

KODU:HD.PR.02

YAYIN TARİHİ:12.10.2016

REVİZYON NO:04

REVİZYON TARİHİ:01.01.2023

Sayfa  
1 / 12**AMAÇ:**

Hastanemize başvuran, yatarak hizmet alan hastaların hasta bakımına ilişkin tanı ve tedavi süreçlerini tanımlamak, meslekler arası işbirliği ile tedavi sürecinin bütüncül bir yaklaşımla tamamlanmasını sağlamaktır.

**KAPSAM:**

kloniklerde yürütölen tüm hasta bakım süreçlerini kapsar.

**KISALTMALAR:**

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

Ex: Hayatını kaybetmiş

Ex-Duhul: Acil Servise hayatını kaybetmiş olarak gelen

KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyasyon, Nükleer maruziyeti ve riski olan hastaları

KYB: Kalite Yönetim Birimi

İOBS:İstenmeyen olay bildirim sistemi

ATS: ( Aşı Takip Sistemi)

MHRS: Merkezi Hastane Randevu Sistemi

TİG: Teşhis İlişkili Gruplar

VİP: Ventilatörle İlişkili Pnömoni

**TANIMLAR:****SORUMLULAR:**

- Başhekim
- Başhekim Yardımcısı
- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü
- İdari Mali İşler Müdürü
- Hekim ve Uzman Hekimler
- Sorumlu Hemşiresi, Hemşire, Ebe, Sağlık memuru, acil tıp teknisyenleri
- Diyetisyen, Eczacı, Laboratuarte knisyeni/Teknikeri, Radyoloji. Teknisyeni/Teknikeri. Anestezi Teknisyeni/Teknikeri, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog

**YATAN HASTA HASTA BAKIM SÜREÇLERİ:****Acil Servisten Yatış İşlemleri:**

Acil Servise başvuran hasta acil hekimi tarafından muayenesi yapılır. Gerekli acil müdahalesi gerçekleştirilir. Yapılan muayene, tetkik vb. işlemler sonrasında nöbetçi/icapçı uzman hekime hasta hakkında bilgi verilir. Konsültasyon formu düzenlenir. Uzman hekim tarafından yatış kararı verildiğinde, hasta/hasta yakınına gerekli bilgilendirmeleri yaparak yatış onayı alınır. Yatış yapılacak olan klinik/yoğun bakımlar yatacak olan hasta hakkında bilgilendirilir. Ve yatağı ayarlanır. Hekim tarafından "**Hasta Tabelası Formu**" na tedavi planı yazılır. Bilgi işlem personeli tarafından hasta yatış dosyası hazırlanır. Hastanın acil servisten yatacağı klinik/yoğun bakıma transferi acil servis sağlık çalışanları refakatinde "Güvenli Hasta Transferi Talimatı"na uygun olarak gerçekleştirilir. Hastaya boş yatak bulunamaması halinde yer ayarlanana kadar acil müşahede odasında tedavisine devam edilir.

**Poliklinikten Yatış İşlemleri:**

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

Hekim hastanın yatışına karar verdiğinde hastaya bu kararını bildirir. Hastaya tedaviye ilişkin hekimin açıklaması ile birlikte hastaya yatışı ve tedaviyi kabul etmesi halinde hasta/hasta yakınına rıza belgesi tarih ve saat kaydedilerek imzalatılır. Hastanın önerilen tedaviyi ve yatışı kabul etmemesi durumunda hekim tarafından olası riskler ve gelişebilecek durumlar açıklanır. Hasta/yakını reddetmesi durumunda Tedavi ve Tetkik Red Formu. Yatarak tedaviyi kabul eden hasta için hekim tarafından klinik bilgilendirilir ve “**Hasta Tabelası Formu**” doldurulur. Tedavisi order edilir. Bilgi işlem personeli tarafından yatış dosyası hazırlanır, hastanın genel durumuna göre hasta yakını refakati veya transfer sedye/tekerlekli sandalye ve klinik destek personeli refakatinde servise gönderilir.

### **Diğer Sağlık Kuruluşlarından Sevk İle Gelenler:**

Sevkle gelen hastalar acil servis veya ilgili branş polikliniğe müracaat eder. Acilden gelenlerin yatış işlemlerine göre yapılır. Poliklinikten yatacak hastaların işlemlerine göre gerçekleştirilir

### **Hasta Yatış Kabul İşlemleri:**

Serviste hastanın T.C. kimlik numarası otomasyon sistemine girilir, hastanın bilgileri kontrol edilerek yatış dosyası hazırlanır yatış barkodu dosyaya yapıştırılır. Ayrıca kimlik tanımlayıcı kol bandı için ayrı barkod çıkartılır.

### **HEKİM TANI- TEDAVİ HASTA BAKIM SÜREÇLERİ:**

Hastaya yatış kararı veren hekim hasta/hasta yakınına hastalığı, tedavi ve bakım süreci hakkında bilgilendirme yapar. Yapılacak tedavi, ve girişimsel işlem var ise rıza belgesi hekim imza kaşesi, hasta/hasta yakını ad soyad, tarih saat, ve bilgilendirme yapıldığına dair, kendi el yazısı ile notu kayıt altına alınır. Bir nüshası hasta/yakınına verilir.

Hastanın yatışı yapıldığında hasta tabelasında hastanın tedavi planı açık, anlaşılır, kısaltma kullanmadan, günlük olarak kaydedilir. Tetkik, konsültasyon istemi ilgili formlara kaydedilir. Klinik hemşiresine bilgi verilir. Hastanın sistem bulguları hekim tarafından ilk yatışında ve günlük gözlem notları ‘Doktor Gözlem Formu’na kaydedilir. Hasta değerlendirmesi günlük olarak hekim tarafından yapılarak gözlem notu olarak kaydedilir. Yatan hasta günde iki kez hekimi tarafından ziyaret edilerek tedavi süreci ve hastanın durumu değerlendirilir. Hastanın genel durum değerlendirmesi ve bakım ihtiyaçları hususunda klinik hemşiresi, branş hekimleri ve diğer meslek mensupları ile işbirliği yapar,. Hemşire bakım planlamasında hasta bilgi, bulgularını paylaşarak destek olur.

### **HEMŞİRE HASTA BAKIM SÜREÇLERİ:**

Yatışı yapılan hasta hemşire tarafından uygun odada yatağa alınır. Hastaya hizmet verecek olan çalışanlar hasta/hasta yakınına kendisini tanıtır. Yatış dosyası kayıtları kontrol edilerek kimlik doğrulama yapılır. Alerji sorgulamasına göre kimlik bilekliği takılır.

