	10	4	1	YAYINLANDI
5889	1	16.12.2010	11	4	1	YAYINLANDI
5890	1	16.12.2010	13	4	1	YAYINLANDI
5891	1	16.12.2010	14	4	1	YAYINLANDI
5892	1	16.12.2010	15	4	1	YAYINLANDI
5893	1	16.12.2010	17	4	1	YAYINLANDI
5894	1	16.12.2010	26	4	1	YAYINLANDI
5895	1	16.12.2010	30	4	1	YAYINLANDI
5896	1	16.12.2010	32	4	1	YAYINLANDI
5897	1	16.12.2010	34	4	1	YAYINLANDI
5898	1	16.12.2010	37	4	1	YAYINLANDI
5899	1	16.12.2010	38	4	1	YAYINLANDI

Sunucu : 172.16.1.10 Veritabanı : optimed Kullanıcı : BERDEM Şube : ÇERKEZKÖY Terminal : KALITE2

Revizyon No	Yapılan Revizyon
01	Hasta ve çalışan güvenliği komitesi ile ilgili eklenmesi.
02	İlaç güvenliği, Tıbbi cihaz,(yeni) Hasta güvenliği komitesi bilgileri eklenmesi.
03	4.9 ilaç güvenliğinde narkotik uygulamaları ile güncellemesinin yapılması.
04	Olay Bildirim Formu'nun Hasta Güvenliği Güvenlik Raporlama Formu olarak değiştirilmesi.
05	İçerik Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına göre geçirildi. Radyasyon Güvenliği ve Tesis Güvenliği başlıkları eklendi.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Her doküman için tek bir numara kullanılır.
Örnek: HB-TL-02
- Dokümanlar Optimed Sağlık Hizmetleri'ne aittir. **Kurum dışına çıkarılamaz ve çoğaltılamaz.**
- Dokümanlar her zaman güncel tutulur. Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınır.
- Dokümanlara;
 - Intranet (<http://intranet/>) adresi üzerinden
 - Kalite Programındaki Doküman Listesi'nden ulaşılabilir.

İç iletişimimizi güçlendirmek ve süreçlerimizle ilgili kuralları tarif eden dokümanlara ulaşabilmenizi kolaylaştırmak için, intranet (kurum içi web sayfası) oluşturulmuştur. İtranete <http://intranet/> adresinden ulaşabilirsiniz.

11 Kasım 2021 Perşembe 17:59:19

OPTİMED
intranet

ACİL DURUM KODLARI

DOKÜMANLAR ▼

EĞİTİMLER

TELEFON REHBERİ ▼

YEMEK MENÜSÜ

KALİTE YÖNETİM YAPISI

- LİNKLER -

HATIRLATMA VE BİLGİLENDİRME MESAJLARI

ORGANİZASYON ŞEMASI

MİSYON, VİZYON VE DEĞERLERİMİZ

GÖRÜŞ VE ÖNERİLER

Kelime yada Form kod ile ara



DOKÜMAN YÖNETİMİ

PROSEDÜRLER

TALİMATLAR

FORMLAR

GÖREV TANIMLARI

LİSTELER

PLANLAR

YARDIMCI DOKÜMAN

DIŞ KAYNAKLI FORMLAR

ŞEMALAR

REHBERLER

SÜREÇLER

EĞİTİM VİDEOLARI



TELEFON REHBERİ

Ç.Köy Dahili Numaralar

Çorlu Dahili Numaralar

Kısa Kodlar

YEMEK MENÜLERİ

2021 AĞUSTOS MENÜSÜ

2021 TEMMUZ MENÜSÜ

İ.K. DUYURULAR

HATIRLATMALAR VE BİLGİLENDİRMELER
96

Değerli çalışma arkadaşlarımız, Hastanemizde sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi amacıyla hatırlatma ve bilgilendirmelerimizde bu hafta aşağıdaki konular bulunmaktadır: İşe başlayan veya bi [...]

Devamını Oku

KALİTE DUYURULAR

Kalite Bilgilendirme Mesajı-66

Değerli çalışma arkadaşlarımız, İşlerimizi standart, doğru yapmamızı sağlayan ve yapılışını tarif eden prosedür ve talimatlarımız için sizlere belli aralıklarla bilgilendirmeler yapacağız. Yeni yayınlanan, revize edilen ve yayından kaldırılan dokümanları ileteceğimiz bu maillere bakıp ilgili dokümanlara LiveKidoks kalite programından ya da intranet sayfasından (optimesaglik.net) ulaşabilirsiniz. Düzeltilmesi ya da yeni oluşturulması gereken doküman varsa bizlere iletir misiniz? Geçtiğimiz günlerde har [...]

Devamını Oku

İntranetten hızlıca ulaşabileceğiniz başlıklar aşağıdaki gibidir:

- Acil durum kodları
- Dokümanlar (prosedür, talimat, form gibi)
- Eğitim videoları ve eğitim planı
- Telefon rehberi
- Yemek mönüsü
- Kalite yönetim yapısı
- Hatırlatma ve bilgilendirme mesajları
- Organizasyon şeması
- Misyon, vizyon ve değerlerimiz
- Görüş ve Önerilerinizi yazabileceğiniz alan.

Prosedür ve talimatlar: Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

Form: İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

Bilgilendirilmiş Onam Formu: Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

Plan: Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.

Görev Tanımı: İnsan kaynakları departmanı tarafından belirlenmiş olan unvanlarda, pozisyonun tanımı, kapsamı ve sorumluluk alanındaki işleri düzenleyen dokümanlardır. İlgili göreve atanacak kişinin taşıması gereken öğrenim, deneyim, bilgi ve becerileri kapsar.

Yardımcı Doküman: Prosedür, talimat, rehber, form, plan, görev tanımı, liste ve dış kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikte dokümanlardır.

Örneğin: Emzirme Broşürü

Dış Kaynaklı Doküman: Kurumun kendisi tarafından hazırlanmamış, ancak faaliyetlerini gerçekleştirmek üzere kullanılan dokümanlardır. Örneğin: Sağlık Bakanlığı Güvenli Cerrahi Kontrol Formu.

Multidisipliner çalışmayı sağlayan, iletişimi güçlendiren, süreçlerin sürekli iyileştirilmesini sağlamak ve karşılıklı beklentileri konuşmak için kurumumuzda kurullar bulunmaktadır. Kurullarda hekim, hemşire, yönetici, teknisyen, diğer sağlık çalışanları ve ilgili uzmanlar bulunmaktadır.

- İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Kurulu
- Hasta Güvenliği Kurulu
- Eğitim Kurulu
- Tesis Güvenliği Kurulu
- Acil Durum Yönetimi Kurulu/Hap Hazırlama Kurulu
- Radyasyon Güvenliği Kurulu
- Kan Transfüzyon Kurulu
- Klinik Kalite İyileştirme Kurulu
- Nutrisyon ve Bebek Dostu Hastane Kurulu
- Yönetim Kurulu
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Kurulu
- Beyin Ölümü Tespit Kurulu
- Konsültasyon Sürecinin Değerlendirilmesi Kurulu
- Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi Kurulu
-Covid-19 Yönetim Ve Bilim Kurulu
- Disiplin Kurulu
- Tıbbi Etik Kurulu
- İlaç Yönetimi ve Tıbbi Kayıt Kurulu
- Çalışan Öneri Değerlendirme Kurulu
- Malzeme Cihaz Kurulu
- Hasta Hakları Kurulu
- Hastane Yöneticileri Toplantısı (KVKK Kurulu)
- KVC-Kardiyoloji Konseyi
- Tümör Konseyi

Hastanemizde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS), AACI ve ilgili yönetmeliklere göre oluşturulmuş kalite yönetim sistemi dokümanlarına uyulup uyulmadığını, etkin olarak uygulanıp uygulanmadığını ve sürdürülüp sürdürülmediğini değerlendirmek için yılda 2 kez iç tetkik ekibi tarafından soru listesi ile iç tetkik/öz değerlendirme yapılmaktadır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- **DÖF** (Düzeltilici Önleyici Faaliyet)
- **PUKÖ** (Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem Al)
- **KNA** (Kök Neden Analizi)
- **Eğitim:** Kişilere belli bir konuda bilgi ve beceri kazandırma, yetiştirme ve geliştirme olarak tanımlanabilir.
- **Kurul toplantıları ve bölüm toplantılarına gündem:** bir gündeme bağlanmış, gündemde bulunan konuları görüşmek için ilgililerin katılmasıyla yapılan birleşim.
- **Hatırlatma mesajları:** Revize edilen prosedür, iyi uygulama, sık tekrar eden konular, teşekkürler, farkındalık için düzenli periyotlarda çalışanlara gönderilen metinler.
- **Performans görüşmeleri:** Bir çalışanın potansiyelinin, yeteneklerinin, işteki davranışlarının ve işle ilgili tüm niteliklerinin diğer çalışanlarla karşılaştırılarak ölçülerek geliştirilmesi
- **Aksiyon raporları:** Var olan gerçek durumu görerek harekete geçmek, tedbir almak
- **İş istemler:** Özel teknik ve uzmanlık gerektiren yapılacak işler için talepte bulunma
- **Göstergeler:** İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunların zamanında belirleyerek düzeltmek için takip edilen veriler.
- **Alan ziyaretleri:** Uygulamaları yerinde görmek, gözlemlmek ve eğitim için yapılan ziyaretler
- **Hekim ve yöneticilere gönderilen kişisel mektuplar:** Uygulamalarda kişisel ve departman bazlı farkındalık yaratarak iyileştirme yapılmasını sağlamak üzere iyi uygulamaların yazıldığı metin.
- **İş listesi:** Yapılacak işlerin takibinin yapılabilmesi için oluşturulan liste

Detaylı bilgi için Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli Kalite İyileştirme Prosedürü'ne bakınız.

