

GENEL VE BÖLÜM UYUM REHBERİ

(PERSONEL YÖNETMELİĞİ)

Bu rehber sizlere özel hazırlandı:



Rehber hangi
unvanlar için
hazırlandı?

- Hemşireler
- Ebeler
- Acil Tıp Teknisyenleri
- Paramedikler
- Anestezi Teknisyenleri/Teknikerleri
- Perfüzyonist
- Laboratuvar Teknisyenleri/Teknikerleri
- Radyoloji-Radyoterapi Teknisyeni/Teknikerleri
- Fizyoterapistler
- Fizik Tedavi Teknikerleri/Teknisyenleri
- Uyku Teknisyenleri
- Odyometristler
- Sağlık Fizikçisi

İÇİNDEKİLER

Dokümanın Hazırlanma Amacı.....	4
Kurum Tanıtımı	5
Organizasyon Şeması.....	8
Kurum Kapasitesi ve Özellikleri.....	9
Değerlerimiz.....	10
İletişim ve Bilgilendirme Araçlarımız.....	11
Sahip Olunan Belgeler ve Unvanlar	12
Yeni Dünyada Tercih Edilen İnsan Özellikleri.....	15
Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli İyileştirme.....	16
Kalite Politikamız.....	18
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi.....	22
Çalışan Görüş ve Öneri Sistemi.....	25
Göstergelerin Yönetimi.....	27
Doküman Yönetimi.....	28
Kurullar.....	33
İç Tetkik/Öz değerlendirme.....	34
İyileştirme Yaklaşımlarımız.....	35
Acil Durum Yönetimi.....	39
Risk Yönetimi.....	42
Çalışan Güvenliği.....	45
Optimed Sağlık Hizmetleri Personel Yönetmeliği.....	47
Hasta Hakları	89
Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyet Sistemi İşleyiş Prosedür.....	93

Eğitim Yönetimi.....	96
Motivasyon Uygulamaları.....	99
Hasta Güvenliği.....	102
Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatı.....	103
Hasta Kabul ve Taburcu Kriterleri Talimatı.....	105
Hastaların İlk ve Yeniden Değerlendirilmesi Prosedürü.....	106
Düşme Olaylarının Önlenmesi ve Yönetimi Prosedürü.....	109
Nütrisyon Prosedürü.....	111
Ağrı Kontrolü Prosedürü.....	113
Hasta Bakım Planları ve Uygulama Prosedürü.....	114
Preoperatif Hasta Bakım Talimatı.....	116
Güvenli Cerrahi Uygulama Prosedürü.....	117
Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü.....	120
Güvenli Kan Transfüzyonu Talimatı.....	122
Venöz Tromboembolizmin Önlenmesi Talimatı.....	123
Ameliyathane Dışı Sedasyon ve Analjezi Uygulama Prosedürü.....	125
Normal Doğum - Sezaryen Öncesi ve Sonrası Bebek Bakımı Talimatı.....	126
Komplike Vakalarda Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Süreçlerin İzlemi Talimatı.....	129
Hasta Transfer Prosedürü.....	130
Hasta Mülkiyetini Saklama Talimatı.....	131
İlaç Yönetimi.....	132
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	138
İzolasyon Sembollerinin Anlamları.....	143
Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü.....	144
Laboratuvar Hizmetleri.....	145
Görüntüleme Hizmetleri.....	150
Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hizmetleri.....	153
Bölümlerin İşleyiş Prosedürleri.....	156

- Kurumumuzda çalışan herkes için, **kurumun standartlarını tanıtmak, sürekli kalite iyileştirme anlayışı ile yeni uygulama ve yaklaşımlar hakkında sizlere bilgi vermek, ulusal ve uluslararası kalite standartlarını ve ilgili kuralları tanıtmak, böylelikle iş yapışınızı kolaylaştırmak ve kurumsal bir kültür oluşturmak** amacıyla oluşturulmuştur.
- Tüm güncel bilgilere ve dokümanların tamamına 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

- Kurum içi iletişim ve bilgilendirmeler maillerle yapılmaktadır. Bazı durumlar için destekleyici SMS'ler de kullanılır.
- Kurumda ayda bir kalite bilgilendirme mesajları da sizlere maille iletilmektedir.
- Ekip içi, ekipler arası ve hastalarla kurduğumuz iletişimin sağlıklı ve nitelikli olması önemseydiğimiz konular arasındadır.
- Dönemsel olarak yapılan toplantılara katılımınız karşılıklı paylaşım açısından oldukça etkili bir yöntem haline gelmiştir. (Örneğin bölüm için toplantılar, kurul toplantıları...)
- Yemekhane bilgilendirme panosu ve bölümlerinizde bulunan panolar.
- 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. Emzirme politikamız tüm sağlık personeli tarafından bilinmektedir.
2. Tüm sağlık personeli anne sütü ve emzirme konusunda eğitilmiş ve gerekli sertifikalar alınmıştır.
3. Hamilelere anne sütü, emzirme ve gebe beslenmesi hakkında eğitim yapılmaktadır. bu program çerçevesinde gebe okulu eğitimi, loğusa eğitimleri düzenli olarak hastanemizde verilmektedir.
4. Doğum sonrası öncelikli hedefimiz bebeklerin annesiyle tensel temasını başlatıp, en fazla yarım saat içerisinde emzirmeye başlanmaktadır. Hatta doğumu yaptıran ekip tarafından epizyo dikimi sırasında bebek anne üzerine yatırılarak anne bebek arası tensel temas sağlanmaktadır.
5. Tıbben gerekli olmadıkça yeni doğanlara anne sütü dışında gıda verilmemektedir.
6. Anne ve bebeğin aynı odada kalması sağlanmaktadır.
7. Bebek her istediğinde emzirme teşvik edilmelidir.
8. Bebeklere emzik ve biberon verilmesi engellenmektedir. Mama numuneleri mama kitapçıkları, posterleri mamayla ilgili promosyonlar hastanemizden uzak tutulmaktadır.
9. Anneler kadın doğum servisinde loğusa eğitimi alıp taburcu olduktan sonra tekrar hastaneye çocukları için başvurduğunda anne sütüyle ilgili eğitimleri tekrar pekiştirilmelidir.
10. Taburcu olan annelere bebeğini ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesi, 6 aydan sonra ek gıdaya başlanması ve iki yaşına kadar anne sütüyle beslenmesi, 6 aydan sonra ek gıdaya başlanması ve iki yaşına kadar anne sütüne devam etmesi teşvik edilmektedir.
11. Kurumun her sahasında Uluslararası Mama Kodu Uygulamaları benimsenmekte ve uygulanmaktadır.

- 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 network'e 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.

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)
Kemoterapi Hizmetleri

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)

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri (SKS)

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

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.**

*Kalite programı üzerinden ve yemekhanede bulunan öneri kutusundan bildirebilirsiniz..



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



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 : _____

Olayı Siz mi Yaşadınız? :Evet ☐Hayır ☐

Göreviniz : _____

(Olayı yaşayan kişişi 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 kalibrasyonun 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 Kontroller
- ☐ 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 Hizmetleri kurumları 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 periyodlarda 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.

*Kalite programında ‘Görüş Öneri Bildirimi’ modülünden, intranet sayfasındaki (intranet/) ‘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 Veren							
Adı Soyadı	:				Öneri Tarihi	:	
Bölümü	:				Görevi	:	
İmza	:				Mail Adresi	:	
<u>ÖNERİ</u>							
<u>ÖNERİNİN NİTELİĞİ</u>							
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 gereğince 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;

- Personelin Eğitimlere Katılım Oranı
- Çalışan Memnuniyet Oranı
- El Hijyeni Uyum Oranı...

Doküman adı veya form kod numarası ile arama yapabilirsiniz.

Kalite sistemini etkileyen faaliyetlere yönelik olan dokümanların hazırlanması, onaylanması, yürürlüğe konması, revizyonu ve kontrolü ile ilgili yöntemler oluşturulmuştur.

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

Kalite Analiz Yönetim Entegrasyon Sistem

Kalite Yönetimi

Sık Kullanılanlar

Doküman Listeleri

+ Yeni Doküman + Yeni Doküman Dağıtım Listesi

Doküman Bilgileri (2143 adet)

Doküman Adı Sorgu

Doküman Kodu Sorgu

Metin Belgesi Hesap Tablosu PDF Belgesi Diğ Kaynaklı Doküman

OPTIMED KALİTE YÖNETİM DOKÜMANI

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

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 göz geçirildi. Radyasyon Güvenliği ve Tesis Güvenliği başlıkları eklendi.

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

- Her doküman için tek bir numara kullanılır.
Örnek: HB-TL-02
- Dokümanlar Optimed Sağlık Hizmetleri'ne aittir. **Kurum dışına çıkarılamaz ve çoğaltılamaz.**
- Dokümanlara;
 - Intranet (<http://intranet/>) adresi üzerinden
 - Kalite Programındaki Doküman Listesi modülünden ulaşılabilir.

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

11 Kasım 2021 Perşembe 17:59:19  +11°

ACİL DURUM KODLARI DOKÜMANLAR ▼ EĞİTİMLER TELEFON REHBERİ ▼ YEMEK MENÜSÜ KALİTE YÖNETİM YAPISI

OPTİMED intranet

- 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

DİŞ 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 (optimedsaglik.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.

Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar tüm çalışanların kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanarak

- Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması,
- Yönetmelik ve standartlar çerçevesinde kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu ile
- Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasını amaçlayan dokümandır.

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.

Kurullarımız

- *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
- *Nütrisyon 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 Elektronik 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) ve ilgili yönetmeliklere göre oluşturulmuş kalite yönetim sistemi dokümanlarına uyulup uyulmadığını, etkin olarak uygulanıp uygulanmadığını ve sürdürülüp sürdürülmediğini değerlendirmek için yılda 2 kez İç Tetkik/Öz değerlendirme yapılmaktadır.

- **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, gözlemlemek 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

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

- 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 KÖK NEDEN ANALİZİ VE İYİLEŞTİRME RAPOR FORMU		
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	☐ İletişim eksikliği	
☐ Yeni çalışan	☐ Prosedürün bilinmeyişi/uygulanmayışı	
☐ Prosedürün yokluğu	☐ Diğer	
☐ Malzeme/cihaz kaynaklı		
7-Bir Daha Yaşamamak Adına Alınan Önlemler		
Toplantıya katılanlar (İsim ve unvan olarak yazılmalı):		

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

☐

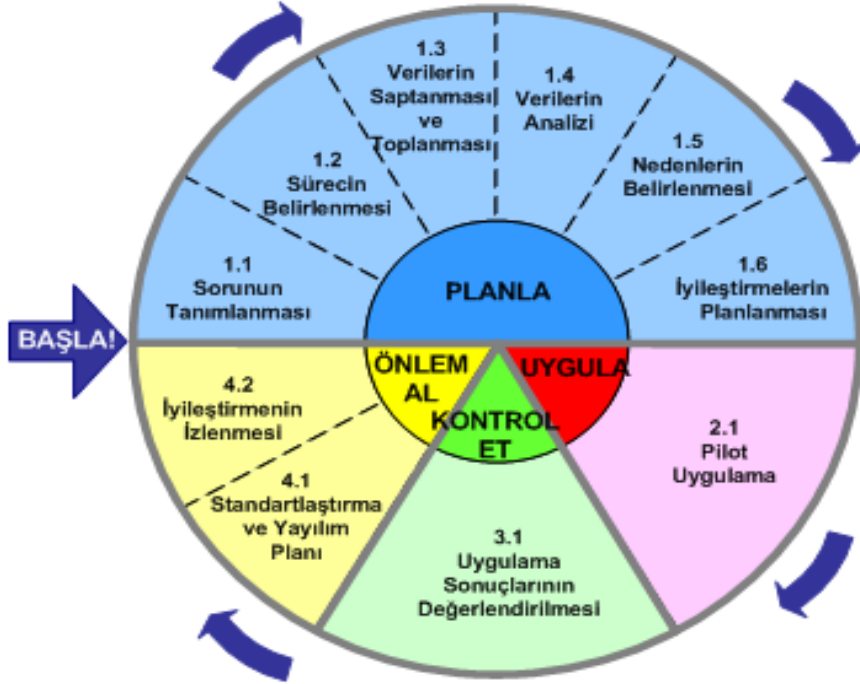
Evet

☐

Hayır, yöneticisine yazılı olarak bildirildi.

Form Kod No: KY-FR-17
Rev.No:01/Rev.Tar.:24.04.2019

- 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 görecekle zararları 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.

Tel	Kod Adı	Açıklama
1111	BEYAZ KOD	Çalışana Saldırı
2222	MAVİ KOD	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum
3333	PEMBE KOD	Bebek/ Çocuk Kaçırma
4444	KIRMIZI KOD	Yangın
	GRİ KOD	Saldırgan/ Silahlı Kişi, Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
	YEŞİL KOD	Acil Durum Sonlandırma
	TURUNCU KOD	Tehlikeli Madde Sızıntı/ Yayılması
	MOR KOD	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
	SARI KOD	Tahliye
	TURKUAZ KOD	Dış Toplu Yaralanma
	SİYAH KOD	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

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 analiz 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.

Bölümünüze ait risk analizinize intranetten veya kalite programından ulaşabilirsiniz.

		SİGORTA					FREKANS		RİSK BİLEŞİMİ		
İS YERİNİN UNVANI:	ÖZEL OPTİMED HASTANESİ	SİGORTA SİGORTASI:	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ	ÇEVRE ETKİSİ	TEBİS GÜVENLİĞİ	HASTA GÜVENLİĞİ	FREKANS	TEHLİKEYE ZAMAN İÇİNDE MARUZ KALMA TEKRARI	OLAŞIK DEĞERİ	ZARARIN DERCEKLEŞME OLAŞILIĞI	
İS YERİNİN ADRESİ:	ATATÜRK CAD. NO:118 ÇERKEZÖY/TEKİRDAĞ		100	BİRDEN FAZLA KİŞİNİN ÖLÜMÜ İLE SONUÇLANAN İŞ KAZASI	CEVRESSEL FELAKET	TESİSİN TEKRAR KULLANILMAYACAK HALE GELMESİ, TAMAMEN TAHLİYE EDİLMESİ	BİRDEN ÇOK ÖLÜMLÜ OLAY	10	HEMEN HEYETİ SÜREKLİ (GÜN İÇİNDE DEVAMLILIK)	10	BEKLENİR, KESİN
İS YERİNİN ADI:	OP.DR.AYHAN ARSLAN		40	BİR ÇALIŞANIN ÖLÜMÜ İLE SONUÇLANMASI	DIŞ ÇEVREYE YÜKSEK DÜZEYDE ZARAR	TESİSİN YÜKSEK ZARAR GÖRMESİ, TAHLİYE EDİLMESİ	BİR ÖLÜMLÜ OLAY	8	SIK (GÜNDE BİR DEFA VEYA BİR KAÇ DEFA)	8	YÜKSEK/OLUKÇA MÜMKÜN
RİSK ANALİZİ YAPILAN BÖLÜM:	ACİL SERVİS		16	UZUV KAYIPLI KALICI ETKİLİ YARALANMA	DIŞ ÇEVREYE ORTA DERECEDE ZARAR/Ç ÇEVREYE YÜKSEK ZARAR	TESİSİN ORTA DERECEDE ZARAR GÖRMESİ, KISIMEN TAHLİYE	HASTANIN AĞIR VE KALICI ZARAR , YOĞUN BAKIMA KALDIRILMASI	3	ARASIRA (HAFTADA BİR VEYA BİR KAÇ DEFA)	3	OLASI
GERÇEKLEŞME TARİHİ:	01.02.2021		7	İLK YARDIM İHTİYAÇLI VE/VEYA İŞ GÜCÜ KAYIPLI YARALANMA	DIŞ ÇEVREYE DÜŞÜK ZARAR/Ç ÇEVREYE ORTA ZARAR	TESİSİN KÜÇÜK DERECEDE ZARAR GÖRMESİ	HASTANIN ORTA DERECEDE ZARAR GÖRMESİ, TEDAVİ SÜRESİNİN UZAMASI	2	SIK DEĞİL AYDA BİR VEYA BİR KAÇ DEFA)	2	MÜMKÜN FAKAT DÜŞÜK
GEÇERLİLİK TARİHİ:	01.02.2022		3	İLK YARDIM GEREKTİRMEYEN HAFIF YARALANMA	DIŞ ÇEVREYE ZARAR YOK, Ç ÇEVREYE DÜŞÜK ZARAR	TESİSİN NORMAL İŞLEYİŞİ AKSATTIRMAK ŞEKLİNDE ZARAR GÖRMESİ	HASTANIN HAFIF ZARAR GÖRMESİ, BASİT MÜDAHALELERLE İYİLEŞMESİ	1	SEYREK (YILDA BİR KAÇ DEFA)	1	BEKLENMEZ FAKAT MÜMKÜN
			1	UZUZ ATILATMA, HERHANGİ BİR ZARAR GÖRMESE	DIŞ VE İÇ ÇEVREYE BİR ZARAR YOK	TESİS İLE İLGİLİ HERHANGİ BİR ZARAR OLMAMASI	HASTANIN HERHANGİ BİR ZARAR GÖRMEYESİ	0.5	ÇOK SEYREK (YILDA BİR VEYA DAHA SEYREK)	0.5	BEKLENMEZ

