



KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI

İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ
PROSEDÜRÜ

Doküman No: İY-PR-01
Yayın Tarihi :01.09.2009
Revizyon No :15
Revizyon Tar.:08.09.2025
Sayfa No : 1/15

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
01	İlaçların güvenli uygulanması ve hataların önlemi ve tanımlar ile ilgili bilgi eklenmesi.		10.08.2010	Eğt. Hemş. Melek KAYA
02	Uygulama bölümüne yeni madde ilavesi.		17.04.2011	Uzm. Dr. Yaşar PALA
03	Yeni maddelerin eklenmesi ve kayıt altına alınması bölümünün genişletilmesi.		15.09.2011	Hem. Hiz. Sevda SÜMBÜL
04	4.1 maddedeki bilgilerin narkotik ilaç kullanım ve sayım defteri olarak değiştirilmesi.		21.05.2012	Hem. Hiz. Sevda SÜMBÜL
05	Acil çantası ilaç ve malzeme takip listeleri ile ilgili uygulamanın eklenmesi.		10.05.2010	Hem. Hiz. Sevda SÜMBÜL
06	Acil çantası açıldığı durumlarda acil çantası stok kontrol formu doldurulur.		20.09.2013	Hem. Hiz. Sevda SÜMBÜL
07	Sözel order talimatı yayından kaldırılarak bilgiler bu prosedüre aktarılmıştır.		20.12.2018	Hem. Hiz. Sevda SÜMBÜL
08	İlaçların Son Kullanma Günü Talimatı, Narkotik İlaçların Saklanması İlgili Bölüme Gönderilmesi ve Kullanılması Talimatı ve Çoklu Kullanılan ve Orijinal Ambalajında Olmayan İlaçların Kullanımı ve Süresi Talimatları ile birleştirildi. Prosedürün Adı İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü olarak değiştirildi. SAS standartları doğrultusunda gözden geçirildi.		25.10.2019	Sevda Sümbül Başhemşire
09	Sitotoksik İlaç Listesi, Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar Listesi, Hazırlanması Özel Uzmanlık Gerektiren İlaçların Listesi eklendi.4.7. İlaç Uygulamaları başlığına Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatı'na atıfta bulunuldu. Özellikle ilaçların uygulanması sonrası takibinden bahsedildi. 4.8. Hasta yanında ilaç bulundurulmaz bilgisi eklendi. Akılcı İlaç Kullanma Talimatı'na atıfta bulunuldu.	6-7-11	22.10.2020	Ufuk TAŞKIN Eczacı
10	TPN Solüsyonlarının Temin, Hazırlama, Saklama Ve Uygulama Süreçleri Tanımlandı.	12	09.10.2021	Hawa ERDOĞAN Eczacı
11	İlaçların etiketlemeleri son kullanma tarihleri kapatılmayacak şekilde yapılır bilgisi eklendi.	10	25.03.2023	Filiz ALBAYRAK Kalite Yönetim Direktörü
12	Hekim isteminde lüzum halinde belirtilen ilaçlar ağrı değerlendirme skalası, bulantı-kusma varlığı, hipertermi, huzursuzluk-uykusuzluk vb. gereklilikleri HBYS üzerinde ihtiyaç durumunu belirleyerek not order edilir. (Örnek ateş 38 c ve üzeri) bilgisi eklendi.	7. sayfa	17.05.2024	Dr.Çetin ÜÇEÇAM Başhekim
13	Antineoplastik ve radyoaktif ilaçların dökülmesi ve saçılması durumunda yapılması gerekenler eklendi. Vezikan İlaç Etiket eklendi.	10. sayfa	28.08.2024	Ece Nur TOPCU Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
14	Narkotik ilaçların imha süreci tanımlandı. Narkotik ilaçlara bordo renkli, psikotrop ilaçlara yeşil renkli etiket yapıştırılır bilgisi	6. ve	12.06.2025	İlay ŞİMŞEK

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 2/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

	tanımlandı.	13. sayfa		Eczacı
15	Ek İzleme Tabi İlaç Listesi eklendi. Hasta yanındaki ilaç uygulaması revize edildi. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar Kontrol Formu eklendi. Hastane formülleri rehberi eklendi.	6., 8., 12. ve13. sayfa	08.09.2025	Bilge MUTLU Eczacı
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY
FARMAKOVİJİLANS SORUMLUSU		KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ		BAŞHEKİM

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 3/15

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı kurumda, ilacın dahil olduğu tüm süreçlerde hasta ve çalışana yönelik riskleri en az düzeye indirmeyi amaçlar. Tüm ilaç yönetimi sürecini kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

Yan Etki: Bilinen (prospektüste bulun) farmakolojik özelliğinin bir sonucu olup tahmin edilebilir olması

İlaç Hatası: İlacın, sağlık çalışanları, hasta ve yakınının kontrolünde olduğu sırada yanlış ilaç kullanımına veya hastanın zarar görmesine sebep olabilecek tüm olaylardır.

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

Order: Hekimlerin yatan hastalarının 24 saatlik tedavi planındaki ilaçları içeren belge. Reçete.

Yüksek Riskli İlaçlar: Hatalı kullanıldıklarında hasta üzerinde geri dönüşsüz veya kalıcı olumsuz etki yaratan (örneğin; sakatlık, ölüm) ve maliyeti yüksek olan ilaçlar.

Yüksek Riskli İlaç: Yanlış veya hatalı kullanımları durumunda vücutta hasara yol açma riski yüksek ya da zararlı olan ilaçlardır.