OPTİMED		DÜZELTİCİ VE ÖNLEYİCİ FAALİYET TALEP FORMU	
TALEP BİLGİLERİ			
TALEP EDEN		UYGUNSUZLUK TEŞHİS EDİLEN	
Şube		Şube	
Bölüm		Bölümler	
Kişi			
Talep Tarihi	21.12.2017		
Uygun suzluğun Tanımı			
Uygun suzluğun Giderilmesi İçin Öneri			
ONAY BİLGİLERİ			
Onaylayan			
Onay/Red Durumu	Reddedildi		
Reddedilme Nedeni			
Kıyıda Bilgi Verildi mi	Verilmedi		
PLANLAMA			
Faaliyet Türü			
İlgili Bölümler			
Kök Neden			
Planlanan Faaliyet			
Planlanan Tarih			
İlgili Sorumlular			
SONLANDIRMA			
Değerlendirme Tarihi			
Gerçekleşme Durumu			
Gerçekleşme Sebebi			
Gerçekleşen Faaliyet			
Gerçekleşen Tarih			
Ek Süre	0		
Yeni Tarih			
Kapatılan Tarih			
Kapan			

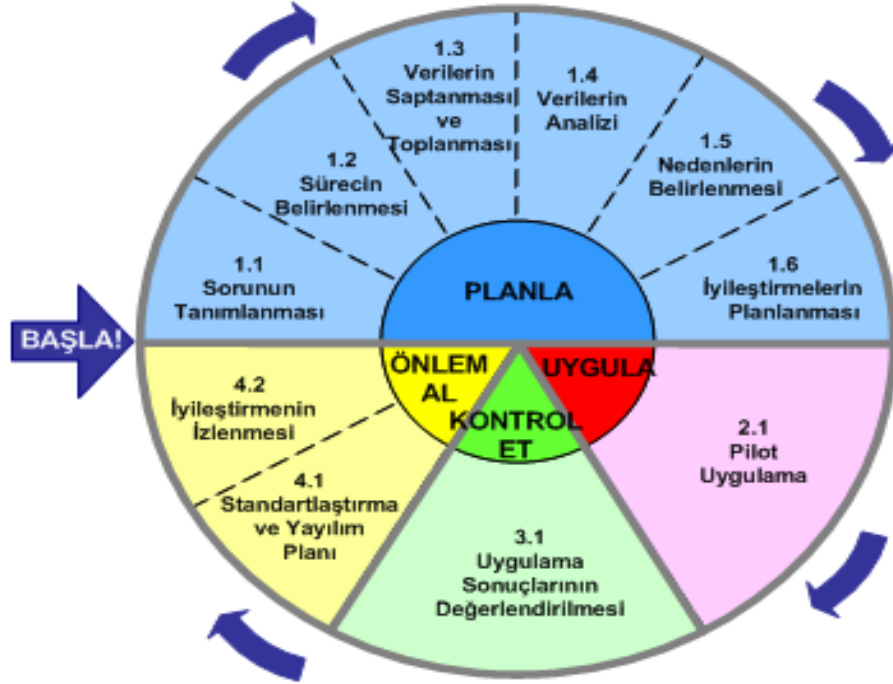
- Kurumun faaliyetleri sırasında uygunsuzluğa yol açan ana nedenleri belirlemek,
- Nedenleri ortadan kaldırmak için düzeltici faaliyetleri planlamak, uygulamak, yürütmek ve kontrol etmek,
- Hataya yol açan konuların ortadan kaldırılması ile muhtemel uygunsuzlukların önlenmesi için yapılacak önleyici faaliyetler konusunda bir sistem bütünü sağlamak ve sorumluları belirlemektir.

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:KY-FR-17 Yayın Tarihi :09.04.2019 Revizyon No:02 Revizyon Tar.: 30.11.2021 Sayfa No :1/1
	KÖK NEDEN ANALİZİ VE İYİLEŞTİRME RAPOR FORMU	
Şube:		
Yaşanan Sorun/Olay:		
Yaşandığı Bölüm:	Tarih:	Saat:
Bu bölüm olayı yaşayan kişilerden gelen yorumlarla doldurulacaktır.		
Toplantı Tarihi:		
1- Olay Neden Yaşandı?		
2-Daha Önce Bu Konu İle İlgili Doküman Oluşturulmuş mu?		
3-Daha Önce Bu Konuda Eğitim Verildi mi?		
4-Daha Önce Böyle Bir Olay Yaşandı mı?		
5- Aynı Olay Bir Daha Yaşanır mı?(Siz veya bölümde çalışanlar tarafından)		
6- Olayın Yaşanmasının Nedenleri:		
☐ Eğitim eksikliği/alınmaması ☐ Yeni çalışan ☐ Prosedürün yokluğu ☐ Malzeme/cihaz kaynaklı		
☐ İletişim eksikliği ☐ Prosedürün bilinmeyişi/uygulanmayışı ☐ Diğer		
7-Bir Daha Yaşamamak Adına Alınan Önlemler		
8-Planlanan Gerçekleştirme Tarihi		
9-Toplantıya katılanlar (İsim ve unvan olarak yazılmalı):		

Alınan önlemler yapılmış mı? (Bu bölüm kalite tarafından sahadaki uygulama kontrol edilerek doldurulacaktır)

☐ Evet☐ Hayır, yöneticisine yazılı olarak bildirildi.

- Kök neden analizi yalnızca hata veya uygunsuzluk olarak tanımlanması yaklaşımından farklı olarak, sorunun neden ortaya çıktığını belirlemek şeklinde tanımlanabilir.
- Karşılaşılan bir sorunun altta yatan nedenlerini belirleyerek kuruma yarar sağlar.
- Tekrarlamaması için önlemler planlanır.



İş disiplini, verimliliğini ve kalitesini arttırmak amacıyla maliyet ve iş kazalarını düşürmeye yönelik uygulanan PUKÖ döngüsü “**daha iyiye**” ulaşmak amacıyla uygulanan bir sistem olarak tanımlanabilir.

ACİL DURUM YÖNETİMİ

- Kurumda karşılaşılabilecek deprem, sel, gibi doğal afetler, yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı vb. acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararı en az düzeye düşürülmesi için Hastane Afet planı hazırlanmıştır.
- Kurumun büyüklüğü ve hizmet çeşitliliği dikkate alınarak Acil Durum Yönetimi Kurulu oluşturulmuştur. Kurul üyeleri Hastane Afet Planı Organizasyon Şeması'nda belirtilmiştir. Kurul, yılda iki kez toplanarak riskleri, tatbikatları, göstergeleri değerlendirerek gerekli önleyici tedbirleri ve iyileştirme çalışmalarını yapar.
- Acil Durum Kod Listesi aşağıdaki gibidir.

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

Hastanemizde hasta ve çalışan güvenliği için kullandığımız **ACİL DURUM KODLARI** mevcuttur. Bu kodlar şunlardır;

1111 Beyaz Kod

Fiziksel-Sözlü taciz ve saldırı durumunda;

1111 arayarak Beyaz Kod veriniz.

Olay yeri hakkında bilgi veriniz.

Beyaz Kod Ekibi en kısa sürede ulaşacaktır.

2222 Mavi Kod

Acil yaşam desteği gerektiğinde (kalp ve solunum durması);

2222 arayarak Mavi Kod veriniz.

Olay yeri hakkında bilgi veriniz

Mavi Kod Ekibi en kısa sürede ulaşacaktır.

3333 Pembe Kod

Bebek veya çocuk kaçırma girişimi durumunda;

3333 arayarak Pembe Kod veriniz.

Olay yeri hakkında bilgi veriniz.

Pembe Kod Ekibi duruma müdahale edecektir.

4444 Kırmızı Kod

Yangın, patlama vb. acil durumlarda;

4444 arayarak Kırmızı Kod veriniz.

Olay yeri hakkında bilgi veriniz

Kırmızı Kod (İlk Müdahale Ekibi) en kısa sürede ulaşacaktır.

RİSK YÖNETİMİ

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği, tıbbi, idari ve finansal süreçler kapsamında, hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en az düzeye indirilmesi amaçlanmaktadır.
- Risk analizi planında belirlenmiş riskler için uygun yöntemlerden biri ya da birkaçı kullanılarak iyileştirme çalışmaları (kök neden analizi ve iyileştirme toplantıları, PUKÖ, DÖF) yapılır. Risklerle ilgili göstergeler varsa takip edilir ve iyileştirilir.
- Her bölüm için risk analizi yapılmış olup, konu ile ilgili yılda bir kez tüm çalışanlara eğitim verilmekte ve bölüm toplantılarına gündem yapılmaktadır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Bölümünüze ait risk analizi planına intranetten veya kalite programından ulaşabilirsiniz.

[illegible]

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Sağlık tarama programı yıllık olarak kalite programında yayınlanmaktadır. Sağlık Tarama Programı dâhilinde tarama zamanı gelen tüm çalışanlara SMS ile hatırlatma yapılır. Sağlık taramaları sonucu gerekirse ve bulaş riski yüksek alanlardaki çalışanlara aşılama yapılmakta ve olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar ilgili uzman hekime yönlendirilmektedir.
- Kişisel Koruyucu ekipmanlar ve kullanımı, Kişisel Koruyucu Donanım Kullanım ve Seçim Talimatı' na uygun olarak yürütülür.
- Çalışanların fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları çalışanın beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmaktadır.
- 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.
- Çalışanların sağlığına yönelik faaliyetleri yürütmek üzere İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği Kurulu oluşturulmuştur. Fiziksel şiddete maruz kalınma riskleri, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma riskleri vb olayların azaltılmasına yönelik önlemler alır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

HASTA HAKLARI

Hizmetten genel olarak faydalanma:

Adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı vardır. Ayrıca ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate alınmadan hizmet alma hakkı vardır.

Bilgilendirme ve bilgi isteme:

Her türlü sağlık hizmetinin ve imkanının neler olduğunu öğrenmeye ve sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi sözlü veya yazılı isteme hakkı vardır.

Bilgilerin gizli tutulması ve yasaklanması:

Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz. İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında kişi sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Hasta bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.