- **Hasta/hasta yakını bölüme uyumunu sağlamak** amacıyla aşağıda belirtilen konularda bilgilendirme yapılarak “Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu” na kayıt altına alınır.

- \*Kahvaltı ve yemek saatleri
- \*Hasta/hasta yakını uyması gereken kurallar
- \*Hastanın hakları
- \*Ziyaret saatleri ve kuralları
- \*Telefon, yatak kullanımı
- \*Hemşire çağrı sistemi kullanımı
- \*Tuvalet banyo kullanımı
- \*Hekim ziyaretleri
- \*Acil durum planı

- **Hasta tanılama, sistem bulguları değerlendirme:**

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

Hasta ön değerlendirme, sistem bulguları, özgeçmişi, soygeçmişi, anemnez, psiko-sosyal faktörleri "Hemşire Ön Değerlendirme Formu"na kaydedilerek hastanın bakım ihtiyaçlarını belirlemek için bilgi toplanır. Hekimi ile bilgi paylaşımı yapılarak hastanın bakım ihtiyaçları tespit edilir.

- **Beslenme durumu değerlendirme:** Yatışı yapılan her hasta sistem bulguları sonrası değerlendirilir ve değerlendirme sonrası risk grubunda ise görevli nutrisyon destek ekibi hastayı değerlendirmek ve bakım planına destek amaçlı davet edilir. Hastaya uygun beslenme programı belirlenir. Klinik hemşiresi işbirliği ile hasta günlük olarak değerlendirilir. Riski olmayan hastaların genel durumda bozulma, beslenme kaynaklı bir değişiklik fark edildiğinde ve haftada bir tekrar değerlendirme yapılır. Hastanın beslenme desteği ve bakım ihtiyaçları tespit edilerek bakım planlanır, izlenir ve günlük değerlendirmeler yapılır. Yoğun bakım hastaları günlük olarak nutrisyon destek ekibi tarafından değerlendirme yapılır. Beslenme gereksinimi, şekli ve kalori ihtiyacı belirlenir, yoğun bakım hemşiresi ile bakım planları, hastanın beslenme desteği ve bakımları uygulanır, günlük olarak kontrol ve değerlendirmeler kayıt altına alınır.
- **Düşme Riski Değerlendirme:** Hastanın düşme riski "**Hasta Düşme Riski Değerlendirme Talimatı**" doğrultusunda değerlendirilir. İtali Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilir,(3-16 yaş yatan hastalarda Harizmi Düşme Riski Ölçeği kullanılır.). Değerlendirme sonucunda, Düşme riski yüksek ise yüksek risk önlemleri alınır. Hasta odası tek kişilik ise oda kapısına, birden fazla yatak varsa yatak başına yonca figürü asılır. Düşme riski düşük ise standart önlemler alınır. 0-3 yaş yüksek riskli kabul edilir. Yoğun bakım 2. ve 3. seviye ve psikiyatri hastaları yüksek risk kabul edilir. Risk değerlendirmesi yapılmaksızın yüksek risk önlemleri alınır. Hasta/hasta yakını önlemler hususunda bilgilendirilir.
- **Ağrı Şiddeti Değerlendirme:** Yatışı yapılan her hasta ağrı bulguları değerlendirilir, hastanın kendi ifadesi ve klinik hemşiresinin gözlemleri ile ağrı skalası üzerinden skoru Ağrı Değerlendirme formuna kaydedilir. Ağrı skoru hastanın bakım gerektirecek düzeyde ise bakım planlanır, hekimi ile işbirliği yapılır. Order edilen ilaç tedavisi uygulanır, hemşirelik bakım uygulamalarından hastaya uygun olan (soğuk, sıcak, ekzersiz, masaj vb.) hasta ile iletişim kurularak uygulanır ve hastanın rahatlama durumu gözlenir. Düzenli olarak takibi yapılır, değişiklikler ağrı skalasına skorlanır, tarih saat belirtilerek kayıt altına alınır. Hastanın rahatlama durumuna göre bakım gözden geçirilir.
- **Bası Ülseri Riski Değerlendirmesi:** Yataklı servislerde ve birinci seviye Yoğun Bakım'da her yatan hasta genel durum ve sistem bulguları değerlendirildiğinde hareket kısıtlılığı ve yatalak durumda olan hasta grubuna bası ülseri risk değerlendirmesi "**Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu**" içeriğinde bulunan "**Norton Ölçeği**" üzerinden risk grubuna giren hastalara uygulanır. Bası yarası Riski olan hastalara gerekli önlem ve bakımlar planlanır. İkinci ve üçüncü düzey Yoğun Bakıma yatan her hasta "**Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Takip Formu**" içeriğinde bulunan "**Norton Ölçeği**" ile risk değerlendirmesi yapılır. "Bası Yararı Takip Formu" üzerinden kayıt altına alınarak bakım planlanır ve takibi yapılır. Günlük olarak bası yarası değerlendirilir, bakım planı gözden geçirilir.  
\*İki ve üçüncü düzey yoğun bakım dışında yataklı servislerde bası yarası tespit edilen ve bası yarası riski yüksek olan hastalara için "Bası Yararı Takip Formu" üzerinden kayıt altına alınarak bakım planlanır ve takibi yapılır. Günlük olarak bası yarası değerlendirilir, bakım planı gözden geçirilir.  
\*İlk yatışında bası yarası tespit edilen İki ve üçüncü düzey yoğun bakım hastası, "Bası Yararı Takip Formu" üzerinden kayıt altına alınarak bakım planlanır ve takibi yapılır.

Günlük olarak bası yarası değerlendirilir, bakım planı gözden geçirilir. Ayrıca aylık olarak "Bası Yarası Gösterge Bildirim Formu" ile sorumlu hemşiresi tarafından Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır. Üç aylık analizler ve önleyici-iyileştirici faaliyetler planlanır. Çalışanlar bilgilendirilir.