Geçimsizlik: Bir ilacın diğeriyle dış ortamda veya vücuda alındıktan sonra etkileşmesi sonucunda etkisinin ortaya çıkması

Advers Etki: Bilinmeyen (prospektüste bulunmayan) ciddi ve beklenmeyen etki

(▼)Ters Üçgen: İkincil Takip Gerektiren İlaçlar

3. REFERANS DOKÜMANLAR

Eczane İşleyiş Prosedürü

Sıcaklık Nem Takip Formu

Ayaktan Hasta Hekim İstem ve İlaç Uygulama Formu

Acil Servis Tıbbi Müşahede ve Muayene Kartı

Mesai Dışı Eczane Açılış ve İlaç Alım Kayıt Formu

Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formu

Stajyer Hemşire Seçme ve Çalıştırma Prosedürü

Advers Etki Bildirim Formu

Hemşire Tanımlama Formu

Taburculuk Özeti ve Tedavi Sonrası Hasta Eğitim Formu

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İşleyiş Prosedürü

Yüksek Riskli İlaçlar Listesi

İşıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi

Yeni Doğan Pediatrik İlaç Listesi

Acil Pediatrik İlaç Listesi

Anne Sütüne Geçen İlaç Listesi

İlaç-İlaç Etkileşimleri Listesi

İlaç Besin Etkileşim Listesi

İsmi ve Söylenişi Benzer İlaçlar Listesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 4/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

Benzer Kutulu İlaçlar Listesi
Buzdolabında Saklanması Gereken İlaç Listesi
IV Geçimsiz İlaç Listesi
Kırmızı Reçeteye Tabii İlaç Listesi
Konsantre Elektrolit Solüsyonlar Listesi
Yeşil Reçeteye Tabii İlaç Listesi
Vesikan ve İrritan İlaç Listesi
İlaç Etiketi
Hazırlanması Özel Teknik/Teçhizat/Uzmanlık Gerektiren İlaç Listesi
Sitotoksik İlaçlar Listesi
İkincil Takip Gerektiren İlaçlar
Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar Listesi
Akılcı İlaç Kullanma Talimatı
Antineoplastik İlaç Dökülme ve Saçılmalarında Yapılacaklar Talimatı
Nükleer Tıp Ünitesi İşleyiş Prosedürü
Hastanın Kullandığı ve Beraberinde Getirdiği İlaç Teslim Formu
Narkotik-Psikotrop İlaç Listesi
Ek İzlemeye Tabi İlaç Listesi
Açılmış veya Hazırlanmış İlaçların Saklama Koşulları Listesi
Akılcı Antibiyotik Kullanım Rehberi
Kullanılmaması Gereken Kısaltma ve Sembol Listesi
Hastane Formülleri Rehberi
IV Geçimsizlik (birbirine karıştırılmaması gereken) İlaç Listesi
Hazırlanması Özel Uzmanlık Gerektiren İlaçlar Listesi

4.UYGULAMA:

4.1. İlaçların Temini

Temel ilaç listesinde bulunan ilaçlar için tanımlanmış minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri vardır. HBYS üzerinden ilaçların stok takibi yapılarak stok seviyesi düşen ilaçlar için satın alma birimine HBYS üzerinden talepte bulunulur. Eczane İşleyiş Prosedürü'ne uygun ilaçlar temin edilir.

4.2.İlaç Yönetiminde Yer Alan Çalışanların Görev Ve Sorumlulukları

İlaçların güvenli uygulamalarında personelin sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir;

Yönetim;

Bakım ve organizasyon ihtiyaçlarına göre ilaçların temini, seçimi, saklanması hakkında karar verirler.

Çalışanların eğitimi ve gelişimini sağlarlar.

Doktorlar;

Akılcı İlaç Kullanma Talimatı ve Akılcı Antibiyotik Kullanım Rehberi'nde belirtildiği üzere uygun ilaç tedavisine karar vererek uygun ilacı seçer ve order ederler.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 5/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

Hastaların klinik durumlarını izleyerek ilacın etkilerini değerlendirir; gerekli durumda ilacın seçimi, sıklık ve süreyi yeniden gözden geçirirler.

Eczacı ve Eczane Görevlileri;

İlaçların temini, saklanması- depolanması, hazırlanması, doğru etiketleme, zamanında ve hatasız dağıtımını sağlarlar.

Hemşireler;

Doktorun order ettiği ilaçları sakın ortamda dikkatli bir şekilde hazırlar ve ilaç uygulamadaki sekiz doğruyu göz önünde bulundurarak uygulanmasını sağlarlar.

Beklenmeyen bir etki ile karşılaşmada doktorun bilgilendirilmesi, tedavinin durdurulması ve gerekli kayıtların yapılmasını sağlarlar.

Etiketi tam olarak okunmayan ilaçları kullanmazlar.

Hastanın alerjisi olup olmadığını kontrol ederler.

4.3.İlaçların Muhafazası

İlaçların bulunduğu eczane ve depolara, yetkili çalışanlar dışında erişimi sınırlandırmak için kapalı alanlarda saklanmaktadır ve 'Yetkili Personel Haricinde Kimse Giremez' uyarısı mevcuttur. Eczanede yetkili kişilerin erişimini engellemek için zil bulunmaktadır. Eczanede Eczacı, bölümlerdeki ilaç depolarından ise bölüm sorumluları sorumludur. Bölüm sorumlularının bulunmadığı zamanlarda ise en kıdemli sağlık çalışanı sorumludur. İlaç bulunan buzdolapları ve depoların her şifitte bölüm çalışanları tarafından sıcaklık ve nem takibi yapılarak Sıcaklık-Nem Takip Formu ile kayıt altına alınmaktadır. Formların güncelliği ve doldurulup doldurulmadığı bölüm sorumluları tarafından takip edilmektedir. Ayrıca kalite departmanı alan ziyaretlerinde süreci gözlemlemektedir. İlaçlar depolama alanlarında yerle direkt temas etmeyecek şekilde ilaçların cinsine göre konumlandırılır. Tabletlerin kesilmesi durumunda son kullanma tarihleri kaybolacağı için kesilen tabletlerin üzerine ilacın adı, miligramı ve son kullanma tarihleri yazılır. Buzdolabında ve depolarda bulunan ilaçlara kolay ulaşım açısından her deponun yerleşim planı oluşturulmuştur. Buzdolabında aşı ve ilaç haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.