RİSK TESPİT TARİHİ	İLGİLİ SÜREÇ	FAALİYET	BELİRLENEN TEHLİKE KAYNAKLARI TEHLİKELER	TESPİT EDİLEN RİSKLER	MEVCUT DURUM	YASAL MEVZUAT	RİSKLERİ BELİRLEME VE ANALİZ ETME										FREKANS	OLAŞIK	RİSK	MEVCUT RİSK	DÜZELTİÇİ VE ÖNELEYİCİ FAALİYET TEDBİRLER
							SİGORTA														
							SAĞ	ÖR	İD	HİZ	DÖĞ	CE	TO	HO	SO						
21.01.2021	ÇEVRE GÜVENLİĞİ	ATIK YÖNETİMİ	ATIK YÖNETİMİ/ ATIKLARIN UYGUN BİÇİMDE AYRILMASI, TOPLANMAMASI VE ATILMAMASI	TIBBİ ATIKLARIN UYGUN TOPLANMAMASI SONUCU ENFEKSİYON KESİCİ DELİCİ ATIKLARIN UYGUN TOPLANMAMASI SONUCU DELİCİ KESİCİ ALET YARALANMALARI TEHLİKELİ ATIKLARIN UYGUN TOPLANMAMASI VEYA DOKÜLMESİ, ÇALIŞANLARIN NASIL MÜDAHALE EDECEĞİNİ BİLEMESİ SONUCU KİŞİLERİN ZEHİRLENMESİ AMBALAJ ATIKLARININ UYGUN TOPLANMAMASI SONUCU ÇEVRE KİRLİLİĞİNİN OLUŞMASI EVSEL ATIKLARININ UYGUN TOPLANMAMASI SONUCU ORTAMIN KİRLİLENMESİ	TIBBİ ATIKLAR KIRMIZI POSETLERLE TOPLANMAKTADIR. ATIK TOPLAYAN PERSONELE KONU İLE İLGİLİ EĞİTİM VERİLMİŞTİR. KESİCİ DELİCİ ATIKLAR, ÖZEL KESİCİ DELİCİ ALET KULLANILIRDA TOPLANMAKTADIR. TEHLİKELİ ATIKLAR DIĞER ATIKLARDAN AYRI ÖZEL, SARI TORBALARDA TOPLANMAKTADIR. AMBALAJ ATIKLARI, CAMLAR AYRI VE DİĞER AMBALAJ ATIKLARI MAVİ TORBALARDA AYRI TOPLANMAKTADIR. EVSEL ATIKLAR SİYAH TORBALARDA AYRI TOPLANMAKTADIR.	TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETİMELİĞİ TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETİMELİĞİ ATIKLAR YERİNDE AYRILTIYILARAK TOPLANMAKTADIR, DOKÜLME VE SACLIMAYA KARŞI KİMYASAL SIZINTI DOKÜNTÜ EKİBİ BULUNMAKTADIR. TEHLİKELİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETİMELİĞİ UYGULANMAKTADIR. ÇALIŞANLARA EĞİTİMLER VERİLMEKTEDİR. AMBALAJ ATIKLARININ KONTROLÜ YÖNETİMELİĞİ ATIK YÖNETİMİ YÖNETİMELİĞİ	3	3	1	7	1	3	1	1	7	3	1	21	OLAŞIK RİSK	TIBBİ ATIK SÜRECİNİN DÜZENLİ KONTROL EDİLMESİ, DÜZENLİ EĞİTİMLER VERİLMESİ, YENİ İŞE BAŞLAYAN PERSONELE KONU İLE İLGİLİ EĞİTİM VERİLMESİ	
							7	1	1	7	1	3	1	1	7	3	2	42	OLAŞIK RİSK	KESİCİ DELİCİ ATIKLARIN UYGUN TOPLANMAMASI VE KESİCİ DELİCİ ATIKLARIN KUTUYA DOPRU ATILMASI VE SÜREKLİ KONTROL EDİLMESİ	
							3	1	1	7	1	1	1	1	7	2	1	14	ÖNEMİZ RİSK	TEHLİKELİ ATIKLARIN ORJİNAL AMBALAJLARINDA ATILMASI, PERSONELİN KKK KULLANIMI VE KONU İLE İLGİLİ EĞİTİM VERİLMESİ	
							3	1	1	3	3	1	1	1	3	3	2	18	ÖNEMİZ RİSK	AMBALAJ ATIKLARININ DÜZENLİ TOPLANMASI VE TOPLAMA ALANINA GÖNDERİLMESİ, DÜZENLİ EĞİTİMLER VERİLMESİ VE KONTROL EDİLMESİ	
							1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	2	12	ÖNEMİZ RİSK	EVSEL ATIKLARIN UYGUN TORBALARDA TOPLANMASI, DÜZENLİ EĞİTİMLER VERİLMESİ VE KONTROL EDİLMESİ	
						TS-EN 1634 STANDARTLARI- BİNALARIN YANGINDAN KORUNMASINA DAİR YÖNETMELİK	15	15	15	15	15	15	15	15	15	1	2	30	OLAŞIK RİSK	YANGIN KAPILARI AÇIK DURUMDA BIRAKILMAMALIDIR. SIK SIK KONTROL EDİLMELİDİR.	
						BİNALARIN YANGINLARDAN KORUNMASINA DAİR YÖNETMELİK	7	7	7	7	7	7	7	7	7	1	3	21	OLAŞIK RİSK	YANGIN DEDEKÖRÖRLERİNİN DÜZENLİ KONTROL EDİLMESİ CHECK LIST İLE YAPILMAKTADIR.	
						BİNALARIN YANGINLARDAN KORUNMASINA DAİR YÖNETMELİK	15	15	15	15	15	15	15	15	15	1	3	45	OLAŞIK RİSK	YANGIN TÖLERİ VE DOLAPLARININ PERİYODİK KONTROLLERİ YAPILMAKTADIR.	
21.01.2021	TESİS GÜVENLİĞİ	YANGIN	YANGIN SONUCU BÖLÜMÜN HASTALARIN ZARAR GÖRMESİ	YANGIN DÖKÜMLERİ İŞLEYİŞİ YAPILMAMASI SONUCU YANGININ GEC TESPİT EDİLMESİ VE İLGİLİ ALANI KİRLİLENMESİ YANGIN TÖPLERİNİN BASINÇLARININ DÜŞMESİ VE YANGIN DOLAPLARINDA BASINÇ VE SU YETERSİZ OLMASI SONUCU YANGINA MÜDAHALE EDELEMESİ ACİL DURUM TATBİKATLARI YAPILMAMASI SONUCU ACİL DURUMDA ÇALIŞANLARIN NASIL MÜDAHALE EDECEĞİNİ BİLEMESİ, PANİĞE YOL AÇMASI YANGIN TAHLİYE PLANLARI OLMAMASI, VARSA PERSONELİN BU KONUDA BİLGİSİ OLMAMASI SONUCU YANGIN DURUMUNDA TAHLİYE İŞLEMİ DOĞRU YAPILAMAMASI	HER YIL DÜZENLİ OLARAK EĞİTİMLER VERİLMEKTE VE TATBİKAT YAPILMAKTADIR. HER YIL DÜZENLİ OLARAK EĞİTİMLER VERİLMEKTE VE TATBİKAT YAPILMAKTADIR. HASTANE TAHLİYE PROSEDÜRÜNE GÖRE YAPILMIŞ VE İLGİLİ YERLERE ASILMIŞ DURUMDADIR.	BİNALARIN YANGINLARDAN KORUNMASINA DAİR YÖNETMELİK, İŞYERLERİNDE ACİL DURUMLAR HAKKINDA YÖNETMELİK BİNALARIN YANGINLARDAN KORUNMASINA DAİR YÖNETMELİK, İŞYERLERİNDE ACİL DURUMLAR HAKKINDA YÖNETMELİK	15	15	15	15	15	7	7	15	2	1	30	OLAŞIK RİSK	HER YIL DÜZENLİ OLARAK EĞİTİMLERİN VERİLMESİ VE TATBİKATLARIN YENİLENMESİ		
						BİNALARIN YANGINLARDAN KORUNMASINA DAİR YÖNETMELİK	40	40	40	40	40	15	15	40	15	1	2	30	OLAŞIK RİSK	TÜM KATLARIN MEVZUATINA VE SKS YE UYGUN YANGIN PLANLARI ASILMIŞTIR.	
						BİNALARIN YANGINLARDAN KORUNMASINA DAİR YÖNETMELİK	15	15	15	15	15	15	15	15	15	6	0.5	45	OLAŞIK RİSK	YANGIN MERDİVENLERİNİN SÜREKLİ OLARAK KAT SÖRÜMLÜLERİ VE BÖLÜM SÖRÜMLÜ HEMŞİRELERİ TARAFINDAN KONTROL EDİLMESİ VE MALZEME	

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

- 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 periyodlarda 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.

OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ PERSONEL YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM: Genel Hükümler

Amaç, Kapsam ve Hukuki Dayanak

Amaç ve Kapsam

Madde 1-Bu Yönetmelik, Optimed Sağlık Hizmetlerinde uygulanmakta olan insan kaynakları politikaları hakkında personeli bilgilendirmek, özlük hakları konusunda bilinçlendirmek ve uyması gereken kuralları belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Madde 2-Bu Yönetmelik, Optimed Sağlık Hizmetleri'nde 4857 sayılı iş kanunu hizmet akdine dayalı olarak çalışanları kapsar.

Hukuki Dayanak

Madde 3-Bu Yönetmelik Optimed Sağlık Hizmetleri' nin uymak zorunda olduğu **4857 sayılı** İş Kanunu, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Medeni Kanun ve Borçlar Kanunundan alınan yasal mevzuatlardan faydalanarak hazırlanmıştır.

Esas Hükümler BİRİNCİ BÖLÜM

İşe Alım, Terfi ve İşten Ayrılış Süreci

1. Çalışan Taleplerinin Değerlendirilmesi

Tüm bölümler ile ilgili norm kadro planlaması yapılmış olup, çalışan talepleri bu kapsamda değerlendirilmektedir. Bölümlerin 1. yöneticileri çalışan ihtiyacı olduğu zaman Çalışan Talep Formu doldurur ve ikinci yöneticiye onaya gönderir.

2.yöneticiler gelen bu talebin norm kadro kapsamında olup olmadığını değerlendirir;

- Gelen talepler norm kadro kapsamında ise doğrudan insan kaynaklarına yönlendirilir ve çalışan arama süreci başlamış olur.
- Gelen talep norm kadro kapsamında değil ise, 2.yönetici tarafından genel müdür onayına sunulur. Genel müdür onayı ile birlikte insan kaynakları tarafından çalışan arama süreci başlatılmış olur. Genel müdür tarafından red edilmesi durumunda ise süreç sonlandırılır.

2. Çalışan Arama- Mülakat Süreci

Çalışan alımı; gazete ilanlarıyla ve/veya İK havuzundan ve/veya anlaşmalı iş arama motoru vasıtası ile yapılmaktadır.

İş görüşmeleri, Pazartesi öğleden sonra ve Çarşamba sabah (acil durumlar için her zaman) yapılmakta olup, insan kaynakları tarafından uygun görülen adaylar bu günlerde görüşmeye çağrılır.

Gelen adaylarla ilk görüşmeyi Mülakat Bilgi Formu ile insan kaynakları yapar. Bu ön görüşme sonucu uygun görülen adaylarla iş görüşmesinin ikinci aşaması yapılır.

İkinci aşama iş görüşmesinde talep yapılan bölümün 1. Yöneticisi, 2. Yöneticisi ve İnsan Kaynakları tarafından toplu görüşme yapılır. Yapılan görüşmeler Mülakat Bilgi Formu ile kayıt altına alınır.

Uygun görülen aday için işe alım süreci başlatılır. Görüşme yapılan her aday insan kaynakları havuzuna kayıt edilir.

Olumlu-olumsuz-ileride değerlendirilebilir notları ile yapılır.

3. İşe Girişlerde Dikkat Edilecek Hususlar

Sağlık çalışanları için;

- İlgili fakülte, yüksekokul veya liseden mezun olmak,
- Yönetici kadrosu tercihen üniversite mezunu olmak ve/veya daha önce bu konu ile ilgili iş tecrübesi olmak; diğer kadrolar için tercihen en az lise mezunu olmak,
- Fiili askerlik hizmetini tamamlamış olmak, tecil edilmiş veya muaf olmak,
- Taksirli suçlar hariç, ağır hapis veya altı aydan fazla hapis yahut affa uğramış olsalar bile devletin şahsiyetine karşı işlenen suçlarla zimmet, ihtilas, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtekârlık, güveni kötüye kullanma, dolaylı iflas gibi yüz kızartıcı suçtan dolayı hapis cezasıyla hüküm giymiş bulunmamak,
- Görevini yapmasına engel teşkil edecek vücut veya akıl hastalığı olmamalıdır. (fiili ehliyeti yerinde olmak-ayırt etme gücüne sahip olmak),
- Optimed Sağlık Hizmetlerinde birinci derece akrabası çalışıyor olmamak
- Herhangi bir sebepten dolayı bir sene içinde Optimed Sağlık Hizmetlerindeki görevinden ayrılmamış olmak,
- Daha önce kurumda çalışan ise kara listede yer almamak gerekir.

4. İşe Giriş

İşe alım şartlarından başarı ile geçip, işe girmesine karar verilen personele Mülakat Bilgi Formu hazırlanır, ön bilgi verildikten sonra imzası alınır ve İşe Başlangıç Evrak Listesi verilir.

Sağlık Personelinden;

- 4 Adet Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
- 3 Adet Nüfus Cüzdanı Örneği(aslı) 3 Adet İmza Sirküleri(aslı)
- 3 Adet İkametgâh İl Muhaberi(aslı) 3 Adet Adli Sicil Kaydı(aslı)
- 3 Adet Noter Onaylı Diploma Sureti(aslı)
- 18 Adet Fotoğraf (arka fon beyaz olacak)
- Vukuatlı Nüfus Kayıt Örneği
- İşe Giriş Muayenesi İçin; kan grubu kartı, covid aşısı kartı, pa akciğer grafi(raporlu), hemogram, tit, hbsag, anti hbs, anti hiv, anti hcv, ekg tahlilleri yapılacak.
- Çalışma Belgesi (Daha Önce Bir Yerde Çalışmış İse)
- Askerlik Terhis Belgesi
- 4/A hizmet dökümü (SGK hizmet listesi)
- Anlaşmalı Banka Şubesinden Hesap Numarası istenir.
- İşkur Kayıt Belgesi

İdari Görev Yapan Personelden

- 2 Adet Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
- İkametgah İl Muhaberi
- Adli Sicil Kaydı
- Diploma Fotokopisi
- 12 Adet Fotoğraf (arka fon beyaz olacak)
- Vukuatlı Nüfus Kayıt Örneği
- Çalışma Belgesi (daha önce bir yerde çalışmış ise)
- Askerlik Terhis Belgesi
- İşe Giriş Muayenesi İçin; kan grubu kartı, covid aşısı kartı, ac pa grafi(raporlu), hemogram, tit, hbsag, anti hbs, anti hiv, anti hcv, ekg tahlilleri yapılacak
- 4/A Hizmet Listesi
- Anlaşmalı Banka Şubelerinden Hesap Numarası istenir.
- İşkur Kayıt Belgesi

Bu evraklardan eksik olması durumunda personelin başlangıcı yapılmaz ve evrakların tamamlanması için süre verilir. Evraklar tamamlandıktan sonra işe giriş periyodik muayenesi için iş yeri hekimine yönlendirilir, işe giriş periyodik muayenesinde çalışmasına engel teşkil eden bir durum varsa işe giriş işlemleri yapılamaz. Engel yoksa iş sözleşmesi imzalatılır ve SGK giriş bildirgesi yapılır girişi yapıldıktan sonra görev tanımı kişiye teslim edilir, oturduğu semt servis güzergâhındaysa İK tarafından Servis Görevlisinin numarası kişiye bildirilir ve görev alacağı bölüme yönlendirilir.

5.Oryantasyon Eğitimi

İşe başlayacak çalışana, insan kaynakları departmanı gerekli işlemlerini yaptırdıktan sonra kurumun ve çalıştığı bölümün standartlarını içeren Genel ve Bölüm Uyum Rehberi (Personel Yönetmeliği) verilerek Doküman Dağıtım Formu ile kayıt altına alınır.

İşe başlamadan önce oryantasyon eğitimi alması sağlanır. Kritik durumlarda başladığı dönemde planlı oryantasyon eğitimi yoksa kişi sahada işe başlatılır ve ilk planlanan oryantasyon eğitimine katılması sağlanır.

Sağlık çalışanı işe başlarken temel oryantasyon eğitimi ve sağlık oryantasyon eğitimi alırken, sağlık çalışanı haricindeki diğer çalışan sadece temel oryantasyon eğitimi alırlar.