Hizmet alırken veya hizmet aldıktan sonra; hasta kendisi , vekili veya kanuni temsilcisi vasıtasıyla tıbbi dokümanları inceleyebilir, talebi doğrultusunda bir suretini alabilir.

Sağlık kuruluşunu, personelini, seçme ve değiştirme:

Sağlık kuruluşunu seçmeye, değiştirmeye ve seçtiği sağlık tesisinde verilen sağlık hizmetlerinden faydalanmaya, sağlık hizmeti verecek, vermekte olan hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının kimliklerini, görev ve unvanlarını öğrenmeye seçme ve değiştirmeye hakkı vardır.

Öncelik sırasının belirlenmesini isteme:

Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle, sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini isteme hakkı vardır. Öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Tıbbi özen gösterilmesi:

Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorundadır.

Reddetme, durdurma ve rıza:

Tedaviyi reddetmeye, durdurulmasını istemeye, tıbbi müdahalelerde rızasının alınmasına ve rıza çerçevesinde hizmetten faydalanmaya hakkı vardır.

Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi, bakım ve tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı:

Hasta modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak, teşhisinin konulmasına, tedavisinin yapılmasına ve bakımını isteme hakkına sahiptir. Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek, vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli, bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep edilemez.

Ötenazi Yasağı:

Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Hastanın hayatını kurtarmak veya bir başkasının talebi olsa dahi kimsenin hayatına son verilemez.

Mahremiyet:

Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep edebilir, her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek sureti ile icra edilir.

Güvenlik:

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakları vardır. Hasta güvenliğini tehdit edebilecek unsurların önceden tespit edilerek hizmetlerin ve süreçlerin bu amaca yönelik olarak düzenlenmesi gerekmektedir.

Ziyaret ve refakatçi bulundurma:

Sağlık tesislerince belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde ziyaretçi kabul etmeye, mevzuatın ve sağlık tesisinin imkanları ölçüsünde hekimin uygun görmesi halinde refakatçi bulundurmaya hakkı vardır.

İnsani değerlere saygı gösterilmesi, saygınlık görme ve rahatlık:

Saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli bir ortamda, her türlü hijyenik şartlar sağlanmış gürültülü ve rahatsız edici bütün etkenler giderilmiş bir sağlık hizmeti almaya hakkı vardır.

Dini vecibelerini yerine getirebilme:

Sağlık tesisinin imkanları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirmeye hakkı vardır.

Müracaat, şikayet, dava hakkı ve görüş öneri:

Hasta ve hasta yakınlarının; haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü başvuru, şikayet ve dava hakkını kullanmaya hakkı vardır, ayrıca şikayetlerinin zamanında ve adil şekilde alınması, incelenmesi ve çözülmesi sağlanmalıdır.

Genel Sorumluluklar

Kişiler kendi sağlığına dikkat etmek için elinden geleni yapmalı ve sağlıklı bir yaşam için verilen tavsiyelere uymalıdır.

Kişi uygunsa kan verebilir ya da organ bağışında bulunabilir.

Basit durumlarda kişiler kendi bakımlarını yapmalıdır.

Sosyal Güvenlik Durumu

Hasta; sağlık, sosyal güvenlik ve kişisel bilgilerindeki değişiklikleri zamanında bildirmek durumundadır.

Hasta; Sağlık karnesinin (Bağ-Kur, Yeşil Kart gibi) vizesini zamanında yaptırmak zorundadır.

Sağlık Çalışanlarını Bilgilendirme

Hasta; yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, yatarak herhangi bir tedavi görüp görmediğini, eğer varsa halen kullanıldığı ilaçları ve tüm sağlığıyla ilgili bilgileri tam, eksiksiz vermelidir.

Hastane Kurallarına Uyma

Hasta; başvurduğu sağlık kuruluşunun kural ve uygulamalarına uymalıdır.

Hasta Sağlık Bakanlığı ve diğer sosyal güvenlik kurumlarınca belirlenen sevk zincirine uymalıdır.

Hastanın; tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecinde sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olması beklenir.

Hasta; randevulu hizmet veren bir sağlık tesisinden yararlanıyorsa randevunun tarih ve saatine uyması ve değişiklikleri ilgili yere bildirmesi gerekir.

Hasta; hastane personelinin, diğer hastaların ve ziyaretçilerin haklarına saygı göstermelidir.

Hasta; hastane malzemelerine verdiği zararları karşılamak zorundadır.

Tedavisi ile İlgili Önerilere Uyma

Hasta; tedavisi ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli ve anlayamadığı yerleri sormalıdır.

Hastanın; tedavisi ile ilgili önerilere uyum sağlayamama durumu söz konusu ise bunu sağlık çalışanına bildirmesi gerekir.

Hasta sağlık bakım ve taburculuk sonrası bakım planını beklediği gibi doğru anlayıp anlamadığını belirtmesi gerekir.

Hasta; uygulanacak tedaviyi reddetmesi veya önerilere uymamasından dolayı doğacak sonuçlardan kendisi sorumludur.

- Hastanemizde genel ve bölüm bazlı hasta memnuniyet oranı %95 olarak hedeflenmiştir.
- Hasta hakları birimi, hastanemizde 1. Blok Zemin Kat Lobide bulunmakta olup, hastaların kolay ulaşımı için gerekli yönlendirmeler bulunmaktadır. Aynı zamanda hasta/hasta yakınlarının görüş ve önerilerini almak üzere teşekkür ve öneri kutuları oluşturulmuş olup web sitesi üzerinden görüş ve önerilerini iletebilecekleri alanlar oluşturulmuştur.
- Hastalardan gelen geri dönüşler, ilgili yöneticiler tarafından iyileştirilerek belirli periyotlarda olarak yapılan Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülmektedir.
- Hastanın toplumsal, fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal farklılıklarından doğacak tercihleri göz önüne alınarak mahremiyetine özen gösterilir. Topluma açık yerlerde hasta ile ilgili bilgiler paylaşılmaz.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

BİLGİ GÜVENLİĞİ VE KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU

- Tüm süreçlerde oluşan tıbbi ve kişisel bilgilerin güvenli, doğru, ulaşılabilir şekilde kayıt altına alınmasını ve depolanmasını sağlamak, ihtiyaç duyulduğunda doğru bilginin, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamak için Bilgi Yönetimi Prosedürü oluşturulmuştur. Bu prosedür doğrultusunda kimlerin hangi verilere ulaşabileceği konusunda yetkilendirmeler tanımlanmıştır.
- Kullanıcılar bilgilere kendilerine verilen şifreler ile ulaşırlar. Şifreler kişiye özeldir. Bir başkası tarafından kullanılmak için verilmez. Başkasının şifresini kullanmak disiplin prosedürüne göre işlem gerektirir.
- Kişisel verilerin işlenmesi başta olmak üzere özel hayatın gizliliği çalışanların ve hastaların temel hak ve özgürlüklerini korumak ve kişisel verileri işlerken yükümlülükler ile işleyişe ilişkin esasları belirlemek üzere Kişisel Verilerin Korunması ve Yönetimi Rehberi oluşturulmuştur.

HASTA GÜVENLİĞİ

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Hastalarımızı en az 3 kimlik belirleyici kullanarak tanımlamak gerekir.

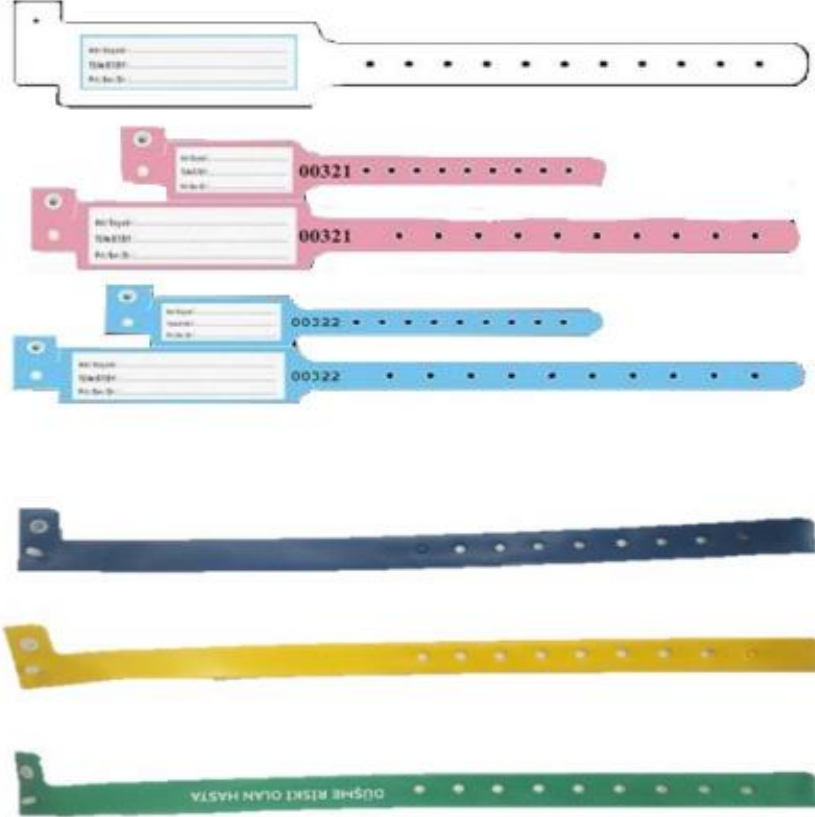
Bu belirleyiciler;

- Hasta Adı Soyadı
- Doğum tarihi
- Baba adı
- Protokol numarası'dır. Oda numarası ve tanı kimlik belirleyici olarak kullanılamaz.

Kimlik doğrulama ile ilgili en sık yaşanan bazı durumlar;

- Doktorun hastaya reçete için verdiği barkodun farklı hastaya ait olması
- Hastanın tedavi kağıdına farklı hastanın barkodunun yapıştırılması

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.