- **Kateter Bakımı ve Takibi:** Yatışı yapılan ve kateter uygulanan her hastanın "Hemşire Gözlem Formu" na, yoğun bakımlarda "Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Takip Formu"na, kateter takılma tarih saat ve uygulayan hemşire kaydı yapılır.. Takılan kateterin sabitlenen uygun kısmına da tarih ve saat notu kaydedilir. Katetere her ilaç uygulama öncesi ve günlük olarak düzenli kontrolleri yapılır, günlük kontrol ve değişim kayıtları gözlem formlarına kaydedilir.
- Yoğun Bakım Hastalarında (IV infüzyon kateteri, ayrıca; femoral, santral ve jugular) kateterler uygulandığında "Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Takip Formu" tarih, saat ve uygulayan olarak kayıt altına alınır. Günlük kateter bölgesi batıcon ile silinerek kapatılır ve heparin infüzyonlu serum fizyolojik sıvı ile bakımı yapılır. Yapılan uygulamalar kaydedilir. Uygulanan kateter en fazla üç gün veya kızarıklık, şişme vb. durumlarda yenisi ile değiştirilir. Kayıt altına alınır.
  - Femoral, santral ve jugular uygulanan hastalarda kateter bölgesi pansumanı yapılır, kateter lümeni açılarak içindeki heparinli solüsyon dışarı alınır. Setlere bağlantısı yapılır, uygulama başlatılır. İşlem sonunda, kateter lümeni ayrılarak her bir lümen önce 20cc serum fizyolojik ile yıkanır. Lümen uzunluğu boyunca heparinle doldurulup kapatılır. Değişim süresi dolunca veya kateterde kıvrılma, tıkanma vb. sorunlar yaşandığında da yenisi ile değişimi yapılır. Kayıt altına alınır.
- **Bilinç düzeyi takibi:** Yoğun bakım dışında her yatan hasta ilk yatışında ön değerlendirme ve sistem bulguları içerisinde değerlendirme yapılarak "Hasta Tanılama Formu"na kaydedilir. Hastanın bilinç durumuna yönelik bozulma tespiti veya yatış sürecinde değişiklik durumlarında hekim orderında istenen takip periyodu ile takibi yapılır, değişiklikler hekimi ile paylaşılır. Hekimin order ettiği tedavi ve takip uygulanır, "Hemşire Gözlem Formu"na kaydedilir.
- \*Yoğun bakım hastalarında hekim tarafından(Apachi II, diğer yoğun bakımlarda Glaskow Koma Skalası) ile ve hemşire tarafından ilk yatışında ve hastanın genel durumuna göre günlük olarak hasta değerlendirilir."Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Takip Formu" kaydedilir.
- **Ağız bakımı ve takibi:** Yoğun bakım dışında her yatan hasta ilk yatışında ön değerlendirme ve sistem bulguları içerisinde değerlendirme yapılarak "Hasta Tanılama Formu"na kaydedilir. Hastanın ağız bakımı ihtiyacı tespit edildiğinde bakım planı hazırlanır, uygulanır, günlük izlemler yapılır. Yapılan bakımın etkinliği ve hastanın uyumu gözlenir. "Hemşire Gözlem Formu" na kaydedilir. Yoğun bakım hastalarında değerlendirme yapılarak ağız bakımı ihtiyacı olan hastalara günde üç kez, ağız bakım kiti kullanılarak bakım uygulanır."Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Takip Formu"na uygulanan bakımlar kaydedilir. Etkinliği izlenir.
- **Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi:** Yatan hastalarda hekim hasta tedavi planında yazılı olarak tanımlanan periyotlarda ekstremitte nabız takibi ve ödem takibi yapılmaktadır. Hemşire tarafından hasta tanılama ve sistem bulguları değerlendirmesi sonucunda hastada dolaşım bozukluğu, ödem bulguları tespit edildiğinde hekimi ile işbirliği yapılarak dolaşım takibi ödem takibi ve hekim tedavi planına ve hastanın gereksinimine uygun bakım planlanır. Değişiklikler ve bakımın etkinliği izlenir. Hemşire gözlem formuna kayıt altına alınır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

- **Ventilatördeki hastada ventilatör ilişkili pnömoni riskinin izlenmesi:** Yoğun bakımda ventilatöre bağlı olan her hasta için günlük olarak yoğun bakım hemşiresi ve Enfeksiyon Hemşiresiyle birlikte **“VIP Önleme Risk Değerlendirme Formu”** ile risk değerlendirmesi yapılır. Tespit edilen risk faktörlerine yönelik hastaya bakım planlanır. Hemşiresi tarafından uygulanır. Değişiklikler ve bakımların etkinliği günlük izlenir ve değerlendirmeler yapılır.
- **İlaç Uygulamaları Sonrası Hasta Takibi:** Yatan hastalara hekim tedavi planında yazılı tanımlanan ve sözel order edilen ilaçlar hemşireler tarafından uygulanır. Yüksek riskli olarak tanımlanan ilaç uygulamalarında hasta yakın gözenir, hastanın genel durumu ve değişiklikleri, ilaç etkileri uygulama sonrası izlenir.
- \*Özellikli ilaç uygulaması:** Hekimin tedavi planına uygun olarak, hasta monitörize edilerek ve infüzyon pompa seti ile yakın takip ile uygulanır. (Yüksek riskli bazı ilaçlar,narkotik-anestezik etkili ilaçlar, kardiyak, solunum sistemini deprese eden ilaçlar). İlaçlar uygulandığında ilk 15 dakika hasta başında gözlenir. Vital bulguları uygulama öncesi, sonrası, 15. Dakika ve sonrasında bulgular normal seyrediyorsa saat başı takip alınır. Hekim tarafından veya hekim gözetiminde de ilaç uygulamaları yapılmaktadır.
- \*\* İlaç uygulaması kapsamında “Advers Etki” gelişen hastaya hekim bilgilendirilerek acil müdahalesi yapılır ve Advers Etki Bildirim Formu” ile Farmokovijilans sorumlusuna bildirim yapılır. Ayrıca advers etki ve ilaç uygulamaları kapsamında öncesi/sonrası tespit edilen risk veya olay “İstenmeyen Olay Bildirim Sistem Formu” ile Kalite Yönetim Birimine bildirilir.
- **Operasyon Öncesi Ve Sonrası Hasta Vital Bulgularının Takibi:** Operasyon uygulanacak yatan hasta operasyon öncesi akşamı veya sabahı, hastaya operasyon süreci ile ilgili hekimi ve hemşiresi tarafından bilgilendirmeler yapılır. Hastanın preop hazırlıkları (tetkik, radyoloji, ilaç, malzeme, lavman vs.), ve hastanın genel durum ve sistem bulguları değerlendirmesi sonucu hastanın durumu hakkında hekim-hemşire bilgi paylaşımında bulunur. Vital bulguları operasyondan önce altı saat ara ile ve ameliyat öncesi alınır, **“Hemşire Gözlem Formu”na** kaydedilir. Operasyon sonrası ilk iki saat 15 dak. Ara ile, sonrasında 6 saat ara ile takibi yapılır. Hastanın vital bulgularında uygunsuz bir durum olduğunda hekimin tedavi planı ve takip önerisi doğrultusunda hasta takipleri yapılır.
- Doğum/sezaryen öncesi ve sonrası takipler “Doğum öncesi/sonrası Bakım Yönetim Rehberi”, “Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi”nde tanımlanan protokoller doğrultusunda izlemler yapılır. Gözlem Formlarına kaydedilir.
- **YATAN HASTA DİSİPLİNLER ARASI BAKIM PLANLAMA:** Hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olarak hastanın yatışını ve tedavisi üstlenen hekim ve hemşiresi tarafından aşağıda belirtilen meslekler arası işbirliği yapılarak bakım planına destek sağlanır. Bakımlar hastayı takip eden hekim/hemşire sorumluluğunda yürütülür.
- **Branş Uzman Hekimler:** Hekim tarafından hastaya ilgili branş uzman hekimden **“Konsültasyon İstek Formu”** aracılığıyla konsültasyon istenir. Formda hekim hasta hakkında bilgi, bulgu ve görüş istem gerekçesini belirtir. Konsültasyon talebi “Aylık Konsültan Hekim Çizelgesi”ne göre ilgili servis hemşiresi tarafından branş hekimine iletir. Konsültasyonlar mümkün olan en kısa süre içerisinde ve mutlaka aynı günde cevaplandırılır. Konsültasyona ilişkin uzman hekim değerlendirmesi; hasta, yatağı başında görülerek yapılır. Ancak taşınmaz cihaz ve özellik arz eden (psikiyatri görüşmesi,) vb. durumlarda randevu alınarak sağlık personeli refakatinde güvenli