4.4.İlaç İstemi

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. Kağıt ortamda gerçekleştirilen orderlarda doktor bilgilerini içeren ıslak imza bulunmaktadır.

Günlük olarak hazırlanması mümkün ya da etkin olmayan istemler;

- Acil istemler,
- Otomatik stoplama,
- Sözel istemler olarak belirlenmiştir.

Orderda;

- İlacın tam adı ve farmasötik formu

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 6/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

- Uygulama zamanı
- Dozu
- Uygulama yolu
- Uygulama süresini (gerekli durumlarda) içermelidir.

İlaç istemlerinde ilaç adında kısaltma kesinlikle yapılmamalıdır. Kullanılmaması gereken kısaltmalar, 'Kullanılmaması Gereken Kısaltma ve Sembol Listesi'nde tanımlanmıştır.

Stok bulunduran birimlerde; acil servis, ameliyathane, doğumhane ve yoğunbakımlarda da maksimum, kritik ve minimum seviyeler belirlenmiştir. Stok seviyenin altına düşen ilaçlar eczane tarafından tamamlanır.

4.4.1.Sözel Order/Acil İstemler

- Doktorun acil bir ameliyata girmesi, veya o an hastanede olmaması gibi sebeplerden dolayı doktor tarafından sözel order, telefonda verilebilir. Bu durumda sözel orderi alan hemşire doktorun vermiş olduğu bilgileri varsa yanında başka bir sağlık personelinin de duyabileceği şekilde ilgili doktora yüksek sesle tekrar eder ve kontrol edilir. Sağlık çalışanı HBYS üzerinden sözel order olarak istem yapar. Hastaya gerekli tedavileri uygular.
- Sözel veya telefonla order talimatı veren doktora HBYS üzerinden en geç 24 saat içinde onaylatılır. Sözel orderi veren doktor 24 saat içinde gelmeyecek ise yerine vekâlet eden doktor tarafından kayıt altına alınır.
- Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve "İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesinde bulunan ilaçlarda kesinlikle kodlama yapılması gerekir.
- Yüksek hata potansiyeli nedeniyle kemoterapi ilaçları, Yüksek Riskli İlaçlar Listesinde yer alan ilaçlar (resüsitasyon durumları hariç) narkotik-psikotrop ilaçla ve kan/kan ürünleri için sözel/talimat kabul edilmez.
- Yüksek riskli ilaçlar sadece mavi kod durumlarında, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde Synpitan isimli ilaç, cerrahi işlemler sonrası pıhtılaşmayı engellemek amacıyla kullanılan ilaçlar ve yoğun bakımlardaki acil durumlarda sözel istem yapılabilir.

4.4.2. Otomatik Stoplama

Hastanın order edilen ilaçlarının kullanımı sırasında genel durum ve vital bulgularına göre hemşire tarafından hekime bilgi verilerek ilaçlar anlık olarak durdurulup tekrar başlatılabilir. Bu kayıtlar HBYS üzerinden hemşire gözlem notlarına kaydedilir.

4.5.İlaç Transferi

Doktor vizitten sonra elektronik order sistemi üzerinden hastanın 24 saatlik tedavisini düzenler, düzenlenen order eczanenin sistemine düşer, HBYS ile entegre olan vademecum tarafından ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşim kontrolü ve parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü sağlanır. Eczacı ilaçların doz kontrolünü yaparak hasta bazlı olarak ilaçları hazırlar ve ambalajın üzerine kimlik doğrulama yaptıktan sonra barkodunu yapıştırır.

Tabletler hasta bazlı olarak küçük kilitli poşetlere koyulur ve üzerine hastaya ve ilaca dair tanımlama parametrelerini içeren bir barkod yapıştırılır. Hazırlanan ilaçlar çıktıya göre kontrol edilerek transfer kabı/poşeti veya pnömatik ile servise gönderilir. Kırılma riski olan ilaçlar pnömatik ile transfer

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 7/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

edilmemektedir. İlaç transferi sırasında tehlikeli ilaçların kırılma ihtimaline karşı müdahale konusunda eğitim verilmektedir. Serviste hemşire tarafından kontrol edilen ilaçlar hasta için hazırlanan dolaplara yerleştirilir. Eczanenin çalışma saatleri dışında acil ilaç ihtiyacı olur ise Nöbetçi İşletme Yöneticisi'ni aranarak ilaç isteğini bildirilir. İsteği alan yönetici, HBYS'den hangi rafta bulunduğu bakarak güvenlik görevlisi ve isteği yapan hemşire ile birlikte eczaneye giderek ilaç temin eder ve Mesai Dışı Eczane Açılış ve İlaç Alım Kayıt Formu kaydeder.

Mesai saatleri içerisinde sorumlu hemşire, narkotik ilaç istemini Narkotik İlaç Talep Formu ile yapar. Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formunun tarih, talep eden bölüm, talep edenin adı soyadı, talep edilen ilaç ve miktarı ile teslim edilen ilaç ve miktarı kısımlarını doldurur. Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formu ile boş ilaç ampulleri Eczacı'ya teslim edilir. Eczacı birimlerden gelen Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formu ile karşılaştırarak boş ampulleri sayar ve teslim alır. İlgili sağlık çalışanına, dolu narkotik ilaçları sayarak teslim eder. Narkotik ilaçlara bordo renkli 'NARKOTİK İLAÇ' etiketi, psikotrop ilaçlara yeşil renkli 'PSİKOTROP İLAÇ' etiketi yapıştırılır. Birim sorumlu hemşiresi, servisinde bulunan narkotik ilaçları kilitleli narkotik ilaç dolabında muhafaza eder.