Kimlik belirleme için kullandığımız bileklikler

- Normal hastalar için beyaz kimlik bilekliği,
- Alerjisi olan hastalar için kırmızı kimlik bilekliği,
- Düşme riski olan hastalar için yeşil kimlik bilekliği, (Kimlik bilekliğine ek olarak takılır.)
- Aynı serviste, aynı veya benzer isimli hasta için sarı kimlik bilekliği (Kimlik bilekliğine ek olarak takılır.)
- Zor entübasyon hastalarına lacivert kimlik bilekliği (Kimlik bilekliğine ek olarak takılır.)
- Doğumdan sonra cinsiyetine göre; erkek çocuklara mavi, kız çocuklara ise pembe kimlik bilekliği uygulanır.

Kuruma başvuran hastaların önceden belirlenmiş ilkeler doğrultusunda kabul ve taburcularının yapılmasını sağlamaktır.

- Acil Servis Kabul Kriterleri
- Ayaktan Hasta Kabul Kriterleri
- Ameliyathane Kabul Kriterleri
- Yetişkin Yoğun Bakım Kriterleri
- Yenidoğan Yoğun Bakım Kriterleri

Kuruma başvuran tüm hastaların, ilk ve yeniden değerlendirmeleri (izlemleri) için yöntemler ve kurallar belirlenmiştir.

- **Ayaktan tedavi için polikliniğe gelen hastalar** hekim tarafından ilk olarak poliklinikte değerlendirilirler, tedavisi planlanan hasta gerekli görülürse kontrol için tekrar çağırılır. Dokümantasyon HBYS'deki epikriz alanına yapılır.
- **Acil servise gelen hastanın ilk değerlendirilmesi** Hekim tarafından ilk 1 saat içinde değerlendirilmesi yapılan hasta ile ilgili olarak hastanın durumu Acil Servis Hasta Değerlendirme ve Hekim İzlem Formu' na kaydedilir. Müşahedeye alınan hastaların yeniden değerlendirmesini taburculuktan önce yaparak yine aynı formun izlem kısmına kaydeder.
- **Yatarak tedavi gören hastalarda;** Hasta ameliyat olmuş ise doktor ameliyattan sonra hastayı tekrar değerlendirir. HBYS' de hekim izlem notu bölümüne kaydeder. Yatışı devam eden hastaları 24 saatte bir olmak üzere yeniden değerlendirir. İzlem notlarını HBYS' de hekim izlem notu bölümüne kaydeder.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Ayaktan Hastaların Düşme Riski Değerlendirmesi: Kuruma muayene olmak için gelen hastalar, kapıdan içeri girdiklerinde görevli hasta kabul/hasta danışmanı tarafından karşılanır. Hastaların genel durumuna göre, yürüyemeyecek durumda olan hastalara; hastane girişlerinde bulunan tekerlekli sandalye yada sedye ile işlemlerini yapmaları için yardımcı olunur. Ayrıca kuruma gelen 70 yaş üstü tüm hastalarda düşme riski değerlendirilmesi yapılır. Değerlendirmede;

*Fiziksel değerlendirme ve hareket kabiliyeti (engeli, uzuv kaybı, ileri görme bozukluğu, denge bozukluğu, yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vs. ihtiyacı var mı?) parametreleri değerlendirilerek HBYS üzerinden epikrize tanımlanır. Düşme riski bulunan hastalara ayaktan hasta danışmanlarının ya da hizmetli personelin eşlik etmesi sağlanır. Bunun yanı sıra acil serviste ve endoskopide müşahedeye alınan hastalarda Harizmi II/İtaki II Düşme Riski Ölçeği ile düşme riski değerlendirilir.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Yatan Hastaların Düşme Riski Değerlendirmesi: Hastaların düşme riski yönünden değerlendirilmesinden hemşireler sorumludur. Hastaya uygulanacak olan önleyici tedbirlere karar vermekten hastanın doktoru, uygulamadan hemşiresi sorumludur. Çevresel faktörlere bağlı düşmenin önlenmesinden ise tüm personel sorumludur.

- Hasta 0-16 yaş arasında ise Harizmi II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirilirler.
- Eğer hasta 16 yaş üstü yetişkin ise İtaki II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirir.



Düşme Riski Figürü

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Ayaktan Hastalarda Nütrisyon Değerlendirmesi

Kurumda tıbbi onkolji hastalarına Nütrisyonel Risk Skoru (NRS 2002) Değerlendirme Formu ile risk değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme sonucu 3 ve üstü ise : Beslenme riski mevcuttur. Beslenme riski mevcut olan hastalar diyetisyene yönlendirilir.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Yatan Hastalarda Nütrisyon Değerlendirmesi

Hastanede yatarak tedavi edilmesine karar verilen hastaların yatış işlemleri yapıldıktan sonra;

Yetişkin hastalarda Nütrisyonel Risk Skoru (NRS 2002) Değerlendirme Formu risk değerlendirmesi yapılır. '**Ön değerlendirme**'de sorulardan birisine '**Evet**' cevabı verilirse '**Esas Değerlendirme**'ye devam edilir. Bütün sorular '**Hayır**' ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden ön değerlendirme yapılır.

Toplam skor hesaplanmasında:

Önce beslenme durumundaki bozulma bölümünün puanı bulunur. Sonra hastalık şiddeti puanı bulunur, son olarakta hastanın yaşı 70 yaş ve üstü ise bir puan eklenir. Böylece hastanın risk skoru bulunur. Puan 3 ve üstü ise : Beslenme riski mevcuttur.

Çocuk ve yenidoğanlarda hastalarda ise Strong Kids Beslenme Değerlendirme Formu ile değerlendirme yapılır. Değerlendirme sonucu 4-5 puan ise beslenme riski mevcuttur.

Hastanın primer hekimi sonuç ile ilgili bilgilendirilir, gerek görülürse yetişkin ve çocuk hastalar için diyetisyen konsültasyonu talep edilir. Yenidoğanlarda ise Yenidoğan Yoğunbakım Sorumlu Hekimi tarafından beslenme planı order edilir. Hastaya özel beslenme solüsyonlarının aseptik koşullarda hazırlandığından emin olunur. Yapılan uygulamalar HBYS üzerinden Hekim İstem ve Hemşire İlaç Uygulama Formu'ne kaydedilir.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Ağrının uygun olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi için standart bir yöntem belirlemek ve var olan ağrının veya sağlık ekibinin girişimleri sonucunda ortaya çıkan ağrının giderilmesinde dikkat ve saygı ile yaklaşılmasını sağlamaktır. Ağrının tanılanması ve değerlendirilmesi faaliyetlerini kapsar.

- **Ayaktan Hastaların Değerlendirilmesi:** Ortopedi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branşlarındaki ayaktan hastalar ağrı varlığı yönünden sorgulanır. Ağrı olması durumunda VAS ağrı skalasına göre değerlendirilerek epikrize kaydedilir. Ağrı değerlendirmesi sonucu gerekirse yardımcı ağrı yöntemleri önerilir ve/veya hastanın genel durumuna göre aneljezi istemi yapılarak klinik izlemi sağlanır ya da hasta tekrar poliklinik kontrolüne çağırılarak takibi ve kontrolü yapılır.
- **Yatan Hastaların Ağrı Değerlendirilmesi :**Hastanın ağrısı ilk ve yeniden değerlendirme yapılan bölümlerde değerlendirilerek Hemşire Tanılama Formu'na ve 24 Saatlik Hemşire İzlem Formu, Yenidoğan Günlük Takip Formu, Yoğun Bakım Günlük Takip Formu ve DAS-VASS Ağrı Skalası ve Takip Formu'na kaydedilir. Hastanın ağrı değerlendirmesi sonucunda ağrısı var ise, hekim veya hemşire tarafından gerekli tedavisi planlanır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Kurumda cerrahi uygulama öncesi hasta güvenliğini sağlamak amacı ile hazırlıkları belirlemektir.

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HB-FR-04 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:24.07.2024 Sayfa No :1/2
	PREOPERATİF HASTA DEĞERLENDİRME FORMU	
Adı Soyadı:	Kimlik No:	
Cinsiyeti/Yaşı:	Protokol No:	
Boy:	Kilo:	Geliş Tarihi ve Saati:
Kan Grubu:		Beden Kitle İndeksi (BKİ):
Daha önce Kan Nakli Yapıldı mı?		Kan Basıncı:
Operasyon Tarihi ve Saati:		ASA:
Tanı:		Anestezi Şekli:
Şikayeti:		
Özgeçmişi:		
Kullandığınız ilaçlar:		
Daha Önce Hastaneye Yattınız mı?		
Daha Önce Ameliyat Oldunuz mu?		
Allerji:	Pacemaker Var mı?	
Gebelik Var mı?		
Sanlık:		
Sigara Kullanım Sıklığı:		
Alkol Kullanım Sıklığı:		
Anemnez:		

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HB-FR-04 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:24.07.2024 Sayfa No :2/2					
	PREOPERATİF HASTA DEĞERLENDİRME FORMU						
Fiziki Muayene:							
Laboratuvar Bulguları:							
Radyoloji (PA Grafi, Bt vs.):							
EKG:							
Covid-19:							
Konsültasyon Önerileri:							
Premedikasyon:							
Order				Uygulama			
İlacın Adı	Dozu	Veriliş Süresi	Doktor Adı Soyadı/İmza	Uygulama Saati	Dozu	Veriliş Yolu	Hemşire Adı Soyadı/İmza
Öneriler:							
Sonuç: ☐ GA/8-6 SAAT AÇLIK SUSUZLUK							
☐ RA/8-6 SAAT AÇLIK SUSUZLUK							
Anestezi Doktoru Adı Soyadı:							İmza:

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Hastanın hava yolu açıklığının değerlendirilmesinde; anamnez, fizik muayene ve görüntüleme (akciğer grafisi, doğrudan fiberoptik bronkoskop gibi) yöntemlerine başvurulur.

Bu uygulamalara ek olarak, anestezi hekimi tarafından zor entübasyon derecesini gösteren çeşitli testler kullanılmaktadır.