KODU:HD.PR.02

YAYIN TARİHİ:12.10.2016

REVİZYON NO:04

REVİZYON TARİHİ:01.01.2023

Sayfa  
6 / 12

hasta transferi koşullarına uygun olarak işlem yürütülür. Konsültasyon istenen hekim değerlendirmesini yapar, gerekli öneri/karar/uygulamalarını “**Konsültasyon İstek Formu**”na kaydeder.

- **Diyetisyen:** Hekim tarafından hastanın hastalığı, beslenme durumu değerlendirilir. Hastanın hastalığına ve beslenme gereksinimine özel diyet programı hazırlanmak üzere diyetisyen davet edilir. Hasta beslenme, hastalık, bulgu ve tetkikleri diyetisyen tarafından kalori ihtiyacı, beslenme gereksinimleri değerlendirilerek hastaya uygun özel diyet programı hazırlanır. Hastaya tanımlanan diyet menüsü sorumlu hemşire tarafından bir gün öncesinden yemek rasyonunu ile mutfağa bildirim yapılır, beslenme hususunda desteğe ihtiyacı olan hastalara destek sağlanır.
- **Diyabet Hemşiresi:** Diyabet tanılı yatan hastalarda hastanın bakım gereksinimi ihtiyacı tespit eden hemşire tarafından diyabet hemşiresi davet edilir. Hastayı değerlendirmek, bilgilendirmek ve işbirliği ile bakım planlamak üzere hasta değerlendirilir. Bakım uygulamaları, faaliyetler ve sonuçları birlikte değerlendirilir. Verilen diyabet eğitimlerin; diyabetle sağlıklı bir yaşam sürdürmeye katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Hemşiresi tarafından yapılan bakım ve değerlendirmeler gözlem formuna kaydedilir.
- **Psikolog:** Hastanın psikolojik faktörler kaynaklı bakım ihtiyacı tespit eden hekim/hemşire tarafından psikolog davet edilir. Hasta hakkında bilgi verilir. Psikolog tarafından değerlendirilen hastaya hemşire ile ortak bakım planlanır. Hedeflenen bakımda gelişme ve değişimler birlikte değerlendirilir. Hekimine bilgi verilir. Hasta/yakınına rehberlik eder, diğer meslek mensupları ile işbirliği yaparak destek sağlar.
- **Sosyal Hizmet Uzmanı:** Hastanın ihmal, istismar, aile içi şiddet mağduriyeti veya şüphesi varsa, engelli, yaşlı, kimsesiz hastalar, mülteci/sığınmacı hastalar, ayrıca psikososyal ve sosyo-ekonomik risk grubunda olan hastalar tespit edildiğinde; hekim/hemşire tarafından Sosyal Hizmet Uzmanı davet edilir, hasta hakkında bilgi verilir. Sosyal Hizmet Uzmanı tarafından hastanın mağduriyet ve bakım desteği ihtiyacı değerlendirilir ve hasta/hasta yakını sürece dahil edilerek müdahale planı hazırlanır. Hastanın ihtiyaç durumuna göre ilgili kurumlarla (Sosyal Hizmet Merkezi, Kaymakamlık, Belediyeler,) iletişimi ve organizasyonu için gerekli desteği sağlar. Hastanın yattığı sürece bakım sürecinde hekim/hemşire diğer meslek mensupları ile işbirliği yaparak destek sağlar. Hasta/yakınına rehberlik eder.
  - Yatan kimsesiz ve bakıma muhtaç hastalar için sosyal hizmet uzmanı tarafından tedavi süresi içindeki bakımlarında, hasta bakım personeli ayarlanır. Bu hastaların kişisel bakım, hijyen vb. hizmetleri hasta bakım personeli tarafından sağlanır.
- **Fizyoterapist:** Hastanın fizik tedavi bakım ve uygulama ihtiyacı tespit edildiğinde hekim/hemşire tarafından fizyoterapist davet edilir. Hasta hakkında bilgi verilir. Hastanın fizik tedavi uygulama gereksinimi üzerinde hemşire ile işbirliği yapılarak bakım planlanır. Uygulama ve hastanın takip sürecinde hastanın bakım sonrası gelişme ve değişimleri birlikte değerlendirilir, kayıt altına alınır.
- **Eğitim Hemşiresi:** Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından gönderilen belirli hafta ve günlerdeki eğitimler; Dünya yürüyüş günü, Kanser haftası, erken tanı ve teşhis, Yaşlılar haftası, Alzheimer hastalığı vb. konularda eğitim verilir.
- **Enfeksiyon Hemşiresi:** İzolasyon uygulanması gereken yatan hastalarda, öncelikle enfeksiyon hemşiresine haber verilir. Enfeksiyon hemşiresi tarafından yoğun bakım birinci düzey, genel durumu uygun olan ikinci düzey ve diğer tüm yataklı servislerde yatan ve izolasyon gerektiren hasta/yakınına eğitim verilir. Eğitim konuları; el hijyeni,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

atık yönetimi, uygulanan izolasyon yöntemi ve dikkat edilecek hususlar, yapılan eğitimler kayıt altına alınır. "Hemşire Gözlem Formu"nda hasta/yakını eğitim kayıt bölümüne kaydedilir. Uygulan izolasyon yöntemi "Hemşire Gözlem Formu"nda izolasyon kayıt alanına kaydedilir.