Onkoloji ilaçlarının (sitotoksik) transferlerinde görevli eğitim almış personel tarafından sızdırmaz, uyarı etiketli, kolay temizlenebilir, yalnızca kemoterapi ilaçları için ayrılmış, kapalı ve içinde absorban ped bulunan bir kap ile taşınır.

Taşıma sırasında doğrudan temas olmadığından Kişisel Koruyucu ekipman gerekmemektedir. Ancak sızıntı /bozulma durumları için uygun nitril eldiven, önlük, maske ve gözlük/koruyucu ekipman ulaşılabilir.

4.6.İlaç Hazırlanması

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.

Bunlar:

- Doğru ilaç
- Doğru hasta
- Doğru doz
- Doğru zaman
- Doğru yol
- Doğru kayıt
- Doğru ilaç form (şekli)
- Doğru sonuçtur

İlaçlar miad ve fiziksel durum kontrolünden geçirilmelidir. Son kullanma tarihi geçen fiziksel yapısında değişim tespit edilen ilaçlar eczaneye teslim edilir.

İlaç hazırlık aşamasında IV Geçimsizlik (birbirine karıştırılmaması gereken) İlaç Listesi dikkate alınır.

Hazırlanması Özel Uzmanlık Gerektiren İlaçlar Listesi'nde belirtilen ilaçlarla ilgili bölüm çalışanlarına eğitim

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 8/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

verilir.

Hekim isteminde olmayan bilgiler varsayımda bulunularak ilaçlar hazırlanmaz ve uygulanmaz. Yazılmamış hiçbir bilginin olduğu varsayılmaz.

4.7.İlaç Uygulamaları

- Hasta için hazırlanan ilaçlar 8 doğru ilkesine göre uygulanır. Her uygulama öncesi Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatına göre hastanın kimliği doğrulanır ve ilacın adı, dozu, uygulama şekli, zamanı, süresi uygulayacak kişi tarafından kontrol edilir.
- Uygulamayı yapan kişi, uygulanan ilaçlar, hemşireler tarafından yine aynı sistem üzerinden ilaç adı ve farmasötik formu, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı, süresi ve kim tarafından uygulandığı onaylanarak kayıt altına alınır. Hastaya uygulanan ilaç en geç 30 dk içinde HBYS üzerinden onaylanmalıdır. Hastaya yapılacak ilaç uygulamaları yetkili sağlık personeli (hekim, hemşire, ebe, anestezi teknisyeni vs.) tarafından yapılır.
- Stajyerler ise Stajyer Hemşire Seçme ve Çalıştırma Prosedürü'ne göre deneyimli hemşire gözetiminde uygulama yaparlar.
- İlacın alerjik durumu ve yan etkileri gözlemlenir, gelişen alerji olaylarında HBYS üzerinden Advers Etki Bildirim Formu kullanılarak bildirim yapılır, Hemşire Gözlem Formu'na kaydedilir.
- Uygulanan ilaç hakkında hasta bilgilendirilir.
- Her hemşire kendi hazırladığı ilacı uygulamalıdır.
- Özellikle riskli ilaçların uygulanma sırasında ve sonrasında gelişebilecek reaksiyonlara karşı hastalar gözlemlenir.
- İlaçlar hasta yanında bulundurulmaz. Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar var ise önce hemşire tarafından son kullanma tarihi, adeti kontrol edilerek Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar Kontrol Formu'na kaydedilerek Hasta/hasta yakınından imza karşılığında teslim alınır. Ardından ilaçlar form ile birlikte eczaneye iletilir. Son kullanma tarihi geçmiş, fiziksel yapısında değişiklik olan ilaçlar eczacı tarafından formda onaylanmama nedeni ile birlikte işaretlenir. Uygun olmayan ilaçlar eczaneden temin edilir. Uygun olmayan ilaç hasta veya hasta yakınına belirtilir ve imha edilir. Kliniğe transfer edilen ilaçlar ve form hasta için tanımlanmış dolaba yerleştirilir. Hasta taburcu olurken kalan ilaçlar hastaya teslim edilir ve Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar Kontrol Formu'nda taburculukta iade edilen ilaçlar kısmı doldurularak hasta/hasta yakınından imza alınır ve hemşire imzası ile birlikte ilaçların teslim edildiği belirtilir. Ayrıca Taburculuk Özeti ve Tedavi Sonrası Hasta Eğitim Formu'nda ilaçların teslim edildiği belirtilir.
- Acil servis/müşahede hastalarının tedavileri uygulandıktan sonra Acil Servis Müşahede/Hasta Değerlendirme Formuna kaydedilir.
- Hazırlanan ilaçların üzerine ilaç etiketinin eksiksiz doldurulması ilaç güvenliği açısından önemlidir. Narkotik ilaçlar sulandırılarak kullanılacak ise sulandırılma bilgileri de etikete eklenmeli ve sulandırılmamış ilaca da yeşil renkli sulandırılmamış ilaç etiketi yapıştırılmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 9/15

- Işıktan korunması gereken ilaçların infüzyonu sırasında ışığa maruz kalmasını önleyecek malzeme ile kullanılmalıdır.
- Hekim isteminde lüzum halinde belirtilen ilaçlar ağrı değerlendirme skalası, bulantı-kusma varlığı, hipertermi, huzursuzluk-uykusuzluk vb. gereklilikleri HBYS üzerinde ihtiyaç durumunu belirleyerek not order edilir. (Örnek ateş 38 c ve üzeri)
- Bazı ilaç dozları laboratuvar sonuçlarına göre ayarlanır. Test sonucu çıktıktan sonra hekim doza karar verir.