Bu testler aşağıdaki gibidir:

- Mallapati testi
- Sternomental mesafe
- Tiromental mesafe
- Atlantookspital eklemin hareketliliği, başın ekstansiyon derecesi
- Üst dudak ısırma testi
- Wilson risk toplamı

Hastanın acil olarak entübe edilmesi gereken durumlarda ön değerlendirme için yeterli süre bulunmadığından, olası zor hava yolu riskine karşı gerekli ekipmanlar yoğun bakımlar, ameliyathane ve acil müdahale arabalarında hazır bulundurulmaktadır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Yanlış taraf ameliyat yapılmasını engellemek için mutlaka bölgeyi, tarafı hekim ad soyad baş harfleri ile çıkmaz kalem kullanarak işaretleyiniz. Adı ve soyadı aynı harf ile başlayan cerrahlarda ise adının baş harfi soyadı ise açık bir şekilde (örneğin: A.Arslan) yazılır.
- Anestezi doktoru tarafından hastanın bilinci yerindeyken ve uyanıkken kimlik doğrulamanın ardından yapılacak ameliyat ve tarafıyla ilgili doğrulama hastayla konuşularak yapılır.
- Ameliyathanede ise cerrahi taraf, çoklu yapılar (parmaklar, ayak parmakları, lezyonlar) ya da çoklu yüzeyler (omurilik) gibi vakalarda hasta çekilen röntgen, USG vb. tetkikleriyle beraber ameliyathaneye alınan hastanın doktoru ile konuşularak yapılacak ameliyata ilişkin doğrulama yapılır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlarda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanılmalıdır.

- Fiziksel veya farmakolojik kısıtlama, diğer tüm alternatifler denendikten sonra, yatan hastaların kendini ve başkalarını yaralama riskine karşı veya tıbbi tedavinin kesintisiz olarak sürdürülmesini sağlamak için uygulanabilir.
- Kısıtlamalar, hastayı cezalandırmak ya da personelin rahatlığını sağlamak amacı ile kullanılamaz. Kısıtlamalar doktor tarafından HBYS üzerinden order edilir ve hemşire tarafından uygulanır.
- Kısıtlamalar doktor tarafından order edilir ve en geç karar 24 saatte bir gözden geçirilir.
- Acil durumlarda sözel order verilebilir, 24 saat geçmeden sözel order hekim tarafından onaylanır. HBYS üzerindeki Kısıtlama Değerlendirme Formu/ Fiziksel Ve Farmakolojik Yöntemle Hasta Kısıtlama Ve Takip Formu üzerinde kısıtlamanın başladığı tarih ve saat, hangi aralıkla kontrol edileceği (hasta ajite ise 30 dakikada bir, hasta ajite değilse 2 saatte bir), uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat kaydedilir.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Kısıtlama Değerlendirme Formu

Boy: Uzm.Dr. / Hemş. / Kesin Tanı :

E / 47 / Kilo: ÜCRETLİ HASTA

Kaydet Ekle Sil Yazdır Kapat

Kısıtlamayı Yapan			Kısıtlamayı Bitiren		
Başlangıç Tarihi	Bölüm	Doktor	Bitiş Tarihi	Bölüm	Doktor
<Gösterilecek kayıt YOK>					

Fiziksel Kısıtlama

Farmakolojik Kısıtlama

Fiziksel Kısıtlama Yöntemleri

Alternatif Seçenekler

Hasta Yakını

Yakınlık Derecesi

Bilgilendir

Ad

Soyad

Cep Telefonu

İş Telefonu

Ev Telefonu

Kişi Durumu

Açıklama

Farmakolojik Kısıt Ekle

İlaç Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Sil
<Gösterilecek kayıt YOK>			

Hasta Ajite ise 30 dakikada bir kontrol edilecek. Eğer hasta Ajite değil ise 2 saatte bir değerlendirilecek. Kısıtlama sonlandırıldıktan sonra işlem yapılamaz!

Hasta Kontrol Listesi Ekle

İşle...	Davranış	Dolaşım	Komplikasyon	Beslenme	Eliminasyon	Hijyen Gere...	Mobilizasyon	Oksijen İhti...	Değerlendiren	Yorum	Kısıtlama So...	Sil
<Gösterilecek kayıt YOK>												

- Kan istemi hekim tarafından HBYS üzerinden order edilmelidir. Kan ve kan ürünlerinde sözel/talimat kabul edilmez.
- Hastaların tedavisinin herhangi bir anında kan ihtiyacı doğması durumunda kan transfüzyonu işlemi yapılacağı anlatılarak Kan Transfüzyonu Bilgilendirmiş Onam Formu ile hastanın onamı alınır.

The screenshot displays the OPTIMED software interface. At the top, there's a header with 'OPTIMED' and 'Güvenli Kan Transfüzyonu Talimatı'. The main window shows a patient's medical history and a list of blood products. A red box highlights the 'Kan Ürünü Listesi' (Blood Product List) window, which displays a list of blood products with their IDs and names. The list includes items like '50103 RANDEX TROMBOSET SUSPANSİYONU (A R)', '50104 RANDEX TROMBOSET SUSPANSİYONU (A R)', and '50105 RANDEX TROMBOSET SUSPANSİYONU (A R)'. The interface also shows a 'Doktor İstek Formu - SEVİM ALP' and a 'Hasta Bilgi' section.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Yatarak tedavi olan hastalarda venöz tromboemboli riskini değerlendirmek ve uygun profilaksi almasını sağlamak amaçlanmaktadır.
- Venöz Tromboemboli Risk Faktör Değerlendirme Formu ile yapılmaktadır.
- Medikal ya da cerrahi tedavi için hastanemize yatan tüm hastalara uygulanmaktadır.
- Toplam risk skoru elde edilen hastanın VTE riski açısından düşük, orta, yüksek, çok yüksek risk gruplarından hangisinde olduğu belirlenip Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu 2010 a uygun profilaktik tedavi başlanır.

Risk skorlamasına göre DVT profilaksisi

Total risk skoru	VTE profilaksisiz risk derecesi	DVT profilaksi önerisi
0-1	Düşük(<10%)	Profilaksiye gerek yok.
2	Orta (10-20%)	DMAH (1x1), UFH (2-3x1) veya Fondaparinux (1x1) ve/veya *Mekanik tromboprofilaksi
3-4	Yüksek (20-40%)	DMAH (1x1), UFH (2-3x1) veya Fondaparinux (1x1) ve/veya *Mekanik tromboprofilaksi
≥5	Çok Yüksek (40-80%)	DMAH (1x1) veya Fondaparinux (1x1) veya oral vitamin K antagonistleri (INR: 2-3) ve *Mekanik tromboprofilaksi

Genel önlemler: Erken mobilizasyon, hidrasyon	
İlaçlar	Dozlar
UFH (Düşük doz fonksiyone olmamış Heparin)	5000 IU 2-3x1 SC
Enoksaparin (Clexane)	40mg 1x1 SC
Dalteparin (Fragmin)	5000 IU 1x1 SC
Nadroparin (Fraxiparin)	3400 IU 1x1 SC
Fondaparinux (Arixtra)	2,5 mg 1x1 SC

*Mekanik tromboprofilaksi yöntemleri: İntermittan pnömatis kompresyon, elastik kompresyon bandajı veya çorabıdır. Yüksek kanama riski azaldığında antikoagulan profilaksiye geçiş düşünülmelidir.

Antikoagüle edilmiş hastaların tedavisinin 2. gününde ve sonrasında her 3 günde bir hemogram kontrolü yapılır. Trombosit sayısı bazale göre >50% düşer ise hekimi bilgilendirin. Warfarin kullananlarda günlük INR takibi yapılır.

Profilaksi süresi:

Hospitalize cerrahi dışı hastalarda taburcu olana kadar profilaksi verilir. Daha önce VTE, malignite veya edinilmiş yüksek risk faktörlerini taşıyanlarda taburculuktan sonra 4 hafta daha profilaksi devam edilebilir. Kalça kırığı, replasmanı, diz replasmanında post - op 10-35 gün (tam mobilizasyona kadar). Düz artroskopisinde post - op 7-14 gün profilaksi devam edilir.

Antikoagülasyon mutlak kontrendikasyonları:

- ☐ Kanama diyezisi (PT>18 saniye)
- ☐ HIT geçirmiş olmak veya HIT varlığı
- ☐ Oral antikoagulan kullanımı
- ☐ İntrakuler / intrakraniyal cerrahi (<48 saat)

Mekanik tromboprofilaksi kontrendikasyonları:

- ☐ Periferik arter hastalığı
- ☐ Koroner kalp yetersizliği
- ☐ Akut / superfisiyel derin ven trombozu

Antikoagülasyon relatif kontrendikasyonları:

- ☐ Serebral kanama hikayesi / kraniyotomi (<2 hafta)
- ☐ Trombosit <10000/mm3 veya INR >1,5
- ☐ Hipertansif kriz, kontrolsüz hipertansiyon
- ☐ Aktif peptik ülser, gastro intestinal kanama (<6 ay)
- ☐ Bakteriyel endokardit
- ☐ Son 24 saat için lomber ponksiyon veya epidural anestezi
- ☐ Kreatin klirensi düşük ise doz ayarı için GFR belirlenir :

Profilaksi Kararı:

Tarih:

Doktor:

İmza:

- Yatarak tedavi olan hastalarda venöz tromboemboli riskini değerlendirmek ve uygun profilaksi almasını sağlamak amaçlanmaktadır.
- Venöz Tromboemboli Risk Faktör Değerlendirme Formu ile gebelerde ise Gebelikte Venöz Tromboembolizm Risk Faktör Değerlendirme Formu yapılmaktadır.
- Medikal ya da cerrahi tedavi için hastanemize yatan tüm hastalara uygulanmaktadır.
- Toplam risk skoru elde edilen hastanın VTE riski açısından düşük, orta, yüksek, çok yüksek risk gruplarından hangisinde olduğu belirlenip Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu 2010 a uygun profilaktik tedavi başlanır.