## **HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE KATILIMI:**

Yatan hastanın tedaviye, bakım planına uyumunu ve etkinliğini arttırmak amaçlı, hasta/hasta yakınının sürece katılımı sağlanarak desteği alınır. Aşağıdaki konularda ve hastaya özel belirlenen ihtiyacı olan konularda bilgilendirmeler yapılır. Yapılan bilgilendirme ve eğitimler tarih saat belirtilerek kayıt altına alınır. Hasta/yakını imzası alınır. Hastanın hastalığı, tedavisi, seyri, taburcu sonrası tedavisi hakkında hekim tarafından, diğer konularda servis hemşiresi tarafından bilgilendirme ve eğitimler yapılır.

- El hijyeni, Mahramiyet
- Enfeksiyonların önlenmesi, İtibar ve Saygı görme hakkı
- Beslenme, Mobilizasyon, Boşaltım gibi Özbakım ihtiyaçlarının karşılanması
- Düşmelerin önlenmesi, Hastaya ait bilgilerin gizliliğinin saklanması hakkı
- Hastalığı, seyri, Hasta Güvenliği ve Emniyeti hakkı
- Sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme hasta rızasının alınması hakkı
- İlaçların kullanımı, Tedaviyi reddetme hakkı, Hasta sorumlulukları
- Kendisine uygulanan tedavi ve bakım hakkında bilgilendirme, kendisinden beklenen davranışlar, dikkat etmesi gerek hususlar
- Hastaneden taburcu olduktan sonra bakım süreci, ilaç kullanımı ve süresi, kontrolleri, dikkat etmesi gereken hususlar, gerektiği durumlarda nasıl iletişim kuracağı hakkında bilgilendirme
- Hasta ve ailesi Kimlik doğrulaması konusunda eğitim verilir.

## **Klinikte Yatış ve Tedavi İşlemleri:**

- Hastayı ilgili birim hemşiresi teslim alır.
- Kat sekreteri, hastanın cinsiyetine göre oda ve yatak numarasını HBYS üzerinden belirleyerek TC kimlik numarasından hasta bilgilerini kontrol eder eksik bilgiler tamamlanarak hastanın yatışını yapar. Mahkûm hasta ise mahkûm koğuşuna yatış yapılır.
- Dosyanın ilgili bölümleri hasta veya hasta yakınına imzalatılır.
- Hastanın yatış dosyası hazırlanır.
- Doktor uygun görürse, refakat gerektiren hasta yakınlarına refakatçi kartı verilir.
- Sekreter tarafından, sağlık personeline dosya teslim edilir.
- Hasta servise geldiğinde ilgili servis hemşiresi tarafından hasta bilekliği "**Hasta Bilekliği Kullanım Talimatı**"na uygun olarak takılır. Hastanın alerji öyküsü varsa hasta bilekliği **kırmızı renk** hasta bilekliği ile değiştirilir. Doğum yapan annenin bilekliği erkek çocuk doğdu ise **mavi**, kız çocuk doğdu ise **pembe** bileklik ile değiştirilir. Anne ve bebeğin bilekliği aynı seri numaralı olmalıdır. "**Hasta Tabelası Formu**"na ve "**Hemşire Gözlem Formu**"na alerji durumu işlenir.
- Hasta kendi için hazırlanmış olan yatağa alınır.
- Hastaya kendisi ile ilgilenecek hemşire kendisini tanıtır.
- Servis hemşiresi tarafından "**Hasta Ön Değerlendirme Formu**" hastadan alınan bilgiler doğrultusunda doldurulur.
- Bası yarası risk skoru belirlenir ve "**Hasta Hasta Ön Değerlendirme Formu**"na yazılır.
- Hastanın düşme riski "**Hasta Düşme Riski Değerlendirme Talimatı**" doğrultusunda değerlendirilir. İtaki Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilir, (0-16 yaş yatan hastalarda Harizmi Düşme Riski Ölçeği kullanılır.) Skor "**Hasta Ön**



KODU:HD.PR.02

YAYIN TARİHİ:12.10.2016

REVİZYON NO:04

REVİZYON TARİHİ:01.01.2023

Sayfa  
8 / 12

**Değerlendirme Formu**na yazılır. Değerlendirme sonucunda, Düşme riski yüksek ise yüksek risk önlemleri alınır. Hasta odası tek kişilik ise oda kapısına, birden fazla yatak varsa yatak başına yonca figürü asılır. Düşme riski düşük ise standart önlemler alınır.