Tüm çalışanlar için verilen temel oryantasyon eğitimi planlanmaktadır.

Kurumdan belli sebeplerle (doğum izni, askerlik, ücretli izin vb.) altı ay ve üzeri uzak kalmış çalışanlar işe başladığında yeniden oryantasyon eğitimi alırlar.

Temel oryantasyon eğitiminde tüm çalışanlar için;

İnsan Kaynakları bölümü tarafından;

- Hastanenin genel tanıtımı
- Tarihçesi
- Organizasyon yapısı
- Misyonu
- Vizyonu, Değerleri, Kalite politikası gibi temel bilgileri verilir ve hastane turu yapılarak bölümler gezdirilir.

İnsan Kaynakları bölümü tarafından İnsan Kaynakları politikaları altında;

- İşverenin Hakları ve Sorumlulukları
- Çalışanların Hakları ve Sorumlulukları
- Maaş, avans ve prim ödemeleri
- Disiplin Yönetmeliği
- Motivasyon Prosedürü
- İzin ve diğer sosyal haklar vb. konuları içeren eğitim verir.

Kalite Yöneticisi ve/veya Kalite Uzman Yardımcısı; kalite ile ilgili konuların verilmesinden sorumlu olup;

- Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli İyileştirme
- İstenmeyen Olay Bildirim sistemi,
- LiveKIDOKS Kalite Dokümantasyon Programı eğitimi
- Sağlık Bakanlığı Kalite Standartları ile ilgili bilgiler verilir.

Hasta Hakları Birim Sorumlusu, Hasta Hakları ve Mahremiyeti ile ilgili eğitim verilmesinden sorumlu olup, bu eğitimde;

- Hasta Hakları Yönetmeliği
- Hastaların Hakları ve Sorumlulukları
- Hasta Mahremiyeti
- Örnek vakalar ve tartışılmaları bulunur.

Basın Yayın Sorumlusu, iletişim eğitiminin verilmesinden sorumlu olup, bu eğitimde;

- Kurumsal iletişim ve tanıtım
- İletişim araçları

Hastanenin İSG Uzmanları tarafından iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim verilmesinden sorumlu olup, bu eğitimde;

- İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Eğitimi
- Risk analizi

Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi, hastane genelinde enfeksiyon ve sağlık ile ilgili eğitim konularının verilmesinden sorumlu olup;

- El Hijyeni ve Hastane Enfeksiyonları,
- İzolasyon Önlemleri
- Hasta Güvenliği Temel Eğitimi
- Acil Durum Kodları eğitimi
- Anne Sütü-Anne ve Bebek Dostu Hastane eğitimi
- İletişim eğitimi
- Atık Yönetimi eğitimi verilir.

Bilgi İşlem Görevlisi, hastane bilgi yönetim sistemi kullanımı eğitiminin verilmesinden sorumlu olup;

Bizmed kullanımı

Kişisel verilerin korunması kanunu eğitimi verilir.

Biyomedikal mühendisi, cihaz güvenliği ile ilgili eğitimin verilmesinden sorumlu olup;

Cihaz güvenliği ve temizliği eğitimi verilir.

5.1.Hekim Oryantasyon Eğitimi

HBYS için hekimlere Bilgi İşlem tarafından eğitim verilir. Kurumun politika, işleyiş ve kurallarını öğrenmesi için Hekim Oryantasyon ve Bilgilendirme Rehberi verilir, Doküman Dağıtım Formu imzalatılarak kayıt altına alınır. Hekimin odası, önlüğü, kartviziti ve ihtiyaç duyduğu dokümanlar Hasta Hizmetleri tarafından hazırlanır.

5.2.Bölüm İçi Oryantasyon Eğitimi

Temel oryantasyon eğitiminin bitmesiyle beraber çalışanın göreve başlayacağı yerdeki bölüm içi oryantasyon ve deneme süreci başlamaktadır. Bu tüm bölüm ve çalışanlar için geçerlidir. Birinci yönetici rehberliğinde işe başlayan çalışanlar için düzenlenen Bölüm Uyum Planı ile eğitim ve uygulamalar yapılarak çalışanın bölüme uyumu sağlanmaktadır.

Birinci yönetici, ikinci yönetici ve sağlık çalışanları için eğitim hemşiresi, bu süreci izleyerek gerekli noktalarda destek olmakta ve sürecin etkinliğini değerlendirmektedir. Deneme süresi sonunda birinci yönetici çalışanla yüz yüze görüşme yaparak çalışmaya devam edip etmeme kararı verir ve çalışanına iletir. Bu kararı ikinci yönetici de onaylar ve ilgili form insan kaynakları departmanına gönderilir. İnsan Kaynakları ise oryantasyon döneminde süreci takip ederek zamanında gelmeyen formlar konusunda birinci yönetici ile iletişime geçer. Formlar kişinin özlük dosyasında saklanır.

5.3.Yıllık Eğitim Faaliyetleri

Eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi amacı ile eğitimlerin planlanması, koordinasyonu, yöntemlerinin belirlenmesi ve uygulanması için Eğitim Kurulu oluşturulmuştur. Kurul tarafından her yıl hasta/hasta yakını ve tüm çalışanları kapsayacak şekilde eğitim planı oluşturulmaktadır.

6.Deneme Süresi

İşe başlayan çalışanların 2 aylık deneme süreci bulunmaktadır. Bu süre içinde çalışanlar ihbar süresi kullanmadan ve sebep sürmeden görevlerinden ayrılabilceği gibi işveren de herhangi bir koşul öne sürmeden ve ihbar süresi vermeden çalışanın sözleşmesini fesh edebilir.

Oryantasyon dönemi boyunca, hem birinci ayın sonunda hem de ikinci ay sonunda Bölüm Uyum Planı ile değerlendirme yapılır.

Birinci ayın sonunda yapılan değerlendirmede, gerek Bölüm Uyum Planı'na gerekse kuruma uyumu yetersiz olan çalışanın kurumla ilişkisi kesilebilir veya alınacak ek önlemler belirlenerek bir aylık süre daha izlenmesine karar verilebilir. İzlenmesine karar verilen çalışan ile ilgili olarak işbaşı eğitimler tekrarlanabilir ve/veya eksik olduğu eğitim konuları belirlenerek tekrar eğitim verilebilir. Eğer çalışanın uyum süreci ile ilgili bir sorun tespit edilmemişse deneme sürecine devam eder

İkinci ayın sonunda yapılan değerlendirmede halen kuruma uyum sağlayamamış ve verimli olmayan çalışan ile kurumun ilişkisi kesilir. Deneme sürecinde başarılı olan çalışanın ise kurumdaki görevine devam etmesi sağlanır.

7.Terfi Süreci

Kurumda kadro genişlemesi ve/veya işten ayrılma vb nedenlerle boşalan kadrolar için öncelikli olarak hastane içinden çalışanlar değerlendirilir.

Değerlendirme, Yönetici Adayı Değerlendirme Formu ile birlikte yapılır. Form İK tarafından doldurulur.

Değerlendirme Genel Müdür ve varsa ilgili bölüm yöneticisi de dahil edilir ve mümkünse karşılaştırma yapabilmek amacıyla birden fazla aday seçilir.

İhtiyaç olan bölüm ile ilgili olarak insan kaynakları bölümü tarafından ilgili bölüm sorumlusunun da önerileri alınarak uygun kişiler seçilir.

Bu kişiler ile Terfi/Yönetici Adayı Değerlendirme Formu vasıtasıyla ilgili bölüm 1. yöneticisi ve insan kaynakları yöneticisi görüşür.

Bu görüşmeler sonucu terfi etmesi uygun bulunan personelin terfi ettirilmesi sağlanır.

8.İstifa Süreci

Çalışan herhangi bir sebeple istifa ederek kurumdan ayrılmak istemesi durumunda öncelikle istifa yazısını yazar. Yazmış olduğu istifa yazısını 1.yöneticisine onaylatarak insan kaynakları bölümüne teslim eder. İnsan kaynakları tarafından çalışanın yasal ihbar süresi hesaplanır ve yazı ile tebliğ edilir.

Buna göre ihbar süresi 4857 sayılı İş Kanunu' na göre ;

- İşi 6 Aydan Az Sürmüş Çalışan İçin : 2 Hafta
- İşi 6 Aydan 1,5 Yıla Kadar Sürmüş Çalışan İçin : 4 Hafta
- İşi 1,5 Yıldan 3 Yıla Kadar Sürmüş Çalışan İçin : 6 Hafta
- İşi 3 Yıldan Fazla Sürmüş Çalışan İçin : 8 Hafta olarak belirlenmiştir.

Ayrıca çalışanın günlük 2 saat iş arama izni bulunmakta olup, bu iş arama iznini günlük olarak kullanabileceği gibi ihbar süresinin sonundan da düşülebilir.

9.İşten Ayrılma Görüşmesi

Çalışanın kurumdan neden ayrılmak istediğini ayrıntılarıyla anlamak ve elde edilecek verilerle çıkan sorunları çözüme kavuşturmak, çalışanların kuruma bağlılığını artırmak için çalışan ile İşten Ayrılış Mülakat Formu ile görüşme yapılır. Görüşmeler ilk olarak 1. ve 2.yönetici tarafından ve ayrıca İK tarafından da yapılır.

10.İşten Çıkarılma Süreci

Çalışanın gerek hastane disiplin yönetmeliğine uymaması gerekse 4857 sayılı İş kanununda belirtilen maddelere aykırı davranması durumunda işveren tarafından sözleşmesi haklı veya geçerli nedenle fesih edilebilir.

Geçerli nedenle iş sözleşmesinin feshi durumunda çalışanın kıdem tazminatı ve ihbar tazminatı hakkı bulunmaktadır Geçerli nedenle sözleşmesi fesih edilen çalışan, ihbar süresini kullanmak zorunda olup bu süre ;

İşi 6 Aydan Az Sürmüş Çalışan İçin : 2 Hafta

İşi 6 Aydan 1,5 Yıla Kadar Sürmüş Çalışan İçin : 4 Hafta

İşi 1,5 Yıldan 3 Yıla Kadar Sürmüş Çalışan İçin : 6 Hafta

İşi 3 Yıldan Fazla Sürmüş Çalışan İçin : 8 Hafta olarak belirlenmiştir.

Çalışan bu ihbar süresini kullanmak zorunda olup erken ayrılması durumunda maaşından kesilir. Ayrıca Kıdem tazminatı ödenir. İşveren tarafından haklı nedenle sözleşmesi fesih edilen çalışanın ise herhangi bir ihbar /kıdem tazminatı hakkı bulunmamaktadır. Fesih yazısının tebliğ edilmesiyle beraber kurumdan ayrılışı yapılır.

11.İşten Çıkış Süreci

Çalışan ihbar süresinin son günü ilişik kesme için İnsan Kaynakları bölümüne gelir ve öncelikle İlişik Kesme Formu'nu alır.

İlişik Kesme Formu'nu, ilgili bölümlerde dolaştırıp ilişığının kalmadığına dair imzalarını aldıktan sonra İnsan Kaynaklarına teslim etmek üzere gelir.

İnsan Kaynakları tarafından çalışanın tüm alacaklarını aldığına dair ve kurumdan başka bir alacağının kalmadığına dair ibranamesi hazırlanır ve imzalatılır.

Ayrıca çalışmış olduğu süreleri gösteren çalışma belgesi hazırlanır ve bir nüshası çalışana verilir, bir nüshası da imzalatılarak dosyasına kaldırılır.

12.İzin Uygulamaları

Kurumdaki izin uygulamaları kapsamında;

- Yıllık İzin,
- Şua İzin,
- Mazeret İzinleri,
- Ücretsiz İzin,
- Kısa süreli-Saatlik İzin
- Doğum-Emzirme-Gebelik izin,
- İş Arama İzni,
- Yarım Çalışma,
- Kısmi Çalışma izni hakları bulunmaktadır.

Tüm izin talepleri www.inoizin.com adresinden çalışan tarafından yapılır. Saatlik izin uygulamasında sadece 1.yöneticinin onayı yeterli iken, diğer kullanacak tüm izinlerde çalışan, izni 1.yönetici ve 2. yönetici tarafından onaylandıktan sonra izin formunun bir nüshasını alıp imzalayarak İnsan Kaynakları departmanına getirir. İzin formları İnsan Kaynakları bölümüne onaylatılmadan kurum dışına çıkılmaz.

12.1.Yıllık İzin

İşyerinde işe başladığı günden itibaren, deneme süresi de içinde olmak üzere, en az bir yıl çalışmış olan çalışanlara yıllık ücretli izin verilir. Yıllık izin süresi;

- Bir yıldan beş yıla kadar (beş yıl dahil) olanlara on dört iş günü,
- Beş yıldan fazla on beş yıldan az olanlara yirmi iş günü,
- On beş yıl ve daha fazla olanlara yirmi altı iş günü,
- On sekiz ve daha küçük yaştaki çalışanlarla elli ve daha yukarı yaştaki çalışanlara yirmi iş günü olarak belirlenmiştir.

Yıllık ücretli izin günlerinin hesabında izin süresine rastlayan ulusal bayram, hafta tatili ve genel tatil günleri izin süresinden sayılmaz.

Ayrıca yıllık izinde çalışanın başka bir işte çalışılmasına izin verilmez. Bununla beraber yıllık izinin bir bölümü on günden az olmamak üzere kullanır.

Geri kalan günleri ise istediği gibi kullanmaktadır.

Ayrıca çalışanın yıllık iznini o yıl içinde kullanması zorunlu olup, izin tarihinin belirlenmesi konusunda sorumlusuna daha önceden bilgi vermesi ve işveren/sorumlusunun uygun gördüğü tarihte izin kullanması gerekir.

12.2.Şua İzni

Radyasyon kaynakları ile çalışan radyoloji teknisyenleri, radyoloji teknikerleri, anjiyo teknisyen/teknikerleri vb görevde bulunan çalışan birinci yılını doldurmaları ile beraber 4 haftalık şua iznine hak kazanırlar. Bu süreçte şua izinleri ile ilgili planlamayı bölüm sorumluları yapar.

12.3.Mazeret İzinleri

- Çalışanın evlenmesi durumunda üç gün evlilik izni,
- Eşinin doğum yapması halinde beş gün babalık izni,
- Evlat edinmesi halinde üç gün evlat edinme izni,
- Ana veya babasının, eşinin, kardeşinin, çocuğunun ölümü hâlinde üç gün cenaze izni,
- Çalışanların en az yüzde yetmiş oranında engelli veya süreğen hastalığı olan çocuğunun tedavisinde, hastalık raporuna dayalı olarak ve çalışan ebeveyninden sadece biri tarafından kullanılması kaydıyla, bir yıl içinde toptan veya bölümler hâlinde on gün hastalık izni hakları bulunmaktadır.

Mazeret izinleri, çalışanın yıllık izninden düşülmez.

12.4.Gebelik – Emzirme ve Doğum İzinleri

Çalışanın gebeliğinin tespit edilmesiyle beraber (bebek kalp atım sesinin duyulması), çalışanın bu durumu insan kaynaklarına yazılı olarak bildirmesi gerekir. Gebe olan çalışan, gece nöbetlerine yazılmaz ve her gün 1 saat gebelik izni kullanırlar.

Kadın çalışanları doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı haftalık süre için çalıştırılmamaları esastır. Çoğul gebelik halinde doğumdan önce çalıştırılmayacak sekiz haftalık süreye iki hafta süre eklenir. Kadın işçinin erken doğum yapması halinde ise doğumdan önce kullanamadığı çalıştırılmayacak süreler, doğum sonrası sürelerle eklenmek suretiyle kullandırılır.

Kadın çalışanlara bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam bir buçuk saat süt izni verilir. Bu sürenin hangi saatler arasında ve kaç bölünerek kullanılacağını çalışan kendisi belirler. Bu süre günlük çalışma süresinden sayılır. Çocuk 1 yaşına geldiğinde bu izin hakkı bitmiş olur. Süt izni işçinin fiilen çalıştığı süreler için geçerlidir. Çalışılmayan günler için süt izni hakkı bulunmaz.

12.5.İş Arama İzni

İstifa eden ve/veya geçerli nedenle sözleşmesi fesih edilen çalışanın, ihbar süresi içinde günde 2 saat iş arama izni bulunmaktadır. Çalışan bunu günlük olarak kullanabileceği gibi, talebi halinde toplu olarak kullanılabilir ve bu süre ihbar süresinden düşürülür.

12.6.Ücretsiz İzin

İsteği halinde kadın çalışana, doğum sonrası on altı haftalık sürenin tamamlanmasından veya çoğul gebelik halinde on sekiz haftalık süreden sonra altı aya kadar ücretsiz izin verilir.

Yıllık izine hak kazanmayan çalışanın izin talebi olması veya yıllık izni yetersiz olup ek izin kullanmak istemesi durumunda 1. ve 2. yöneticinin onayıyla birlikte ücretsiz izin verilebilir.