Risk skortanmasına göre DVT profilaksisi			
Total risk skoru	VTE profilaksiz risk derecesi	DVT profilaksi önerisi	Genel öneriler: Eken mobilizasyon, hidrasyon
9-1	Düşük (<10%)	Profilaksiye gerek yok	Başlar
2	Orta (10-20%)	DMAH (1x1), UFH (2-3x1) veya Fondaparinux (1x1) veya/ve "Metakrik trombofili"	Dozlar
3-4	Yüksek (20-40%)	DMAH (1x1), UFH (2-3x1) veya Fondaparinux (1x1) veya/ve "Metakrik trombofili"	Enoksaparin (Clexane) 40mg 1x1 SC
≥5	Çok Yüksek (40-80%)	DMAH (1x1) veya Fondaparinux (1x1) veya enfil vitamin K antagonistleri (0.5-1 mg 2-3 x) ve "Metakrik trombofili"	Dalteparin (Fragmin) 5000 IU 1x1 SC Nabikaparin (Fragmin) 3400 IU 1x1 SC Fondaparinux (Arista) 2.5 mg 1x1 SC

*Metakrik trombofiliyi tanımlar: İntermitan pnömotik kompresyon, elastik kompresyon bantı veya çorabı. Yüksek kanama riski açısından antikoagulan profilaksiye geçiş değerlendirilmelidir.

Antikoagülite edildikten, hastaların tedavilerinin 2. gününde ve sonrasında her 3. günde bir hemogram kontrolü yapılır. Trombosit sayısı başlangıçta göre %50'ye düşerse veya hastanın tedavilerinin 2. gününde her 3. günde bir hemogram kontrolü yapılır. Trombosit sayısı başlangıçta göre %50'ye düşerse veya hastanın tedavilerinin 2. gününde her 3. günde bir hemogram kontrolü yapılır.

Profilaksi skoru:
Hastaların tedaviyi başlama zamanı kadar profilaksi verilir. Daha önce VTE, malignite veya edilmemiş yüksek risk faktörleri taşıyanlarda laboratuvarla sonuç 4 hafta daha profilaksi devam ettirilir. Kafa kırığı, rektal kanama, diz rektal kanamada post-op 10-35 gün mobilizasyona kadar. Diz artroskopisinde post-op 7-14 gün profilaksi devam ettirilir.

Antikoagülasyon mutlak kontrendikasyonları: ☐ Kanama diyatezi (PTT>18 saniye) ☐ HIT geçirmiş olma veya HIT varlığı ☐ Oral antikoagulan kullanımı ☐ İntraküler / intrakranial cerrahi (<48 saat)	Mutlak tromboembolik kontrendikasyonları: ☐ Perforatör arter hastalığı ☐ Koroner kalp yetersizliği ☐ Akut / süperakut miyokard enfarktüsü
--	--

Profilaksi Kararı:

Tarih: _____ Doktor: _____ İmza: _____

Tarih: _____ Doktor: _____ İmza: _____

OPTIMED GEBELİKTE VENÖZ TROMBOEMBOLİZM RİSK FAKTÖRİ DEĞERLENDİRMESİ

Tarih: _____ Hastanın Adı Soyadı: _____ Protokol No: _____
 Kim: _____ Boy: _____ Doğum Tarihi: _____
 *BKL: _____ Cinsiyet: _____ Yaşı: _____

Venöz Tromboemboli (VTE) için Risk Faktörleri Puanlaması

Puan	Risk Faktörleri
4	Major cerrahiye uğrayan VTE öyküsü
3	Major cerrahi sonrası VTE öyküsü
2	Bilinen yüksek riskli trombofili (Yüksek riskli trombofili: Antitrombin eksikliği, Protein C ya da S eksikliği, Birçok çok düşük riskli trombofili varlığı, Homozigot düşük riskli trombofili varlığı / Düşük riskli trombofili: Faktör 5 Leiden heterozigotluğu, Prothrombin G20210A mutasyonu)
1	Medikal eşlik eden hastalıklar (kanser, kalp yetersizliği, aktif SLE, aktif inflamatuvar barsak hastası ve aktif inflamatuvar polipatozi)
1	1. derece akrabada tıbbi tedavi ya da diğerleri ile ilgili VTE
1	VTE olmaksızın bilinen düşük riskli trombofili varlığı
1	Yaş>35
1	Obesite, Gebelik başlangıcı vücut kitle indeksi ≥ 30 kg/m ²
1	Obesite, Gebelik başlangıcı vücut kitle indeksi ≥ 40 kg/m ²
1	Parite ≥ 3
1	Sığama içiciliği (> 10 adet / gün)
1	Büyük varikos ven varlığı
1	Obstetrik Risk Faktörleri
1	Mevcut gebelikte preeklampsi varlığı
1	Üreme Yordamı Teknolojileri / in vitro fertilizasyon (sadece antenatal)
1	Çoğul gebelik
1	Eylende sezaryen ile doğum
1	Elektif sezaryen ile doğum
1	Orta pelvis ya da rotasyonel operatif doğum
1	Uzama süresi (>24 saat)
1	Postnatal kanama (>1 lt veya transfüzyon ihtiyacı)
1	Mevcut gebelikte preterm doğum (<37+0 hafta)
1	Mevcut gebelikte ölü doğum
1	Geçici Risk Faktörleri
1	Gebelikte veya kısırlıkta epizyotomi hariç herhangi bir cerrahi müdahale (örn. appendektomi, postpartum sterilizasyon)
1	Hipermomente Ovarianum
1	Ovarian Hipermomente Ovarianum (sadece 1 trimester)
1	Mevcut sistemik enfeksiyon
1	İmmobilizasyon (≥ 3 gün), dehidratasyon
1	Uzun mesafeli yolculuk (> 4 saat)
1	Antenatal dönem toplam puan:
1	Postnatal dönem toplam puan:
1	Antenatal dönemde toplam puan 24 ile 1 trimesterden itibaren trombofili riski değerlendirilir.
1	Antenatal dönemde toplam puan 25 ile 28. gebelik haftasından itibaren trombofili riski değerlendirilir.
1	Postnatal dönemde toplam puan 22 en az 10 gün süreyle trombofili riski değerlendirilir.
1	Postnatal dönemde toplam puan 23 en az 10 gün süreyle trombofili riski değerlendirilir.
1	Kanama riski olan hastalarda kanama ve tromboz riski dengesi hematoloji uzmanı ile tartışılmalıdır.

Doğum öncesi dönemde DMHAHAFH alan ve sezaryen ihtimali olan gebeler; doğumdan bir gün önce DMHAHAFH trombofili riski dozu almak, ancak sabah dozu alınmadan operasyon gerçekleştirilmelidir.

Antenatal ve postnatal DMHAHAFH profilaksi dozu	Enoksaparin (mg/gün)	Dalteparin (U/gün)	Tinzaparin (U/gün)
Ağırlık			
<50	20	2500	3500
50-60	40	5000	4500
61-70	60	7500	7000
71-80	80	10000	9000
>110	0.6 mg/kg/gün	75 U/kg/gün	75 U/kg/gün

Form Kod No: DMFR-10
Revizyon: 03/Rev. Tar.: 20.07.2024

S/A uygulanan alanlarda “Acil Arabası” (Crash Card) veya “Acil Durum Çantası”, oksijen kaynağı ve aspiratör hazır bulundurulur.

Form Kod No: EY-RH-02
Rev.No:03/Rev.Tar.:20.07.2024

Kurumda doğan bebeklerin, doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası bakım ve takibinde izlenecek yöntemi belirlemektir.

Bebeğin Soyadı :		Doğum Tarihi :	
Anne Adı Soyadı :		Doğum Şekli :	
Genel Muayene	Ateş:		
	Siyanoz:	Solukluk:	Plethora:
	Döküntü (peteşi, ekimoz, eritem):		
Cilt	Ödem:		
	İkter:	Mekoyumla Boyanma:	
	Deskuamasyon:	Mongol Lekesi:	
Baş	Göz:	Burun:	Ağız:
	Ön fontanel:	Arka fontanel:	
	Sefal Hematom:	Caput Succadeneum:	
	Anomali:	Yüzde Dismorfi:	
Solunum Sistemi	DSS:	Solunum şekli:	
	Dinleme bulguları:		
	Toraks Deformitesi:		
Dolaşım Sistemi	KTA:		
	Kalp Oskültasyonu (üfürüm):		
	Periferik nabızlar (bilateral, radial, femoral):		
Gastrointestinal Sistem	Görünüm:		
	Umbikal Herni:	Anal Atrezi:	
	KC:	Dalak:	Kitle:
Ürogenital Sistem	Kız:		
	Kanama:		
	Klitoromegali:		
	Erkek:		
	Testisler:	Sol:	Sağ:
Ekstremiteler	Hidrosel:	Fimozis:	
	Pleksus Brakialis Felci:	Fraktür:	
	Anomali:		
	Sağ Sol Kalça Muayenesi:	YDR:	
Nörolojik Sistem	Spontan Aktivite:		
	Hipotoni:	Hipertoni:	
Ön Tanı:		Doktor Kaşesi, imzası	
1- _____			
2- _____			
3- _____			

İL AÇ YÖNETİMİ

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Tüm ilaç tedavi orderları imza yetkisi ve diploma numarası olan hekimler tarafından HBYS üzerinden elektronik olarak verilir. Reçete yazmaya ya da order vermeye yetkili kişiler; uzman ve pratisyen hekimlerdir.
- Acil durumlarda, hekimin yazılı order vermesinin mümkün olmadığı durumlarda (kan ve kan ürünleri, yüksek riskli ve narkotik ilaçlar (özellikli bölümler hariç) kemoterapi dışında) sözel order kabul edilebilir.
- Sözel order uygulanmaması gereken durumlarda acil servis/yoğun bakım nöbetçi hekimine ulaşarak sözel orderın yazılması sağlanır.
- Hasta için verilen sözel order, order vermeye yetkili kişiler tarafından en geç 24 saat içinde onaylanır.
- Yüksek hata potansiyeli nedeniyle, kemoterapi ilaçları Yüksek Riskli İlaçlar Listesinde yer alan ilaçlar (resüsitasyon durumları hariç) ve kan/kan ürünleri için sözel/talimat kabul edilmez.
- Acil Servis/Müşahede hastaları için ise Ayaktan Hasta Hekim İstem ve İlaç Uygulama Formu/Acil Servis Tıbbi Müşahede ve Muayene Kartı ile tedavileri yazılır.
- Hasta yanındaki ilaçlar HBYS üzerinden e-order edilir.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Hastalara order edilen ilaçlar 8 doğru ilkesi ile kontrol edilerek hazırlanır ve ilaç etiketleri yapıştırılır.
- 8 doğru ilkesinin amacı, güvenli, efektif, uygun ve etkili ilaç kullanımının sağlanmasıdır.

İlaç Uygulama Sürecinde “8 Doğru”yu Unutmayınız!



OPTİMED

Form Kod No: İY-YD-01
Rev.No:00/Rev.Tar:...

*İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi
Prosedürü'nden alınmıştır.

Tedavisi başlanacak hastaya hekim tarafından günlük olarak HBYS üzerinden e-order yazılır. Acil Servis/Müşahede hastaları için ise Ayaktan Hasta Hekim İstem ve İlaç Uygulama Formu/Acil Servis Tıbbi Müşahede ve Muayene Kartı ile tedavileri yazılır.

- İlaç (Hasta yanındaki ilaçlar ve lüzum halindeki ilaçlar dahil)
- Rasyon
- Kan ve kan ürünleri
- Kısıtlama istemleri mutlaka order edilmelidir.

İlaç Orderı;

- İlacın tam adı ve farmasötik formu
- Uygulama zamanı
- Dozu
- Uygulama yolu
- Uygulama süresini içermelidir.

Bizmed Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

İşlemler | İlaç İstekleri | Hızlı Randevu | Yardım | KAPAT | Kart No : [] Renk : Mavi

DENEME DENEME | GD

Hasta Bilgileri
 Dosya Prot No : 1 36234
 Adı : DENEME
 Soyadı : DENEME

Dosya Bilgileri
 Kurum Adı : ÜCRETLİ HASTA
 Ek Kurum :
 Çalışma Yeri :
 Bölüm Adı : Dahiliye Kliniği
 D. Doktor Ref.D : Hasan Yardım
 Yönlendiren Pers :
 Doktor Rolü : Mesai içi
 Kabul Tipi : Poliklinik
 Sig.Türü Özel Ala : Çalğan
 Teşhis Kodu : Kesin Tanı : E10.4 - İn
 Yatak Gür Vent : 1205.OD, 16
 Cıkış Sekli : Şifa ile taburcu
 Durumu : Fatura Ön Kontrolü Ya
 İzolasyon :
 Düşme Risk Düş :

Kayıt Bilgileri

Kapalı	Cıktı	Fat.	☒	☒	☐
Kayıt Yap. Ta	SBCİCİ	23.10.2019			
Cıkış Yap. Ta	BPEDÜK	08.11.2019			
Kapanı Yap. Ta	BPEDÜK	08.11.2019			

Tarif : []
 Stok İsteği İşlem Adı Bul: []

Görüntülemek istediğiniz süreci buraya giriniz:

İşlem Zarr	Kategori Adı	İşlem Adı	Resmi K	İşlem Doktor	Say	Kz	Birim	Hasta Tu	Kurum Tl	Ek Kurul	Tahsilat
+ 07.11.2019	6.6: Sindirim Sist	Obezite, sleeve	P609872	Hasan Yardım	0	1		0,00	0,00	0,00	

Donörler
 İndirim
 Hızlı Randevu
 Hizmet İsteği Ctrl+I
 Stok İsteği
 İstekte Bulunanlar Ctrl+J
 Yapılan İstekler
 İlaç İsteği (Order)
 Yatış İstemi Yap/Aç
 Yanlış Kişi
 Hemşire İşlemleri
 Olay Afet Bildirim
 İnfluenza Tanı Testi Bildirimi
 Onam Formları
 Kan Bankası Ctrl+F5
 Kan Transferi Ctrl+F6
 Sıra Numarası Yazdır Ctrl+A

Borçlu DENEME D

Toplam	0,00
İndirim	0,00
Net Top.	0,00
KDY Tev	0,00 / 0,00
G.Toplam	0,00
Ödenen	0,00
Kalan	10/06/2019

İlaçlık 32 adet işlem silinmiştir.

[]	0	0,00	0,00	0,00	0,00
-----	---	------	------	------	------

13

Dosya Medula Fatura Diğer Yazdır | Ctrl+P Takibe Al Yenile Kimlik D

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

HİZMET İSTEĞİ

Konsültasyonları da order ekranında HİZMET İSTEĞİ butonundan yapılabilir.

Açılan order ekranında İLAÇ ARAMA bölümünden verilecek ilaç seçilmelidir. Eğer ilaç bulunamıyor ise Eczacı tarafından ilaç sisteme eklenebilir. İlaç dozları, uygulama yolu, vb. ise bir alt satırda çıktıktan sonra ayarlanmalıdır.

Tedavisinde değişiklik yapılmayacak hastalarda bu buton kullanılabilir.

Kan ve kan ürünleri, hayati bulgu takipleri, kan glikoz ölçümü, aldığı-çıkarıldığı takibi vb. uygulamaların order edilmesi için ekranın sol alt kısmında bulunan DİĞER İŞLEM BİLGİLERİ başlığından yapılabilir.

Rasyon yazımı bu bölümden yapılmaktadır. EKLE butonundan istenilen diyet seçilir.

ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Antibiyotiklerin sık ve uygunsuz kullanımı ile birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Bunların başlıcaları antibiyotik direnci, dirençli bakterilerle enfeksiyon gelişmesi, ilaç yan etkileri ve artmış tedavi maliyetleridir.
- Akılcı antibiyotik kullanımının amacı; yanlış antibiyotik kullanımının önlenmesi, toksik etkilerinin azaltılması, ekonomik kayıpların azaltılması ve direncin azaltılmasıdır.
- Kullanılacak antibiyotiğin seçilmesi vb. gibi alt başlıklar dağıtılmış olan Akılcı Antibiyotik Kullanım Rehberi'nde yazılıdır.
- Hastalara uygun antibiyotik tedavisi yapılması amacıyla kültür uygulaması önemlidir. Tüm alınan kültür sonuçlarında herhangi bir üreme sinyali olduğu zaman en kısa sürede bölümlere geri dönüş yapılmaktadır.
- Cerrahi girişim öncesi postoperatif enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla uygun antibiyotiğin, uygun zamanda, yeterli dozda ve sürede yapılması için "Cerrahi Profilaktik Antibiyotik Kullanım Talimatı" oluşturulmuştur.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

OPTİMED

EL HİJYENİ İÇİN 5 AN



El yıkama; sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde en etkili yöntemdir. Etkili bir şekilde el hijyenini sağlamak için 5 endikasyon kuralına uymak gerekir.

Hastanemizde aylık ve 3 aylık yapılan gözlem sonuçları tüm hastane çalışanları ile paylaşılmaktadır.

6 ayda bir de kullanılan ürünler ile ilgili anket yapılmakta ve sonuçları paylaşılmaktadır.

EL YIKAMA ŞEMASI

El Yıkama Nasıl Yapılır?

1 Ellerinizi, akan suyun altında ıslatın.		2 Yeterli miktarla sıvı sabunu elinize alın.	
3 Sabunu elinize sürün.		4 Sağ elinizle sol elinizi, sol elinizle sağ elinizin sırtını ovalayın.	
5 Avuç içlerini parmaklarınızı da temizleyecek şekilde ovalayın.		6 Parmak sırtlarını diğer elin avucunun içine sürterek 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	



Düşme Riski

Solunum
İzolasyonuTemas
İzolasyonuDamlacık
İzolasyonu

Standart önlemlere ek olarak;

- Odaya her giriş çıkışta el hijyeni sağlanır
- Odaya girmeden önce temiz önlük giyilir, odadan çıkmadan önlük çıkarılır ve ayrı kirli torbasına konulur.
- Odaya her girişte temiz steril olmayan eldiven giyilir, odadan ayrıldıktan önce eldiven çıkarılır.
- Hasta gerekmedikçe oda dışına çıkarılmaz, hastanın transferi gerekli ise ilgili birim bilgilendirilir, bulaş ya da kontaminasyonu önleyecek önlemler alınır.
- Hastaya kullanılan malzemeler hastaya özel olur.

Odaya girmeden önce hemşire/hekimden bilgi alınız.



Standart Önlemler ve İzolasyon

Standart önlemlere ek olarak;

- Odaya girmeden önce ve sonra el hijyeni sağlanır.
- Hastaya 1 metreden daha yakın temasta cerrahi maske takılır.
- Aspirasyon, entübasyon ve bronkoskopi ve benzeri işlemler esnasında vücut çıkartılarının yüze sıçrama olasılığında yüz koruyucu, kıyafete sıçrama olasılığında ise önlük kullanılır.
- Odadan ayrıldıktan önce eldiven, yüz koruyucu, önlük ve maske sırasıyla çıkarılır.
- Hasta gerekmedikçe oda dışına çıkarılmaz, hastanın transferi gerekli ise ilgili birim bilgilendirilir ve hasta cerrahi maske takarak oda dışına çıkabilir.
- Bulaş yada kontaminasyonu önleyecek önlemler alınır.

Odaya girmeden önce hemşire/hekimden bilgi alınız.



Standart Önlemler ve İzolasyon

Standart önlemlere ek olarak;

- Odanın kapısı kapalı tutulur.
- Odaya girmeden önce ve sonra el hijyeni sağlanır.
- Odaya girerken N95 maske takılır.
- Hasta gerekmedikçe odadan çıkarılmaz.
- Hastanın transferi gerekirse ilgili birim bilgilendirilir, bulaş ya da kontaminasyonu önleyecek önlemler alınır.
- Hasta gerekli durumlarda cerrahi maske kullanarak oda dışına çıkabilir.