- Hasta cerrahi operasyon için yatırılmışsa tetkik, konsültasyon ve anestezi onayları kontrol edilir.
- Adli veya trafik kazası olan hastaların varsa laboratuvar, radyoloji tetkikleri acil servisten dosyası ile birlikte gelir. Hasta dosyasında kırmızı renk kaşe basılmamış olan formlara adli veya trafik olduğu kırmızı tükenmez kalemle görülecek şekilde yazılır. Dosya içerisinde Genel Adli Muayene Raporu bulunur.
- Hasta odasına yerleştiğinde yatağın kullanımı, hemşire çağrı sistemi, televizyon, telefon, banyo, dolaplar, etajerler gibi ekipmanların nasıl kullanılacağı anlatılarak odanın tanıtımı yapılır. Kahvaltı ve yemek saatleri, hastanenin genel kuralları, hasta ve yakınlarının uyması gereken kurallar, ziyaret saatleri, hekimin vizit saatleri gibi verilmesi gereken standart eğitimler verilir. “**Hasta Ön Değerlendirme Formu**”nun ilgili bölümüne imza alınır, eğitimi veren kişi tarafından da form imzalanır.
- Hastanın evden getirdiği ilaç var ise hemşire tarafından teslim alınır “**Hasta Ön Değerlendirme Formu**”na miatları kontrol edilerek kaydedilir ve hekim bilgilendirilir. Hekim kararı doğrultusunda bu ilaçlar kullanılacaksa order edilir. Kullanılmayacak ise hasta yakınına teslim edilerek eve gönderilir. Hasta başında ilaç bulundurulmaz.
- **Ameliyat öncesi hastaya ait eşyaların teslim alınması:** Hastanemize yatan hastalar ile kimsesi/refakatçisi olmayan hastalara ait çıkarılabilen protezler ve kıymetli eşyaları mesai saatleri içerisinde “**Hasta Eşyaları Teslim Formu**” ile ilgili servis hemşiresi tarafından imza karşılığı alınır. Güvenlik görevlisine gönderilerek emanet eşya kayıt defterine kayıt yapılması ve muhafaza edilmesi sağlanır.
- Operasyon için yatırılmış olan hastalarda tetkik, konsültasyon ve rıza belgeleri kontrol edilerek eksikler tamamlanır. Hasta hazırlığı ve post-op takibi “**Hemşire Gözlem Formu**”na göre yapılır. Taraf işaretlemesi gerektiren vakalarda “**Taraf İşaretleme Talimatı**”na göre işaretleme hekim tarafından yapılır. “**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**”nin ilk bölümü klinikte doldurulur. Hastanın ameliyathaneye transferi “**Güvenli Hasta Transferi Prosedürü**”ne göre yapılır.
- **Güvenli hasta transferinde;** hastanın transfer edileceği birimin önceden bilgilendirme yapılarak yerinin ayarlanması, uygun transfer aracı ile hasta dosyası hazırlanır. Özellikle hastanın düşme riski yüksek ise yonca figürü, izolasyon uygulanan hasta ise izolasyon figürü transfer sırasında kullanılır. Hasta sağlık personeli tarafından teslim edilen birimde sağlık personeline sözlü ve yazılı olarak bire bir teslim edilir. Teslim kayıtları, tarih,saat, ad soyad teslim eden ve alan olarak kaydedilir. Özellikle birim ve hastalar için transfer ayrıntıları “**Güvenli Hasta Transferi Prosedürü**”ne göre yapılır.
- **Hasta Mahremiyeti:** Hastaların bakım, tedavi, transfer sırasında psikolojik, sosyal ve fiziksel açıdan hasta mahremiyetine uygun davranmaya özen gösterilir. Temizlik, kontrol ve işlemlerde ilgili personeller hasta mahremiyetine uygun davranmaya özen gösterir.
- Hastaya uygulanacak tıbbi tedaviler ve bakımlar ilgili hekim tarafından “**Hasta Tabelası Formu**”na order edilir. HBYS üzerinden ilaç istemi yapılır. İlaçlar eczaneden hasta başı hazırlanarak kliniklere gönderilir. Tedavi red, ex, taburcu gibi durumlarda hastaya kullanılmayan ilaçlar en geç 24 saat içerisinde “**İlaç ve Sarf Malzeme İade Teslim Formu**” düzenlenerek eczaneye iade edilir. Formun bir nüshası hasta dosyasına konur, bir nüshası eczaneye verilir.

Hazırlayan

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+  
Başhekim Yardımcısı

Kontrol Eden

Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan

Hastane Yöneticisi



KODU:HD.PR.02

YAYIN TARİHİ:12.10.2016

REVİZYON NO:04

REVİZYON TARİHİ:01.01.2023

Sayfa  
9 / 12

- **“Yeşil Ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaç Listesi”**ndeki ilaçlar kilit altında bulundurulur. Uyuşturucu ilaç defterine kayıtları yapılır ve devir teslimleri sayılarak imza karşılığı gerçekleştirilir. Tüm ilaç uygulamalarında **“İlaç Güvenliği Talimatı”**na göre hareket edilir. Artan ilaç dozu, kırılma vb. durumlarda **“İlaç İmha Formu”** ile kayıt altına alınır, eczaneye bildirilir. Formun bir nüshası eczanede bir nüshası ilgili birimde dosyalanır.
- İlaç uygulamaları sırasında ilaca bağlı olduğu düşünülen ciddi, beklenmeyen etkiler **“Advers Etki Bildirim Formu”** doldurularak farmakovijilans sorumlusuna iletilir. **“İOBS Formu”** ile KYB’ne bildirim yapılır.
- Nabız, derece, tansiyon, solunum takibi hekim tedavi planında yazılan takip periyoduna uygun olarak yapılır ve **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
- Hastaya yapılan tüm tedavi ve uygulamalar **“Hasta Güvenliği Prosedürü”**ne uygun olarak yapılır. Tedaviyi uygulayan hemşire tarafından **“Hemşire Gözlem Formu”**na isim ve soy isminin baş harfi kaydedilir, imzalanır.
- Orderında kan transfüzyonu yazılı olan hastanın kan istemi **“Kan ve Kan Ürünü İstem Formu”** ile yapılır. Transfüzyon işlemi **“Güvenli Kan Transfüzyonu Uygulama Talimatı”**na göre yapılır ve **“Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu”**na kaydedilir.
- Kan Transfüzyonunda reaksiyon geliştiğinde **“Güvenli Kan Transfüzyonu Uygulama Talimatı”**na göre hareket edilir. **“Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu”**, **“Kan ve Kan Ürünü İmha-İade Formu”** ile birlikte transfüzyon merkezine gönderilir. Olay **“İOBS Formu”** ile KYB’ne bildirim yapılır.
- Yatırıldığı serviste yer olmaması durumlarında hasta için diğer kliniklerden uygun yer ayarlanır. Hastanın takibi ve tedavisi fiilen yattığı klinik çalışanları tarafından yapılır.
- Yatan hastada bası yarasının oluşmasını önlemek ya da var olan bası yarasını iyileştirmek amacıyla **“Bası Yarası Takip Formu”** kullanılarak hemşirelik bakımı verilir.
- Hasta, sabah ve akşam olmak üzere iki kez hekimi tarafından vizitleri yapılarak değerlendirilir.
- Doktor tarafından verilen sözel orderlar **“Sözel Order Talimatı”**na uygun olarak alınır. **“Sözel Order Formu”**nun ilgili yerine kayıt edilerek en geç 24 saat içinde order veren hekim tarafından, sözel order yazılı hale getirilerek imzalanır.
- Acil arabası kontrolleri **“Acil Müdahale Seti Kontrol Formu”**na göre yapılır. Günlük kontrol ve devir teslimleri yapılarak kayıt altına alınır.
- Solunum veya kardiyak arrest durumu olduğunda mavi kod çağrısı yapılır ve ekip gelene kadar gerekli malzemeler hasta başına getirilir ve müdahaleye başlanır. **“Mavi Kod Uygulama Prosedürü”**ne göre hareket edilir. Müdahaleden sonra ekip tarafından **“Mavi Kod Ekibi Müdahale Formu”** doldurulur ve Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.
- Yatan hastanın tedaviyi kendi isteği ile sonlandırarak hastaneden ayrılmak istemesi durumunda hastanın hekimi bilgilendirilir. Tedavinin tamamlanmaması halinde oluşabilecek riskler hastaya açıklanır. Hasta açıklamalara rağmen riskleri üstlenerek kendi isteği ile taburcu olmak istiyor ise **“Rıza Belgesi”**nde bulunan tedavi red bölümü doldurulur, hasta/yakını, tanık ve hekim tarafından imzalanır.
- Çalışan ve Hasta Güvenliği ile ilgili uygulamalarda **“Çalışan Güvenliği Planı”** ve **“Hasta Güvenliği Prosedürü”**ne göre davranılır.