4.8. Hastane Formülleri

Sağlık problemlerinin tedavisinde etkin, güvenilir ve hekimlerin reçete yazımı için ihtiyaç duyabileceği temel ilaç bilgilerini içeren Hastane Formülleri Rehberi bulunmaktadır.

4.9.Hasta Beraberinde Gelen İlaçların Kontrolü

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar var ise önce hemşire tarafından son kullanma tarihi, adeti kontrol edilerek Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar Kontrol Formu'na kaydedilerek Hasta/hasta yakınından imza karşılığında teslim alınır. Ardından ilaçlar ile birlikte eczaneye iletilir. Son kullanma tarihi geçmiş, fiziksel yapısında değişiklik olan ilaçlar eczacı tarafından formda onaylanmama nedeni ile birlikte işaretlenir. Uygun olmayan ilaçlar eczaneden temin edilir. Uygun olmayan ilaç hasta veya hasta yakınına belirtilir ve imha edilir. Kliniğe transfer edilen ilaçlar ve form hasta için tanımlanmış dolaba yerleştirilir.

Hasta taburcu olurken ilaçlar hastaya teslim edilir ve Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar Kontrol Formu'nda taburculukta iade edilen ilaçlar kısmı doldurularak hasta/hasta yakınından imza alınır ve hemşire imzası ile birlikte ilaçların teslim edildiği belirtilir. Ayrıca Taburculuk Özeti ve Tedavi Sonrası Hasta Eğitim Formu'nda ilaçların teslim edildiği belirtilir.

4.10.Tedavi Sonrası Yarım Kalan İlaçların Kullanımı Ve İmhası

- Açılmış ilaçlar (şurup, pomad, flokon vb.), serumlar 'Açılmış veya Hazırlanmış İlaçların Saklanma Koşulları Listesi' dikkate alınarak etiketlenir ve takip edilir.
- Sulandırılmış flakonlar ve açılmış ampul, serumların ömrü prospektüsünde aksi bir durum belirtilmediği sürece 24 saattir. Sulandırılarak kullanılacak ilaçların bilgileri ilaç etiketine eksiksiz yazılmalıdır. Yüksek riskli ve sulandırılmamış ilaçlara yeşil renkli "Sulandırılmamış İlaç" etiketi yapıştırılır.
- Belirlenen sürede kullanılmayan ilaçlar ilgili bölümde imha edilir. Narkotik ve psikotrop ilaçlar ise İlaç-Malzeme İade ve İmha Formu ile birlikte sağlık personeli tarafından eczaneye teslim edilir. HBYS üzerinden fire/zayisi gerçekleştirilir.
- Hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltiler İlaç-Malzeme İade ve İmha Formu doldurularak eczaneye imha edilmek üzere iade edilir. HBYS üzerinden fire/zayisi gerçekleştirilir.
- Hasta orderında yer alıp, yarım kalan ve sulandırılara belirlenen sürede kullanılmayan ilaçlar HBYS üzerinden fire/zayisi gerçekleştirilip, klinikte imhası sağlanır.

4.11. Çoklu Kullanılan ve Orijinal Ambalajında Olmayan İlaçların Kullanımı ve Süresi

- Çoklu kullanılan ve orijinal ambalajında olmayan en çok kullanılan ilaçlar için 'Açılmış veya Hazırlanmış

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 10/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

İlaçların Saklama Koşulları Listesi' nde belirtilen saklama koşullarına göre hareket edilir.

- Blister tablet ambalajları son kullanma tarihi görülebilmesi için kesilmemeli.
- Prospektüslerinde herhangi bir zaman dilimi belirtilmiyorsa, krem ve jel gibi topikal kullanım ürünleri kullanıma başlandıktan sonra renk, koku ve görünüşünde değişiklik yoksa 90 güne kadar kullanılabilir. Bu tür ilaçlarda yeni ilaç ambalajı açılmadan önce; daha önce açılmış olup, kullanımında bir engel olmayan ilacın olmadığından emin olunduktan sonra yeni ilaç açılmalı.
- Oftalmik damla/pomad/kremlerin açılma tarihi üzerine etiketlenerek, ambalaj/prospektüste belirtilen "ilaç açıldıktan sonraki kullanım süresi" dikkate alınarak son kullanma tarihi yazılır. Herhangi bir tarih belirtilmemiş ise 15 gün olarak etiketlenir. insülin flakonları için de aynı etiketleme işlemi yapılır. Herhangi bir tarih belirtilmemiş ise açıldıktan sonra kullanım süresi 28 gündür. Eğer bu tür ilaç grubu, ilaç açıldıktan sonraki belirlenen kullanım süresi içinde tüketilemeyeceği öngörülüyorsa, belirlenen son kullanma tarihinin bitimine 1 hafta kala eczane birimine haber verilmeli. Bu tür ilaçlarda yeni ilaç ambalajı açılmadan önce; daha önce açılmış olup, kullanım süresi dolmamış olan ilacın olmadığından emin olunduktan sonra yeni ilaç açılmalı.
- Prospektüslerinde herhangi bir zaman dilimi belirtilmiyorsa ağrı kesici- ateş düşürücü şuruplar, emülsiyonlar, süspansiyonlar veya çözeltiler açıldıktan sonra üzerine açılma tarihi etiketlenerek, renk, koku, tat ve görünüşünde herhangi bir değişiklik yoksa 1 ay süre ile kullanılabilir. Kendi şişelerinde ağızları hava almayacak şekilde sıkıca kapalı olarak saklanmalı. Bu tür ilaçlarda yeni ilaç ambalajı açılmadan önce; daha önce açılmış olup, kullanım süresi dolmamış olan ilacın olmadığından emin olunduktan sonra yeni ilaç açılmalı. Eğer bu tür ilaç grubu, ilaç açıldıktan sonraki belirlenen kullanım süresi içinde tüketilemeyeceği öngörülüyorsa, belirlenen son kullanma tarihinin bitimine 1 hafta kala eczane birimine haber verilmeli.
- Prospektüslerinde herhangi bir zaman dilimi belirtilmiyorsa antibiyotik ve sulandırılarak hazırlanan şurup, süspansiyon, emülsiyonlar açıldıktan sonra üzerine açılma tarihi etiketlenerek, prospektüsünde belirtilen kullanım süresi dikkate alınır. Tarih belirtilmemiş ise renk, koku, tat ve görünüşünde herhangi bir değişiklik yoksa 1 hafta süre ile kullanılabilir. Kendi şişelerinde ağızları hava almayacak şekilde sıkıca kapalı olarak saklanmalı. Eğer bu tür ilaç grubu, ilaç açıldıktan sonraki belirlenen kullanım süresi içinde tüketilemeyeceği öngörülüyorsa, belirlenen son kullanma tarihinin bitimine 3 gün kala eczane birimine haber verilmeli.
- Sulandırılmadan kullanıma hazır halde olan flakonlar, açılma tarihi üzerine etiketlenerek, eğer üzerinde açıldıktan sonra kullanım süresi ile ilgili belirtilen bir bilgi yok ise, açıldıktan sonra kullanım süresi 7 gün kadardır.
- Orijinal ambalajından başka kaplara aktarılan batikon antiseptik solüsyonların kullanım süresi 7 gündür. Orijinal kabından aktarılan batikon solüsyonların hazırlanma tarihleri ve son kullanma tarihleri üzerine etiketlenmelidir. Ürün tehlikeli madde içeriyorsa Tıbbi Amaçlı Solüsyon Etiket yapıştırılır.
- Çoklu kullanılan ve orijinal ambalajında olmayan ilaçlar açıldıktan sonra etikette belirtilen son kullanma