Odaya girmeden önce hemşire/hekimden bilgi alınız.



Standart Önlemler ve İzolasyon

Atıkların ayrıştırılması neden bu kadar önemli?

- Hastalıkların yayılmasını önleme
- Çalışan sağlığı ve güvenliğini sağlama
- Yerel kaynakların daha etkin kullanılması
- Çevreyi koruma
- Bertaraf maliyetlerini düşürme

Sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıkların sınıflandırılması ve kullanılan atık poşetleri renkleri:

Evsel Nitelikli Atıklar		Tıbbi Atıklar			Tehlikeli Atıklar
Genel Atıklar (Gıda maddeleri, havlu peçete, vb)	Ambalaj Atıkları (Kağıt, karton, mukavva, cam)	Enfeksiyöz Atıklar (Vücut sıvıları ve salgıları, bunlarla kontamine olmuş tek kullanımlık malzemeler)	Patolojik Atıklar (Doku, organ, uzuv parçaları, otopsi atıkları)	Kesici Delici Atıklar (İğne uçları, bistüri, kırılmış cam parçaları, sütür materyalleri)	Tehlikeli Atıklar (Tehlikeli atık işareti olan ürünler, atık yağlar, sitotoksik ilaçlar, bitmiş piller, basınçlı gaz ürünleri, elektrik-elektronik malzemeler, vb)

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

LABORATUVAR GÜVENLİĞİ

Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin ter aldığı **Laboratuvar Test Rehberi** oluşturulmuştur.

Panik Değer Bildirim Talimatı

Tahlil sonucu panik değer çıkan hastalar için laboratuvar tarafından ilgili hekime telefon ile bilgi verilir ve HBYS üzerinde hekim ekranında panik değer olduğuna dair görsel olarak uyarın verilir.

CRP (turbidimetrik)	3,52	mg/L	0 - 5
+ İDRAR TAHLİLİ (Tam)			
D-dimer, kantitatif	608	Mikrogram /L	0 - 564
- SEDİMENTASYON			
1 Saat	5	mm/S	2 - 25

RADYASYON GÜVENLİĞİ

- 15-49 yaş arası bayan hastalarda radyoloji tetkiki (BT,MR,mamografi ve röntgen) istem aşamasında ilgili doktor tarafından gebelik/gebelik şüphesi olup olmadığı HBYS üzerinden sorgulanır, ayrıca çekim öncesi radyoloji teknisyeni tarafından sorgulama yapılır.
- Hasta gebe ise/şüphesi var ise hasta radyasyon riskleri açısından bilgilendirilerek gebelere özel Hamile Hastalara Uygulanan Radyoloji Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu doldurulup hastanın ve istemi yapan doktorun imzası alınır.
- Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltacak önlemler alınarak gonad koruyucu kullanılır. Çocuđa çekim sırasında yardım edecek kişiye kurşun önlük giydirilerek tek seferde çekim yapılır.

İstek Ek Bilgi

Hizmet isteđinde bulunduđunuz hasta hamile mi?

Hamile

☐ Evet

☐ Hayır

Tamam

- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun yayınlamış olduğu Radyasyon Alanlarının Sınıflandırılmasına İlişkin Kılavuzu'na göre radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar, denetimli alana girmektedir. Bu cihazların bulunduğu odaya bitişik alanlar duvarlarında yeterli zırhlama olması ve radyoloji ünitesi içinde ilgili bölüm personeli tarafından kullanılan alanlar gözetimli alana girmektedir.
- Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathane cihaz kullanıldığı zamanlarda denetimli alan, kullanılmadığı zamanlarda gözetimli alana girmektedir.
- Mobil röntgen cihazında çekim esnasında kullanılan oda ve çalışanın bulunduğu yer denetimli alana girmektedir.
- Denetimli alanlarda çalışan kişiler ile yıllık tm vücut dozu 6 mSv'in üzerinde olma olasılığı olan kişilerin (skopi cihazı çalışırken ameliyathanede bulunan kişiler gibi) kurşun yelek giymesine önem verilmekte olup, kişiye özel dozimetreleri ve ortam dozimetreleri 2 aylık periyotlar halinde ölçüm için anlaşmalı olunan yetkili kurumlara gönderilmektedir.

CİHAZ YÖNETİMİ

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Kurumda bulunan cihazların envanteri, kalibrasyon ve bakım planları HBYS üzerinden takip edilebilmektedir.
- 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.
- 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 temizliği Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'na göre yapılır.
- Cihazların kullanımı esnasında meydana gelebilecek tehlikeli ve riskli durumlar oluştuğunda kullanıcı önlemini alır ve cihazla ilgili biyomedikal görevlisi bilgilendirilir.
- Cihazlarla ilgili tüm arıza işlemleri ve diğer iş istekleri doğrultusunda yapılan işlemler HBYS üzerindeki cihaz kartına ve cihazın Biyomedikal Servis Formu' na gerekli şekilde kaydedilir.
- Dışarıdan kuruma geçici kullanım için gelen cihazlar (kullanıcılardan, firmalardan) biyomedikal görevlisi tarafından uygunluğu kontrol edilerek "Kurum Dışı Cihaz" etiketi yapıştırıldıktan sonra kullanıma sunulur.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- Kurumda bulunan cihazların envanteri, kalibrasyon ve bakım planları HBYS üzerinden takip edilebilmektedir.
- 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.
- 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 temizliği Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı'na göre yapılır.
- Cihazların kullanımı esnasında meydana gelebilecek tehlikeli ve riskli durumlar oluştuğunda kullanıcı önlemini alır ve cihazla ilgili biyomedikal görevlisi bilgilendirilir.
- Cihazlarla ilgili tüm arıza işlemleri ve diğer iş istekleri doğrultusunda yapılan işlemler HBYS üzerindeki cihaz kartına ve cihazın Biyomedikal Servis Formu' na gerekli şekilde kaydedilir.
- Dışarıdan kuruma geçici kullanım için gelen cihazlar (kullanıcılardan, firmalardan) biyomedikal görevlisi tarafından uygunluğu kontrol edilerek "Kurum Dışı Cihaz" etiketi yapıştırıldıktan sonra kullanıma sunulur.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

ÖNEMLİ HATIRLATMALAR VE GENEL BİLGİLER

- **Ameliyathaneyi efektif kullanmak** ve cerrahi operasyon olacak hastaları bekletmemek ve yatış gün süresini kısaltmak adına ameliyathane randevusunu hasta adı ve soyadı belirterek alınmalı ve saatlerine özen gösterilmelidir.
- **Tetkik istemlerinizi elektronik** ortamda yapmanız doğru görüntüleme ve tahlillerin çalışılmasını sağlayacaktır. Bu amaç için kağıt kullanmayınız.
- Hastaların tıbbi süreçleri hakkında bilgi sahibi olması ve rızalarının alınması adına her bir uygulama için sizlerle birlikte oluşturduğumuz **onam formları** bulunmaktadır. Bilgilendirmenin sizler tarafından yapılması ve imza altında alınması önemlidir.
- Hastanede kullanılan kısaltmaların benimsenmesi, yaygınlaşması ve herkes tarafından anlaşılması için "**Tanımlar Kısaltmalar Rehberi**" oluşturulmuştur. Rehber kalite programından ulaşabilirsiniz.
- Sağlık taraması planlamalarının aksamaması ve çalışan sağlığını korumak için sağlık taramalarını size söylenen zaman dilimi içerisinde mutlaka yaptırınız. Bunu yaptırmanız sizin sağlığınız açısından önemlidir.
- Tüm izin talepleri (yıllık izin, mazeret izni, saatlik izin, şua izni vs) www.inoizin.com adresinden çalışan tarafından yapılmalıdır.

- Hastalarımızın kişisel ve sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesine gereken özeni göstererek, onların **hem bilgi mahremiyetlerine hem de fiziksel mahremiyetlerine** dikkat ediniz. Hastalar ile ilgili bilgileri asansör, personel dinlenme yeri, vb. hiçbir ortamda kendi aramızda konuşmayınız, internet ortamında hasta bilgilerini paylaşmayınız. (Bkz: *Hasta Mahremiyetini Koruma Talimatı*)
- Doldurduğunuz formların ya da yazdığınız notların anlaşılabilir olması için el yazılarınızın okunaklı olmasına ve notlarınızı zamanında, eksiksiz yazmaya özen gösteriniz.
- Kontrole gelmesi gereken hastalarınız için branşınıza özel kontrol zamanları belirlenmiştir; HBYS üzerinden CRM butonunu bu amaç için kullanınız. Bu istek santrale düşer ve hastanın ilgili zamanda gelmesi sağlanır.
- Hastane çalışanı olduğunuzun belli olması ve hastaların kendilerine hizmet veren çalışanları tanıması için lütfen personel kimlik kartınızı takınız.

- Hastanın muayene kaydı sırasında adli vaka kaydı gereken bir durum varsa muhakkak acil serviste adli işlemlerin yapılması gerekmektedir.
- Özel sigorta ve TSS hastalarında ilk şikayet tarihi epikrizde doldurulması gerekmektedir.
- Hastanemizde kullanılan antibiyotiklere karşı duyarlılık ve direnç oranları hakkında bilgi almak için Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ile görüşebilirsiniz.
- Kuruma ait tüm prosedür, talimat ve standartlara kalite programından ve intranetten ulaşabilirsiniz.

Hastalarımızla ve birbirinizle olan iletişim dilinizin nazik, saygılı ve bilgiyle dolu olduğundan emin olup kendinize yakışan dil ve davranışı seçeceğinize inanıyoruz.

Tüm görüş, öneri, daha iyi hizmet sunmak adına işinizi kolaylaştıracak her türlü fikrinizi Başhekime iletebilirsiniz. Bundan büyük mutluluk duyacağız.

İş birliğinize teşekkür ederiz.
Optimed Yönetim Kurulu