### Nöbet Devirleri:

- Yatan hastaların takibi mesai gün ve saatleri dışında nöbetçi servis hemşiresi tarafından yapılır. Servis hemşireleri, nöbete gelen hemşireye yatan tüm hastaların dosya ve orderları ile ilgili tüm bilgileri vermekle yükümlüdür. Bu bilgiler visit yöntemi

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

ile aktarılır. Önce deskte sonra hasta başında uygulanır. Hasta order ve son durum bilgileri aktarılır. Ayrıca tıbbi cihazlar, acil müdahale seti, sarf malzemeler ile ilgili teslim yapılır. Sabah nöbet teslimlerinde de aynı yöntem uygulanır.

## Yatan Hastanın Servisler Arası Nakli:

- Yatan hastanın tıbbi gerekçeler ile yattığı servisten bir başka servise nakledilmesine karar verilmiş ise diğer birime bilgi verilir. Hasta "**Hasta Transfer Formu**"ndaki hasta transferi kayıt bölümü doldurularak diğer servise/üniteye nakil edilir. Form üzerindeki bölümler teslim eden hemşire tarafından doldurulur ve teslim eden ve teslim alan hemşireler tarafından tarih/saat belirtilerek imza altına alınır. Hastaya ait dosya hastayı kabul edecek yeni servise hastayla birlikte gönderilir.
- Yoğun bakımlardan kliniklere nakil işlemi sırasında klinikte uygun yer ayarlanmadan hasta transferi gerçekleştirilmez. Uygun yatak ayarlanıncaya kadar yoğun bakımda tedavi ve takiplerine devam edilir. Yoğun bakımlar-klinikler arası transferlerde "**Hasta Transfer Formu**" kullanılır.

## Tetkik Talebi ve Tetkikin Gerçekleştirilmesi:

- Laboratuvar:** İlgili Hekim istediği tetkikleri "**Laboratuvar Tetkik İstem Formu**"na işler. "**Laboratuvar Tetkik İstem Formu**" HBYS'ye bilgi işlem görevlisi tarafından girilir. Tetkik barkodları çıkarılır. Servis hemşiresi tarafından istenen numuneye uygun tüpler hasta başında kimlik doğrulama yapılarak barkodlanır. Numunelerin alımı sırasında "**Laboratuvar Test Rehberi**"ne uygun hareket edilir. Numune alımının ardından barkod okuyucu ile numune alım saati okutularak sisteme girişi yapılır. Toplama alanında toplanan numuneler taşıma kapları yerleştirilerek kat hizmetlisi ile laboratuvara gönderilir. Laboratuvar numune teslim defterinde kayıtları tutulur.
- Tahlil sonuçları HBYS üzerinden takip edilir. Laboratuvar tarafından hekime panik değer bildirim yapılmış ise hekim talimatına göre hareket edilir.
- Radyoloji:** İlgili hekim hastanın tetkikine karar verir ve "**Radyoloji İstek Formu**" ile istekte bulunur. "**Radyoloji İstek Formu**" HBYS'ye bilgi işlem görevlisi tarafından girilir. Yatan hasta acil durumlar hariç önceden belirlenmiş çekim saatlerine göre radyoloji birimine personel eşliğinde "**Radyoloji İstek Formu**" ile gönderilir. Çıkan sonuçlar HBYS üzerinden hekimi tarafından değerlendirilir.

## Konsültasyon Talebi:

- Konsültasyon ilgili hekim tarafından "**Konsültasyon İstek Formu**" aracılığıyla istenir. Hekim hasta hakkında bilgi, bulgu ve görüş istem gerekçesini formda belirtir. Konsültasyon talebi "Aylık Konsültan Hekim Çizelgesi"ne göre ilgili servis hemşiresi tarafından branş hekimine iletir. Konsültasyonlar mümkün olan en kısa süre içerisinde ve mutlaka aynı günde cevaplandırılır. Konsültasyona ilişkin uzman hekim değerlendirmesi; hasta, yatağı başında görülerek yapılır. Ancak taşınmaz cihaz ve özellik arz eden (psikiyatri görüşmesi,) vb. durumlarda randevu alınarak sağlık personeli refakatinde güvenli hasta transferi koşullarına uygun olarak işlem yürütülür. Konsültasyon istenen hekim değerlendirmesini yapar, gerekli öneri/karar/uygulamalarını "**Konsültasyon İstek Formu**"na kaydeder.

## Yatan Hasta Sevk İşlemleri:

- Serviste yatan hastaların herhangi bir nedenle (ileri tetkik, tedavi, yoğun bakım ihtiyacı, hastanın kendi isteği v.b.) bir başka kuruma sevk edilmesine ilgili branş hekimi karar verir. Hastaya ait epikriz eksiksiz olarak doldurulur. Hastanın sevk edileceği karşı hastane ilgili branş hekimi ile hastayı sevk eden ilgili uzman hekim iletişim kurular ve hasta sevk formu ile birlikte sevk gerçekleştirilir. Hastanın servisten diğer hastaneye hangi araçla ve nasıl gideceğine ilgili branş hekimi karar verir. (112, hasta nakil ambulansı) Hasta eğer 112 ambulansıyla, hekim ve sağlık personeli ile

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

beraber sevk edilmek isteniyorsa 112 il ambulans servisi komuta merkezi aranarak durum bildirilir. Sevk sırasında hastaya refakat edecek sağlık personeline hastanın durumu hakkında ve transferde dikkat edilecek hususlar konusunda bilgi verilir.