12.7.Yarım Çalışma İzni

Doğum sonrası analık hâli izninin bitiminden itibaren (doğumdan önce 8 hafta doğumdan sonra 8 hafta olarak verilen izinler) çocuğunun bakımı ve yetiştirilmesi amacıyla kadın çalışana isteği hâlinde;

- Birinci doğumda altmış gün,
- İkinci doğumda yüz yirmi gün,
- Sonraki doğumlarda ise yüz seksen gün süreyle haftalık çalışma süresinin yarısı kadar ücretsiz izin verilir. Çoğul doğum hâlinde bu süreler otuzar gün eklenir.

Yarım çalışma tercih edildiği dönemlerde süt izni hakkı ortadan kalkar. Yarım çalışma sonrası tam zamanlı çalışmaya dönen kadın çalışan çocuğu 1 yaşına gelmemişse süt iznini kullanmaya devam edecektir.

12.8.Kısmi Çalışma İzni

Doğum sonrası izinlerin bitiminden sonra (doğum raporu, doğum ücretsiz izni, yarım çalışma) mecburi ilköğretim çağının başladığı tarihi takip eden aybaşına kadar anne ya da baba işçi kısmi süreli çalışma talebinde bulunabilir. Bu talep işveren tarafından karşılanır ve geçerli fesih nedeni sayılmaz.

Kanunun verdiği bu haktan yararlanarak kısmi süreli çalışmaya başlayan işçi, aynı çocuk için bir daha bu haktan faydalanmamak üzere tam zamanlı çalışmaya dönebilir. Tam zamanlı çalışmaya dönecek işçi, işverene bunu en az bir ay önce yazılı olarak bildirir.

Ebeveynlerden birinin çalışmaması hâlinde, çalışan eş kısmi süreli çalışma talebinde bulunamaz.

12.9.Saatlik-Kısa Süreli İzin

Çalışan gün içinde belirli zaman diliminde saatlik izin kullanmak isteyebilir. Gün içinde izin isteyecek olan çalışan işleyişi bozmayacak ve hizmet sunumunu olumsuz etkilemeyecek şekilde 1. Yönetici onayıyla izin kullanabilir. Alınan bu saatlik izinler çalışanın o ay içindeki fazla mesaisi ile denkleştirme yapılabilir. Fazla mesai ile çalışmayan birimler için işi ve sorumluluğu suiistimal etmeyecek şekilde 1. Yönetici onayıyla izin kullanabilir.

12.10.Yemek ve Mola Saati

Tüm çalışanlar için öğle yemeği molası 30 dk'dır. Bunun dışında öğleden önce 15 dk; öğleden sonra 15 dk'lık mola süreniz bulunmaktadır. Bu süreler hasta hizmet sunumunu aksatmayacak şekilde çalışma arkadaşlarınızla planlanarak kullanılmalıdır. (Kurumun belirlemiş olduğu vardiya sistemine göre mola ve yemek saatleri kullanılmaktadır.)

12.11.İzin Sıra Kartı

Yıllık izin dönüşü çalışan insan kaynakları bölümüne gelir ve izin sıra kartına imzasını atar.

12.12.Vekaletlendirme, Yetkilendirme

İzine çıkan çalışanın yerine vekâlet edecek unvanlar/kişiler inoizin programında tanımlandığı gibi görev tanımlarında da belirtilmiştir. Ayrıca yöneticilerin yerine vekalet edecekler Organizasyon Şemasında belirtilmiştir.

13.Çalışan Maaş Ödemeleri

Her ay fazla mesailer nöbet çizelgelerine göre inoizin üzerinden önce birinci yönetici tarafından kontrol ederek fazla mesai formunu doldurur ve ikinci yöneticiye onaylatılarak insan kaynakları departmanına teslim edilir.

Fazla mesai formları ile inoizin üzerinden kart okutmaları karşılaştırılarak fazla mesaieleri hesaplanır.

Çalışanların raporlu, ücretsiz mazeret izni, ücretsiz doğum izni vs. izinleri inoizin üzerinden kontrol edilerek çalıştığı gün sayısı tespit edilir.

Gerekli veriler bordro programına girilerek maaşları hesaplanır. Hesaplanan maaşlar Genel Müdür'ün onayına sunulur. Genel Müdür'ün onayı ile maaşlar ayın sonuna kadar bankaya yatırılır.

Çalışana maaş bordrosu imzalatılır, bir sureti kendisine verilir, bir sureti ise özlük dosyasına konulur.

İşlenerek kayıt altına alınır.

14.Genel Giyim Kuralları

Kurumda çalışan bütün personel yakasına, görev yaptığı kurumun adını, personelin mesleği ve unvanını, adını –soyadını, kurum sicil numarasını belirten başhekimlikçe (Mesul Müdürlükçe) onaylanmış fotoğraf bulunan, aynı tip yaka kimlik kartı takması zorunludur. Yaka kimlik kartlarındaki meslek-ad-soyad bilgilerinin en az 1.5 metre uzaklıktan okunabilecek nitelikte olması gerekir.

- Hekimler Beyaz Önlük
- Eczane Beyaz Önlük
- EEG/EMG/Uyku: Alt Siyah-Üst Koyu Yeşil
- SFT/Odyometri: Alt-Üst Siyah
- Anjio : Alt-Üst Lacivert
- Endoskopi ve Efor : Alt Siyah-Üst Mürdüm
- Yeni doğan yoğun bakım: Fuşya
- Yetişkin yoğun bakım: Alt üst-Koyu lacivert
- Dahiliye-Çocuk 1 - Dahiliye Çocuk 2: Alt Siyah -Üst Bordro
- Cerrahi 1 - Cerrahi 2 : Alt Siyah-Üst Mürdüm
- Kadın Doğum Servisi : Alt Lacivert -Üst Fuşya
- Laboratuvar : Alt-üst : Bordo
- Radyoloji :Alt Lacivert-Üst Kırmızı
- Acil Servis : Alt-Üst Petrol Mavisi
- Ameliyathane ve Anestezi : Alt-Üst Petrol Yeşili Forma
- Hasta Hizmetleri: Alt Siyah Pantolon -Üst Beyaz Gömlek- Siyah Klasik Ayakkabı
- İdari Tıbbi Sekreterlik-Alt Siyah Pantolon-Üst Beyaz Gömlek-Siyah Klasik Ayakkabı
- Fizik Tedavi: Alt-Üst Fırtına Mavisi
- KVC Yoğun Bakım ve Perfüzyonist: Alt-Üst Siyah
- Bilgi İşlem Alt Lacivert- Üst Gri
- Teknik Servis ve Biyomedikal Alt Gri-Üst Lacivert
- Hizmetli Personeller Alt-Üst Lacivert

14.1.Bayan Personel Giyim Kuralları

Abartılı, resimli desenli veya üzerinde yazı olan t-shirt veya sweatshirt, ince askılı, aşırı dekolte, transparan, stretch tarzı vücudu saran veya beli açıkta bırakan giysiler, şortlar, bermudalar, kısa pantolonlar, mini etek giyilmez.

Abartılı makyaj, aksesuar ve saç modellerinden kaçınılır. Hastanın bakımını sağlayan sağlık çalışanları enfeksiyon riski açısından tırnakları kısa ve bakımlı olmalıdır, oje kullanılmamalıdır. Diğer çalışanlar ise tırnakları kısa ve bakımlı olmalıdır, açık renkli oje kullanılabilir. Takı, fular gibi aksesuarlar kıyafeti tamamlayıcı olarak kullanılır; işlerin yerine getirilmesine engel teşkil edici veya hijyenik olma esasından uzaklaştırıcı mahiyette olmamasına dikkat edilir.

Kot pantolon ve spor ayakkabı (sivil giyinen personel için cumartesi gününün dışında) giyilmesi yasaktır. Ayakkabılar ve/veya çizmeler sade ve normal topuklu, boyalı olacaktır.

Elbise, pantolon, etek; temiz, düzgün, ütülü ve sade olmalıdır. Ayrıca etek boyu dizden yukarı ve yırtmaçlı olamaz.

Kıyafetlerin çalışma ortamının gerektirdiği renk ve biçimde olmasına dikkat edilir, her türlü dikkat çekici kıyafetten kaçınılır.

Saçların düzgün taranmış veya toplu olmasına dikkat edilir.

14.2.Erkek Personel Giyim Kuralları

Elbiseler temiz, düzgün, ütülü ve sade olarak kullanılır. Günlük ve düzenli olarak sakal traşı yapılmalıdır.

Kot pantolon (sivil giyinen personel için cumartesi gününün dışında) veya kısa pantolon kesinlikle giyilmez.

Ayakkabılar kapalı, temiz ve boyalı olur. Sandalet tarzı ayakkabı giyilmez. Kısa veya uzun kollu gömlek giyilir.

14.3.Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanları

Hekimlerimiz ve diğer sağlık çalışanlarımız (diyetisyen, fizyoterapist vb.) kurumsal kimliğe ve tıbbi görevlerine uygun giysiler tercih etmeli, abartıdan uzak olmalıdır.

Sivil giysiler üzerine beyaz önlük giymelidir.

15.İş Sağlığı ve Güvenlik Kuralları

Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmemekle yükümlüdür.

Çalışanların, işveren tarafından verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yükümlülükleri şunlardır:

- a) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve diğer üretim araçlarını kurallara uygun şekilde kullanmak, bunların güvenlik donanımlarını doğru olarak kullanmak, keyfi olarak çıkarmamak ve değiştirmemek.
- b) Kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımı doğru kullanmak ve korumak.
- c) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işverene veya çalışan temsilcisine derhal haber vermek.
- ç) Teftiş yetkili makam tarafından işyerinde tespit edilen noksanlık ve mevzuata aykırılıkların giderilmesi konusunda, işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak.
- d) Kendi görev alanında, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak.

16. Disiplin Kuralları-1

Kurumdaki faaliyetlerin verimli, huzurlu ve düzenli bir şekilde sürdürülebilmesi, iyi niyetle çalışan kişilerin korunabilmesi, işlerin gerektiği gibi yürütülebilmesi için gerekli disiplin kurallarının belirlenmesi ve kurallara uyulmadığında ilgili disiplin cezası hükümlerinin uygulanması için gereken usul ve esaslar belirlenmiştir. İşbu yönetmelikte yer almayan hususlarda veya yönetmelikle İş Kanunu'nun hükümlerinin çelişmesi halinde 4857 sayılı İş Kanunu'nun ilgili hükümleri geçerlidir. Genel disiplin kuralları aşağıda listelenmiştir. Bu disiplin kurallarına uyumsuzluk durumunda ilgili çalışan ya da çalışanlar hakkında verilecek disiplin cezası, ilgili yöneticiler ve disiplin kurulu tarafından belirtilen usuller çerçevesinde belirlenir.

1. Organizasyon yapısında tanımlı birimler, görev tanımlarında bulunan görevleri ve sorumlulukları özenle, zamanında ve sürekli yerine getirmekle sorumludur.
2. İş yeri emniyet ve temizlik kurallarına uymak ve bunlar ile ilgili olarak çıkarılan talimat ve yönetmeliklere uygun iş yapmak,
3. İş yerinde, iş arkadaşları ve amirleri ile uyumlu bir şekilde çalışmak; şirketle ilişkisi olan özel veya resmi kişi ve/veya kuruluşlarla iyi beşeri ilişkiler içinde olmak, işleri dürüst ve seri bir şekilde yerine getirmek,
4. Özel yaşantılarında şirketin itibarını zedelemeyecek şekilde davranmak, şirket dışında genel ve toplum tarafından kabul edilen ahlak kurallarına uygun hareket etmek,

Disiplin Kuralları-2

5. Yapılan görev ile ilgili olsun ya da olmasın, şirket ile ilgili olarak öğrenilen sırları ve elde edilen bilgileri saklamak, işten ayrılmış olsa bile bu bilgileri yetkili olmayan kişi/kuruluşlarla paylaşmamak,
6. İş ve işyerinin hukukunu korumak, bu hukuka zarar verici her türlü davranıştan kaçınmak, şirket imkânlarını kişisel çıkarlar için kullanmamak, şirket mallarına özen göstermek, tüm kaynakları etkin ve verimli kullanmak,
7. Kişisel, ailevi, medeni durum bilgisi, ikamet adresi ve gerekli diğer bilgileri doğru vermek ve bu bilgilerdeki değişiklikleri yetkili birimlere zamanında bildirmek,
8. Yazılı veya sözlü olarak belirtilen çalışma saatlerine uymak, hastane Çalışan Takip Sistemi'ne giriş çıkış kartlarını zamanında okutmak,
9. İşyerine yakışır şekilde giyinmek ve bakımlı olmak, tebliğ edilen kıyafet kurallarına ilişkin talimatlara uymak,
10. Tüm birimlerdeki şirkete ait para ve parasal değerleri korumak, kullanım için tahsis edilen tüm demirbaşları ve varsa içindeki bilgileri korumak, herhangi bir arıza durumunda yetkili kişilere haber vermek,
11. Şirket araçlarını kullanırken Trafik Kanunu'nda yer alan kurallara uygun araç kullanmak,

Disiplin Kuralları-3

12. Kendisine tanımlanmış olan şirket ismine ait e-posta adresini şirketin işleri dışında kullanmamak,
13. Şirket içerisinde kullanılan paket programlar ve ilgili her türlü dokümantasyon içinde yer alan kayıt ve bilgileri, yetkililerin yazılı izni olmadan çoğaltmamak ve şirket dışına çıkarmamak,
14. Yetkililerin yazılı izni olmadan şirket bilgisayarlarına standart programların dışında program yüklememek, internetten program indirmemek,
15. Özel olarak görevlendirmeler dışında sohbet amaçlı görüşme sağlayan sosyal paylaşım uygulamalarını şirket internet bağlantısında ve bilgisayarlarında kullanmamak,
16. Türk Ticaret Kanunu'na göre tacir ve esnaf sayılmalarını gerektirecek bir faaliyette bulunmamak, şirketten habersiz/izinsiz işyeri açmamak, ortak olmamak ve/veya benzeri sorumluluklar almamak,

Disiplin Kuralları-4

17. Çalışma saatleri dışında dahi olsa yazılı izin olmaksızın gerçek ve tüzel kişilere ait başka bir işyerinde ücretli veya ücretsiz olarak çalışmamak,
18. Kendisine zimmet edilen her türlü demirbaş, eşya vb. korumak ve zarar vermemek,
19. Hasta hakları yönetmeliğine aykırı davranarak hasta mahremiyeti, hasta bilgilerinin gizliliği esaslarına uymamak, hasta bilgilerini hastane içinde çalışma arkadaşları ile ve/veya yetkisiz kişilerle paylaşmamak,
20. Hasta güvenliği kurallarına/prensiplerine uymamak, bu konuda kendisine verilen eğitimlere ve/veya yapılan uyarıları dikkate almamak ve hasta güvenliğini tehlikeye düşürmek,
21. Kurum içinde siyasi ve örgütleyici davranışlarda bulunmamak,
22. Dokümanlar üzerinde sahtecilik yapmamak,

Yöneticileri Bağlayıcı Genel Disiplin Kuralları; (Diğer maddelere ilave olarak)

23. Sorumluluk kapsamı gereği işleri zamanında ve kurumun politika, prosedür ve talimatlarına uygun bir şekilde özenle ve sürekli yerine getirmek,
24. Astları, bilgi, beceri ve yeteneklerine uygun olarak şirket politika, strateji, plan ve programları çerçevesinde birim iş tanımlarına ve görev tanımlarına göre adil ve tarafsız bir şekilde görevlendirmek; yasalara uygun olmayan görevler vermemek; birim faaliyetleri dışındaki kişisel işlerini astlarına yaptırmamak,
25. Astlara verilen görevlerin, tamamlanana kadar takibini ve kontrolünü yapmak,
26. Astlara, açık, anlaşılır ve gerçekleştirilebilir görevler vermek ve bunlarla ilgili somut hedefler koymak;
27. İlgili formlara yönetici görüşü bildirirken konulan hedeflere uyumu, verilen görevleri başarma derecesini ve kişisel becerileri tarafsız bir şekilde değerlendirmek, değerlendirmelerde adil ve tarafsız olmak,
28. Astlara örnek olmak, destek vermek, bilgi ve tecrübelerini paylaşmak, işe yönelik sorunları ile ilgilenmek, sorunların çözümüne destek olmak, motivasyonlarını yüksek tutabilecek çözümler üretmek,
29. Şirketi temsil ile ilgili konularda iyi niyet kuralları çerçevesinde hareket etmek,
30. Vermesi gereken kararlarda hasta, kurum ve çalışan dengesini sağlamak.

16.1. Disiplin Cezaları

Kurumdaki disiplin cezaları 4857 Sayılı İş Kanunu gereğince, çalışana uygulanmakta olup bu cezalar aşağıdaki gibidir.

Uyarı Cezası; bu cezayı gerektirecek disiplin kuralına aykırı davranış gösteren çalışana, görevinde ve davranışlarında daha dikkatli ve özenli olması gerektiğinin Savunma Talep ve Değerlendirme Formu ile 1.yöneticisi tarafından bildirilmesidir. Uyarı cezası kurum içinde duyurulmaz. Uyarı cezası kişinin dosyasına girer.

Para Kesme Cezası, bu ceza çalışanın kurum demirbaşına isteyerek veya istemeyerek zarar vermesi, mesaiye geç kalması, yaptığı hatalı davranıştan dolayı kurumun ceza görmesi gibi durumlarda uygulanır. Para Kesme cezası tek başına uygulanabildiği gibi diğer cezalarla birlikte de uygulanabilir. Para kesme cezası 1. Yöneticinin talebiyle genel müdürün onaylaması ile yapılır.

Kınama Cezası; bu cezayı gerektirecek disiplin kuralına aykırı davranış gösteren çalışana, görevinde ve davranışlarında kusurlu olduğunun, kusurlu davranışını ivedi olarak iyileştirmesi gerektiğinin yazılı ve sözlü olarak bildirilmesidir. Kınama cezası bölüm yönetici ve insan kaynakları yönetici ile birlikte verilir. Gerekli durumlarda disiplin kurulu toplanabilir. Bu ceza İnsan Kaynakları tarafından tebliğ edilir. Kınama cezası çalışanın özlük dosyasında durur ve silinmez.

İşten Çıkarma Cezası; 4857 sayılı İş Kanunu ve işbu Disiplin Yönetmeliğinde belirtilen disiplin kuralına aykırı davranış gösteren çalışanın iş sözleşmesinin tek taraflı feshidir.

16.2. Ceza Verme Yetkileri

Yazılı Cezası, doğrudan 1. ve 2.yöneticinin Savunma Talep Formu ile yapılan gerekçeli talebine istinaden, çalışandan alınan savunmanın incelenmesi ve cezayı hak etmesi durumunda İnsan Kaynakları Yöneticisi tarafından tebliğ edilen cezadır. Bu ceza silinmez ve özlük dosyasında süresiz saklanır.

Kınama Cezası, doğrudan Savunma Talep Formu ile yapılan gerekçeli talebine istinaden, çalışandan alınan savunmanın incelenmesi ve cezayı hak etmesi durumunda Disiplin kurulu karar verir ve İnsan Kaynakları tebliğ eder. Bu ceza silinmez ve özlük dosyasında süresiz saklanır.

Ücret Kesme Cezası, doğrudan 1.yöneticisinin Savunma Talep Formu ile yapılan gerekçeli talebine istinaden, çalışandan alınan savunmanın incelenmesi ve bu savunmanın Genel Müdür, 1.yönetici ve İnsan Kaynakları tarafından değerlendirilir. Cezayı hak etmesi durumunda Genel Müdür onayı ile verilen cezadır. Kesilecek cezanın hesap edilmesinde Para Kesme Cezası Uygulaması bölümüne göre hesap edilir.

İşten Çıkarma Cezası, 1.yönetici veya İnsan Kaynakları bölümü talebi, Disiplin Kurulu soruşturması, gerekçelendirmesi kararı ile Genel Müdür olurlarına sunulur. İşten çıkarma cezaları hakkındaki raporlar Yönetim Kurulu toplantılarında da gündemine alınır.

16.3. Disiplin Cezaları Arası İlişkiler

1. Uyarı cezası gerektiren disiplin kuralına aykırı davranış gösteren personele yazılı uyarı cezası verilir.
2. Uyarı cezası gerektiren disiplin kuralına aykırı aynı kusurlu davranışı iki kez göstermesi durumunda ikincisinde kınama cezası işlemleri yapılır.
3. Para kesme cezası verilen çalışan aynı davranışı tekrarlarsa kınama cezası verilebilir. Bu durum Disiplin Kurulu'na taşınır.
4. Kınama cezası gerektiren disiplin kuralına aykırı aynı kusurlu davranışı bir defa daha göstermesi durumunda İşten çıkarma cezası talebiyle çalışan Disiplin Kurulu'na sevk edilir.

16.4.Özel Durumlar ve Örnek Teşkil Etme Durumu

1. Nitelik ve ağırlıkları itibariyle benzer eylemlerde bulunan çalışana da aynı neviden disiplin cezaları verilir. Yapılan bir kabahat veya işlenen suçun bu prosedürde tanımı yapılanlardan hiçbirine uymaması cezasız kalmasını gerektirmez. Bu gibi durumlarda, Disiplin Kurulu belirlenen kriterleri göz önüne alarak takdir yetkisini kullanmakta ve iş bu yönetmelikte belirtilen cezalardan herhangi birini vermekte yetkilidir.
2. Geçmiş hizmetleri sırasındaki çalışmaları olumlu olan ve çok iyi derecede sicili olan, performans puanı yüksek olan çalışan için verilecek cezalarda bir derece düşük olanı uygulanabilir.
3. Yapılan kusurlu davranıştan dolayı verilen disiplin cezası, sonraki dönemlerde vuku bulabilecek benzer kusurlu davranışların değerlendirilmesinde örnek teşkil eder.
4. Disiplin kurulu kararınca ceza alan çalışan 2 yıl boyunca terfi edemez.

16.5. Disiplin Kurulu

Disiplin Kurulu 2 yıl değişmez ve sabittir.

Daha önce yazılı uyarı, kınama cezaları alan çalışan ile ilgili olarak yeni bir savunma istemi gelmesi durumunda ve/veya Başhekim/Genel Müdür ve İnsan Kaynakları Yöneticisi tarafından doğrudan Disiplin Kurulu'na sevk edilmesi durumunda Disiplin Kurulu toplanır.

Disiplin Kurulu'nda İnsan Kaynakları Yöneticisi, Başhekim ve savunması istenen çalışanın 1.yöneticisi ve 2.yöneticisi yer alır. Kurulun sekreterliğini İnsan Kaynakları Yöneticisi yürütür. Kurulun başkanlığını ise Başhekim yapar. Kurul, çalışanı da dinlemek üzere toplantıya davet eder.

Disiplin Kurulu oy çokluğuna göre karar alır, Kurul Başkanı olmadan kurul toplanmaz.

Kurulun kararları son olur için Genel Müdür'e gider.

16.6.Savunma Alma İşlemi

Çalışan aşağıda bulunan Karar Verme Kılavuzu tablosuna bakılarak, disiplin kurallarından herhangi birine uymadığı durumlarda;

Çalışanın yapmış olduğu hareket uyarı cezası gerektiriyorsa 1. Yöneticisi tarafından Savunma Talep ve Değerlendirme Formu doldurulur ve savunması istenir. Çalışanın savunması incelendikten sonra ceza gerektiren bir durum varsa 1. Yöneticisi tarafından bu ceza yazılı olarak tebliğ edilir ve ilgili evraklar İnsan Kaynakları bölümüne gönderilir.

Çalışanın yapmış olduğu hareket kınama veya işten çıkarma durumu gerektiriyorsa, 1. Yöneticisi İnsan Kaynakları bölümüne savunma talep formunu gönderir. İnsan kaynakları bölümü tarafından çalışandan yazılı olarak savunması istenir. Aynı zamanda Disiplin Kurulu Sekreteri olan İnsan Kaynakları Yöneticisi tarafından Başhekim bilgisi ve onayıyla Disiplin Kurulu toplanır. Disiplin Kurulu tarafından alınan karar, İnsan Kaynakları yöneticisi tarafından Genel Müdürün onayına sunulur. Genel müdürün onayıyla çalışana gerekli cezai işlem uygulanır.

Haklı nedenle fesih gerektiren durumlarda savunma talep işlemi, savunma alma ve sözleşme fesih yazısı 6 (altı) gün içinde sonlandırılmalıdır.

Çalışandan savunma alınırken en geç 2 gün içinde konu ile ilgili yazılı cevap vermesi istenir. Bu süreç İnsan Kaynakları sorumluluğunda yönetilir.

16.7.Para Kesme Cezası Uygulaması

- 50 TL'ye kadar olan cezalarda cezanın hepsinin kesilmesi
- 150-600 TL arası cezalarda ise 150 TL lik kısmın tamamen kesilmesi,450 TL kısmın ise % 50 olarak kesilmesi
- 600-2500 TL arası cezalarda, ilk 150 TL lik kısmın tamamı, 450 TL kısmın % 50 sı, geri kalan kısmın ise % 20 olarak kesilmesi
- 2500 TL üstü cezalarda ilk 150 TL lik kısmın tamamı, 450 TL kısmın % 50 sı, 1900 TL kısmın % 20 si, geri kalan kısmın ise % 10 olarak kesilmesi
- 5000 TL üzerinde ise maksimum 1000 TL olacak şekilde kesinti yapılır.

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 İle 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 memnuniyet oranı %95 olarak hedeflenmiştir.

Hasta hakları birimi, hastanemizde 1. Bina Zemin Kat Lobide bulunmakta olup, hastaların kolay ulaşımı için gerekli yönlendirmeler bulunmaktadır.

Hastalardan gelen geri dönüşler, ilgili yöneticiler tarafından iyileştirilerek periyodik 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.

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.

EĞİTİM YÖNETİMİ

Kurumumuzda eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi amacı ile eğitimlerin planlanması, koordinasyonu, yöntemlerinin belirlenmesi ve uygulanması için Eğitim Kurulu oluşturulmuştur. Kurul tarafından her yıl hasta ve hasta yakını ve tüm çalışanları kapsayacak şekilde eğitim planı oluşturulmaktadır.

Kurumumuzun eğitimlere katılım oranı %95'dür. Yıllık eğitim planında bulunan eğitimlerin herhangi birine zorunlu geçerli sebepler hariç (ölüm, yıllık izin, uzun süre rapor, doğum izni, ücretsiz doğum izni, ücretsiz uzun süreli izinler) katılmayan çalışan, performansı gelişmesi gerekir (beklenin altında) olarak değerlendirilir, aynı zamanda kurumda motivasyon amaçlı yapılan ödüllendirmelerden yararlanamaz (ikramiye, prim vs.), aynı zamanda Disiplin Prosedürüne göre hareket edilir.

Hasta ve hasta yakınına verilen eğitimler sözel olabileceği gibi uygulamalı, konusuna göre video ve bilgilendirici broşürlerin verilmesi ile gerçekleştirilmelidir. Verilen eğitimler, Tedavi Öncesi Hasta Eğitim Formu, Taburculuk Özeti ve Tedavi Sonrası Hasta Eğitim Formu ile kayıt altına alınmaktadır.

MOTİVASYON UYGULAMALARI

Çalışanların mutlu ve verimli bir çalışma ortamında çalışmasını sağlamak ve böylelikle hastanedeki hizmet kalitesinin sürekli nitelikli olmasını sağlamak amacı ile yapılan/yapılacak faaliyetler Motivasyon Prosedürü'nde yer almaktadır.

- Doğum yapan çalışanımız birinci yöneticisi ve başhekim tarafından ziyaret edilerek gram altın takılır.
- Doğum günü olan çalışana İK'dan doğum günü kutlama mesajı/maili gönderilir.
- Düğün davetiyesi ulaşan çalışan için düğün yapılan yere kurum yönetimi adıyla çelenk gönderilir ve mümkünse birinci yöneticinin düğüne katılması, katılamaması gibi durumlarda telgraf gönderilmesi sağlanır.
- Sağlık hizmet sunumundan kurum çalışanı ve yakınlarının belirlenmiş oranlardaki indirimlerden yararlanır.

İndirim oranları;

Çalışanının kendisi	%100
Eş-Çocuk	%100
Anne-Baba-Kardeş	% 50

- Çalışanlarımızın birinci derece yakınlarının ölümünde ulaşılabilir adreslere çelenk gönderilir ve birinci yöneticisi cenazede bulunarak destek sağlar.
- Çalışanlarımızın ve birinci derece yakınlarının hastanede yattığı durumlarda yönetim ekibine mail atılır. Birinci yöneticisi ve başhekim ziyaret eder, ayrıca doktor ve doktor yakınlarında sms ile tüm yönetici ve doktorlara bilgi verilir.

- 5-10-15 yıl ve katları çalışanlara hastane yıldönümlerinde düzenlenen kokteylde plaket takdim edilir.
- Hastalardan gelen geri bildirimlerde çalışanlarımıza gelen teşekkürler; hasta hakları sorumlusu tarafından HBYS sistemine kayıt edilir, ilgili çalışanın birim sorumlusuna atanır. İlgili birim sorumlusu, çalışana teşekkürlerini sözel olarak iletir ve tüm kurul üyeleri ile paylaşılır.
- Her departmandan en çok hasta teşekkürü alan üç kişiye kurumun yıldönümü kutlamasında teşekkür belgesi verilir.
- Performans değerlendirmesi sonucu Hasta Hizmetleri, Başhekimlik, Genel Müdürlük, Hemşirelik Hizmetleri, Destek Hizmetleri ve İşletme Direktör Yardımcılığına bağlı bölümlerde en yüksek puanı alan ilk kişilere çeyrek altın verilir.
- Ramazan ayında tüm çalışanlara ramazan paketi verilir.
- Her yıl sadece ilk kandil olmak üzere tüm personele kandil simidi dağıtımı yapılarak, kandilleri kutlanır.
- Özel gün ve haftalarda çiçek, pasta ya da özel bir hediye ile kutlama yapılır ve tüm personele kutlama mesajı mail olarak iletilir.

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;

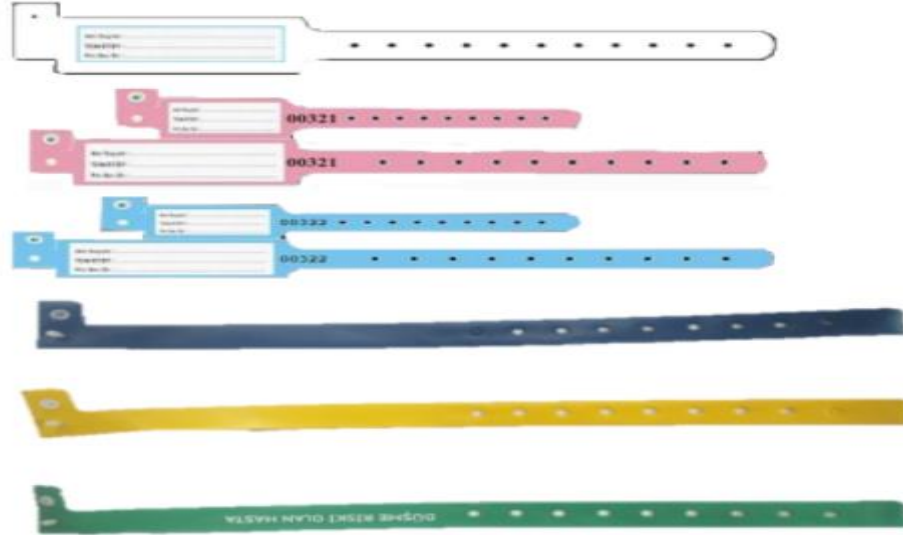
- Doktorun hastaya reçete için verdiği barkodun farklı hastaya ait olması
- Hastanın tedavi kağıdına farklı hastanın barkodunun yapıştırılması

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Kimlik bileklikleri renklerine göre ayrıştırılmış olup;

- Ø Normal hastalar için **beyaz** kimlik bilekliği,
- Ø Alerjisi olan hastalar için **kırmızı** kimlik bilekliği,
- Ø Düşme riski olan hastalar için **yeşil** kimlik bilekliği, (Kimlik bilekliğine ek olarak takılır.)
- Ø Aynı serviste, aynı veya benzer isimli hasta için **sarı** kimlik bilekliği (Kimlik bilekliğine ek olarak takılır.)
- Ø Zor entübasyon hastalarına **lacivert** kimlik bilekliği (Kimlik bilekliğine ek olarak takılır.)
- Ø Doğumdan sonra cinsiyetine göre; erkek çocuklara **mavi**, kız çocuklara ise **pembe kimlik** bilekliği uygulanır. Çift cinsiyetli doğan bebeklerde ise ilk muayene soncundaki cinsiyete yatkınlığına göre uygun renkli kimlik bilekliği takılır. Gerekli tetkikler sonrası tespit edilen cinsiyet bilekliği ile değiştirilir.

Doğum sonrası annenin beyaz bilekliği çıkarılarak bebeğin cinsiyetine göre uygun renkli kimlik bilekliği takılır.



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 yöntemleri ve kuralları belirlenmiştir.

Acil servise gelen hastanın ilk değerlendirilmesi hemşire tarafından 30 dk içinde yapılmaktadır. Bu değerlendirme Müşahede Hasta Değerlendirme Formu'na göre yapılır ve kaydedilir. Hasta müşahedeye alındıktan sonra hemşireler tarafından vital bulguları saatte bir kontrol edilerek Müşahede Hasta Değerlendirme Formu'na kaydedilir. Ancak hastanın durumu ağır ve/veya özel durumlar olması durumunda bu saat başı kontrol süresi daha sık olabilmektedir.

Yatarak tedavi gören hastalarda; 24 Saatlik Hemşire Gözlem ve İzlem Formu, Hemşire Tanılama Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü ile hemşire tarafından ilk değerlendirme bir saat içinde yapılır ve ilgili formlara dokümanite edilir. Hastanın hemşire tarafından yeniden değerlendirmesi üç saatte bir yapılarak aynı formun ilgili kısımlarına dokümantasyon yapılır. Problem var ise (ateş, HT vb) doktor orderına göre tedavileri yapılır, doktor orderı HBYS'ye dokümanite edilir.

Ameliyat sonrası hastanın vital bulguları izlemi anestezi türüne göre;

Genel anestezi, spinal, epidural, sedoanaljezi ya da riva ise ilk bir saat 15 dk. ara ile, bir sonraki iki saat 30dk. ara ile, sonrasında dört saat boyunca saatte bir ve sonra iki saatte bir iki kez, eğer hastanın durumu stabil ise üç saatte bir yapılır ve '24 Saatlik Hemşire Gözlem ve İzlem Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü 'ne kayıt edilir.

Anestezisi lokalse ilk bir saatte 30 dk.da bir, sonrasında hasta stabilse üç saatte bir takibi yapıp 24 Saatlik Hemşire Gözlem ve İzlem Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü 'ne kayıt edilir.

Hastanın klinik seyrinde değişiklik olduğunda hemşire tarafından gözlem sonuçları '24 Saatlik Hemşire Gözlem ve İzlem Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü 'ne kaydedilir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hasta, hemşiresi tarafından ilk değerlendirmesi ilk bir saat içinde yapılarak bilgileri Yenidoğan Yoğun Bakım Günlük Takip Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü'ne ve Yenidoğan Hemşire Ön Değerlendirme Formu Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü'ne kaydedilir. Hemşire yeniden değerlendirmesini saatte bir yaparak 'Yenidoğan Yoğun Bakım Takip Formu Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü'ne kaydeder.

Yetişkin yoğun bakımdaki hasta, hemşire tarafından hastanın ilk değerlendirmesi ilk bir saat içinde yapılır, Yoğun Bakım Hasta Kabul Formu/ Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü'ne kaydeder. Yeniden değerlendirmeler hemşire tarafından saatte bir yapılarak Yoğun Bakım Günlük Takip Formu Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü'ne kaydeder.

Kardiyovasküler Yoğun Bakımda hasta, hemşire tarafından hastanın ilk değerlendirmesi ilk bir saat içinde yapılarak, KVC Yoğun Bakım Hasta Takip Formu Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü'ne kaydedilir. Yeniden değerlendirmeler hemşire tarafından saatte bir yapılarak KVC Yoğun Bakım Hasta Takip Formu Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü'ne kaydedilir.

Günübirlik yatan hastaların ilk değerlendirmesi hemşire tarafından ilk değerlendirmesi bir saat içinde yapılır ve Müşahede Hasta Değerlendirme Formu'na kaydeder. Hemşire yeniden değerlendirmesi 3 saatte bir ve taburculukta yapılır, dokümantasyon Müşahede Hasta Değerlendirme Formu'na yapılır.

Günübirlik Cerrahi Hastalar (Küçük Cerrahi Girişimler v.b) Hemşire Tanılama Formu Formu/HBYS Hemşirelik Hizmetleri Modülü ile hemşire tarafından ilk değerlendirme bir saat içinde yapılır ve ilgili formlara dokümanite edilir. Hastanın hemşire tarafından yeniden değerlendirmesi üç saatte bir yapılarak aynı formun ilgili kısımlarına dokümantasyon yapılır.

Koroner Anjiyoda hastalara yapılan işlemler hekim ve hemşire tarafından tüm dokümantasyon Anjio Hasta Gözlem Formu'na yapılır. İşlem sonrası hastalar klinik durumuna göre yatan hasta katında ya da yoğun bakımda takip edilir. Yeniden değerlendirme ve dokümantasyon ilgili bölümlere uygun şekilde ilgili formlara yapılır.

Anestezi ve sedasyon uygulanacak hastaların değerlendirmeleri, Anestezi Uygulama Talimatı ve 'Ameliyathane dışı Sedasyon ve Analjezi Uygulama Prosedürü'ne göre yapılır.

Fizik tedavi açısından hastaların değerlendirmeleri Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşleyiş Prosedürü'ne göre yapılır.

Beslenme ve diyet açısından hastalar değerlendirilirken Nutrisyon Prosedürü 'ne göre değerlendirilir.

Konsültasyon ihtiyacı olan hastaların işleyişi Konsültasyon İşleyişi Prosedürüne göre yapılır.

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

Hastanemize Kemoterapi hastalarına Nutrisyon Risk Skoru (Nrs-2002) Değerlendirme Formu ile değerlendirilir.

Bu sorulardan biri '**Evet**' ile cevaplanırsa ekrana '**Diyetisyene yönlendiriniz**' uyarını çıkar. İlgili hekim, konu ile ilgili hastayı bilgilendirerek diyetisyene yönlendirilir.

Boy (cm) / Kilo (kg) :		
Vücut Kitle Endeksi (VKİ) < 20,5 Kg/m ² Mi ?	☐ Evet	☐ Hayır
Hasta Son 3 Ayda Kilo Kaybetti Mi?	☐ Evet	☐ Hayır
Geçen Hafta Gıda Alımında Azalma Oldu Mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Hasta İleri Derecede Hasta Mi? (Örneğin Yoğun Bakımda Mi?)	☐ Evet	☐ Hayır

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.

- Hastanın bakım gereksinimlerinin belirlendiği aşamadır. Sağlık çalışanının kendi bilgi, beceri ve inisiyatifini kullanarak çözüm getireceği durumları içerir.
- Bilgi toplama hasta ve ailesi ile ilk karşılaşıldığı anda başlar. Servise gelen hastayı, sağlık çalışanı HBYS üzerinden Hasta Tanılama Formu ile ön değerlendirmesini yapar.
- Sezeryan, normal doğum her türlü tedavi ve operasyonlarda yapılır.
- Yukarıda belirtilen durumlarda hastanın yatışından itibaren en geç 8 saat içinde bakım planı oluşturulmalıdır.
- Gerek yapılan bu değerlendirmeden sonra, gerekse ilerleyen zamanda hastanın bakım gereksinimleri, hastada oluşabilecek riskli durumlar, hastanın sorunun oluşmasını hızlandırabilecek özellikleri göz önüne alınarak belirlenen durumlar Hemşire Bakım Planı doğrultusunda hazırlanır.
- Belirlenen sorunlar kaydedilirken, önce var olan sorunlar, daha sonra potansiyel komplikasyonlar ve en son olası sorunlar (riskler) Hemşirelik Hasta Bakım Planı Formu'na kaydedilmelidir.
- Hastada bakım sırasında meydana gelen değişiklikler tanılama formuna kaydedilir ve eş zamanlı olarak soruna yönelik bakım planı oluşturulur. Sonuçlandırılan hedefler değerlendirme yapılarak kapatılır. Eğer istenilen hedefe ulaşılmadıysa soruna yönelik süreç yeniden oluşturulur. Bakım planları her hastaya özel olarak hazırlanır.

Tarih : 01.10.2024 00:00:00

Ekle

Kaydet

<< Önceki Gün

Sonraki Gün >>

İptal

Yazdır

▼

Hastaya Eklenmiş Kılavuzlar ve Planlar

Kılavuz



No	Plan	Hedef	Ulaşıldı	Ulaşılmadı	İşlem Zamanı	İşlemi Yapan	Not
→ +	Kılavuz : YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM MULTİDİSİPLİNER STANDART BAKIM PLANI						

Uygulanacak Hemşirelik Girişimleri

No	Hemşirelik Girişimi	Periyot	Ulaşıldı	Ulaşılmadı	Devam Ediyor	İşlem Zamanı	İşlemi Yapan	Not
→ 1	1. Aileye bebeğini, günde en az bir kez görmeye gelmesi önerilecek	12 Saat	☐	☐	☒	1.10.2024 09:10:09	CEREN GÜRHAN	
2	2. Bebeğin genel durumuna göre kanguru bakımı doğumdan sonra en	12 Saat	☐	☐	☒	1.10.2024 09:10:09	CEREN GÜRHAN	
3	3. Kardeşlerin bebeği görmeleri sağlanacak (kameraya çekim, fotoğr	12 Saat	☐	☐	☒	1.10.2024 09:10:09	CEREN GÜRHAN	
4	4. Bebeğin genel durumuna göre, ailenin bakıma katılımı sağlanacak	12 Saat	☐	☐	☒	1.10.2024 09:10:09	CEREN GÜRHAN	

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

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-FR-04 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :01 Revizyon Tar.:03.11.2021 Sayfa No :1/1
	PREOPERATİF HASTA DEĞERLENDİRME FORMU	

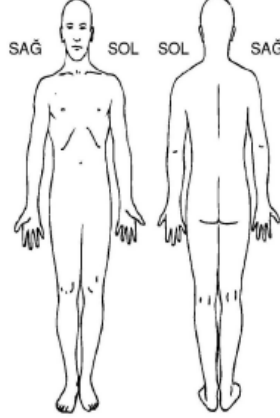
Adı Soyadı: Kimlik No:
Cinsiyeti/Yaşı: Protokol No:
Geliş Tarihi ve Saati:
Boy: Kilo: Beden Kitle İndeksi (BKİ):
Kan Grubu: Kan Basıncı:
Daha önce Kan Nakli Yapıldı mı? ASA:
Operasyon Tarihi ve Saati: Anestezi Şekli:
Tanı:
Şikayeti:
Özgeçmişi:
Kullandığınız İlaçlar:
Daha Önce Hastaneye Yattınız mı?
Daha Önce Ameliyat Oldunuz mu?
Allerji: Pacemaker Var mı?
Gebelik Var mı?
Sarılık:
Sigara Kullanım Sıklığı:
Alkol Kullanım Sıklığı:

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI		Doküman No :HB-FR-04 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :02 Revizyon Tar.:24.07.2024					
	PREOPERATİF HASTA DEĞERLENDİRME FORMU							
Fiziki Muayene:								
Laboratuvar Bulguları:								
Radyoloji (PA, Graft, Bt vs.):								
EKG:								
Covid-19:								
Konsültasyon Önerileri:								
Premedikasyon:								
Order			Uygulama					
İlaçın 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.

- 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.

ADI / SOYADI :		CİNSİYET : E () K ()	
KLİNİK :		TARİH/SAAT :	
CERRAHİ TARAFIN İŞARETLENMESİ		İŞARETLENEN BÖLGE / TARAF	
ÖN ARKA SAĞ SOL SOL SAĞ 		☐ Tarafı olmayan organ (tekli) ☐ Multi organ ise cerrahi işlem yapılacak organın tarafını belirtiniz. ☐ Sol:..... ☐ Sağ:..... ☐ Parmaklar:..... ☐ Seviye:..... ☐ Hasta ve / veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması. ☐ Hasta üzerinde işaretleme yapıldı. ☐ Hasta üzerinde işaretleme yapılmadı. Hekim Adı-Soyadı/ İmza	
Ameliyathane Hemşiresinin Doğrulaması * Aşağıdakiler gözden geçirerek cerrahi bölge ve tarafı doğruladım. ☐ Bilgilendirilmiş onam formu ☐ Hasta ve / veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması. ☐ Cerrahi girişim uygulanacağı bölgeye cerrah tarafından konan işaret Hemşire Adı - Soyadı : İmza :			

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

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın Adı Soyadı :

Ameliyat Bölgesi :

Ameliyat Tarihi :

I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesisinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce
1. Hastanın; ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı 2. Hastanın rızası kontrol edildi mi? ☐ Evet 3. Hasta aç mı? ☐ Evet ☐ Hayır 4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır 5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? ☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu ☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi Protokolü ☐ Diğer ☐ Hayır 8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? ☐ Evet Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza	10. Hastanın kendisinden ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat bölgesi ☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı. 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanmaz 12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı? ☐ Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? ☐ Evet <u>Hastanın Risk Değerlendirmesi</u> 14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? ☐ Yok ☐ Var 15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? ☐ Yok ☐ Var 16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? ☐ Yok ☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı. Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza	17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? ☐ Evet 18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? ☐ Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? ☐ Tahmini ameliyat süresi ☐ Beklenen kan kaybı ☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar ☐ Olası anestezi riskleri ☐ Hastanın pozisyonu 20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? ☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı ☐ Kullanılmaz 21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? ☐ Evet ☐ Hayır 22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır 23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır 24. Antikoagülan kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza	26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak ☐ Hasta, ☐ Yapılan ameliyat, ☐ Ameliyat bölgesi, teyit edildi. 27. Alet, spanç / kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? ☐ Evet / Tam ☐ Hayır 28. Hastadan alınan numune etiketinde ☐ Hastanın adı doğru yazılı ☐ Numunenin alındığı bölge yazılı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? ☐ Anesteziistin önerileri: ☐ Cerrahin önerileri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? ☐ Evet Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza

* Her bölüm ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

Hekim Notları :

- Damar yolu, ameliyat bölgesi, varsa nazogastrik, katater ve direnlerin kontrolü yapılır HBYS üzerinden Hemşire İşlemlerinden Kateter-Materyal Takibi kayıt edilir.
- Genel anestezi, spinal, epidural, sedoanaljezi ya da riva ise ilk bir saat 15 dk ara ile, bir sonraki iki saat 30 dk ara ile, sonrasında dört saat boyunca saatte bir ve sonra iki saatte bir iki kez, eğer hastanın durumu stabil ise üç saatte bir yapılır ve HBYS üzerinden Hemşire İşlemlerinden Yaşama Bulguları/Hasta İzlem Formu'na kayıt edilir.
- Anestezisi lokalse ilk bir saatte 30 dakikada bir, sonrasında hasta stabilse üç saatte bir takibi yapıp HBYS üzerinden Hemşire İşlemleri Yaşam Bulguları /Hasta İzlem Formu'na kayıt edilir. Hastanın ağrısı her vital bulgu izleminde değerlendirilir. Ağrı skoruna göre Ağrı Kontrolü Prosedürüne uygun olarak takibi yapılır. HBYS üzerinden Hemşirelik İşlemleri Ağrı Değerlendirme Skalası/Hasta Formu ile kayıt altına alınır.
- Mümkün olan en kısa sürede hastanın mobilizasyonu hemşire eşliğinde sağlanır. İlk mobilizasyon öncesi hasta 20 dk kadar yatak kenarında oturtulur ve baş dönmesi olmadığından emin olduktan sonra kaldırılır.
- Hastanın anestezi türüne göre oral beslenmesi planlanır. Genel anestezide 5-6 saat, spinal ve epiduralde 4 saat, riva ve sedoanaljezide 2 saat sonra lokalde beklenmeye gerek yoktur. İlk oral alımlar için sulu berrak gıda tercih edilir. Hekim tarafından order edilir. Batın ameliyatlarında gaz çıkışı olmadan oral gıda verilmemelidir.

- 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.
- Kısıtlama orderı doktor tarafından en fazla 24 saat için verilir ve sonlandırma saati yazılır.
- Acil durumlarda sözel direktif alınarak kısıtlama uygulanır. 24 saat içinde doktor direktifi yazılı hale getirilir. 24 saat sonra doktor tarafından değerlendirilen hastanın kısıtlaması devam edecek ise yeni bir direktif yazılır. Doktor istemi; hastanın kısıtlamaya ihtiyaç gösteren değerlendirmesini, kısıtlamanın zamanını, kısıtlama şeklini, klinik endikasyonu ve istem zamanı ile doktorun imzasını kapsar.
- Kısıtlamanın kontrol aralıkları aşağıdaki gibidir

Şiddet içermeyen davranış nedeniyle kısıtlanan bir hasta 2 saatte bir

Hastanın kendisini, personeli veya bir başkasını doğrudan tehlikeye sokabilecek şiddet içeren bir davranışı kontrol altına almak için kullanılması durumunda ise uygulamanın başlatılmasından sonraki 1 saat içinde kontrol edilir. Kısıtlama kararı devam ediyorsa 2 saate bir kontrol edilerek kayıt altına alınır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Kaydet

Ekle

Sil

Yazdır

Hasta Yakını Ekle

Hasta Kontrolü Ekle

Farmakolojik Kısıt Ekle

Kapat

Kısıtlamayı Yapan			Kısıtlamayı Bitiren			
Başlangıç Tarihi	Bölüm	Doktor	Bitiş Tarihi	Bölüm	Doktor	Not
1.10.2024	Yetişkin Yoğ	Zeynep Ara				
30.09.2024	Yetişkin Yoğ	Adnan Veli				

Farmakolojik Kısıt

İlaç Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Sil
<Gösterilecek kayıt YOK>			

Kısıtlama Yöntemleri

☐ Fiziksel Kısıtlama

☒ Farmakolojik Kısıtlama

Kısıtlama Nedenleri

Seçilen Yok

Fiziksel Kısıtlama Yöntemleri

Seçilen Yok

Alternatif Seçenekler

Seçilen Yok

Hasta Yakını

Yakınlık Derecesi

Bilgilendir

Ad

Soyad

Cep Telefonu

İş Telefonu

Ev Telefonu

Kişi Durumu

Ağırlama

Sil

- Hastaların tedavisinin herhangi bir anında kan ihtiyacı doğması durumunda kan transfüzyonu işlemi yapılacağı anlatılarak Kan Transfüzyonu Bilgilendirmiş Onam Formu ile hastanın onamı alınır.
- Kan istemi hekim tarafından HBYS üzerinden order edilmelidir. Kan ve kan ürünlerinde sözel/talimat kabul edilmez.
- Transfüzyonun ilk 15 dakikasında, hemşire nezaretinde transfüzyon yapılır.
- 15' inci dakikadaki değer, Kan Bileşeni Transfer ve Transfüzyon İzlem Formuna kaydedilir ve bundan sonra her 30 dakikada bir vital bulguları alınarak kaydedilir.
- Kan transfüzyonunun herhangi bir anında bir reaksiyon gelişmesi durumunda; transfüzyon işlemi kesilir ve Kan Transfüzyonu Sırasında Oluşabilecek İstenmeyen Ciddi Etkiler, Kaydedilmesi ve Raporlanması Talimatına uygun olarak, reaksiyonlar kaydedilir. Ayrıca doktoruna ve Kan Transfüzyon Merkezi Sorumlu doktoruna raporlanır.

Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

Hemşirelik Bakımı:

Hemşirelik bakımında; Hasta Venöz tromboemboli belirtileri ve bulguları açısından gözlemlenir.

Periferik nabızlar kontrol edilir.

Extremitelerin hareket düzeyi, hassasiyeti, ağrı, kızarıklık vb ile değerlendirilir.

Pulmoner emboli belirti ve bulguları (ani gelişen dispne, taşipne, hypotansiyon, taşikardi, jugular venlerde dolgunluk , siyanoz, huzursuzluk) gözlemlenir.

Aritmi yönünden takip edilir.

Fizyoterapistle işbirliği yaparak;

*Yatak içi aktif –pasif hareketler uygulanır, erken mobilizasyon ile hasta desteklenir.

Hastada 5 duyu ile ilgili değişiklikler rapor edilir.

Doktor orderında yer alan antikoagülan tedavi doğru olarak uygulanır.

Ameliyathane dışında sedasyon ve analjezi (S/A) uygulamaları için standart bir yöntem belirlemek amaçlanmaktadır.

S/A uygulamaları ameliyathane ve aşağıda belirtilen ameliyathane dışı ortamlarda gerçekleştirilir.

- Radyoloji birimi (MR, BT çekimleri, HSG sırasında)
- Doğumhane
- Acil Servis
- Endoskopi Ünitesi, Bronkoskopi Ünitesi
- Yoğun Bakım Üniteleri

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

[illegible]

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- _____			

Anne ve bebek ölümlerinin büyük kısmı doğum sürecinde gerçekleşmektedir. Sağlık çalışanlarının görevi, bu süreçte hem anne hem de yenidoğanın mümkün olan en güvenli bakımı almasını sağlamaktır. Kontrol listeleri, bu tür karmaşık ve önemli hizmet süreçlerini yönetebilmek ve hataları önlemek için faydalı araçlardır. Bu nedenle Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi kullanılmaktadır.

Doğum Öncesi - GÜVENLİ DOĞUM - KONTROL LİSTESİ			
1. Başvuru Anında		2. Doğumdan Önce(veya Sezaryenden önce)	
Annenin sevki gerekiyor mu?	Birim kriterlerini kontrol edin	Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?	
☐ Hayır		Antibiyotik?	Şu durumlarda anneye antibiyotik veriniz: Vücut sıcaklığının >38°C ise Kötü kokulu vajinal akıntı varsa Amniyon kesesi yırtılmasının sonrasında 18 saat geçti ise
☐ Evet		☐ Hayır	
Partograf başlatıldı mı?	Serviks ≥ 4 cm iken işaretmeye başlayınız, serviks her 1 saatte en az 1 cm genişlemelidir. Her 30 dk:Kalp atışı, kontraksiyonlar, fetal kalp atışı Her 2 saat: Vücut sıcaklığı Her 4 saat: Kan basıncını kaydedin.	☐ Evet, verildi.	
☐ Hayır, 4 cm ve üstünde başlayacak		Magnezyum sülfat?	Şu durumlarda anneye magnezyum sülfat veriniz: Diastolik kan basıncının 110mmHg ve üzeri ve proteinürinin 3 ve üstü, Diastolik kan basıncının 90mmHg ve üzeri ve proteinürinin 2 ve üstü, şiddetli baş ağrısı, görüş bozukluğu, epigastrik ağrı
☐ Evet		☐ Hayır	
Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?		☐ Evet, verildi.	
Antibiyotik?	Şu durumlarda anneye antibiyotik veriniz: Vücut sıcaklığının >38°C ise Kötü kokulu vajina akıntısı varsa Amniyon kesesi yırtılmasının sonrasında 18 saat geçti ise		
☐ Hayır		Gerekli malzemelerin hasta yatağı yanında kullanıma hazır olması	
☐ Evet, verildi		Anne için:	Anne bakımına doğumun hemen sonrasında hazır olun. Bebeği ayırın, Oksitosini anneye ilk dakika içinde uygulayın. Plasentanın çıkışı için göbek bağının gerilmesini kontrol edin ve çıkış sonrası uterusu masaj yapın.
Magnezyum sülfat?	Şu durumlarda anneye magnezyum sülfat veriniz. Diastolik kan basıncının 110mmHg ve üzeri ve proteinürinin 3 ve üstü, Diastolik kan basıncının 90mmHg ve üzeri ve proteinürinin 2 ve üstü, şiddetli baş ağrısı, görüş bozukluğu, epigastrik ağrı.	☐ Eldiven	
☐ Hayır		☐ Sabun	
☐ Evet, verildi		☐ 10IU enjektörde oksitosin	
Anti-retroviral?		Bebek için:	
☐ Hayır, HIV negatiflik onaylandı		☐ Temiz havlu	Bebek bakımına doğumun hemen sonrasında hazır olun.
☐ Evet, verildi	CD4 değeri 350 veya daha düşük olan veya klinik tanı gerekiyorsa verilir. CD4 değeri 350'nin üstünde olan annelerde profilaksi amacıyla verilir.	☐ Göbek bağının kesilmesi için steril bıçak	Bebek kurulayın ve sıcak tutun, Eğer nefes almıyorsa uyarın ve hava yolunu temizleyin. Nefes almama devam ediyorsa göbek bağını kesin, ambu setiyle ventilasyona başlayın. Yardım isteyin.
☐ Durum bilinmiyor, HIV testi istendi		☐ Aspirasyon cihazı	
☐ Her vajinal muayenede el hijyeni ve eldiven kullanımı için yeterli malzeme mevcut		☐ Ambu	
☐ Re fa katçı doğumda bulunması için teşvik edildi		Gerektiği durumda doğuma yardım etmesi için asistan tanımlanıp ilgili kişi bilgilendirildi mi?	
☐ Anne veya re fa katçının doğumda tehlikeli bir durum karşısında yardım çağıracağı onaylandı.		☐ Hayır	
		☐ Evet	
Formu Dolduranın Adı Soyadı:		Formu Dolduranın Adı Soyadı:	

Anne ve bebek ölümlerinin doğum eyleminin ilerlemesini ve fetus açısından gelişmeleri sürekli ve ayrıntılı olarak kayıt altına alan, normal dışı durumların erken tespitini ve ayrıca ilerlemeyen doğum eylemi tanısını koymaya yardımcı bir araç olan partografin kullanımı doğum eyleminin doğru takibi açısından önem taşımaktadır.

Kaydet
Ekle
Sil
Yazdır

Kapat

Doğum Bilgileri

Giriş Tuşesi:	Ağrı Başlangıcı:	Doğum Saati:	Prezentasyon:	Boy(cm):	Baş Çevresi:	Ağırlık: (gram)
SCA ise	Cinsiyet:	Plasenta Çıkış Saati:	Su Kesesi:	Not:		

Hemşire
Ölçüm Zamanı
Fetal Kalp Atım Hızı
Serviks Açıklığı
Baş Seviyesi
Ağrı Seviyesi
Ağrı Sayısı
Amniyon Sıvısı

Fetal Kalp Atım Hızı

-

-

Amniyon Sıvısı

Durumu	
Saat	Tarih

Baş Seviyesi

Kontraksiyon Ağrı Seviyesi

5	
4	
3	
2	
1	

Obstetrik problemleri hızla değerlendirip, ayırıcı tanıyı yaparak ekip anlayışı içinde anne ve bebeğin doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde yaşamını tehdit eden komplikasyonları tanıma, yönetme ve çözümünü sağlamaktır.

- Hastanın daha önceden planlanmış ya da acil durumlarda bulundukları bölümlerden diğer bölümlere en kısa, en uygun ve en güvenli şekilde transferlerini sağlamak amaçlanmaktadır.
- Hastaya rahat bir pozisyon verilerek sedyenin kenarlıkları kaldırılmalı sedyenin baş tarafı gidiş yönünde olmalıdır. Hastanın üstü örtülü olmalıdır.
- Hasta dosyası sedyeye konmamalıdır.
- Transferler mutlaka sağlık personeli refakatinde olmalıdır.
- Transfere başlarken ve transfer esnasında hastanın durumundaki değişiklikleri Hasta Transfer Formu'na kaydedilmelidir.

OPTİMED			HASTA/MEFTA MÜLKİYETİ TESLİM FORMU	
Hastanın/Meftanın Adı Soyadı				
Bölümü/Odası				
Tarih				
Giyim Eşyaları	Cinsi	Adedi		
Kıymetli Eşyalar	Nakit Para			
	Kredi Kartı Cinsi ve Numarası			
	Takılar			
Diğer (Protez)				
Yukarıdaki/...../..... tarihinde kaydedilen şahsıma ait tüm emanetleri eksiksiz olarak teslim ettim.				
Teslim Alan			Hasta/Hasta Yakını Teslim Eden	

Herhangi bir nedenle müşahede altına alınan veya yataklı tedavi gören hastaların para, kredi kartı vb. değerli eşyalarının nasıl saklanacağını belirlemektir.

İLAÇ YÖNETİMİ

- Kurumda, ilacın dahil olduğu tüm süreçlerde hasta ve çalışana yönelik riskleri en az düzeye indirmek amaçlanmaktadır.
- İlaçların bulunduğu eczane ve depolara, yetkili çalışanlar dışında erişimi sınırlandırmak için kapalı alanlarda saklanmaktadır.
- İlaç bulunan buzdolapları ve depoların sıcaklık ve nem takibi her shiftte yapılarak kayıt altına alınmaktadır. İlaçlar depolama alanlarında yerle direkt temas etmeyecek şekilde ilaçların cinsine göre konumlandırılır. İlaçların kesilmesi durumunda son kullanma tarihleri kaybolacağı için tabletler kesilmeden tam olarak saklanır.
- 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.
- Doktorun acil bir ameliyata girmesi veya o an hastanede olmaması gibi sebeplerden dolayı doktor tarafından sözel order telefonda verilebilir. Bu durumda sözel orderı alan hemşire doktorun vermiş olduğu bilgileri varsa yanında başka bir sağlık personelinin de duyabileceği şekilde ilgili doktora tekrar eder ve kontrol edilir. Sağlık çalışanı HBYS üzerinden sözel order olarak istem yapar.
- Sözel veya telefonla talimatı veren doktora HBYS üzerinden en geç 24 saat içinde onaylatılır.
- 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.

İlaç Uygulamaları

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.

Tedavi saatlerinde HBYS ekranından ilgili hasta adı seçilerek planlanan saatteki ilaç seçilir ilaç notunda yer alan bilgiler dikkate alınarak 8 doğru kuralına (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru yol, doğru etki, doğru form, doğru kayıt)uyularak uygulanır.

İlaç (İstenen)	LH	İlaç	Kaç kez -	Uyg.	İlaç Notu	Uygula	Pln.	Pln.T	Uyg.	g.	Duru
CORDARONE 150 MG 6 AMPUL	☐	AMIDOVİN 150 MG/3 ML 6 AMP	1 X 1...			☒	11.10.2019	14:36	11.10.2019	14:40	11.1... Uyg...
POLİFLEKS %5 DEKSTROZ 100...	☐	BİOFLEKS %5 DEKSTROZ 1000 ML SETSİZ (OSEL)	1 X 1...	Intra venöz	40CC/SAAT	☒	11.10.2019	14:36	11.10.2019	14:40	11.1... Uyg...
POLİFLEKS %5 DEKSTROZ 100...	☐	BİOFLEKS %5 DEKSTROZ 1000 ML SETSİZ (OSEL)	1 X 1...	Intra venöz	40CC/SAAT	☐	11.10.2019	02:36	12.10.2019	02:36	12.1... Bekl...
BELOC ZOK 50 MG 20 TABLET	☐	SANELOC 50 MG 20 DEGİST.SALIMLI TABLET	1 X 5...	Ağızda n(Oral)		☒	11.10.2019	14:36	11.10.2019	14:41	11.1... Uyg...

İlaç uygulandıktan sonra en geç 30 dakika içinde order ekranındaki uygulandı kutusu işaretlenir.

Uygulandı işareti yapıldıktan sonra uygulama saati ve işareti değiştirilemez.

Planlanan saatte uygulanmayan orderlar gösterge olarak izlenmektedir.

* ra	HY	İlaç (İstenen)	LH	İlaç	Kaç kez	Uyg.	İlaç	Uygul	Order	n.	Pln.Tarih	Uyg.	Uyg.	Durum
33		PARTEMOL 1 G/100 ML INF İCİN COZ I...		PARACEROL 10 MG/ML IV INF. IC. COZ. ICEREN 100 ML 12 FLK.	1 X 100...	Intra venöz		☐	09.10.2019	02:52	10.10.2019	02:52	10.10.2019	Beklemede
34		CİPRASEL 200MG/100ML IV İN...		CİPROPOL 200 MG/100 ML IV İNF. İCİN ÇÖZ.	1 X 200...	Intra venöz		☐	09.10.2019	00:00	10.10.2019	00:00	10.10.2019	Beklemede
32				KARDOZİN 4 MG 20 TABLET	1 X 4 MG	Ağızdan(Oral)		☒	09.10.2019	16:00	09.10.2019	16:00	09.10.2019	Uygulandı
35				NIPIDOL 10 MG 20 TABLET	1 X 10 MG	Ağızdan(Oral)	TA YÜKS...	☐	09.10.2019	14:52	09.10.2019	14:52	09.10.2019	Beklemede
30				ATARAX 25 MG 30 FILM TABLET	1 X 25 MG	Ağızdan(Oral)		☐	09.10.2019	14:52	09.10.2019	14:52	09.10.2019	Beklemede
31				POLİFLEKS İZOLEN 1000 ML SOL. SETSİZ (POLİFARMA)	1 X 1 A...	Intra venöz		☐	09.10.2019	14:52	09.10.2019	14:52	09.10.2019	Beklemede
33		PARTEMOL 1 G/100 ML INF İCİN COZ I...		PARACEROL 10 MG/ML IV INF. IC. COZ. ICEREN 100 ML 12 FLK.	1 X 100...	Intra venöz		☐	09.10.2019	14:52	09.10.2019	14:52	09.10.2019	Beklemede
36				KAPRİL 25 MG 48 TABLET	1 X 25 MG	Ağızdan(Oral)	TA YÜKS...	☐	09.10.2019	14:52	09.10.2019	14:52	09.10.2019	Beklemede
34		CİPRASEL 200MG/100ML IV İN...		CİPROPOL 200 MG/100 ML IV İNF. İCİN ÇÖZ.	1 X 200...	Intra venöz		☒	09.10.2019	12:00	09.10.2019	12:00	09.10.2019	Uygulandı

Sözel Order Yazma

Hekim sözel olarak order verdiği zaman hemşire tarafından ilgili hasta kaydı üzerine tıklayarak, İlaç İstem (order) sekmesi seçilir. İlaçları girdikten sonra gönder sekmesine basarak sisteme girişi yapılır. Eczanenin onayından sonra hekim onayı için HBYS ekranına düşer.

The screenshot shows the Bizmed Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) interface. The top menu bar includes options like 'İşlemler', 'Hasta İstekleri', 'Sağlık-Net', 'Bilgi Formları', 'Yönetici Raporları', 'Hasta Talep', 'Yardım', 'KAPAT', and 'Kart No:'. The main area displays a list of patients with columns for Adı, Soyadı, Teşhis, Sonuç, Prot. No, Dosya No, Kat, Yata, İlaç Se, Tıbbi Koz, İzleylet, Öğrene, Epi, Ve, Dosya H, Öneriyet, Yap, Dosya Doktor, Yatış Sını, and Bakın. A red box highlights the 'İlaç İstem (Order)' button in the left sidebar. Another red box highlights the 'İlaç İstem (Order)' button in the bottom right corner of the main area. The bottom status bar shows 'Form Kod No: EY-RH-01', 'Rev.No:03/Rev.Tar.:30.07.2024', and '137'.

ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ

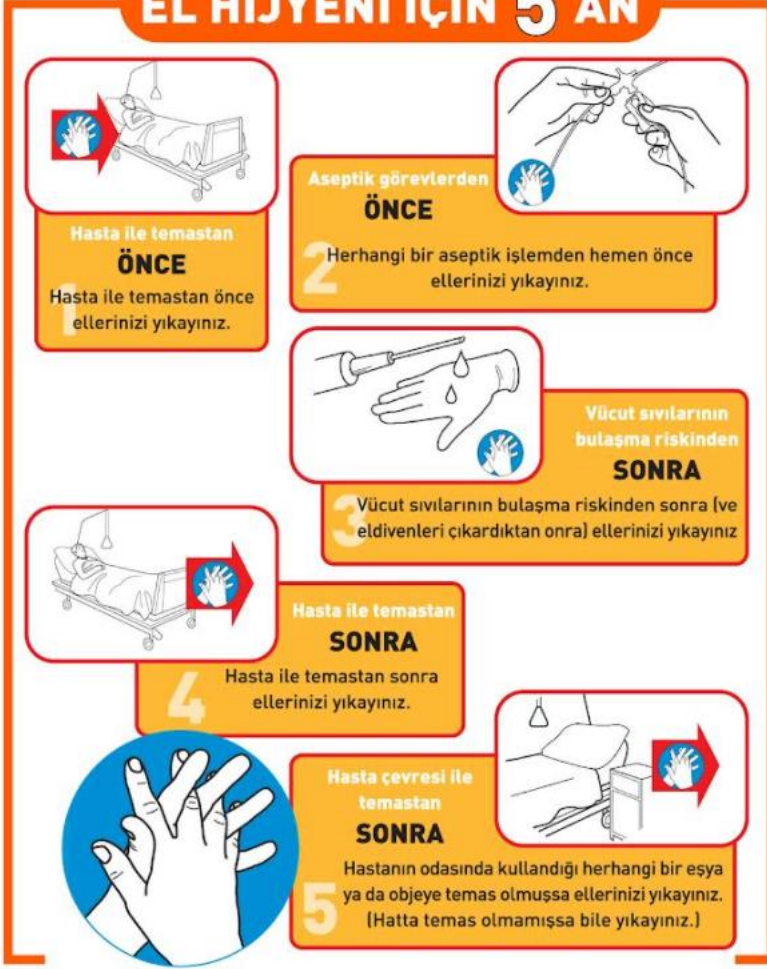
Dokümanın tamamına kalite programından veya intranet sayfasından ulaşabilirsiniz.

- 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
İzolasyonu



Temas
İzolasyonu



Damlacık
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 ayrılmadan 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 ayrılmadan 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:

ATIK LİSTESİ			
KIRMIZI TORBA-1	SIYAH TORBA	SARI TORBA	RADYOAKTİF ATIK
GENEL TIBBİ ATIKLAR İÇİN	EVSEL ATIKLAR İÇİN	TEHLİKELİ ATIKLAR İÇİN	RADYOAKTİF ATIKLAR
Tıbbi bakım verilen tüm alanlardaki kan ve her türlü vücut sıvıları ile bulaşmış atıklar	Tüm idari birim büroları, mutfak, kafeterya, atölyeden çıkan;	İdari birim büroları, laboratuvarlar, teknik servis, ameliyathane, yoğun bakımlar, yatan hasta katları, acil servisten çıkan spesifik atıklar	Radyoloji, Nükleer tıp, radyasyon onkolojisi
*İdrar, dışkı kapları *Plasenta, doğum esnasında çıkan dokular *Ameliyathane sonrası çıkan uzuvlar, vücut parçaları *Serolojik atıklar *Tüm eldiven, galoş, maskeler	* Kağıt havlu (El kuruladığımız)	*Bakteri ve virüs tutucu bakteri filtreleri *İç ilaç dolu flakonlar	Radyoaktif ilaçlar ve bu madde ile kontamine olmuş malzemeler
MAVİ TORBA	MAVİ TORBA	SARI KOVA - SHARP BOX	
CAM ATIKLAR İÇİN	KARIŞIK AMBALAJ ATIKLARI İÇİN	KESİCİ - DELİCİ ATIKLAR İÇİN	
* Boş antiseptik solüsyon cam şişeler * Cam meyve suyu şişeleri * Kapaklarından ayrılmış tüm cam şişeler(kapaklar ambalaj atığı kovalarına atılacaktır) * İçerisinde gıda ürünlerinin muhafaza edildiği her türlü kavanozlar (reçel, turşu, sos, konserve kavanozları vb. gibi) * İç boş flakonlar * Bardaklar, sürahi, vazo vb. cam eşyalar	* İlaç karton kutuları	Batma, delme sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar Serum seti iğnesi	

LABORATUVAR HİZMETLERİ

- Laboratuvar Teknisyeni
- Laboratuvar Teknikeri
- ✓ Burada belirtilen dokümanlarınız dışında, diğer sayfalarda adı geçen kurumun tüm çalışanlarının bilmesi ve uygulaması gereken tüm prosedürlerden sorumlusunuz. Lütfen dikkatlice okuyunuz ve ekip olarak doğru ve standart yaklaşımlar uyguladığınızdan emin olunuz.
- ✓ İhtiyaç halinde kalite departmanına ve yöneticilerinize danışıp, soru sormaktan imtina etmeyiniz.

Kurumumuzda hastadan alınan örneklerin doktor isteminden sonuç raporlanan kadar geçen preanalitik, analitik ve postanalitik sürecini kapsar. Bu süreçleri doğru ve usulüne uygun yaparak doğru sonuçlara ulaşmak, hata olasılığını düşürerek tekrar numune alınmasını engellemek, böylece daha hızlı, daha doğru ve hastaya 2. bir invazif girişim yapılmasına gerek olmaksızın analiz sonucu elde etmektir.

Kan almaya başlamadan önce hastanın adı sorularak kimliği doğrulanmalıdır. Yapılacak tahlile göre barkodlar uygun tüplere yapıştırılır. Hasta rahatça oturtulur. Gerekirse bir süre bekletilerek kan dolaşımının normale gelmesi sağlanır.

Hastanın kolunu omuzdan bileğe kadar düz uzatması sağlanmalıdır. Büyük yaralı veya hematomlu koldan, mastektomili kadınlarda memenin alındığı taraftaki koldan kan alınmamalıdır.

Kanların Tüplere Alınma Sırası ve Miktarı aşağıdaki şekildedir:

- | | |
|--|---|
| 1-Kan kültürü tüp veya şişeleri | Yetişkinler için 5 cc, pediatrikler için 2 cc |
| 2-Kırmızı kapaklı tüpler (Tüm düz tüpler) | |
| 3-Mavi kapaklı tüpler (Sodyum atlı tüpler) | Tüp üzerinde belirtilen çizgiye kadar |
| 4-Benekli/sarı kapaklı tüpler (Jel seperatörlü tüpler) | En az 2 cc, en fazla 4 cc doldurulur. |
| 5-Yeşil kapaklı tüpler (Heparinli tüpler) | Tüp üzerinde belirtilen çizgiye kadar |
| 6-Mor kapaklı tüpler (EDTA'lı tüpler) | Tüp üzerinde belirtilen çizgiye kadar |
| 7-Diğer tüpler (Gri kapaklı tüpler) | |

Tahlillerde panik değer çıkması durumunda yapılacak işlemleri belirlemek ve bu işlemleri standartlaştırmak amaçlanmıştır.

Test çalışması sonucunda panik değer elde edilince aşağıdaki işlemler sırayla yapılır:
Panik değer aralığında olan sonuçlarda HBYS üzerinde “DİKKAT!!! PANİK DEĞERDE TESTLER MEVCUT UYARISI” verir.

Sonuç tekrar çalışılır.

Tekrar edilen sonuç yine panik değer ise ilgili doktora veya bölüme bilgi verilir.

Bu bildirim Panik Değer Bildirim Defterine kayıt edilir.

Doktor tarafından beklenmeyen bir sonuç ise cihaz kontrolleri tekrar edilir ve test tekrar edilir ve gerekirse yeniden numune istenir.

Akılcı laboratuvar kapsamında bazı testler için kritik değer tanımlanmıştır. Bu testler glukoz, kolesterol, hdl, trigliserit, ldl kolesteroldür.

Kritik değer bulunan hastaların sonuç raporunda bu testlerde referans aralığı yerine kritik değerler yazar.

Kritik değer çıkan bir test tekrar edilir ve sonuç yine kritik değer de çıkarsa sonuç onaylanır.

Bulaşıcı hastalıklar konusunda tespit edilen panik değerler kesinlikle hastaya veya yakınına doğrudan bildirilemez. Test İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı İle Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi'nde doğrulandıktan sonra sonuç hakkında ilgili doktoru tarafından bilgilendirme yapılır.

Panik değer bildirim oranı gösterge olarak takip edilir.

Personel Girişi

Laboratuvara; laboratuvar personeli ve görevlendirilen personel harici kimse giremez.

Çalışma ortamında koruyucu giysi olarak beyaz ve uzun kollu temiz laboratuvar forması giyilir.

Saçılma ve sıçramalara karşı vücudu kapatan giysiler ve parmak, topuk ve ayağın üstünü örten kapalı ayakkabı giyilmelidir.

Saçlar kısa ya da uzun ise toplanmış olmalıdır. Tırnaklar kısa olmalıdır. Elde yara veya kesi varsa su geçirmez bant ile kapatılmalıdır. Çalışma sırasında takı kullanılmamalıdır.

Laboratuvara herhangi bir içecek veya yiyecek gıda maddesi sokulmaz.

Laboratuvara, mesaisi bitmiş ve mesaiden çıkmış personel giriş yapamaz.

Ziyaretçi-Hasta Girişi

Laboratuvara çalışma saatleri içerisinde kullanılan cihazların bakımı, onarımı vb işlemler haricinde ziyaretçi alınmaz.

Laboratuvara alınacak ziyaretçide de, personele uygulanan esaslar aynen uygulanır.

Laboratuvara sonuç almak için hasta ve/veya hasta yakınları başvurdukları zaman, laboratuvar veznesine yönlendirilirler.

Personel- Ziyaretçi Çıkışı

Çalışma sırasında eldiven, maske vb. maske kullanılmışsa laboratuvardan çıkmadan önce ilgili malzeme tıbbi atık kutusuna atılır.

Laboratuvardan çıkmadan önce El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatına uygun olarak el yıkanır.

Çalışma ortamından ayrılırken forma çıkarılır. İş kıyafeti ile hastane dışına çıkılmaz.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

- Radyoloji Teknisyeni
- Radyoloji Teknikeri
- Radyoterapi Teknikeri
- Sağlık Fizikçisi
- ✓ Burada belirtilen dokümanlarınız dışında, diğer sayfalarda adı geçen kurumun tüm çalışanlarının bilmesi ve uygulaması gereken tüm prosedürlerden sorumlusunuz. Lütfen dikkatlice okuyunuz ve ekip olarak doğru ve standart yaklaşımlar uyguladığınızdan emin olunuz.
- ✓ İhtiyaç halinde kalite departmanına ve yöneticilerinize danışıp, soru sormaktan imtina etmeyiniz.

Radyasyon Güvenliği El Kitabı

Rehberin amacı radyoloji ünitesinde iyonlaştırıcı radyasyon ışınlamalarına karşı kişilerin ve çevrenin radyasyon güvenliğini sağlamak, radyoloji ünitesinin işleyişini belirlemektir.

Radyoloji İşleyiş Prosedürü

Prosedür radyoloji ünitesi işleyiş süreci ve uygulanması gereken standartlar hakkında bilgi vermek amacıyla oluşturulmuştur.

Radyoloji Çekim Protokolleri Rehberi

Bu rehber ile radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmiştir ve çalışanların eğitim alması sağlanmaktadır.

Dozimetre Kullanma Talimatı

Dozimetre cihazının kullanımı ile ilgili standartlar bu talimatta belirtilmiştir. Uygulamalar gözlemlenmekte ve belirli periyotlarda ölçümleri yapılmaktadır.

Radyasyon Onkolojisi İşleyiş Prosedürü

Prosedür radyasyon onkolojisi işleyiş süreci ve uygulanması gereken standartlar hakkında bilgi vermek amacıyla oluşturulmuştur.

Radyoaktif Kaynakların Emniyeti / Acil Durum Eylem Plan

Alana giriş çıkışların kontrolü, çalışanların gözetilmesi, radyoaktif maddelerin kullanımı, bertarafı, kaza durumunda emniyet önlemlerini belirlemek için oluşturulmuştur.

Dozimetre Kullanımı

Dozimetre cihazının kullanımı ile ilgili standartlar bu talimatta belirtilmiştir. Uygulamalar gözlemlenmekte ve belirli periyotlarda ölçümleri yapılmaktadır.

Nükleer Tıp Ünitesi İşleyiş Prosedürü

Prosedür nükleer tıp ünitesi işleyiş süreci ve uygulanması gereken standartlar hakkında bilgi vermek amacıyla oluşturulmuştur.

Nükleer Tıp Uygulamalarında Radyasyondan Korunma Programı

Alana giriş çıkışların kontrolü, çalışanların gözetilmesi, radyoaktif maddelerin kullanımı, bertarafı, kaza durumunda emniyet önlemlerini belirlemek için oluşturulmuştur.

Dozimetre Kullanımı

Dozimetre cihazının kullanımı ile ilgili standartlar bu talimatta belirtilmiştir. Uygulamalar gözlemlenmekte ve belirli periyotlarda ölçümleri yapılmaktadır.

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ

- Fizyoterapist
- Fizik Tedavi Teknisyeni
- Fizik Tedavi Teknikeri

- ✓ Ana dokümanınız işleyiş prosedürünüz olup, diğer sayfalarda adı geçen kurumun tüm çalışanlarının bilmesi ve uygulaması gereken tüm prosedürlerden sorumlusunuz. Lütfen dikkatlice okuyunuz ve ekip olarak doğru ve standart yaklaşımlar uyguladığınızdan emin olunuz.
- ✓ İhtiyaç halinde kalite departmanına ve yöneticilerinize danışıp, soru sormaktan imtina etmeyiniz.

Bu prosedürün amacı, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesini sağlamaya yönelik uygun fiziki koşulların ve teknik alt yapının oluşturulması, bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunun sağlanması ve her hastaya etkin rehabilitasyon hizmeti verilerek hastaya özgü sağlık sorunları ve komplikasyonlarının azaltılması, öz bakım ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılması ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

Fizik tedavi ünitesine gelen hastaları ve fizik tedavi sürecini kapsamaktadır.

Tedavi gören hastaların takibi seans takip formu ile yapılmaktadır.

OPTİMED

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ÜNİTESİ
HASTA TEDAVİ KARTI



Hastanın **Özgeçmiş / Soygeçmiş**

Adı Soyadı : _____ HT : _____

Yaşı : _____ Tel.: _____ DM : _____

Sosyal Güvencesi : _____ Kardiyak Sorunlar : _____

Tedaviye Bulaşıcı Hastalıklar : _____

Başlangıç Tarihi : _____ Bşl.Saati : _____ Gebelik : _____

Bitiş Tarihi : _____ Btş.Saati : _____ İmplant : _____

Toplam Seans Sayısı : _____ Geçirilmiş Ameliyat : _____

Uygulamalar

Form Kod No: HB -FR -16
Rev.No:00/Rev.Tar.:.....

OPTİMED

Hasta Ad - Soyad _____ Protokol No: _____

Doğum Tarihi _____

Cihaz Numarası _____

Hemşire / Tekniker / Terapist TC No _____

FTR / Hemodiyaliz / Hiperbarik / ESWT/ESWL Seans Takip Formu

Sıra no	Seans Tarihi	Seans Başlangıç Saati	Seans Bitiş Saati	Hasta Ad - Soyad ve İmzası (BKD S Alınmadı ise bu alan doldurulacak)	Doktor Ad - Soyad ve İmzası
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Bu prosedürlerin amacı, Optimed’de departmanların işleyişi ile ilgili standartları belirlemek ve uygulamaktır. Prosedürler aşağıdaki gibidir:

- Klinikler (Yatan Hasta Katları) İşleyiş Prosedürü
- Acil Servis İşleyiş Prosedürü
- Kadın Doğum Servisi İşleyiş Prosedürü
- Doğumhane İşleyiş Prosedürü
- Yetişkin Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürü
- KVC Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürü
- Yenidoğan Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürü
- Ameliyathane İşleyiş Prosedürü
- Merkezi Sterilizasyon Ünitesi İşleyiş Prosedürü
- Anjiyo Ünitesi İşleyiş Prosedürü
- Biyokimya Laboratuvarı İşleyiş Prosedürü
- Kemoterapi Hizmetleri İşleyiş Prosedürü
- Radyasyon Onkolojisi İşleyiş Prosedürü
- Nükleer Tıp Ünitesi İşleyiş Prosedürü

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 konuyu yöneticilerinize, kalite departmanına her zaman iletebilirsiniz. Bundan büyük mutluluk duyacağız.

**İş birliğinize teşekkür ederiz.
Optimed Yönetim Kurulu**