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 11/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

tarihi dolduğunda ilaç içeriği birimlerde mevcut olan ilgili atık kutusuna atılır.

4.12.Advers Etki Bildirimleri

Hastanın gerekli tedavisi yapılırken bu tedavinin herhangi bir anında ciddi veya beklenmeyen etkiler gelişebilir. Böyle bir durumu tespit eden sağlık personeli ilk olarak doktoruna ve Hastane Farmakovijilans Sorumlusuna haber verir. Eğer bu olay mesai saatleri dışında geliyorsa acil servis nöbetçi doktoruna haber verir. Daha sonra bu hastanın doktoru ile iletişime geçerek gerekli tedavilerinin yapılmasını sağlar.

İlaç uygulamalarında meydana gelen ciddi ve beklenmeyen yan etkiler ve reaksiyonlar için HBYS üzerinden “Advers Etki Bildirim Formu” doldurulur, çıktısı eczaneye bölümüne gönderilir.

Yaşanan olay ile ilgili olarak olayın olduğu birim sorumlusu tarafından İstenmeyen Olay Bildirim sistemi üzerinden bildirimini yapar. Farmakovijilans Sorumlusu tarafından 15 gün içinde Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Türkiye Farmakovijilans Merkezi’nde olacak biçimde mail veya posta yoluyla gönderir.

Hastane Farmakovijilans Sorumlusu herhangi bir sebeple görevinden ayrılırsa, en kısa zamanda yerine bu görevi yapacak kişi seçilir. İlgili kişinin bilgileri Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Türkiye Farmakovijilans Merkezi’ ne gönderilir.

4.13.İlaç Hata Bildirimleri ve İlaç Yönetimine İlişkin Göstergeler

İlaç güvenliği ile ilgili hataların gerçekleşmesi durumunda İstenmeyen Olay Bildirim Talimatı’na uygun olarak kayıt altına alınır. İzlenen göstergeler aşağıdaki gibidir.

- İmha Edilen İlaç Miktarı
- İlaç Etkileşimi Görülme Oranı
- Advers etki görülme oranı
- İlaç hatalarının gerçekleşme sayısı
- Sözel order oranı
- İlaç Hatası Bildirimi Oranı

4.14.Tehlikeli İlaçlar ve Hata Durumunda Müdahale Yöntemleri

- Tehlikeli ilaçlar doğal yapısında bulunan toksisiteye bağlı olarak mesleki maruziyet açısından sağlık personeli için tehlike arz eden ajanlardır.
- Tehlikeli ilaçlar inhalasyon, yanlışlıkla enjeksiyon, kontamine gıdaların sindirimi, kontamine ellerin ağızla teması ve deriden emilim ve solunum yollarıyla vücuda girmektedir
- Kırılma sonucu oluşan kontamine bölümün önce kırık parçalarından kurtulacak şekilde temizlenmesi sonrasında bu parçaların tehlikeli atık kapsamında değerlendirilerek ilgili atık kabına atılması gerekir. Kontamine materyalle temas eden tüm paketlenme malzemeleri de ilgili atık kabına atılır. Kontamine olan alan ise düşük/orta düzey etkili yüzey dezenfektanı ile temizlenmelidir.
- Antineoplastik ilaçların dökülmesi, saçılması durumunda Antineoplastik İlaç Dökülme ve Saçılmalarında Yapılacaklar Talimatı’na göre hareket edilir.
- Çalışanlar tehlikeli bir ilaçla; taşınması, dağıtımı, alınması, depolanması, hazırlanması ve uygulanması

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 12/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

kadar atık kontrolü ve gereçlerin bakım onarımı sırasında herhangi bir noktada karşılaşabilir. Bu birimlerde yeterince önlük, maske, gözlük, eldiven vs. bulundurulmalıdır.

- Tehlikeli ilaçlar kurum içindeki diğer bölümlere taşınırken ilaçların fiziksel bütünlüğünü, stabilitesini ve sterilitesini koruyacak kutu ve materyaller seçilmelidir. İlaçlar korunurken aynı zamanda taşıyan personelde korunmalıdır.
- Çalışanlar, tehlikeli ilaçları paketinden çıkarırken, temizlerken ve saklama alanına yerleştirirken kişisel koruyucu donanım olarak koruyucu önlük, maske ve eldiven takmalıdır.
- Tehlikeli ilaçların kurum içerisinde taşınmasında şiddetli bir kuvvetle ve yüksek hızla çalışan pnömatik tüp taşıma sistemleri kullanılmamalıdır. Aksi takdirde kaza sonucu kırılma, patlama ve dökülme yaşanması durumunda hava sirkülasyonu nedeniyle kontaminasyondan tüm hastane etkilenebilir ve ciddi boyutta maruziyet oluşabilir.
- Radyoaktif ilaçlar özel bir kurşun kasada kurşun kaplar içinde muhafaza ve transfer edilir. Dökülme, saçılma durumunda müdahale Nükleer Tıp Ünitesi İşleyiş Prosedürü'ne göre yapılır.

4.15.Özel Nitelikli ve Yüksek Riskli İlaçlar

- Kullanımı yüksek risk içeren ilaçlar ile ilgili Yüksek Riskli İlaçlar Listesi oluşturulmuştur. Ayrıca bu listede bulunan ilaçlara kırmızı renkte” **Yüksek Riskli İlaç**” etiketi yapıştırılarak uyarıda bulunulur.
- Vezikan ilaç uygulamalarında, ilaç hazırlandıktan sonra kemoterapi ilaç etiketi üzerine mavi renkli “**Vezikan İlaç**” etiketi yapıştırılarak uyarıda bulunulur.
- Benzer kutulu ilaçlar ile ilgili olarak **Benzer Kutulu İlaçlar Listesi** ilaçlar listesi oluşturulmuştur. Bu ilaçların karışmaması için depolarda ayrı bölümlere konulmuştur. Ayrıca bu ilaçların üstüne özel etiketle” Dikkat Benzer Ambalajlı İlaç” yazılı etiket yapıştırılmıştır.
- İsmi ve söylenişi birbirine benzeyen ilaçlar için, ‘**İsmi ve Söylenişi Benzer İlaçlar Listesi**’ bulunmaktadır. İsmi ve söylenişi konusunda sorun yaşanan ilaçlar bu listeden kontrol edilerek ve emin olunduktan sonra uygulanır.
- İlaçların etiketlemeleri son kullanma tarihleri kapatılmayacak şekilde yapılır.
- ‘**İşıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi**’ ile ışıktan korunması gereken ilaçlar belirtilmiş olup, bu ilaçlar ışık almayacak ortamlarda gerekli önlemler alınarak saklanır.
- Advers etki bildirimi zorunlu olan, prospektüsünde ters üçgen (▼) simgesi bulunan ve ‘Bu ilaç ek izleme tabidir’ ibaresi yer alan ilaçlar için ‘**Ek İzleme Tabi İlaç Listesi**’ oluşturulmuştur.
- Diğer özel nitelikli ilaç gruplarına ilişkin listeler aşağıdaki gibidir.

Yeni Doğan Pediatrik İlaç Listesi

Acil Pediatrik İlaç Listesi

Anne Sütüne Geçen İlaç Listesi

Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar Listesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 13/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

İlaç-İlaç Etkileşimleri Listesi

İlaç Besin Etkileşim Listesi

Buzdolabında Saklanması Gereken İlaç Listesi

IV Geçimsiz İlaç Listesi

Konsantre Elektrolit Solüsyonlar Listesi

Hazırlanması Özel Teknik/Techizat/Uzmanlık Gerektiren İlaç Listesi

Sitotoksik İlaçlar Listesi

EK izleme Tabi İlaç Listesi

➤ Narkotik ilaçlar kırmızı-yeşil kapaklı, kilitli dolaplarda muhafaza edilir. Bu dolaplar;

Kliniklerde

Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesi

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

KVC Yoğun Bakım Ünitesi

Ameliyathanelerde

Acil Servis

Anjiyo Ünitesi

Kemoterapi Ünitesi

Endoskopi Ünitesinde bulunur.

Birimlerde kırmızı-yeşil kapaklı, kilitli narkotik ilaç dolaplarında ilgili birim sorumlu hemşiresi tarafından muhafaza edilir. Dolap anahtarları mesai içinde sorumlu hemşirede, mesai dışında ise kıdemli hemşirede bulunur.

Sorumlu hemşire, narkotik ilaç istemini Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formu ile yapar. Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formunun, tarih, talep eden bölüm, talep edenin adı soyadı, talep edilen ilaç ve miktarı ile teslim edilen ilaç ve miktarı kısımlarını doldurur. Teslim alan hemşire adı soyadını doldurur ve imzasını atarak istek yapar.

Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formu ile boş ilaç ampulleri eczane sorumlusuna teslim edilir. Eczane Sorumlusu, birimlerden gelen Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formu ile boş ampullerini sayarak teslim alır, dolu narkotik ilaçları sayarak teslim eder.

Hekim, kullanılmasını istediği narkotik ilacın, adını, kullanılması gereken dozu, saati ve ne kadar kullanılacağını order eder.

Belli bölümlerde yüksek riskli ilaçlar için protokoller yazılmış ve standardize edilmiştir.

Hasta için kullanılan her türlü narkotik ilaç, Narkotik İlaç Sayım ve Kayıt Defterine kaydedilir.

➤ Her nöbet değişiminde, narkotik ilaç dolabında bulunan ilaçlar kontrol edilir ve sayılır. Sonuçlar Narkotik İlaç Sayım ve Kayıt Defterine kaydedilir. Narkotik İlaç Sayım ve Kayıt Defterinin teslim eden ve teslim alan kısımlarına ilgili hemşireler imzalarını atarlar.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 14/15
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	

Nöbet teslimlerinde, narkotik ilaçlarda kırılma olduğu durumlarda, sorumlu hemşire bunu bir tutanak Eczacıya bildirir. Bu bildirimle beraber Eczaneden eksik narkotik ilaçlarını temin eder. Aynı zamanda ilgili birim sorumlusu tarafından HBYS üzerinde Zayi İlaç Bildirim Formu ile kayıt altına alınır.

Kırılma dışında narkotik ilaçlarda bir eksiklik saptanması durumunda, sorumlu hemşire tarafından bir tutanak tutulur. Daha sonra kayıtlarda bir yanlışlık olup olmadığı (hastaya uygulanan ilacın sisteme girilip girilmediği, depodan eksik gelip gelmediği vb.) konusunda araştırma yapılır. Buna rağmen eksik rakam bulunmazsa ve kötü niyetli kullanımdan şüphe ediliyorsa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bilgi verilir.

4.16. TPN Solüsyonlarının Temin, Hazırlama, Saklama ve Uygulama Süreçleri

Hazır TPN (Total Parenteral Nutrisyon) solüsyonu, üretici firma tarafından hazırlanmış, karışımı yapılmış ve steril torbalarda bulunan ticari ürünlerdir(Kabiven, Numeta G13, Numeta G16). Ecza deposundan uygun saklama koşulları ile eczanemize teslim edilen TPN solüsyonlarının stok ve fiziki uygunluk kontrolü yaparak belirtilen raflara yerleşimi sağlanır. Saklama koşullarına göre saklanan TPN solüsyonları , hekim orderı ile hasta bazlı olarak eczaneden çıkışı sağlanır.

Onkoloji ilaçları doktor orderına göre biyogüvenlik kabininde günlük olarak hazırlanır. Hazırlanan ürün 24 saat içinde tüketilmezse imha edilir.

4.17.İlaç Yönetiminde İletişim

İlaç yönetiminde hasta, çalışan ve çalışan-çalışan iletişimi hasta güvenliği açısından büyük önem arz etmektedir. Çalışanlara ilaç yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerini artırmak ve farkındalık yaratmak için eğitimler verilmektedir. Uygulama öncesinde hasta kendisine uygulanan ilaçlar ile ilgili bilgilendirilir. Taburculuk tedavisinde yer alan ilaçların muhafazası ve güvenli kullanımı için mümkün olduğunca sade ve net bir dil ile bilgilendirilir.

4.18.Stok, Miad Kontrolü ve İmhası

Her ayın son cumartesi günü birim sorumluları, biriminden bir çalışanı ilaçların ve birimlerde bulunan acil çantalarının, crash cardların son kullanma tarihlerini tespit etmesi için görevlendirir. Görevli personel tüm ilaç, serum, laboratuvar test kitleri ve tıbbi malzemelerin son kullanma tarihlerini, fiziksel yapısında değişim olup olmadığını kontrol eder. Birimdeki son kullanım tarihine 2 ay kalmış olan ilaç, serum ve tıbbi malzemelerin üzerine sarı renkli **Dikkat Son Kullanma Tarihi Yaklaşan İlaç** etiketini yapıştırır. Son kullanma tarihine 2 ay kala kullanılamayacak ilaçlar eczaneye iade edilir. Eczacı ilacı daha fazla kullanan birimlere vererek ilaçların kullanımını sağlar. Ancak ilgili malzeme bitmeyecek durumda ise eczacı firma ile görüşerek iadesini ve/veya değiştirilmesini de sağlayabilir. İade sürecinde satın alma birimiyle iletişime geçilebilir.

Miadı dolan, fiziksel yapısında bozulma tespit edilen, geçimsizlik görülen çözeltiler, tedavi sonrası yarım kalan ilaçlar ilgili kliniklerde tehlikeli atık/laboratuvar kimyasalları kaplarında toplanır, HBYS üzerinden fire/zayi yapılır. Dolan kaplar tehlikeli atık deposunda uygun biçimde depolanarak belirli aralıklarla imha edilmek üzere anlaşmalı olunan lisanslı firmalara motat sistemi üzerinden randevu alınarak teslim edilir.

Kliniklerde miadı dolan narkotik ilaçlar, HBYS üzerinden eczaneye iade işlemi yapıldıktan sonra 'İlaç Malzeme İade ve İmha Formu ile beraber eczaneye teslim edilir, ilaçlar eczacı ilgili birim sorumlusunda

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: İY-PR-01 Yayın Tarihi :01.09.2009
	İLAÇLARIN ETKİN VE GÜVENLİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	Revizyon No :15 Revizyon Tar.:08.09.2025 Sayfa No : 15/15

teslim alır.

Teslim sonrası iki yöntem vardır. Birincisinde miyadı dolan narkotik-psikotrop ilaçları eczacı İl Sağlık Müdürlüğü'ne götürür ve bertarafı için uygundur dilekçesi orada yazılır. İkinci yöntemde ise eczacı İl Sağlık Müdürlüğü'ne dilekçe yazar. Bu dilekçede ilgili ilacın adı, miktarı ve karekod bilgisi yer almaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü'nden bu dilekçeye istinaden görevliler gelir ve bu ilaçların kontrolünü sağlar. Onay verdiğine dair dilekçe yazar ve bertarafı için eczacıya teslim eder. Teslim edilen ilaçlar 3 nüsha halinde bertaraf firmasına imha için teslim edilir. Nüshalardan biri İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilir.

İlaçla kontamine olmuş ambalajlar kaynağında (flakonlar ve serum poşetleri) tehlikeli madde kontamine ambalaj atığı için oluşturulmuş kaplarda, ampuller kesici delici atık kovalarında toplanarak anlaşmalı olunan lisanslı firmalara teslim edilir.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından eczacı ve tüm sağlık çalışanları sorumludur.