## Yatan Hasta Ex İşlemleri:

- Serviste ölen hastalar için ilgili hekim veya mesai saatleri dışında nöbetçi uzman hekim çağırılarak ölüm kararı verir(Mavi kod çağırısı yapıldı ise ekipteki hekim). Hekim hastanın teşhisini, tarihini, saatini, yaptığı müdahaleleri belirterek hasta dosyasına ex olduğuna dair not düşer, kaşeler ve imzalar. “**Ölüm Tutanağı Formu**” ve “**Morga Cenaze Teslim Formu**” doldurulur. “Ex Kartı” iki nüsha düzenlenir, sağ ayak başparmağına takılır, diğer kart morg görevlinse iletilir. Ex mümkün olduğunca çabuk(30 dakikayı aşmamasına dikkat edilerek) morga indirilir.

## Kısıtlama Gerektiren Hasta Bakımı:

- Ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek, hastaları sakinleştirmek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendisine zarar vermesini önlemek, yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek, hastanın takip ve tedavisinin sağlana bilmesi için, hasta hekiminin onayıyla (ordera yazılması gerekiyor) kısıtlama altına alınır. Kısıtlama altına alma ile ilgili işlemler “**Kısıtlamalı Hasta Talimatı**” doğrultusunda yapılır. Yapılan uygulama ve takip/kontroller “**Hasta Fiziksel Kısıtlama İzlem Formu**” ile kayıt altına alınır.

## Yatan Hasta Taburcu İşlemleri:

- Taburculuk kararı ilgili hekim tarafından verilir. Dosyaya yazılır, imzalanır ve kaşelenir. Hastanın “Epikriz Formu” hekim tarafından yapılan işlemler açıklamalı ve okunaklı bir şekilde doldurulur. Yapılan işlemlerin tamamı dosyadan veri giriş elemanına bildirilir ve yapılan işlemlerin otomasyon sistemine kayıt edilmesi sağlanır. **Epikriz** raporu HBYS’den form çıktısı alınır. Hekim tarafından imzalanır, hasta taburcu olduğunda bir nüshası hastaya verilir, bir nüshası hasta dosyasına konulur.

## Hasta Dosyasının Düzenlenmesi:

- Hasta dosyasının düzenlenmesinden veri giriş elemanı, hemşire, sorumlu hemşire ve hekim meslekleri ile ilgili olarak sorumludur. Dosyalar “**Dosya İçeriği Kontrol Formu**”na göre kontrolü ve dizilimi yapılır. Taburcu işlemleri için formdaki kutucuklar kontrol sonucuna göre doldurulur. Kontrol imzaları atılır ve TİG birimine gönderilir.

## Enfeksiyon Kontrolü:

- Enfeksiyon kontrolleri Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanan çalışma talimatlarına uygun olarak yapılır.
- İzolasyon odasının giriş kapısında uygulanan izolasyon yöntemini gösteren bir tanımlayıcı bulundurulur.
  - Solunum izolasyonunda **sarı yaprak**,
  - Damlacık izolasyonunda **mavi çiçek**,
  - Temas ve sıkı temas izolasyonunda **kırmızı yıldız**

## Atık Yönetimi:

- Atıkların toplanmasında ve ayrıştırılması “**Atık Yönetimi Prosedürü**” ve “**Ünite İçi Atık Yönetimi Planı**”na göre yapılır.

## Afet Ve Yangın Durumları:

- Afet durumlarında birimin tahliyesi “**Acil Durum Ve Afet Yönetimi Planı**”na uygun olarak yapılır.

## Birim Temizliği:

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

KODU:HD.PR.02

YAYIN TARİHİ:12.10.2016

REVİZYON NO:04

REVİZYON TARİHİ:01.01.2023

Sayfa  
12 / 12

- Birimin temizliği “**Hastane Temizlik Planı**”na ve “**Yataklı Servisler Temizlik Planı**”na göre yapılır.

## Hasta Güvenliği:

- Hastanın yoğun bakıma yatış süresince “**Hasta Güvenlik Prosedürü**”ne uygun şekilde takip-tedavisi yapılır.
- Ameliyat olan her hasta için “**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**” doldurulur.
- Hastanın düşmesini önlemeye yönelik “**Hasta Güvenliği Prosedürü**” uygulanır.
- Hasta “**Hasta Tanılama Formu**”ndaki **İtaki Düşme Riski Ölçeğine**’ne göre düşme riski değerlendirilir. Eğer hasta 16 yaş altında ise “**Hasta Tanılama Formu**”ndaki **Harizmi Düşme Riski Ölçeği**’ne ile düşme riski değerlendirilir.
- Alınan önlemlere rağmen hasta düştü ise “**Düşme Olayı Bildirim Formu**” doldurulur.
- Hasta güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde “**İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu**” doldurulur
- .
- Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik işlemler kalibrasyon “**Tıbbi Cihaz Envanter-Kalibrasyon Planı**” ve “**Tıbbi Cihaz Günlük Kontrol Formu**”nda belirlenen dönemde yapılır.
- Bölüm bazında tespit edilen sorunlar ve yapılan iyileştirme çalışmaları “**Düzeltilici/Önleyici Faaliyet Formu**”na kaydedilir.

## Çalışan Güvenliği:

- Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun olarak kullanılır.
- “**Çalışan Sağlığı Tarama Planı**” uygun çalışanların sağlık taramaları yapılır. Yapılan tarama sonuçları “**Kişisel Sağlık Tarama Formu**” doldurulup, enfeksiyon hemşiresi tarafından kilit altında tutularak bilgi güvenliği sağlanır.
- Çalışanların karşılaştığı veya karşılaşacağı olası şiddet, taciz vb. olaylarda, çalışan güvenliğini sağlamak için “**Beyaz Kod Uygulama Prosedürü**”ne göre davranılır, olay gerçekleşti ise “**Beyaz Kod Ekibi Müdahale Formu**”nu olaya müdahale eden ekip tarafından doldurulur ve sonra Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.
- Çalışan güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde, olayın türüne göre aşağıdaki formlar doldurulur;
  - **Kesici Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu,**
  - **Kan ve Vücut Sıvıları Sıçramasına Maruz Kalma Bildirim Formu**
- Bölüm bazında tespit edilen sorunlar ve yapılan iyileştirme çalışmaları “**Düzeltilici/Önleyici Faaliyet Formu**” na kaydedilir.
- Birime yeni gelen çalışanlara “**Eğitim Prosedürü**”ne uygun olarak eğitim hemşiresi ve klinik sorumlu hemşiresi tarafından eğitimler verilir, “**Bölüm Uyum Eğitim Formu**” doldurulur.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü+ Başhekim Yardımcısı	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi