



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU

KAD.PL.72-01

YAYIN TARİHİ

EYLÜL 2022

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI 2025

SAYFA NO

1/794

REV.TARİHİ/NO

01.06.2026 / 05



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ HAP PLANI 2026

HASTANE ACİL VE AFET PLANI KISALTMALAR

KAVRAMSAL KISALTMA ve KARŞILIKLAR (alfabetik)

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

İçindekiler Tablosu

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) ONAY SÜRECİ	11
TANIMLAR.....	13
BİRİNCİ BÖLÜM.....	15
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)	15
1. Giriş	15
2. HAP Çerçevesi	16
3. Amaç	19
4. Hukuki Dayanak	20
5. Kapsam.....	20
6. HAP İşleyişi.....	20
6.1 HAP'ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri	20
6.2 HAP Hazırlama Komisyonu.....	21
6.3 HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi.....	24
6.4 HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı.....	24
6.5 HAP Konusunda Toplumun Bilgilendirilmesi	25
7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI	25
7.1 HAP Eğitimleri	25
7.2 HAP Tatbikatları	25
8. HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI.....	25
8.1 Mevcut Durum Analizi	26
8.2 Hastane Afet Risk Değerlendirmesi	28
8.3 Yapısal Risklerin Azaltılması	28
8.4 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması.....	28
İKİNCİ BÖLÜM	29
HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ	29
1. ACİL MÜDAHALE PLANI.....	29
2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ.....	30
2.1 Organizasyon Şeması	30
2.2 Görev Tanımları	33
3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ	40
3.1 Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi.....	40
3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları	44
3.3 Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı	47

3.3.1	Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Çalışma Şekli	48
3.3.2	Haberleşmenin Düzenlenmesi	48
3.3.3	Görev Yelekləri.....	53
4.	KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI	53
4.1.	Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (Lojistik Destek)	53
4.2.	Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep	53
4.3.	Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve	54
5.	OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI (AMP) AKTİVASYONU	54
5.1.	Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı	54
5.2.	Olay Bildirim Akış Şeması.....	54
5.3.	Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri	55
5.4	Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri ile İlgili Temel Eylemler	58
5.5	AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi.....	59
5.6	Acil Renk Kodu Sistemi.....	60
5.7	Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar.....	61
6.	HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ	62
6.1	Tedavi Kapasitesinin Artırılması.....	62
6.1.1	Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği	62
6.1.2	Ekipman ve Malzemelerin Artırılması.....	63
6.1.3	Personelin Geri Çağırılması	64
6.1.4	Gönüllü Yönetimi	64
6.1.5	Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşlarıyla İşbirliği.....	64
6.2	Yeni Ve Özel Alanların Açılması, Konumları	64
7.	HASTANE AFET TRIYAJ ALANI.....	64
7.1	Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu	64
7.2	Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler	65
7.3	Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması.....	65
7.4	Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi	66
8.	ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI.....	66
8.1	Hastanenin Acil Servis Birimi	67
8.2	Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları	68
8.3	Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (ilaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)	69
8.4	Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi	69
8.5	Görev Yelekləri ve Personel Kimlik Kartları.....	69
9.	ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ	70
9.1	Genel İlke ve Esaslar	70
9.2	Hasta Kaydı ve Takibi	70
9.3	Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme.....	71

9.4	Medyayı ve Toplumu Bilgilendirme	71
9.5	Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi.....	71
9.6	Durum Raporları	71
9.7	Personel Brifingi.....	71
10.	GÜVENLİK VE EMNİYET	72
10.1	Hastaneye Ulaşım	72
10.2	Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü.....	72
10.3	Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı	72
11.	LOJİSTİK VE MALZEMELER	73
11.1	Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)	73
11.2	Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu	73
12.	PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ.....	73
12.1	Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları	73
12.2	Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek	74
12.3	Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek.....	75
12.4	Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları	75
13.	ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER.....	76
13.1	Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası	76
13.2	Hastanedeki Geçici Morg Alanı	76
13.3	Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı	76
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM		77
İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON.....		77
1.	Tıbbi kapasite artışının sonlandırılması.....	77
2.	Personelin korunması ve desteklenmesine yönelik önlemler	78
3.	Mevcut durum bilgisi ve hasar tespit çalışmaları	78
4.	Etkilenen ve etkilenmeyen alanların değerlendirilmesi	78
5.	Uygulamaların kayıt altına alınması	79
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM		80
OLAYA ÖZEL PLANLAR.....		80
1.GİRİŞ.....		80
2.HASTANE İÇİ YANGIN OLAYA ÖZEL PLANI.....		80
2.1.Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler).....		80
2.2. Güvenlik Tarafından Yapılacaklar.....		82
2.3.Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi.....		82
2.4.Olay sırasında OYE nin izlemesi gereken yol aşağıdaki gibidir;.....		83
2.5. Yangına Müdahale Ekibinin Yapacakları		84
2.6.Söndürme Anında Dikkat Edilecek Hususlar		84
2.7.Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler		85

2.8.Kriz Sonrası Değerlendirme	85
2.9 YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ.....	86
3. KBRN (KİMYASAL-BİYOLOJİK-RADYOLOJİK-NÜKLEER) NOLAYA ÖZEL PLANI	91
3.1Amaç	91
3.2Kapsam	91
3.3 Tanımlar Ve Kısaltmalar	91
3.4 Sorumlular	92
3.5 Kişisel Koruyucu Elbiselerin Genel Bilgileri:	93
3.6 İkaz Ve Uyarılar:	94
3.7 Kbrn Tehlikelerinin Yönetimine Yönelik Süreçler Ve Süreçlere İlişkin Sorumlular : Olası Kbrn Tehlikeleri	94
3.8 Hastane İçi KBRN olayları :	95
3.9 Kimyasal Sızıntısı Durumunda Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde:.....	95
3.11 Biyolojik Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde:	97
3.12 Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalınması Halinde:.....	98
3.13 Hastane Dışı KBRN olayları :.....	98
3.14 Hastane Dışı KBRN olayları İşleyiş ve Süreçler :	98
3.15 Hastanede kimyasal olaya acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:.....	99
3.16 Eğitim ve tatbikatlar.....	100
3.17 Malzeme Listesi	100
3.18 KBRN Olayları Standart Operasyon Prosedürleri	101
4. HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR	120
4.1. Tahliye Tanımı Ve Yöntemleri	120
4.2. Tahliyede Genel İlkeler	121
4.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi.....	122
4.4. Standart Operasyon Prosedürü	126
İDARİ BİRİMLER TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-31	126
5. OLAYA ÖZEL PLAN	345
HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ	345
5.1.Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar.....	345
5.2 İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler).....	346
5.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi.....	346
5.4 Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri.....	348
6.OLAYA ÖZEL PLAN DEREM.....	358
6.1 Depremde Acil Müdahale (Genel İlkeler)	358
6.2 Panik yapmadan tüm süreçlerin yönetilmesini sağlamaktır.	358
6.3 Personelin Bilmesi Gerekenler.....	358
6.4 Yıkıntı altında mahsur kaldıysanız;.....	359
6.5 Teknik altyapının korunması için yapılabilecekler:	359

6.6 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	359
6.7 DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	360
7. OLAYA ÖZEL PLANI	363
HASTANEDE SEL/SU BASKINI	363
7.1 Giriş	363
7.2 Hastanede Sel/Su Baskınları Standart Operasyon Prosedürü	365
7.3 Su Kesintisi Ve Su Deposunun Kirlenmesi Standart Operasyonu	369
8. OLAYA ÖZEL PLAN	371
KALKIŞMA, SABOTAJ VE SİBER SALDIRI DURUMUNDA ACİL MÜDAHALE	371
8.1 Giriş	371
8.2 Hastanede Sabotaj, Kalkışma ve Siber Saldırılarına Yönelik:	372
Kurumda varsa çalışan, yabancı uzmanların ad ve soyadları, uyrukları ve ne şekilde kontrol edildikleri kayıt edilir.	373
8.3 Hastane Sabotaj Kalkışma Siber Saldırı Standart Operasyon Prosedürü	373
9. OLAYA ÖZEL PLAN	375
KALABALIK DURUMUNDA MÜDAHALE YÖNETİMİ	375
9.1 Giriş	375
9.2 Hastane Kalabalık Durumu Standart Operasyon Prosedürü	375
10. OLAYA ÖZEL PLAN	377
HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ	377
10.1 Giriş	377
10.2 Pandemik Hazırlık Planı	382
10.3 Hastanede Pandemi Vaka Yönetimi	385
OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR	398
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU EKLERİ	406
Ek-1A İş Akış Talimatları (İŞAT)	406
1. Hap Başkanı İş Akış Talimatı	406
2. Kurumlararası Koordinasyon Şefi İş Akış Talimatı	408
3. Halkla İlişkiler Şefi İş Akış Talimatı	409
4. İş Güvenliği İş Akış Talimatı	411
5. Tıbbi Teknik Danışma Kurul Şefi İş Akış Talimatı	413
6. Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı	414
7. Operasyon Şefi İş Akış Talimatı	415
8. ALAN SORUMLUSU İŞAT	417
9. Tıbbi Bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı	418
10. Acil Servis Sorumlusu İş Akış Talimatı	420
11. Triyaj Alan Sorumlusu İş Akış Talimatı	422
12. Yoğun bakım Sorumlusu İş Akış Talimatı	423

13. Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı	425
14. Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı	427
15. Görüntüleme Birim Sorumlusu	429
16. Hemşirelik Hizmetleri Birimi Sorumlusu	431
17. Alt Yapı Sorumlusu İş Akış Talimatı	433
18. Güvenlik Amiri İş Akış Talimatı	434
19. Tehlikeli Madde (Kbrn) Sorumlusu İş Akış Talimatı	436
20. Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı	437
21. Sosyal Hizmetler Sorumlusu İş Akış Talimatı	438
22. Planlama Şefi İş Akış Talimatı	439
23. Dökümantasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı	440
24. Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı	442
25. Personel Ve Malzeme Yönetim Sorumlusu İş Akış Talimatı	444
26. Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu İş Akış Talimatı	445
27. Lojistik Şefi İş Akış Talimatı	446
28. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu İş Akış Talimatı	448
29. Sterilizasyon Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	450
30. Atık Yönetim Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	452
31. Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	454
32. İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı	456
33. İlaç Ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu İş Akış Talimatı	458
34. Eczane Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı	460
35. Sarf Depo Sorumlusu İş Akış Talimatı	462
36. Cihaz Araç Ve Gereç Sorumlusu İş Akış Talimatı	464
37. Santral Ve Bilgi İşlem Sorumlusu İş Akış Talimatı	466
38. Finans Şefi İş Akış Talimatları	468
39. Satın Alma Sorumlusu İş Akış Talimatı	470
40. Faturalandırma Ve Maliyetlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı	472
41. Hukuk, Tahakkuk Ve Tazminat Sorumlusu İş Akış Talimatı	474
EK -1B Standart Operasyon Prosedürleri	476
1.SOP Tedavi Kapasite Ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi	476
2. SOP Acil Müdahale Planı'nın (Amp) Aktivasyon-Alarm Sürecinin Değerlendirilmesi	478
3. SOP Olay Yönetim Ekibi (Oye), Olay Yönetim Merkezi (Oym) Ve Afet Ve Acil Durum Müdahale Planı'nın (Amp) Aktive Edilmesi	480
4. SOP Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının Ve Hasta Naklinin Yönetimi	483
5. SOP Tıbbi Triyaj Yönetimi	487
6. SOP Acil Servis Yönetimi Ve Hastaların Servislere Nakli Standart Operasyon Prosedürü	489

7. SOP İnsan Kaynakları Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	493
8. SOP Bilgi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	496
9. SOP Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	499
10. SOP Eczane Yönetimi (Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman Ve Diğer Malzemeler) Standart Operasyon Prosedürü	502
11. SOP Laboratuvar Ve Kan Merkezi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	505
12. SOP Psikososyal Destek Hizmetler Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	508
13. SOP Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	512
14. SOP Güvenlik Yönetimi Standart Operasyonu	514
15. SOP Çamaşırhane, Temizlik Hizmetleri Ve Atık Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	517
16. SOP Ölü Ve Kayıplarla İlgili Süreç Yönetim Standart Operasyon Prosedürü.....	519
17. SOP Teknik Bakım Hizmetlerinin Kritik Ekipmanın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü	521
18. SOP Hastanede Oluşabilecek Kalabalığın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü.....	524
19. SOP Mor Kod Standart Operasyon Prosedürü	526
20. SOP Gri Kod Standart Operasyon Prosedürü.....	528
21. SOP Turkuaz Kod Standart Operasyon Prosedürü	530
22. SOP Yeşil Kod Standart Operasyon Prosedürü	532
23. SOP Siyah Kod Standart Operasyon Prosedürü	534
90. SOP EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLANIN UYGULANMASI	536
90. SOP Risk İletişimi Ve Hap Konusunda Personel Ve Toplumun Bilgilendirilmesi	539
92. SOP İş Sürekliliği Standart Operasyon Prosedürü	542
EK-1C FORMLAR.....	546
..... BİRİMİ MALZEME TAHLİYE FORMU	606
..... BİRİMİ HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU	607
..... BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU	608
HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM	610
TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU.....	612
EK -1D DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ	613
EK-1E RADYASYON ONKOLOJİSİ ACİL DURUM VE TAHLİYE PROSEDÜRÜ	622
EK-1F NÜKLEER TIP ACİL DURUM VE TAHLİYE PROSEDÜRÜ	624
EK-1G FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON BİNASI ACİL MÜDAHALE PROSEDÜRÜ	627
EK -1I KOD TALİMATLARI	641
1.Mavi kod uygulama talimatı	641
2. Pembe Kod Uygulama Talimatı.....	643
3. Beyaz Kod Uygulama Talimatı.....	645
4. Kırmızı Kod Uygulama Talimatı	646
5. Turuncu Kod Uygulama Talimatı.....	648
EK-2A.....	651

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ RİSK ÇERÇEVESİ	651
EK-2B GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ	657
GİRİŞ.....	657
BÖLÜM 1:.....	660
HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	660
BÖLÜM 2:.....	666
GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ.....	666
MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler	666
MODÜL 2: Yapısal Güvenlik	677
MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik	679
MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi	694
EK -2C	700
KASİER RİSK ANALİZİ	700
EK- 2D.....	705
COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ	705
EK -2E KROKİLER	720
EK -2F PROTOKOLLER.....	764
EK-3A HAP ONAY SAYFASI.....	790
EK-3B HAP HAZIRLAMA KOMİSYONU	791

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) ONAY SÜRECİ

- Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Onay Sayfası, Dağıtım Çizelgesi ve Değişiklik ve Güncelleme Kayıt Çizelgesi ile başlar.
- Onay Sayfası iki nüsha olarak düzenlenir ve hazırlanırken şu hususlara dikkat edilir:
 - Örneği Kılavuz ekinde yer alan Onay Sayfası (Ek 3-A), HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanır ve Onay Sayfasının hazırlayan bölümü HAP Komisyon Başkanı tarafından imzalanır. HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi (Ek 3-B) Onay Sayfasına eklenerek inceleme makamına sunulur.
 - HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın içeriğinin uygunluğu, İnceleme Makamı (HAP Uygulama Yönetmeliğinin 11'inci maddesinde belirtilen makam) Standart İnceleme Formu esas alınarak değerlendirilir. Uygun görülen planlar için Onay Sayfasının inceleme bölümü ilgili üst yönetici tarafından imzalanır, Standart İnceleme Formu Onay Sayfasına eklenerek onay makamına (Acil Sağlık Hizmetleri'nden sorumlu Başkanlık) gönderilir.
 - Acil Sağlık Hizmetleri'nden sorumlu Başkanlık tarafından görevlendirilen Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından, Standart Denetleme Formu doldurulur. Uygun görülen planlar için Onay Sayfasının denetleyen bölümü acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkan tarafından imzalanır. Standart Denetleme Formu Onay Sayfasına eklenir ve İl Sağlık Müdürü onayına sunulur.
- Hazırlanan HAP hastane tarafından inceleme ve onay makamına onaylanana kadar dijital olarak gönderilir; onaylandıktan sonra hastane tarafından yazılı doküman haline getirilir

DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ)				
Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1	Hastane Başhekimi / Hap Başkanı	1	1	1
2	Finansal Hizmetler Yöneticisi	1	1	1
3	Kurumlar Aarası Koordinasyon sorumlusu (İdari Yönetici)	1	1	1
4	İdari Yönetici Yardımcısı (Alan Sorumlusu)	1	1	1
5	Teknik Hizmetler Müdürü	1	1	1
6	İş Güvenliği Birimi	1	1	1
7	Sivil Savunma Birimi	1	1	1
8	Tıbbi Teknik Danışma Kurulu Sorumlusu	1	1	1
9	Halkla İlişkiler Sorumlusu	1	1	1
10	Operasyon Şefi	1	1	1
11	Planlama Şefi	1	1	1
12	Lojistik Şefi	1	1	1
13	Güvenlik Sorumlusu	1	1	1
14	Kalite Birim Sorumlusu	1	1	1
15	Acil servisten sorumlu doktor ve sorumlu hemşire	1	1	1
16	Ameliyathaneden sorumlu doktor ve sorumlu hemşire	1	1	1
17	Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu doktor ve sorumlu hemşire	1	1	1
18	Hap Ofisi (Sekreteryä)	1	1	1

DAĞITIM ÇİZELGESİ (Dış)				
Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1	SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	1	1	1
2	SİVAS İL EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ	1	1	1
3	SİVAS İL İTFAİYESİ	1	1	1
4	SİVAS AFAD	1	1	1
5	REKTÖRLÜK SİVİL SAVUNMA BİRİMİ	1	1	1

Tablo 1: Dağıtım Çizelgesi

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ					
No	Konusu	Değişikliğin İşlendiği Tarih	Değişikliği İşleyen		
			Görevi/Unvanı	Adı Soyadı	İmzası
1					
2					
3					
4					

Tablo 2: Değişiklik ve Güncelleme Kayıt Çizelgesi

TANIMLAR¹

ACİL DURUM: Büyük, fakat genellikle yerel imkanlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hallerdir. 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da (2009), "Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hali" olarak tanımlanmıştır. (AFAD, 2014). Acil Durum ifadesi, örneğin, biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler veya sağlıkla ilgili olaylar kapsamında afet terimi yerine kullanılabilir gibi, toplumun işleyişini ciddi biçimde kesintiye uğratmayan tehlikeli olaylarla ilişkili de kullanılabilir. Bu şekilde, acil durumların yerelde sınırlı ya da geniş alanlarda yıkıcı sonuçlara yol açabilen farklı boyutlarda etkileri olabilmektedir (UNISDR, 2017). Acil Durum bir dizi istenmeyen sonuç yaratan ya da yaratma potansiyeli olan ve genellikle acil, çoğu kez rutin dışı koordine hareket gerektiren olay ya da yakın tehlike olarak da ifade edilmektedir (WHO, 2019).

ACİL DURUM YÖNETİMİ: Acil durumun meydana gelmesinden hemen sonra başlayarak, etkilenen toplulukların tüm ihtiyaçlarını zamanında, hızlı ve etkili olarak karşılamayı amaçlayan yönetim sürecidir. Sürekli olmayıp, acil durum olarak değerlendirilen bir olayın meydana gelmesi ile başlayarak, acil durumu gerektiren nedenler ortadan kalktığında sona eren bir yönetim şeklidir. Afet yönetiminin olaya müdahale ve kısa süreli iyileştirme faaliyetlerini kapsar (AFAD, 2014). Acil Durum

¹ Tanımlar için yararlanılan kaynaklar:

AFAD, Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü, 2014.

BM Afet Risk Azaltma Ofisi/UNISDR (2019 itibarıyla UNDRR), Afet Risk Azaltma Terminolojisi (2009-2017). Afet Risk Azaltma için Sendai Çerçevesi/SFDRR (2015-2030).

Yönetimi ifadesi özellikle biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler ve sağlık alanında, Afet Yönetimi ifadesi yerine de kullanılabilmektedir (UNISDR, 2017). Acil Durum Yönetiminde, genel olarak, olası istikrarsızlaştırıcı ve/veya yıkıcı olayların öncesi, sırası ve sonrasında, önleme, hazırlık, müdahale ve iyileştirme süreçlerine risk yönetimi yaklaşımı söz konusudur (WHO, 2019).

AFET: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur.

“Afet, tehlikeli olayların maruz kalma, zarar görebilirlik ve kapasite koşullarıyla etkileşiminin insani, maddi, ekonomik ve çevresel kayıp ve etkilerden biri ya da daha fazlasına yol açması sonucunda, bir topluluğun ya da toplumun işleyişinin herhangi bir ölçekte ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır” (UNISDR, 2017).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TAMP (TÜRKİYE AFET MÜDAHALE PLANI): TAMP afete müdahale planlamasının temel yaklaşım ve kurallarını belirlemek, afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak ana hizmet ve koordinasyon birimlerine ait rolleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla hazırlanmış ve uygulamaya girmiştir (Resmi Gazete 03.01.2014/28871). TAMP, ülkemizde yaşanabilecek her tür ve ölçekte afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel ve sivil kuruluşlar ile gerçek kişileri kapsamakta; ilgili tüm paydaşların görev ve sorumluluklarını, iş birliği, koordinasyon ve karşılıklı yardımlaşma esaslarını belirlemektedir. TAMP afete müdahalede verilecek hizmetlerin niteliğine göre, ulu- sal ve yerel düzeylerde Çalışma Gruplarının oluşturulmasını öngörmektedir.

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

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)

1. Giriş

Doğa veya insan kaynaklı tehlikeler, ancak toplumda var olan zarar görebilirlik ve zarar görebilirliği etkileyen hızlı nüfus artışı, planlı ve denetimli olmayan kentleşme ve sanayileşme, çevresel bozulma, yoksulluk, sosyal adaletsizlik gibi fiziksel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler ile bir araya geldiğinde risk oluşturabilmekte ve afete dönüşebilmektedir. Zarar görebilirliğin azaltılması ve hazırlıklı olmak afetlere karşı toplumların en önemli güvencesidir. Bu kapsamda, sağlık sistemleri afetlere karşı daha dayanıklı ve hazırlıklı olmalıdır.

Sağlık sektörü afet yönetimi içinde özel bir öneme sahiptir. Doğa ve teknoloji kaynaklı olayların hepsinin insan sağlığı üzerine doğrudan ve dolaylı birçok etkisi vardır. Sağlık sistemleri bu etkilere müdahale etmek açısından hayati bir role sahiptir. Buna ek olarak toplumu etkileyen olay ne olursa olsun, sağlık sistemleri bundan nasıl etkilenirse etkilensin, bir taraftan rutin sağlık hizmetleri de devam etmek zorundadır. Sağlık sistemleri açısından afet olduktan sonra etkin bir müdahale

gerçekleştirmek gereklidir ancak, esas olan sağlık acil durum ve afet risk yönetimi kapasitesinin güçlendirilmesi; acil durum ve afetle ilişkili sağlık risk ve sonuçlarının azaltılmasıdır.²

Ulusal, yerel ve kurumsal düzeyde afet risk yönetimi, afetin önlenmesinin yanı sıra, afetin önlenemediği durumlarda kayıp ve zararın boyutunu, müdahalenin niteliğini ve sonucunu, iyileştirme çalışmalarının seyrini de belirleyicidir. Bu doğrultuda, sağlık sisteminin yerel ve kurum düzeyi planları etkili afet risk azaltma ve afet yönetiminin tüm evrelerini birlikte kapsayan planlar olarak tasarlanmaktadır; örnek olarak, hastane düzeyi planlama çerçevesini oluşturan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu bu yaklaşımla hazırlanmıştır.

Sağlık sisteminin en önemli unsurlarından olan hastaneler herhangi bir işyeri değildir. Hastanelerde sunulan hizmet hayati öneme sahiptir, herhangi bir işkolundaki hizmet ile karşılaştırılamaz. Günlük yaşamda en ufak aksamaların bile büyük sıkıntı yarattığı sağlık hizmetlerine, afet dönemlerinde daha çok ihtiyaç duyulur. Dolayısı ile hastaneler afet dönemlerinde hem rutin işlerini kesintiye uğratmadan devam ettirmek hem de artan talebi ve ihtiyacı karşılamak zorundadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 20. 06. 2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında hazırlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği ve İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, ülkemizde işyerlerinin afet ve acil durumlara hazırlanması konusunda önemli adımlar olarak değerlendirilmekle birlikte, yukarıda belirtilen özelliklerinden dolayı hastaneler için hizmeti gözeten nitelikte planlara da ihtiyaç vardır.

Hastane bileşenlerinde meydana gelebilecek herhangi bir kaybın ve bunun yol açacağı fonksiyon kaybının neden olacağı ekonomik maliyetin yanında, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ile ilgili sosyal maliyeti de yüksek olacaktır. Bu kapsamda hastanelerin hizmet sunumu ile ilgili dikkate alınması gereken önemli özellikler şunlardır:

- Farklı kullanıcı karakterlerine sahip olması: Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalar olduğu gibi polikliniklerde ayaktan tedavi gören hastalar da mevcuttur. Hastaların yanı sıra personel, hasta yakınları ve ziyaretçiler bulunmaktadır.
- Karmaşık yapısı: Hastanelerin bünyesinde sağlık donanımının yanı sıra otel, ofis, laboratuvar, depo gibi farklı işyerlerinin yapısal ve fonksiyonel özellikleri mevcuttur.
- Kullanım özellikleri: Hastaneler çoğunlukla 7/24 hizmet verirler. Bu hizmetlerden farklı ihtiyaç sahibi hastalar, yaşam desteğine ihtiyaç duyan yoğun bakım hastaları, hamileler, çocuklar vb. farklı biçimlerde yararlanır. Hastanelerde kullanılan teçhizat ve malzeme göz önüne alındığında hastane binaları yoğun ve ağır bir yük taşır.
- Altyapı hizmetlerine hayati bağımlılık: Hastanelerin fonksiyonlarını sürdürebilmeleri elektrik, gaz ve su gibi kritik altyapı sistem ve hizmetlerine bağlıdır. Özellikle su ve enerji kaynağı olmadan hastaneler işlevsiz kalacaktır.
- Tehlikeli maddeler: Hastaneler kendi kullanımları için barındırdıkları çeşitli kimyasallar, gazlar ve maddelerden kaynaklanabilecek kazalara ve/veya afetlerden sonra bu maddelerin yol açtığı ikincil olaylara maruz kalabilirler.
- Dışsal etkenler: Hastanelerin işlevsel olabilmesi için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Afet durumların- da yollarda oluşabilecek hasar, yıkım veya yakınlarını arayanlardan kaynaklanabilecek aşırı yoğunluk nedeni ile trafiğin kilitlenmesi gibi olaylar hastanelerin hazırlıklarından bağımsız olarak, işlevini yerine getirememesine neden olabilmektedir.

Bu doğrultuda, hastaneler sundukları hizmet, fonksiyonel ve yapısal özellikleri işlevselliği kapsamında afet ve acil durum planları hazırlamalı ve uygulamalıdır.

2. HAP Çerçevesi

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP), mevzuattaki tanımla, “ülke genelindeki tüm hastanelerin, afetle- re ilişkin önlem almalarını, yurt içinde meydana gelen afet ve acil durumlarda sunulacak sağlık hizmetleri konusunda gerekli hazırlıkları önceden yapmalarını ve ilk 72 saat boyunca hastane dışından hiçbir yardım almaksızın kendi kendine yeterli olmalarını sağlamak” üzere yapılan planlama ve hazırlık çalışmasıdır (HAP Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete 18.3.2020/31072). HAP, ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyindeki afet planlaması ve uluslararası genel kabul gören yaklaşımlarla uyumlu olacak şekilde hazırlanmalıdır.

ACİL DURUM PLANININ HAZIRLANDIĞI YERE AİT BİLGİLER.

Yer : SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Adresi : Sivas cumhuriyet üniversitesi kampüsü

Bağlı Olduğu Kurum : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü (YÖK)

² Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi (2019) sağlık otoriteleri ve diğer paydaşlar için rehber niteliğindedir (bkz. Kılavuz Ekler, Ek 2-A).

Bulunduğu Şehir : Sivas Tehlike Sınıfı :Çok Tehlikeli

Üst Yönetici : Prof Dr Ömer Tamer DOĞAN



a. Hastane Üst Yöneticileri Bilgileri

Adı soyadı	Ünvanı	İletişim Bilgileri
Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN	Başhekim	Telefon : 0 505 241 71 98
Prof.Dr. Çağlar YILDIZ	Başhekim Yrd.	Telefon : 0346 219 10 10
Prof.Dr.Sinan SOYLU	Başhekim Yrd.	Telefon: 0346 219 10 10
Doç.Dr.Ahmet KARADAĞ	Başhekim Yrd.	Telefon : 0346 219 10 10
Dr.Öğr.Üyesi Mürşit HASBEK	Başhekim Yrd.	Telefon : 0-533-551 39 93
Doç.Dr. Onur AVCI	Başhekim Yrd.	Telefon : 0346 219 10 10
Dr.Öğr.Üyesi Mesut PARLAK	Başhekim Yrd.	Telefon : 0346 219 10 10
Gülseren KARABEY	İdari Yönetici:	Telefon: 0346 258 00 00

b.Hastane telefonu (il koduyla birlikte):

TLF: 0 346 258 00 00

c.Hastane web-site ve e-posta adresi:

hastanehib@cumhuriyet.edu.tr

d.Hastanenin toplam yatak sayısı:

1081

e.Olağan durumlarda doluluk oranı:

% 76.6

f.Toplam personel sayısı:

- Klinik personeli sayısı (hekim, hemşire, medikal teknisyen ve diğer)

1617

Yönetici, idari, teknik, destek personel sayısı

1013

g.Hastanenin genel tarifi:

*Ait olduğu kurum: Yüksek Öğretim Kurumuna bağlı Üniversite hastanesi (Kamu kurumu)

* Sağlık hizmetleri ağındaki yeri: Ayaktan muayene ve Yataklı tedavi Hizmetleri (24 saat kesintisiz sağlık hizmeti)

* Afet ve Acil Durumlarda; HAP uygulamaya koyması.

* Yapı türü: Betonarme yapı.

h. HAP Ofisi

* Hastanemizde hap ofisi olarak başhekimlik toplantı salonu olarak tanımlanmıştır.

HAP, ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyindeki (İL-SAP) afet planlarıyla ve uluslararası genel kabul gören yaklaşımlarla uyumlu olarak hazırlanmıştır.

Hastanemizde Afet risklerine karşı risklerin tespiti, alınan koruyucu önlemler kontrol ve erken teşhis ve tespit aşağıdaki gibidir

- Hastanemizde risklerin tespiti HAP planı ekinde belirtilen KASier Risk Anlaiza bir defa ve afet yaşanması durumunda tekrarlanır.
- Yangın riskine karşı adresli yangın sisteminin yapılmış olması ve sürekli bakımları yapılarak çalışırılığının sağlanması.
- Önemli sistemlerin bulunduğu alanlarda otomatik gazlı söndürme cihazı bulunmakta olup yıllık bakımları yapılmaktadır.
- Mevcut durumdaki yangın dolapları yeni standartlara sahip bir şekilde bakımı yapılmaktadır.
- Yangın dolaplarının ve yangın söndürme cihazlarının kontrolü yılda bir defa bakımları ve aylık olarak kontrolleri sağlanmaktadır.
- Yora talimatına göre depreme yönelik düzenleme sağlanır.
- Kimyasal maddelerin tehlikelerine karşı uygun depolama sağlanır.
- Yapılan koruyucu önlemlerin kontrolü tesis turu ile birlikte sağlanmaktadır, tesis turunda belirlenen olumsuz durumlar erken tespiti sağlanır.
- Hastanemiz personellerine HAP planı kapsamında hapın önemini yıllık eğitim ve tatbikatları HAP ofisi tarafından yaptırılmaktadır.
- Güvenlik personellerince aktif bir şekilde çalışmalar olup afet risklerine karşı tedbirler alınmaktadır.
- Olası büyük afet risklerine karşı Emniyet, İtfaiye, Çedaş, Özel yemek şirketiyle Protokol imzalanmıştır.

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI

Afet Risk Değerlendirme

(Tüm Süreçlerde ve Bileşenlerde)

Önleme / Zarar Azaltma ve Hazırlık

Müdahale

Rehabilitasyon / İyileştirme

HAP öncelikle afet risk değerlendirmeyi esas almaktadır. Afet risk değerlendirme, fiziksel, idari, teknik, sosyal, ekonomik ve çevresel bilgi ve verilerle gerçekleştirilen, sistematik ve objektif olması gereken bir süreçtir. Hastanede afet risk değerlendirmenin temel bileşenleri (risk tanımlama, analiz, değerlendirme) operasyonel tanımla şu şekilde özetlenebilir:

Hastanenin bina, tesis, donanım, fonksiyon ve hizmetleri bakımından mevcut ve potansiyel tüm afet tehlikeleri tanımlanmıştır (tehlike analizi); afet tehlikesine maruz kalma durumu ve tehlikeyle baş edebilme kapasitemizin (bilgi, yönetim, organizasyon, teknoloji, finans vd) yeterli olup olmadığı belirlenmiştir (zarar görülebilirlik analizi),

Tehlike ve zarar görülebilirlik bilgi ve verileri dikkate alınarak mevcut, yeni, gelişebilecek tüm afet riskleri kapsamlı biçimde belirlenmiştir (risk tanımlama); belirlenen risklerin insan, donanım ve fonksiyonlar üzerinde olası tüm etki ve sonuçları analiz edilerek, derecelendirilmiştir (risk analizi),

Afet risk önleme, azaltma, paylaşma ve afete hazırlık önlemleri için planlama ve uygulamaya esas oluşturacak öncelikler belirlenmiştir (risk değerlendirme).

Ekler bölümünde (Ek 2-B ve 3-B) WHO-PAHO Güvenli Hastane Kontrol Listesi ve KAISER Hastane Tehlike ve Zarar Görülebilirlik Analizi (Risk Analizi) çalışmaları yer almaktadır. Bu çalışmalar, HAP hazırlık sürecinde hastanede afet risk azaltma ve müdahaleye hazırlık amaçlı bir ön değerlendirmenin hızlı, kolay ve masrafsız yapılabilmesi, iyileştirilmesi gereken yönlerin hızlıca belirlenmesi için hazırlanmıştır.

HAP çerçevesinde afet risk değerlendirme faaliyetleri yalnızca afet/acil durum öncesi değil, afet/acil durum sırasında ve sonrasındaki süreç ve uygulamaları da kapsamaktadır. Bu kapsamda, HAP yaklaşımı afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanemizin fiziksel ve fonksiyonel (işlevsel) olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, şu temel başlıklara dikkat çekmektedir: Bu çerçevede HAP, hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, şu temel başlıklara dikkat çekmektedir:

- Afet ve acil durum yönetiminin hastane işleyiş, görev ve faaliyetleriyle olabildiğince bütünleştirilmesi, tüm çalışanların bilgilendirilmesi ve katılımının sağlanması,
- Hastanenin kurulu bulunduğu yerleşimin mevcut ve yeni afet tehlikelerinin belirlenmesi,
- Hastane afet risk değerlendirmesi, mevcut risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi,
- Afetin etki, kayıp ve zararlarını azaltmak üzere etkili müdahale için hazırlık yapılması,
- Müdahale planlarının afet türünü, ortamın ihtiyaç ve özelliklerini dikkate alması,
- Afet sonrası iyileştirme amaçlı geçici ve sürekli önlem ve uygulamaların önceden planlanması.
- HAP Temsilciliği/Birimi/Ofisi kurun, (Sivas C.Ü. Hastanesi Başhekimlik Ofisi, C.Ü. Hastanesi Sivil Savunma Birimi, S.C.Ü. Hastanesi Behsan ÖNAL Konferans Salonu) gerektiğinde HAP ofisi olarak kullanılacaktır. Ayrıca Tüm bu yerlerin yıkılması vb durumlarda Başhekimlik otopark alanı sahra HAP ofisi olarak kullanılacaktır

HAP, hastanenin çatı planıdır. Kendi içinde üç ayrı plana daha sahiptir. Bunlar Acil Müdahale Planı, Olay Eylem Planı ve Olaya Özel Planlardır.

3. Amaç

HAP, hastanelerin afet ve acil durumlara ilişkin risklerini önlemeyi ve azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı kılmayı amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda HAP'ın temel hedefleri şöyle sıralanabilir:

- Hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görülebilirliğini azaltarak, personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korumak, yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek.
- Afete hazırlık çerçevesinde:
 - Afetlerde kullanılacak açık ve anlaşılır komuta ve kontrol mekanizmalarını, standart işleyiş ve uygulama kurallarını oluşturmak,
 - Tüm paydaş kişi ve kurumların afet ve acil durum görev ve sorumluluklarını tanımlamak,
 - Afet durumlarında hastanelerin ilk 72 saat kendilerine yetebilmeleri için gerekli düzenlemeleri gerçekleştirmek,
 - Eğitim ve tatbikatlar ile afete hazırlık düzeyini sürekli artırmak.
- Afet halinde:
 - Hızlı, uygun ve etkili müdahale gerçekleştirmek,

- Kritik hizmetlerin kesintisiz sürdürülmesini, rutin hizmetlerin aksamamasını sağlamak,
- Kaynakları en iyi ve etkin şekilde kullanmak,
- Gerekğinde kapasitenin artırılmasını sağlamak.
- Afet sonrasında:
 - Hastanenin olağan (rutin) işleyişe hızlı ve etkili biçimde geçiş sürecini yönetmek,
 - İdari, fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, gerekli önlemleri almak.
- Genel sağlık müdahalesine ve halk sağlığını korumaya yönelik temel çalışmalara katkıda bulunmak.

4. Hukuki Dayanak

10/07/2018 tarih ve 30474 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi’nin 356 ve 508’inci maddeleri Sağlık Bakanlığı’na acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlama ve yürütme, ayrıca yetki ve sorumluluk alanına giren ve önceden kanunla düzenlenmiş konularda idari düzenlemeler yapma yetkisi vermiştir. İlgili mevzuat uyarınca Bakanlık tarafından hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum (HAP) Uygulama Yönetmeliği 18 Mart 2020 tarih ve 31072 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Mevzuat ile ilgili güncellemeler Sağlık Bakanlığının web sayfası Mevzuat bölümünden takip edilebilir.

5. Kapsam

Hukuki Dayanak kısmında belirtilen Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı’na, üniversitelere, belediyelere, özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi hizmeti sunan tüm hastaneleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Kılavuz çerçevesinde HAP hazırlamakla görevli kılınmıştır. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri yalnızca Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yayınlanan (Resmî Gazete 18.06.2013/28681) İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlüdür.

6. HAP İşleyişi

6.1 HAP’ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri

- HAP hastanenin ve kurulu bulunduğu yerleşimin öncelikle fiziksel, sosyal ve sağlık hizmeti bakımından özelliklerini, tüm afet tehlike ve risklerini, küçük büyük her ölçekteki afeti, afet yönetiminin afet öncesi, sonrası ve sonrası tüm aşama ve süreçlerini, hastanenin tüm birimlerini, çalışanlarını ve kurum dışı işbirliklerini dikkate alan kapsayıcı bir niteliğe sahip olmalı, bir başka deyişle, çatı plan özelliği taşımalıdır.
- HAP yaklaşımı afet yönetimi aşamalarını (önleme/zarar azaltma ve hazırlık, müdahale, iyileştirme), süreç ve uygulamalarını birbiriyle bağlantıları içerisinde şekillendirmeyi ve tüm süreçlerde afet risk azaltmanın sürekliliğini esas almaktadır. Özellikle afet öncesinde gerçekleştirilen çalışmalar (önleme, zarar azaltma ve hazırlık) hem afetin etkisini, kayıp ve zarar boyutunu hem de afet esnasında yapılan müdahalenin niteliğini ve sonucunu belirlemesi bakımından önemlidir. HAP hazırlanırken ilin sağlık hizmet kapasitesi, ihtiyaçları ve karşı karşıya olduğu afet risklerinin de göz önüne alınması, İl Sağlık Müdürlüğü başta olmak üzere sağlık sektörünün diğer paydaşları ile koordine bir şekilde çalışılması esastır.
- Hastane veya diğer sağlık hizmet birimleri, il düzeyi ve ulusal düzey sırasıyla birbirini kapsayan, biri olmazsa diğerinin tam olmadığı bileşenlerdir. Özellikle, zarar azaltma ve afete hazırlık için yapılan tüm çalışmalar aşağıdan yukarıya sağlık sisteminin tüm kademeleri için düşünülmelidir. Afet ve acil durumlarda hastanelerin ayakta ve çalışabilir, hatta kapasitesini artırabilir olması il düzeyinde sağlık afet yönetiminin başarılı yürütülmesinin en önemli göstergelerinden birisidir.
- Ülkemizde afet yönetimi çerçevesinde, ulusal ve yerel (il) düzeylerde afet risk azaltma, afete müdahale ve afet sonrası iyileştirme planlaması çalışmaları yapılmaktadır. Kılavuz’da HAP için süreç içinde gelişecek tüm bu çalışmalara (risk

azaltma, müdahale, iyileştirme) uyum gösterebilecek esnek ve dinamik bir yapı öngörülmektedir. Bu kapsamda ulusal düzeyde tamamlanarak, uygulamaya giren ilk plan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) olmuştur (2014). Bu çerçevede, hastanelerde HAP hazırlanırken, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi bölümüyle ilgili faaliyetler TAMP'ta belirtilen ulusal ve yerel düzey müdahale faaliyetleri dikkate alınarak şekillendirilmelidir. HAP içinde yer alan hastane Acil Müdahale Planı (AMP), TAMP'ta tanımlanan Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile uyumlu ve entegre şekilde hazırlanmalıdır.

6.2 HAP Hazırlama Komisyonu

(ASIL LİSTE)

KOMİSYON GÖREVİ	KURUM İÇİ GÖREVİ	ADI SOYADI
HAP BAŞKANI	BAŞHEKİM	Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ	Gülseren KARABEY
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	BAŞHEKİM YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Mürşit HASBEK
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UZMANI	İSG UZMANI	Banu ERBAŞ
HAP SEKRETERYASI	SİVİL SAVUNMA BİRİMİ	Elif Özge KARAKULLUKCI
HALKLA İLİŞKİLER	HALKA İLİŞKİLER BİRİMİ	Demet UZUN
OPERASYON ŞEFİ	BAŞHEKİM YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Mürşit HASBEK
PLANLAMA ŞEFİ	BAŞHEKİM YARDIMCISI	Prof. Dr. Sinan SOYLU
LOJİSTİK ŞEFİ	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Selda EMRAHOĞLU
FİNANS ŞEFİ	FİNANSAL YÖNETİCİ	Turhan İLTER
ALAN SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Selma KORKMAZ
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	Dr. Öğr. Üyesi Sefa YURTBAY
ACİL SERVİS BİRİM SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Yakup KARATAŞ
TRİAJ ALANI BİRİM SORUMLUSU	GÜVENLİK AMİRİ	Murat YILDIZ
YOĞUNBAKIM BİRİM SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi İsmail Kıvanç CEBECİOĞLU
LABORATUVAR BİRİM SORUMLUSU	PSİKİYATRİ DOKTORU	Prof. Dr. Nesim KUĞU
RADYOLOJİ BİRİM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	Doç. Dr. Şimşek ÇELİK
AMELİYATHANE BİRİM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	Dr. Öğr. Üyesi Sefa YURTBAY
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REANİMASYON DOKTORU	Prof. Dr. İclal ÖZDEMİR KOL
ALT YAPI SORUMLUSU	BİYOKİMYA LABORATUVAR DOKTORU	Dr. Öğr. Üyesi Gökhan DOĞAN

GÜVENLİK SORUMLUSU	RADYOLOJİ DOKTORU	Prof.Dr.İsmail ŞALK
KBRN SORUMLUSU	SOSYAL HİZMET SORUMLUSU	Sevde Nur TORUN
PSİKOSOSYAL DESTEK BİRİM SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİSİ	Gonca DEVECİ
SOSYAL HİZMET BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REANİMASYON DOKTORU	Prof.Dr.A.Cemil İSBİR
PERSONEL VE MALZEME YÖNETİM BİRİM SORUMLUSU	KALİTE KOORDİNATÖRÜ	Ümmügülsüm OFLAZ
DURUM DEĞERLENDİRME BİRİM SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YARDIMCISI	Derya DEDE
DÖKÜMANTASYON SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Yakup Emre DUMAN
ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Arzu Anıl AÇIL ÖZDEMİR
SAĞLIK OTELCİLİK HİZMETLERİ SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Yakup Emre DUMAN
SANTRAL VE BİLGİ İŞLEM SORUMLUSU	İNSAN KAYNAKLARI BİLGİSAYARİŞLETMENİ	Ebru AZİMET
GIDA HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	ECZANE SORUMLUSU	Sultan UZUN
STERİLİZASYON BİRİM SORUMLUSU	MÜHENDİS	Ali Erkan ÖNEM
ATIK YÖNETİMİ BİRİM SORUMLUSU	DİYETİSYEN	Sevim DAŞTAN
İNSAN KAYNAKLARI BİRİM SORUMLUSU	ÇEVRE MÜHENDİSİ	Elmas Hümeysra ÖZBÖLÜK
CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ BİRİM SORUMLUSU	STERİLİZASYON SORUMLUSU	Feride YURT KUZU
İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU	MÜHENDİS	Selçuk AKGÜN
SARF DEPO SORUMLUSU	SARF DEPO	Mustafa MOĞOLKOÇ
ECZANE BİRİM SORUMLUSU	BAŞ ECZACI	Duygu ACAR
FATURALANDIRMA VE MALİYET SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİ YARDIMCISI	Ziya YILMAZ
HUKUK/TAZMİNAT ve TAHAKKUK SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİ YARDIMCISI	Uğur OCAK
SATIN ALMA SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİLİK BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	Dönay AYAN İREM

Yedek liste

KOMİSYON GÖREVİ	KURUM İÇİ GÖREVİ	ADI SOYADI
HAP BAŞKANI	BAŞHEKİM YARDIMCISI	Prof.Dr. Çağlar YILDIZ

KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Mehmet Oğuz PERÇİN
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	BAŞHEKİM YARDIMCISI	Dr. Öğrt Üyesi Mesut PARLAK
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UZMANI	İSG UZMANI	Ebru EYİNÇ
HAP SEKRETERYASI	İSG UZMANI	Burak AYCAN
HALKLA İLİŞKİLER	HALKA İLİŞKİLER BİRİMİ	Nilgün ECEVİT
OPERASYON ŞEFİ	BAŞHEKİM YARDIMCISI	Prof.Dr. Ahmet KARADAĞ
PLANLAMA ŞEFİ	BAŞHEKİM YARDIMCISI	Doç.Dr. Onur AVCI
LOJİSTİK ŞEFİ	AYNİYAT SAYMANI	Serap BAŞER
FİNANS ŞEFİ	FİNANSAL YÖNETİCİ	Adem DUMAN
ALAN SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Hacı GÜL
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	Doç.Dr. Y.Kenan TEKİN
ACİL SERVİS BİRİM SORUMLUSU	ELEKTRİK ATÖLYESİ SORUMLUSU	Hakan AYDIN
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	GÜVENLİK AMİRİ	Mihrali TORAMAN
YOĞUNBAKIM BİRİM SORUMLUSU	ACİL SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ	Havana SARITEPE
LABORATUVAR BİRİM SORUMLUSU	PSİKİYATRİ DOKTORU	Doç.Dr. Yavuz YILMAZ
RADYOLOJİ BİRİM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	Prof. Dr. İlhan KORKMAZ
AMELİYATHANE BİRİM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	Doç.Dr. Y.Kenan TEKİN
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REAMİNASYON DOKTORU	Prof.Dr. Sinan GÜRSOY
ALT YAPI SORUMLUSU	BİYOKİMYA LABORATUVAR DOKTORU	Prof.Dr. Halef Okan DOĞAN
GÜVENLİK SORUMLUSU	RADYOLOJİ DOKTORU	Dr.Öğr. Üyesi Bülent YILDIZ
KBRN SORUMLUSU	SOSYAL ÇALIŞMACI	Serkan KARABULUT
PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Hatice BULUT
SOSYAL HİZMET BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REAMİNASYON DOKTORU	Prof. Dr. Kenan KAYGUSUZ
PERSONEL VE MALZEME YÖNETİM SORUMLUSU	KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ	İlknur VERGİ
DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Pınar KARAPINAR
DÖKÜMANTASYON SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Fatih KESKİNBALTA
ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Kübra DEMİR

SAĞLIK OTELCİLİK HİZMETİ SORUMLU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	Fatih KESKİNBALTA
SANTRAL VE BİLGİ İŞLEM BİRİM SORUMLUSU	İNSAN KAYNAKLARI BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	Handan ÇAYKUŞ
GIDA HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	ECZACI	Seda ASLAN
STERİLİZASYON BİRİM SORUMLUSU	BİOMEDİKAL TEKNİKERİ	Ebru AYNA
ATIK YÖNETİMİ BİRİM SORUMLUSU	DİYETİSYEN	Çağla KÖKSAL
İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU	ZİRAAT MÜHENDİSİ	Zülal KARAHAN
CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	STERİLİZASYON BİRİMİ HEMŞİRESİ	Mehtap YAZICI
İLAÇ VE TIBBİ MALZEME YÖNETİM SORUMLUSU	BİLGİ İŞLEM TEKNİKER	Harun ÇAYKUŞ
SARF DEPO SORUMLUSU	SARF DEPO	Veli KARAÇORLU
EZCANE BİRİM SORUMLUSU	ECZACI	Merve MERT
FATURALANDIRMA VE MALİYET SORUMLUSU	BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	Çetin KAVAK
HUKUK/TAZMİNAT ve TAHAKKUK SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİLİK BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	Büket GÖKTAŞ
SATIN ALMA SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİLİK SAĞLIK TEKNİKERİ	Gülhan FIRAT ALBULUT

6.3 HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi

Hastanede en yetkili kişi başkanlığında HAP Hazırlama Komisyonu oluşturulur. Oluşturulan Komisyon her yılın başında hastanenin planını (HAP) ve yıllık HAP eylem planını hazırlar/günceller. HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanan planlar HAP Başkanı tarafından onaylanarak ilgili Yönetmelikte belirtilen, HAP'ın incelenmesinden sorumlu makama en geç 15 Ocak tarihine kadar gönderilir. İncelemeden sorumlu makam uygun gördüğü planları onaylamak üzere 15 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetlerinden sorumlu Başkanlığa gönderir. HAP Uygulama Yönetmeliği'nin 14'üncü maddesinde belirtilen değişiklik ve güncelleme çalışmaları yürütülür. Yıl içinde planda yapılacak değişiklikler Tablo 3: Değişiklik ve Güncelleme Kayıt Çizelgesi işlenerek bilgilendirme yapılır.

6.4 HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı

Diğer Hastanelerle işbirliği: Sağlık hizmetleri tesislerinin diğer hastanelerle işbirliği yapması hastane kapasitesi için önemlidir. Faaliyete geçirilmesi gereken işbirliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verilerek planlamasının yapılması gerekmektedir. Diğer hastaneler ile işbirliği planlanırken, kapasitenin etkin kullanımını sağlamak için il düzeyinde düşünmek, dolayısı ile İL-SAP kapsamında yaklaşmak gerekmektedir. Örneğin hastane dışına yapılacak tahliyeleri hastaneler tek başlarına değil İL-SAP kapsamında ele almalıdırlar.

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi olarak Sivas Numune hastanesi, ÇEDAŞ, İl Emniyet Müdürlüğü Sivas İtfaiyesi, Özel Yemek Şirketi ile Protokoller imzalanmıştır.

Diğer kurumlarla İşbirliği ; Hastanenin afet ve acil durumlarda sağlık hizmeti sunumunu devam ettirebilmesi için plan dahilinde (hastaneler dışında) hangi kurumlar ile hangi konularda işbirliği yapılacağının belirlenmesi gerekmektedir.

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi oluşması muhtemel her türlü afet durumunda afetin oluşum şekline göre;

- İl afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile K.B.R.N, deprem, oluşabilecek savaş durumları vb. Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği protokolü yapılmaktadır. Aynı zamanda eğitim ve tatbikatlar yapılmaktadır.
- Sivas Belediyesi İtfaiye Müdürlüğü ile afet durumlarına karşı işbirliği protokolü, personellere yıllık eğitimler ve yangın güvenlik tatbikatı yapılmaktadır.
- Sivas ÇEDAŞ İl Müdürlüğü karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü yapılmış olası afet durumunda karşılıklı her türlü yardımlaşma yapılacaktır.
- Afet durumunda güvenlik önlemlerinin alınabilmesi için Sivas İl Emniyet Müdürlüğü ile karşılıklı yardımlaşma işbirliği protokolü imzalanmıştır.
- Afet durumunda gıda ve su ihtiyacını karşılamak için beyaz saray yemek şirketi ile karşılıklı yardımlaşma ve işbirliği protokolü imzalanmıştır.

Planın paylaşıki iki kademede düşünülmelidir;

- İç Paylaşım: Planın güncellenmiş hali her yıl 1 Şubat tarihine kadar resmi yazı ve CD ye kaydedilerek İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir. Onaylanan plan, büyük ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP ofisi, orta ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP birimi, küçük ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP temsilciliğinde dijital ortamda bulundurulur ve ilgili tüm birimler ile paylaşılmaktadır.
- İç paylaşım olarak Rektörlük sivil savunma birimi, Hastanemiz Acil Servis Birimi, Kalite direktörlüğü, Başhemsirelik birimleri ile de iç paylaşım yapılmaktadır.

Dış Kurumlarda Paylaşım: Hastane Afet Planında yer alan diğer hastaneler ve kurumlarla plan onaylandıktan sonra ilgili bölümler paylaşılır. Paylaşılan kurumlar İl Afet Müdürlüğü, Numune Hastanesi, Sivas İtfaiyesi.

6.5 HAP Konusunda Toplumun Bilgilendirilmesi

Hastanemizde Hastane Afet Planı (H.A.P) ile ilgili bilgilendirme: Temel Afet Bilinci ve Afet ile ilgili afişler AFAD ve İl Sağlık Müdürlüğünden temin edilerek acil ve poliklinik ve Hastane girişlerindeki panolara asılarak afet bilincine dikkat çekilmektedir. Ayrıca hastane personeline yönelik yapılan eğitimlerle halkın bilinçlendirilmesi ve topluma yaygınlaştırılmasına katkı sağlanmaktadır. Böylesi bir bilgilendirme toplumun plana destek olması ve uygun davranması açısından önemlidir. Toplum, afet güvenliği konusunda hastanede yaşanabilecek afet ve olağan dışı durumlarda yapılacak işler konusunda bilgilendirilebilecektir.(Hastanenin toplanma alanları, acil giriş-çıkışların nasıl kullanacağı, olası yangına müdahale gibi)

7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI

7.1 HAP Eğitimleri

HAP uygulayıcı eğitimleri İl Sağlık Müdürlüğü tarafından düzenlenir. Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler belirlenen tarihlerde yıl içinde yapılmaktadır.

7.2 HAP Tatbikatları

Hastanemiz tarafından hazırlanan HAP Planı içinde yapılacak tatbikatlar öncesi HAP eğitimleri gerçekleştirilir. Yıl içerisindeki yapılan masa başı tatbikatı ve saha tatbikatları, İl Sağlık Müdürlüğü gözetiminde en az bir defa yapılmaktadır. Yapılan bu tatbikatlar görüntülü ve rapor halinde sunulmaktadır.

No	Masa başı / Saha tatbikatı	HAP Yıllık Eğitim Planı	HAP Yıllık Tatbikat planı
1	14.10.2026	14.10.2026önce 1 (bir) hafta boyunca masabaşı ve saha hazırlık eğitimleri olur.	14.10.2026saat:13.30 da masa başı tatbikatı 14.10.2026saat 14.00 da saha tatbikatı

8. HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI

Hastanenin genel durumu hastane binasının fiziki özellikleri, hastanede hizmet veren departman/servis/birimler, günlük vaka kabul sayısı, mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynaklar, personel durumu ile ilgili bilgiler EK-2B da Bölüm 1 de verilmiştir.

Protokoller EK-2F de verilmiştir.

Hastane Risk Değerlendirmesi

Hastane risk değerlendirme EK-2C de KAESİR RİSK DEĞERLENDİRMESİ ÖLÇEĞİNE göre yapılmıştır

8.1 Mevcut Durum Analizi

Hastane binasının fiziki özellikleri: Hastanemiz AB blok, C blok, D blok, E blok, FG blok, Kalp merkezi, Onkoloji binası ve kadın doğum ve çocuk hastanesi şeklinde hizmet vermektedir.

Binada hizmet verilen bölümler

AB, C, D, E, FG blok

12. KAT Dahiliye

Dahiliye Yoğun Bakım

Palyatif Bakım Merkezi

11. KAT Göğüs
Hastalıkları Uykuda Solunum
Bozuklukları Merkezi

Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım
Ünitesi

Dermatoloji (Cildiye)

10. KAT Göğüs
Hastalıkları

Allerjik Hastalıklar

Enfeksiyon Hastalıkları

9. KAT Endokrinoloji ve
Metabolizma

Nefroloji

Romatoloji

8. KAT Hematoloji

Psikiyatri

7. KAT Nöroloji

Nöroloji Yoğun Bakım

İnme Ünitesi

**Kadın Doğum Ve Çocuk
Hastanesi B blok**

Bodrum kat

Yemek hane

Sığınak

Zemin kat

Kadın doğum poliklinik

Kadın doğum acil

Çocuk acil

1.Kat

Beyin ve Sinir Cerrahisi

Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun
Bakım

6. KAT Ortopedi ve Travmatoloji

El Cerrahisi

Plastik Rekonstrüktif Estetik
Cerrahi

5. KAT Tıbbi Onkoloji

Üroloji

Yanık Servisi

4. KAT Genel Cerrahi - 1

Genel Cerrahi - 2

Genel Cerrahi Yoğun Bakım

3. KAT Gastroenteroloji

Kulak Burun Boğaz

2. KAT Gastroenteroloji
Endoskopi Ünitesi

Organ Nakli Merkezi

Üremeye Yardımcı Tedavi
Merkezi (Tüp Bebek)

1.KAT Poliklinikler

Yönetim birimi

Patoloji laboratuvarı

Öğretim üyesi koridoru

2.kat

Ameliyathane

Yenidoğan yb

3.kat

Obstetrik servis

Anne bebek uyum servisi

4.kat

İklimlendirme

Sterilizasyon

Transfüzyon merkezi

ZEMİN KAT Poliklinikler
Biyokimya lab.

Mikrobiyoloji lab

Radyolojik alanlar

Acil servis

BODRUM KAT teknik birimler

Ezcan - Morg

KALP MERKEZİ

3. kat Kalp Damar Cerrahisi

Göğüs Cerrahisi

2. kat Kardiyoloji

Koroner Yoğun Bakım

1. kat Ameliyathane

Kalp Damar Cerrahisi Yoğun
Bakım

Koroner anjiyografi

Zemin kat Kalp Damar Cerrahi
Polikliniği

Kardiyoloji Polikliniği

Göğüs Cerrahi Polikliniği

Çocuk servisi 1

5.kat

FTR romatoloji servis

FTR servis

6. kat

Süit 1

**Kadın Doğum Ve Çocuk
Hastanesi C Blok**

Bodrum kat

Çamaşırhane

Kazan dairesi	2.kat	Çocuk endokrin servisi
Zemin kat	Ameliyathane	Çocuk servisi 2
Çocuk sağlığı poliklinik	Doğumhane	5.kat
Çocuk ruh sağlığı poliklinik	3.kat	Göz servisi
FTR- FTR romatoloji poliklinik	Klima	çatı
1.Kat	Jinekoloji servisi	6. kat
Yemekhane	Obsteri Servis	Süt 2
Kadın doğum yoğun bakım	Anne-Bebek Uyum Servisi	
Pediyatri yoğun bakım	4.kat	

Ortalama günlük vaka kabul sayısı

Günlük Hasta Muayene Sayısı (Acil Dahil) 2825

Günlük Hasta Muayene Sayısı (Acil Hariç) 2464

Mevcut ekipman sayısı

Jeneratör	Anabina 2x1000kw +2x650kw Yakıt deposu 10 ton Kadın doğum binası 3x1100 kw +2x80kw +2x250kw
Yakıt deposu	Yedek kapasitesi ile birlikte 10 ton
Su Deposu	1500 Ton Arıtılmamış
Yangın	492 Adet Yangın Söndürme Tüpü, 250 Adet Yangın Söndürme Dolabı (Mahallere ve ihtiyaca göre konumlandırılmıştır)
Atık Deposu ve Kapasitesi	Tıbbi Atık:10.2 m2 /Evsel atık:10.1 m2 Tehlikeli Atık:5.9 m2
Sedye sayısı:	136 adet.
Tekerlekli sandalye sayısı:	116 adet.
Röntgen:	13
Tomoğrafi:	2
Mr:	2
Personel Durumu	
İdari personel sayısı :	1013
Sağlık personeli sayısı:	1617
Sürekli işçi sayısı:	808
Toplam personel sayısı:	3233

Acil Durum Deposu: Hastanemiz de acil durum ve afet için ayrılmış özel bir depo bulunmamakta olup var olan depolarda 72 saat boyunca hastane ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir. İlaç ve Tıbbi malzeme için ; Eczane, Tıbbi malzeme sarf deposu, Genel ameliyathane deposu, Kardiyasküler cerrahi ameliyathane deposu, Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi deposu ve Acil Servis deposu kullanımı karşılamaktadır. Diğer malzemeler için kırtasiye sarf depodan karşılanmakta yeterince malzeme mevcuttur.

Korkiler ; kat krokileri ekte yer almaktadır. Kat krokilerinde acil çıkış yönleri, yangın söndürme sistemleri, yangın ikaz butonları ve yangın tüpleri gösterilmektedir. Krokiler EK-2Fde yer almaktadır

8.2 Hastane Afet Risk Değerlendirmesi

HAP hazırlıklarında yapılacak afet risk değerlendirmesi ışığında, hastanenin afet güvenliği ile ilgili çalışmalar öncelikle hastane binası ve çevresi ile ilgili yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risk-lerin azaltılmasını hedeflemek durumundadır. Bu doğrultuda, hastanelerde, üç temel güvenlik hedefi esas alınmalıdır. Bu hedefler, öncelik sırasıyla:

- 1) Hayatın korunması : Hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının can güvenliğini korumak,
- 2) Yatırımın korunması: Hastaneye ait yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek,
- 3) İşleyişin korunması : Sağlık kurumunun faaliyetlerini her durumda kesintisiz sürdürebilmesini sağlamaktır.

Hastane afet planı hazırlanırken bu üç başlık ana çerçevesi esas alınarak hazırlanmıştır

8.3 Yapısal Risklerin Azaltılması

Hastanenin afet güvenliği bakımından fiziksel durumunu ve iyileştirilmesi gereken yönlerini belirlemek üzere, yapısal güvenlik ile ilgili konular esasen iki ana başlık altında incelenmektedir:

Hastanenin yapısal güvenliğini etkileyen geçmiş olaylar bulunmamaktadır.

Binanın yapısal özellikleri, taşıyıcı sistemi ve kullanılan malzeme bakımından güvenlik.

Deprem bölgeleri başta olmak üzere mevcut ve yapılacak binalarla ilgili zorunlu asgari koşullar, 2007 tarihli Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik, ilgili diğer mevzuat, şartname ve standartlarda yer almaktadır. Ayrıca Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı'nda (UDSEP 2012- 2023),afet sonrasında kullanılması yaşamsal önem taşıyan mevcut hastanelerin, yapısal olarak deprem ve diğer afetlerde güvenliklerinin artırılması ve yeni yapılacak hastanelerde bu güvenliğin mutlaka sağlanması gerekliliği belirtilmiştir.

Depreme dayanıklı inşa zorunluluğunun yanı sıra, hastanenin tasarımı ve yapımında, bulunduğu veya inşa edileceği bölgenin/yerleşimin afet risk değerlendirmesine uygun düzenleme ve önlemler gerçekleştirilmelidir.

Hastanenin afet güvenliği bakımından fiziksel durumunu ve iyileştirilmesi gereken yönlerini belirlemek üzere, yapısal güvenlik ile ilgili konular esasen iki ana başlık altında incelenmektedir:

- 1) Hastanenin yapısal güvenliğini etkileyen geçmiş olaylar: YOK
- 2) Bina yapısal özellikleri, taşıyıcı sistemi ve kullanılan malzeme bakımından güvenlik: Yapı Betonarme Yapı. 1992 yılında kurulmuştur.

8.4 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

Hastane binalarında deprem ve diğer afetler sırasında düşüp zarar verebilecek her türlü eşya, malzeme ve tehlikeli maddeler sabitlenir. Kaçış yolları her zaman temiz tutulmalı, kaçış yollarına kapatacak ağır eşyalar konulmaz.

Sabitlenilmemiş araç-gereçler sağa sola savrulurken hem yaralanmalara hem de işlev dışı kalarak sağlık hizmetinin sunumunda aksaklıklara neden olurlar. Hastanemizde yapısal olmayan hasarı hafifletme çalışmaları personel, hasta ve ziyaretçilerin, raf, masa, dolap vb.den düşen malzemeler ile kitaplık, buzdolabı gibi ağır nesnelerin hareketinden kaynaklanan yaralanmalarını engellemeye yönelik yapılmaktadır. Hastanenin koridorlarında ve her odasında tespit edilen sabitlenmesi ihtiyari malzemelerin listesi oluşturulmuş ve sabitlenme çalışmaları başlatılmıştır.

Tesis Yönetimi ve Güvenliği komitesi tarafından 3 ayda bir detaylı hastane turu gerçekleştirilmekte, riskler ve eksiklikler tespit edilerek DÖF düzenlenmesi suretiyle kayıt ve takip altına alınmaktadır.

Açıkta kalan kablo, bağlantısı eksik priz, kapaksız buat deliği vb. eksikliklerin tespiti ve giderilmesi için düzenli tur ve gözlem sağlanmaktadır.

Hastanemizde yapılan çalışmalar arasında oksijen tüplerinin sabitlenmesi, yüksek dolap ve rafların çalışma alanlarından uzak yerlere yerleştirilmesi, hareketli hasta yataklarının tekerlek kilitlerinin aktif hale getirilmesi ve kontrol edilmesi yer almaktadır.

Işıklı acil durum çıkış yönlendirme tabelaları mevcuttur. Tüm çıkış yollarında (koridor, merdivenler) yönlendirme levhaları bulunmaktadır.

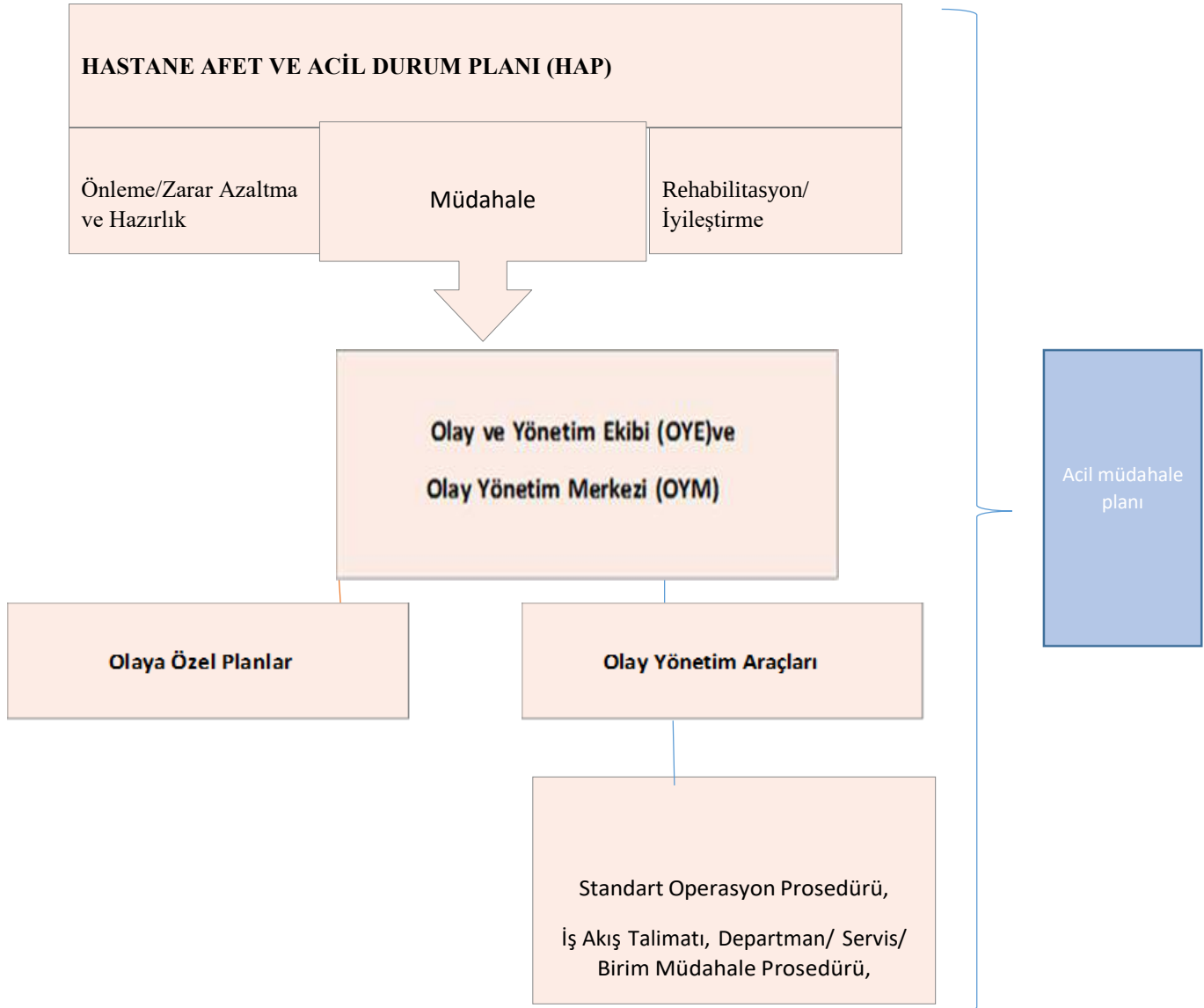
Bütün bu yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması faaliyetlerinin, binanın genel bakım-onarım süreci içerisinde yer alması sağlanarak, teknik servis personeli tarafından periyodik kontrollerinin yapılması, bozulan, işlev dışı kalan unsurların tamir edilmesi sağlanmalıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ

1. ACİL MÜDAHALE PLANI

Acil Müdahale Planı (AMP), Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) önemli bir parçasıdır. Hastane AMP afet ve acil durumda müdahale organizasyonunu, yönetim sistemini ve araçlarını belirler.



Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve civarında afet ve acil durum meydana geldiğinde;

- Hastanede Acil Müdahale Planı Aktive edilir, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer.
- Hastane Afet Planı kapsamında Üst Organizasyon Şemasında yer alan Olay Yönetim Ekibi HAP Başkanının belirlemiş olduğu yerde veya Olay Yönetim Merkezinde Olay Eylem Planını belirlemek üzere toplanır.

Afetin Oluş Saati;

Mesai saati içerisindeyse (08:00/17:00) , hastane afet planının işleyişi HAP Başkanbaşkanlığında, HAP Başkanı olmadığı zamanlarda en yetkili OYE üyesi tarafından görev yürütülür.

Mesai saatleri dışında (17:00/08:00) HAP Başkanı (olmadığın durumlarda yedeği) hastaneye ulaşana kadar geceyöneticileri tarafından görev yürütülür.

Bilgi akışı alttan bir üste HAP Başkanına kadar, ters yönde ise üstten altta işler.

HAP Başkanı; Hastane Afet Planının uygulama içeriğini belirler.

Olay yönetim ekibi asil üyelerde eksik olduğunda yedekler gelir, yedeklerin gelemediği durumlarda masa başındaki kişilerin görevlerine göre yer değişikliği yapılabilir veya bir kişi birden fazla görevi üstlenebilir.

Kimse iş akış talimatı dışına çıkmaz. Olay anında herkes iş akış talimatında yazan işi yapar.

HAP Başkanı gerektiğinde Olay Yönetim Merkezinin yerini değiştirme yetkisine sahiptir.

Olağan dışı durum sırasında HAP Başkanı Planlama Şefi ile birlikte koşullara göre planda değişiklik yapılabilir veya planda belirtilmemiş durumlarla ilgili yeni direktifler verebilir.

Olay sonrası tüm bölüm şefleri bina turu yaparak hastanenin tamamen veya kısmen hasar miktarını tespit eder.

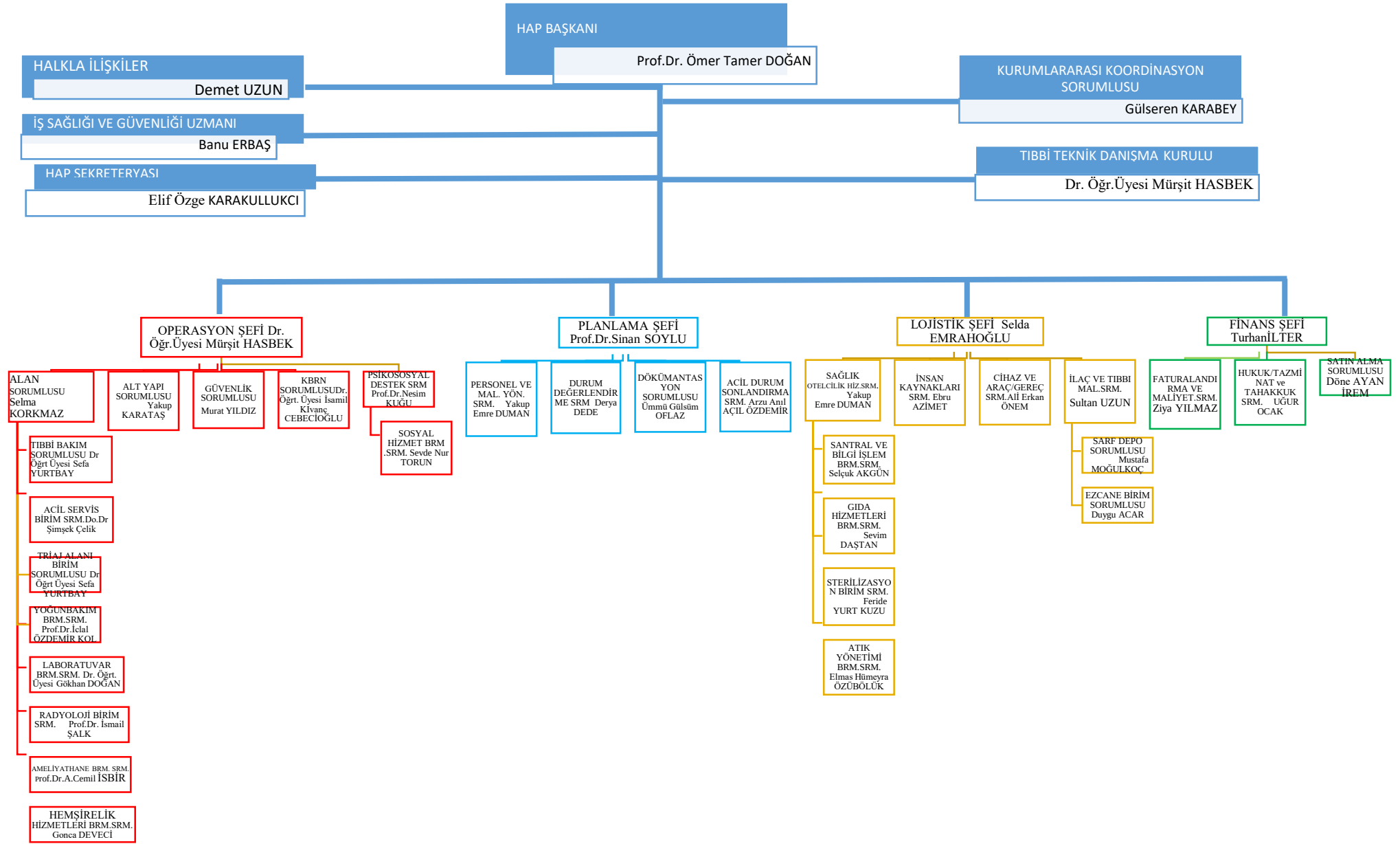
Olay sonrası HAP Başkanı, tüm bağlı şeflerle durum değerlendirmesi yapar.

Hastane işleyişine yönelik “acil durum modu” ndan çıkılarak hastane normal işleyiş sürecine geçiş yapılır

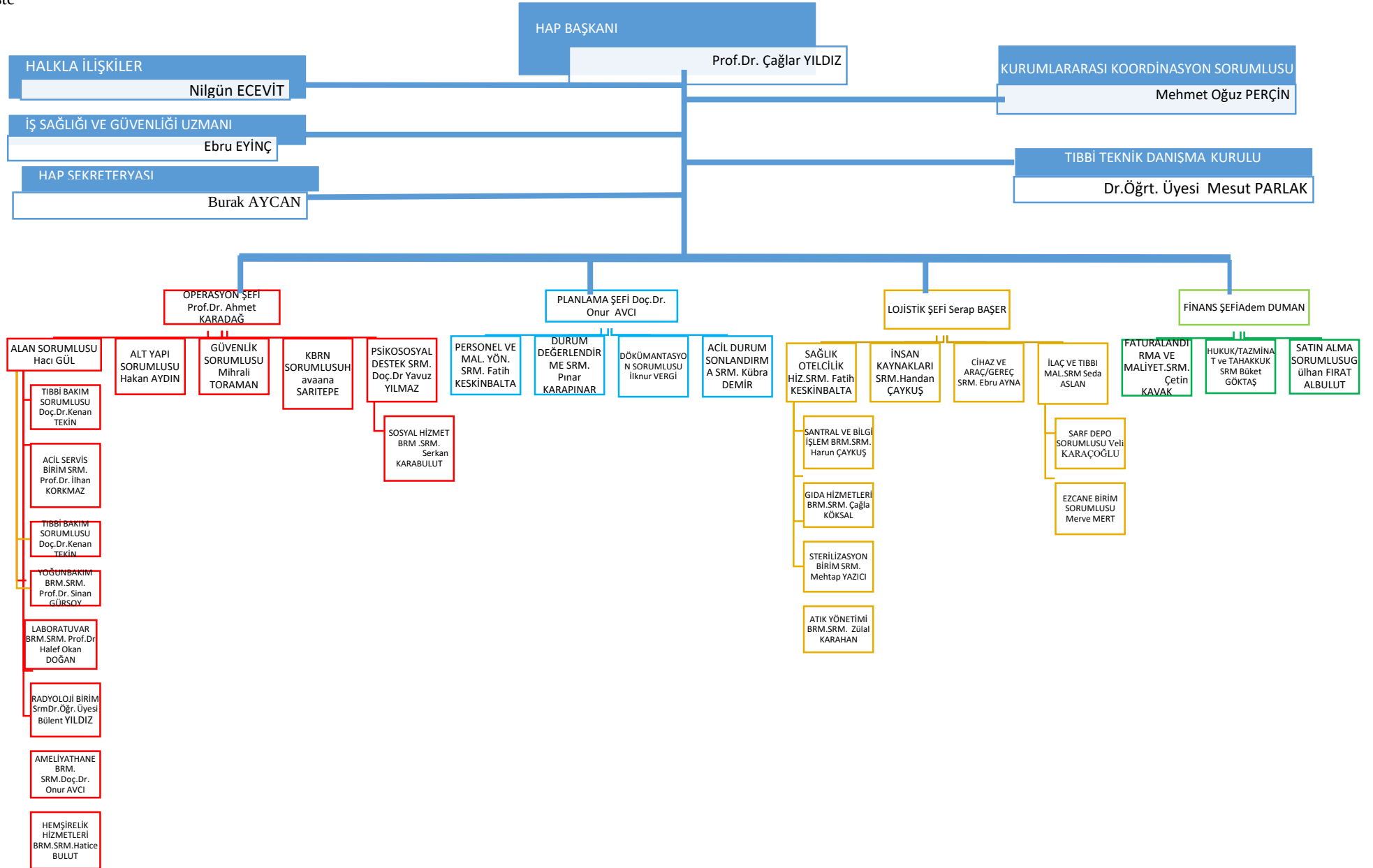
2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ

2.1 Organizasyon Şeması

Organizasyon şemasındaki görevlendirmenin (pozisyonun) kişinin rutindeki görevine uygun olmasına, kendi görevini aksatmamasına, her pozisyon için yedekleme yapılmasına dikkat edilmelidir.



Yedek liste



2.2 Görev Tanımları

1. HAP BAŞKANI

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

2. HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU

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

3. KURUMLAR ARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU

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

4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SORUMLUSU

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

5. TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU

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

Tıbbi Teknik Danışma Kurulu'nda Olması Önerilen Alanlar

5.1 Biyolojik/Enfeksiyöz Olaylar

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, biyolojik ya da bulaşıcı hastalıklara acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

5.2 Kimyasal Olaylar

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, spesifik kimyasal olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

5.3 Radyolojik/Nükleer Olaylar

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, radyolojik ve nükleer olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için danışmanlık hizmeti verir.

5.4 Klinik Yönetim

HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, hastane klinik özelliklerinin ve hizmetlerinin korunmasını sağlama konularında danışmanlık hizmeti verir.

5.5 Hastane Yönetimi

Görevlendirildiğinde hastane hizmetlerinin kapasite ve yeteneği ile müdahale eylemlerinin gözetimini sağlar; HAP Başkanı veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir.

5.6 Hukuk Bürosu

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin afet ve acil durumlara yanıtı ile ilgili konularda hukuki danışmanlık hizmeti verir.

5.7 Risk Yönetimi

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin risk yönetimi ve zarar azaltma politikaları konusunda danışmanlık hizmeti verir.

5.8 Tıbbi Personel

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi personel ile ilgili konularda danışmanlık hizmeti verir.

5.9 Pediyatrik Bakım

HAP Başkanı ya da bölüm şefine, pediyatrik bakım konusunda danışmanlık hizmeti verir.

5.10 Tıbbi Etik

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi etik konularında danışmanlık hizmeti verir.

6. HAP SEKRETERYASI

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

7. OPERASYON ŞEFİ

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

7.1 ALAN (Hastane Dışı Olay Yeri) SORUMLUSU

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

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.1.1 Personel Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.2 Araç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

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

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

7.1.4 İlaç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU

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

Tıbbi Bakım Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.2.1 Yatan Hasta Birim Sorumlusu

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

7.2.2 Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

7.2.3 Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

7.2.4 Acil Servis Birim Sorumlusu

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

7.2.5 Hastane Afet Triyaj Alanı Birim Sorumlusu

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

7.2.6 Yoğun Bakım Birim Sorumlusu

Yoğun bakım birimlerini yönetir ve hizmete devamlı hazır bulundurul- masını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

7.2.7 Ameliyathane Birim Sorumlusu

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

	7.2.8 Anestezi Birim Sorumlusu İhtiyaca göre yedek personeli göreve çağırır; gerekiyorsa yedek cihaz- ları devreye sokar. Vakaların niteliklerini ve ameliyat sürelerini göz önüne alarak ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli süreçlerin aksatılmadan yürütülmesini sağlar. 7.2.9 Klinik Destek Birim Sorumlusu Hastaların tıbbi bakımı ile ilgili yardımcı klinik destek hizmetlerini or- ganize eder ve yönetir (ilaç, tıbbi malzeme, laboratuvar hizmetleri, tıbbigörüntüleme hizmetleri, kan ve kan ürünleri, morg hizmetleri). 7.2.10 Laboratuvar Birim Sorumlusu Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağ- lar. Önceden yapılan planlamalar doğrultusunda kapasite ve yetenek artışı- nı sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur. 7.2.11 Görüntüleme Birim Sorumlusu Görüntüleme birimlerinin yönetimi, hizmete sürekli hazır bulundurulma- sı, önceden yapılan planlamalar doğrultusunda kapasite artışının sağlan- ması, gerekli tıbbi cihaz ve malzemenin temini, seyyar cihazların talep edilen yerlerde çalıştırılmasından sorumludur. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespitve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapısorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur. 7.2.12 Hasta Kayıt Birim Sorumlusu Yatan ve ayaktan hasta kayıtlarını düzenler ve yönetir. 7.2.13 Hemşirelik Hizmetleri Birimi Hemşirelik ve hasta bakım hizmetlerini organize eder ve yönetir. Afet durumunda çalışanların yönetiminden sorumludur. 7.2.14 Fotoğraf Ve Kimlik Birimi Afet durumunda hastanede bulunan morg alanında cenazelerin teşhis için fotoğraflarını arşivler ve adli vakalar için fotoğraf kaydı oluşturur
7.3 ALTYAPI SORUMLUSU Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atıksu, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler veyönetir.	Altyapı Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.3.1 Enerji ve Aydınlatma Birim Sorumlusu Hastane için hayati önemi olan ana ve yedek enerji kaynaklarının ve aydınlatma sistemlerinin sürekliliğini sağlar. Onarılması için gerekliihizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.2 Su ve Kanalizasyon Birim Sorumlusu Su ve kanalizasyon sistemlerinin sorunsuz çalışması için gerekli düzen- lemeleri yapar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.3 Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme Birim Sorumlusu Hastanenin ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin sorunsuz çalışmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.4 Bina ve Alanlar Birim Sorumlusu Hastane binaları ve alanlarının fonksiyonel durumda tutulmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. Hastanedeki her türlü mekanik sistemin sürekli çalışır durumda tutulmasından sorumludur (asansör, otomatik kapı,giriş-çıkış kapısı vb) 7.3.5 Tıbbi Gaz Birim Sorumlusu Tıbbi gaz sistemlerinin düzenli çalışmasını sağlar. Medikal gazların klinik bakım alanlarına sevkini düzenler ve dağıtır. Onarılması içingerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.6 Bilişim Altyapısı Birim Sorumlusu Hastane bilişim alt yapısının sürekli çalışır durumda olmasını sağlar, gerektiğinde yedek sistemlerin devreye alınmasından sorumludur. Al- ternatif tıbbi bakım sahalarında gerekli olan bilişim altyapısını kablolu veya kablosuz olarak kurar ve çalışmasını sağlar. Gerektiğinde hastane bilgi yönetim sistemine uzaktan güvenli bir şekilde erişilmesini ve uygun çalışma olanaklarını sağlar. 7.3.7 Haberleşme Sistemleri Birim Sorumlusu Hastane santrali, telsiz, çağrı cihazı vb. sistemlerin çalışır durumda tutulmasından, iç ve dış iletişimin sürekli sağlanmasından sorumludur.Çağrı cihazı ve telsizlerin bakımlı ve şarjlı tutulmasını sağlar. Gerektiğinde yedek sistemleri devreye sokar.

7.4 GÜVENLİK SORUMLUSU Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle iş birliği vb.) yürütür ve koordine eder.	Güvenlik Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.4.1 Giriş Kontrol Birim Sorumlusu Hastaneye giren ve çıkan kişileri izleyerek ve kontrol ederek hastanenin, çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının emniyetini sağlar. 7.4.2 Kalabalık Kontrolü Birim Sorumlusu Olay yeri güvenliğini ve kalabalığın kontrolünü sağlar. 7.4.3 Trafik Kontrol Birim Sorumlusu Hastane içi araç trafiği emniyetini düzenler ve uygular. 7.4.4 Asayiş Kontrol Birim Sorumlusu Hastane emniyetini hastane dışından kolluk kuvvetleriyle koordine eder. 7.4.5 Emanet Birim Sorumlusu Hastaneye gelen/ getirilen hasta/yaralı ve ölülerin eşyalarının kayıt altına alınarak korunmasından ve sonrasında sahiplerine veya yetkili makamlara iletilmesinden sorumludur. Bu iş ile ilgili gerekli organizasyonu sağlar. 7.4.6 Şüpheli Durum ve Arama Birim Sorumlusu Güvenlik ihlalleri veya altyapı hasarları sırasında şüpheli paket, şüpheli kişi ile kayıp çalışan, hasta ya da ziyaretçilerin aranmasını koordine eder.
7.5 TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU KBRN olaylarına müdahale kapsamın- da tespit, izleme, dökülme/saçılma yö- netimi, maruz kalanların, teknik ve acil dekontaminasyonunun yapılması ile hastane ve ekipman dekontaminasyonu çalışmalarının organize edilmesi ve yö- netilmesinden sorumludur.	Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.5.1 Tespit ve İzleme Birim Sorumlusu KBRN olayında söz konusu madde ile ilgili yürütülen aktivitelere yöne- lik tespit ve izleme çalışmalarını koordine eder. 7.5.2 Kimyasal Dökülme/Saçılma Müdahale Birim Sorumlusu Hastane içi tehlikeli maddelerin dökülme/saçılma müdahale planlarının uygulanmasını koordine eder. 7.5.3 Yaralı/Kazazede Dekontaminasyonu Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hasta dekontaminasyonu ile ilgili eylem- lerin koordinasyonunu sağlar. 7.5.4 Tesis ve Cihaz Dekontaminasyon Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hastane ve ekipmanların dekontamin- asyonu ile ilgili eylemleri koordine eder.

7.6 PSİKOSOSYAL DESTEKSORUMLUSU	Psikososyal Destek Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.6.1 Sosyal Hizmetler Birim Sorumlusu Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamuve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar. 7.6.2 Hasta Yakını Destek Birim Sorumlusu Afet ve acil durum süresince ortaya çıkabilecek, iletişim, konaklama,beslenme, sağlık, manevi ve duygusal vb. ihtiyaçları da içeren, hasta ve hasta ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken psikososyal desteği sağlar ve organize eder. 7.6.3 Aile Buluşturma Birim Sorumlusu Ailelerin tekrar biraraya getirilmesi için çalışmaları yapar. 7.6.4 Psikolojik Hizmetler Birim Sorumlusu Psikososyal destek faaliyetleri kapsamında bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için sevk edilmesi, gerektiğinde bireysel terapötik görüşmelerin yürütülmesi ve takip edilmesi vb. hizmetleriniyürütülmesinden sorumludur. 7.6.5 Çalışan ve Çalışan Ailesi Destek Birim Sorumlusu Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin afet ve acil durum halindetemel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatleri- ninbelirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak; personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojik takipleriniyapılmasından sorumludur.
8. PLANLAMA ŞEFİ Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini; tak-tik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini, uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planının hazırlanmasını sağlar.	
8.1 PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU Afet ve acil durum süresince ihtiyaç du- yulacak personelin, ekiplerin, binaların, malzemelerin ve ana teçhizatın durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi sağlamak; afet ve acil durum operasyonlarıiçin ayrılan tüm kaynakların listesini hazırlamakla sorumludur	Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusuna Bağlı Birimler: 8.1.1 Personel İzleme Birim Sorumlusu Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar. 8.1.2 Malzeme İzleme Birim Sorumlusu Afet ve acil durumlarda destek için hastane stokunda mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi sağlar.
8.2 DURUM DEĞERLENDİRMESORUMLUSU Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileritoplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişm- eler için öngörüler geliştirir. Olay Eylem Planında kullanılmak üzere bilgi/istihbaratoplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritaları hazırlar.	Durum Değerlendirme Sorumlusuna Bağlı Birimler: 8.2.1 Hasta İzleme Birim Sorumlusu Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yapar. 8.2.2 Yatak İzleme Birim Sorumlusu Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar. 8.2.3 Veri ve Bilgi Yönetimi Birim Sorumlusu Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulanarak raporlanması ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına iletilmesinden sorumludur.
8.3 DOKÜMANTASYONSORUMLUSU Afet ve acil durumlarda ilgili müdahale veiyileştirme faaliyetlerini de içine alacak şe- kilde tüm gelişme ve faaliyetlerin doğru ve eksiksiz olarak dokümanite edilmesini sağ- lar. İhtiyaç halinde belgelerin kopyalarınıhazırlamak, afet ve acil durum doküman- larını hukuki, bilimsel çalışma, finansalgeri ödeme amaçları ve tarihsel veri ni- teliğinden yararlanmak için kayıt altına al-mak, korumak ve saklamakla sorumludur.	
8.4 ACİL DURUM SONLANDIRMASORUMLUSU HAP Başkanının afet ve acil durumu son- landırma kararıyla; için, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel süreçler kapsamında gerekli faaliyetleri koordineetmekten sorumludur.	

9. LOJİSTİK ŞEFİ

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

9.1 SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU

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

Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9.1.1 Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu

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

9.1.2 Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.3 Sterilizasyon Birim Sorumlusu

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

9.1.4 Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri Birim Sorumlusu

Çamaşır Hizmetleri: Çamaşırhane ile ilgili hasar tespitini yapar. Du- rumu değerlendirir. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Hastanenin çamaşır toplama ve yıkama talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar; gerekiyorsa yedek personeli devreye sokar. Temizlik Hizmetleri: Temizlik hizmetleriyle ilgili durum değ- lendirmesi yapar. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Temizlik hizmetleri- nin, hastanenin temizlik hizmetleri talimatına uygun olarak kesintisiz sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar. Alternatif bakım alanları açıldıysa o bölümlerin temizlik hizmetlerini planlar. Gerekirse mesai dışı personel ve yedek malzemeleri devreye sokar.

9.1.5 Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.6 Atık Yönetimi Birim Sorumlusu

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

9.1.7 Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.8 Destek Birim Sorumlusu

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

9.2 İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU Personelin geri çağırılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını, oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur.	İnsan Kaynakları Sorumlusuna Bağlı Birimler: 9.2.1 Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Personele lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar. 9.2.2 Çalışan Yakını Destek Birim Sorumlusu Personel aileleri için tıbbi, lojistik, davranış sağlığı ve günlük bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlar; gerekirse aile üyelerinin aşılama ve bağışıklama hizmetlerini koordine eder. 9.2.3 Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu Görevi başında ve izinde olan personeli takip eder. Birim taleplerine göre HAP Başkanı onayı ile görevlendirme yapar. Gerekli personeli görevi çağırır. Dışardan gelen destek personelinin ilgili birimlerde çalışmasını sağlar. Personelin mesaisi ile ilgili dokümantasyondan sorumludur. Mesai, fazla mesai ve gönüllü çalışma saatlerini izler ve rapor tutar. 9.2.4 Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusu Hastaneye yardım için başvuran gönüllülerin tedavi alanlarından uzak bir noktada karşılanmasını sağlar. Tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur. Gönüllüleri yetkinlik ve yeteneklerine göre sınıflandırır. Güvenli ve yetkin gördüklerinin kimlik bilgilerini kayıt altına alır, kimliklendirir ve gönüllü yeleklerini verir. Gönüllü talimatını okutur, durum ve hastane ile ilgili bilgi verir. HAP Başkanı talimatıyla ihtiyaç duyulan tedavi birimlerine bir görevli eşliğinde yönlendirir ve ilgili birim sorumlusunun emrine girmesini sağlar. Gerektiğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydını yaptıranları göreve davet eder.
9.3 CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	
9.4 İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	9.4.1 Sarf Depo Birim Sorumlusu İhtiyaç duyulan tıbbi malzemenin sağlanmasından ve stok takibinden sorumludur. 9.4.2 Eczane Birim Sorumlusu İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasından stok takibinden sorumludur.
10. FİNANS ŞEFİ Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.	

10.1 SATIN ALMA SORUMLUSU Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ih- tiyaç duyduğu, HAP Başkanı tarafından onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyalin satın alımı ve/veya kiralanmasından sorumludur.	
10.2 FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU Olayın maliyet analizini yaparak raporla- maktan ve olaya ilişkin yapılan masrafla- rın doğru bir şekilde kayıtlarının tutulma- sını sağlamaktan sorumludur.	
10.3 HUKUK/TAZMİNATSORUMLUSU Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur.	
10.4 TAHAKKUK SORUMLUSU Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.	

3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

3.1 Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

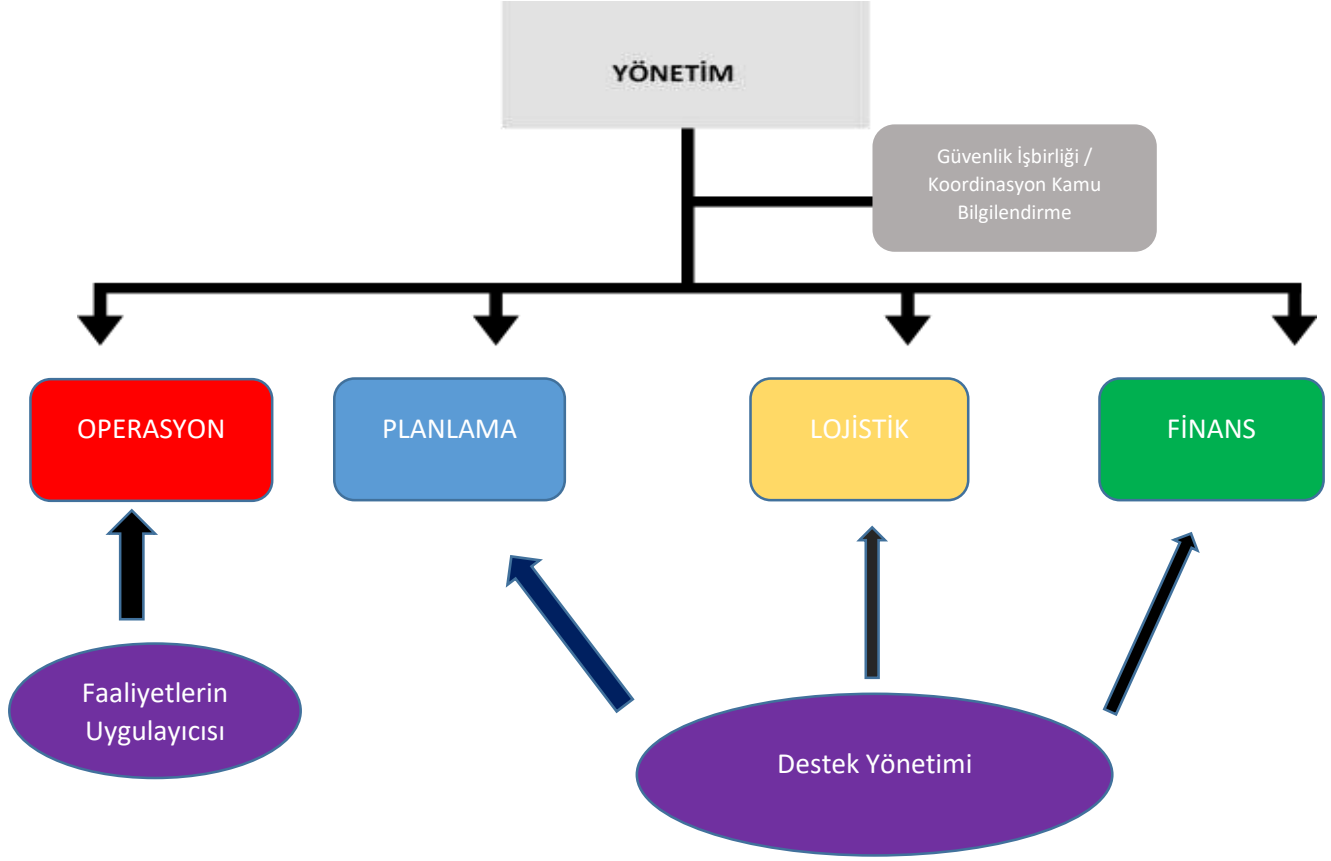
HAP kapsamında hazırlanacak Acil Müdahale Planı'nda (AMP) afet ve acil durumlarda genel komuta sisteminin nasıl organize edildiği, çeşitli departman/servis/birim ve teknik bakım sorumlularının yükümlülüklerinin neler olduğu belirtilmelidir. Bu çerçevede temel yaklaşım, Olay Yönetim Ekibi'ne dayanan Olay Yönetim Sistemi'dir.

Olay Yönetim Sistemi (OYS) acil durumların sistematik bir yaklaşım kullanılarak yönetilmesi için tüm tehlikelerin dahil edildiği bir çerçeve oluşturmaktadır. Bu sistem etkili bir şekilde, olay müdahale sürecinde değişebilen ya da sonuçlanabilen tüm faaliyetlerin hastane tarafından yönetilmesini sağlar. Bir olayın türü ve ölçeği OYS'nin ilkelerini etkilemez, OYS çok çeşitli durumlarda kullanılabilir (Olaya Özel Planların faaliyete geçirilmesi süreci dahil olmak üzere). Hastane Olay Yönetim Sistemi'nde standart terminoloji kullanılmakta olup, sistem esnek ve modüler yapıya sahiptir.

Diğer taraftan, Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) dış olay ve etkilerden bağımsız olmadığı, özellikle sağlık sektörüne ilişkin diğer mevcut afet ve acil durum planları ile doğrudan fonksiyonel bağlantıları dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, personele hastane dışında ilgili diğer yönetim süreçleri ve uygulamaları hakkında bilgi verilmesi önemlidir.

3.1.1 Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri

Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) temel işlevlerine işaret eden örnek diyagram aşağıda verilmiştir. Nihai diyagram hastanenin büyüklüğüne ve sunduğu hizmetlere bağlıdır. Her hastane önce kendi yapısına en uygun yönetim sisteminin ne olduğunu tespit etmelidir. Her durumda temel işlevlere yönelik kısa bir açık- lamanın olduğu basit bir diyagram bulunmalıdır.



Şekil 2: Hastane Olay Yönetim Sistemi

Olay Yönetim Sistemi'nin beş temel işlevi (fonksiyonu) başlıca şu özellikleri taşımaktadır:

A. YÖNETİM:

Yönetim işlevi, tüm personelin yönetimini kapsar. Olay yönetiminin tüm sorumluluğunu üstlenir. Olay Eylem Planı kontrol edilir ve yönetimin onayından sonra uygulanır.

Yönetimin sorumlulukları:

- Kontrol ve yönetimin üstlenilmesi,

- Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) kurulması,
- Harici olay durumunun değerlendirilmesi (mevcut bilgilerin işlenmesi),
- Olay Yönetim Merkezi'nde çalışacak personelin ve HAP organizasyon şemasındaki sorumluların görevlendirilmesi,
- Olay kapsamındaki operasyonlar veya diğer departman/servis/birimler tarafından oluşturulan Olay Eylem Planının onaylanması,
- Dış paydaşlarla iş birliği yapılması,
- Kritik personel için (özellikle OYE personeli için) bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- OYE personeli ve diğer kritik personel arasında görev dağılımının yapılması,
- Güvenlik sorunlarının ele alınması,
- Durum tespit raporlarının değerlendirilmesi,
- Basın-Medya ilişkilerinin yönetilmesi,
- Risk azaltma önlemlerinin yönetilmesi (risk azaltma önlemlerini uygulamakla sorumlu olan kişilere açık talimatlar vererek),
- Planın gözden geçirilmesi, temel sorun ve aksaklıkların tespit edilmesi,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

B. PLANLAMA:

Planlama bölümünde olayla ilgili bütün bilgiler toplanır ve analiz edilir. Muhtemel gelişmeler öngörülerek alternatif müdahale stratejileri ile birlikte asıl müdahale planlanır. Ayrıca, kullanılan tüm kaynakların kaydı tutulur.

Planlamanın sorumlulukları:

- Olay Eylem Planı oluşturmak için gereken, olaya ilişkin bilgilerin toplanması, düzenlenmesi ve analiz edilmesi,
- Gerekli olduğu takdirde alternatif kontrol hedeflerinin oluşturulması,
- Planlama toplantılarının yapılması,
- Bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- Personel ve malzeme durumu hakkında bilgi toplanması ve planlamanın yapılması,
- Tüm faaliyetlerin dokümanite edilmesi,
- Durum değerlendirme raporlarının hazırlanması,
- Acil Müdahale Planı'nın (AMP) sonlandırılmasının ardından, hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gereksinimlerin (kaynak ve destek) tahmin edilmesi.

C. OPERASYON:

Operasyon bölümü, olayla başa çıkmaya dönük faaliyetlerin doğrudan belirleyicisi ve uygulayıcısıdır. Ola- ya yönelik müdahale stratejilerinin etkisi değerlendirilir ve gerekirse Olay Eylem Planı oluşturmak/geliştirmek için geribildirim sağlanır.

Operasyonun sorumlulukları:

- HAP Başkanından brifing alınması,
- Operasyonlar için yetki alanının belirlenmesi,
- Olay Eylem Planı'nda yer alan operasyonlar kısmının oluşturulması,
- Operasyonel faaliyetlerin yönetimi ve denetimi,
- Müdahaleye dahil olan operasyon ekiplerinden ve/veya departman/servis/birimlerden durum raporlarının alınması (Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin geliştirilmesi),
- İlave kaynak ihtiyacının belirlenmesi ve talep edilmesi,
- Faaliyetler sırasında ortaya çıkan özellikli olayların/kazaların raporlanması,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

D. LOJİSTİK:

Lojistik bölümünde, olayla başa çıkmak için gereken tüm maddi kaynaklar tedarik edilir. Operasyonlar için tüm tesisler ve hizmetler sağlanır.

Lojistiğin sorumlulukları:

- HAP Başkanından brifing alınması,
- İlgili personele görev verilmesi,
- Gerektiğinde Olay Eylem Planı'nın lojistik kısmının hazırlanması,
- Malzeme, tesis ve hizmetlere ilişkin taleplerin karşılanması,
- Depolama alanlarının kurulması ve yönetilmesi,
- Süreç içerisinde ortaya çıkacak hastane faaliyetleri ve destek hizmetlerine yönelik gereksinimlerin öngörülmesi (proaktif yaklaşım),
- Bilgi yönetimi için ilgili formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

E. FİNANS:

Finans bölümünde hizmet sunumu için finansal kaynakların sağlanması ve kullanımı düzenlenir. Finans bölümünün sorumlulukları:

- Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından belirlenen finansal sınırların düzenli maliyet analizi ile gözetilmesi ve maliyet kayıtlarının doğru biçimde tutulması,
- Ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi,
- Muhasebe işlemlerinin izlenmesi, analizi ve muhasebe raporlarının düzenlenmesi,
- Gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, OYE'nin düzenli bilgilendirilmesi,
- Kısa ve uzun vadede karşılaşılabilecek finansal sorunların belirlenmesi ve çözümü,
- Ek fon, bağış kabulünün prosedüre uygun gerçekleştirilmesi,

- Görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması ve ödenmesi,
- Anlaşmalı olan ve olmayan satıcılardan alımlarla ilgili hesapların yönetimi,
- Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamaların hesaplanması ve raporlanması,
- Tüm muhasebe formları, fatura, satın alma sözleşmesi ve diğer kayıtların muhafazası,
- Acil Müdahale Planı'nın (AMP) sonlandırılmasının ardından ilgili tüm hesapların toparlanması ve denetlenmesi.

3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibinin (OYE) Oluşumu ve Görevleri

Hastanenin Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer:

- OYE'nin oluşumu³
 - HAP Başkanı,
 - Halkla İlişkiler Sorumlusu,
 - İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu,
 - Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu,
 - Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu,
 - HAP Sekreteryası,
 - Operasyon Şefi,
 - Planlama Şefi,
 - Lojistik Şefi,
 - Finans Şefi.

• Olay Yönetim Ekibinde (OYE) yer alan HAP Başkanı her zaman aktive olan tek pozisyonudur. Diğer pozisyonlar olayın türüne göre HAP Başkanının görevlendirmesi ile aktive olur.

3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları⁴

3.2.1 Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

Standart Operasyon Prosedürü (SOP) spesifik bir işin yapılmasını sağlamak için kurulan bir organizasyonun işlevini, bu işlevi etkili, uyumlu ve sonuç alıcı biçimde nasıl yürüteceğini, bu amaçla kimin, nerede, ne zaman, ne yapması gerektiğini önceden ve ayrıntılı biçimde belirten yazılı kurallardır. Ayrıca, bilginin nasıl paylaşılacağını, neyin nasıl kayıt altına alınacağını, kime ne zaman ve nasıl rapor edileceğini de içermektedir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı (AMP) ile ilgili SOP'lar başlıca şu başlıkları içerir:

- Prosedür adı/başlığı: SOP'un hangi konuda hazırlanacağına dair başlık.
- Temel faaliyet: Ana faaliyetin belirlenmesi.
- Hedefler: Temel faaliyeti gerçekleştirmek için yapılması gerekenlerin belirlenmesi.

³ Personelin ismi yerine görev belirlenmelidir.

⁴Hastane Olay Yönetim Araçları, esas olarak afet ve acil durumlara hazırlık ile müdahaleye yönelik dökümanlar

- Sırasıyla gerçekleştirilecek eylemler: Belirlenen hedefleri gerçekleştirmek amacıyla uygulamaların zaman sırasına göre yazılması.

- İş sağlığı ve güvenliği kuralları: İş sağlığı ve güvenliği açısından gerekli tedbirlerin belirlenmesi ve uygulanması.

- Kullanılacak materyal: SOP, İşAT, formlar, görev yelekleri vb.

- Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri: Yapılması istenilen hizmetin nitelikli şekilde gerçekleşmesi için yerine getirilmesi gereken kritik eylemler

- Zaman dilimi: Aktivasyona başlangıç ve uygulama süreci.

- Diğer SOP'lar, ilgili İşAT'lar ve paydaşlar ile koordinasyon: Diğer SOP ve İşAT'larla olan bağlantı, uyum ve entegrasyonun belirtilmesi.

- Karşılaşılabilecek özel durumlar: Olası problem ve yetersizlikleri öngörerek alınacak önlemlerin belirlenmesi

- Sürece dahil kişiler: Uygulamada görev alacak tüm personel.

- Ekler: Faaliyeti gerçekleştirirken kullanılacak tüm dokümanlar (formlar, kayıtlar, araçlar, malzemeler, ekipman, haritalar, şemalar, rehberler, envanterler, akış şemaları, şekiller, tablolar vb.)

- Eylemlerin kaydedilme şekli: İlgili formların kullanılarak eylemlerin kayıt altına alınması ve raporlanması.

- Raporlama mekanizması: SOP'ta gerçekleştirilen/gerçekleştirilecek eylemler ile ilgili bilgilendirme şekli

- İzleme: Belirlenen aralıklarla SOP'un işleyişinin izlenmesi ve kontrol edilmesi.

- Güvenlik konuları: Temel faaliyet gerçekleştirilirken karşılaşılabilecek güvenlik sorunlarına yönelik alınacak önlemler (kritik malzeme, ekipman, çalışanlar vb.).

- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

3.2.2 İş Akış Talimatı (İşAT)

İş Akış Talimatı, genel tanımla, spesifik bir görevi yerine getirmek üzere, yapılacak işlerin gerçekleştirilme adımlarını açıklayan, gidişatı tanımlayan, uygulamaya yönelik olarak, faaliyetlerin nasıl yapılacağını ayrıntılı açıklayan dokümanlardır. Olağan işleyişte personel değişim hızının yüksek olması, afet ve acil durumlarda stres ve kaygı düzeyinin artması, tecrübeli personelin dahi çalışma performansını olumsuz etkileyebilir, görevler kolaylıkla unutulabilir. İş Akış Talimatları, mantıklı ve sıralı bir yaklaşım ile görevlerin, sorumlulukların ve eylemlerin önceden belirlenerek, personel tarafından gerçekleştirilmesi için kullanılacak basit bir araçtır. Her çalışan, kendisinden neyin beklendiğini bilmeli, faaliyetler doğru bir şekilde gerçekleştirilmelidir. İş Akış Talimatı'nda (Eylem Kartı) görevler açık ve net bir şekilde belirtilmelidir. Dayanıklı malzemeden yapılmalı ve her zaman erişilebilir, güncellenebilir ve kullanılacağı yerde muhafaza edilebilir olmalıdır. Buradaki amaç, belirli fonksiyonlardan sorumlu personelin görevlerini verimli bir şekilde ve kendilerinden beklendiği gibi yerine getirmesidir.

İş Akış Talimatları, bireylere özel olarak değil, fonksiyonlar ve pozisyonlar için hazırlanır. Belirli bir fonksiyona yönelik gerçekleştirilmesi gereken faaliyetlerin nasıl ve ne zaman yapılacağı, kiminle koordine edilip raporlanacağına yönelik mantıklı ve sıralı bir açıklamadır. İş Akış Talimatı'nda belirtilen faaliyetler olayın türüne ya da gidişatına göre gözden geçirilerek azaltılabilir ya da artırılabilir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı (AMP) ile ilgili İş Akış Talimatı başlıca şu başlıkları içerir:

- İş Akış Talimatı adı/başlığı,
- Görev,
- Gerçekleştirilecek eylemler,
 - İlk eylemler,
 - Devam eden eylemler,
 - Süresi uzayan eylemler.
- Acil Müdahale Planı aktivasyonunun sona ermesi,
- Eylemlerin kaydedilme şekli,
- Rapor verilecek kişi/makam,
- Kimlik belirleme,
- Diğer,
- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü

Departman/Servis/Birimler tarafından kendi faaliyetlerini organize etmek amacıyla geliştirilen Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, yerine getirilecek tıbbi işlem ve hizmetlerle ilgili olarak mevcut Plan, SOP ya da İş Akış Talimatlarından yararlanılarak hazırlanır. Departman/Servis/Birimler sundukları hizmetler, yönetim yapıları ve işleyişleri açısından farklı özellikler gösterirler. Bu nedenle, Departman/Servis/ Birimlerin özgün Müdahale Prosedürleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ile uyumlu bir şekilde hazırlanır ve Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) onayıyla uygulanır.

3.2.4 Formlar

Formlar, afet ve acil durumlarda karar verme süreçlerinde yardımcı olmak ve hizmetlerin hızlı şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla, bilgilerin düzenli olarak kaydedilmesi, iletilmesi, verilerin standartlaştırılmasında kullanılan, geliştirmeye açık bir yönetim aracıdır.

Kılavuzda yer verilen formların sınıflandırılması şöyledir:

- 1) Planlama aşamasında kullanılan formlar (mevcut durumu gösteren formlar),
- 2) Operasyon aşamasında kullanılan formlar (olaya müdahale sürecinde kullanılan formlar),
- 3) Raporlama amacıyla kullanılan formlar (olaya müdahale ve sonrasında kullanılan formlar),
- 4) Diğer formlar (olay sırası ve sonrasında kullanılan çeşitli formlar),
- 5) Özel amaçlı formlar (Olaya Özel Planlar bölümünde yer alan formlar). Ek 1-C'de yer alan formlarda hangi sınıflandırmaya ait olduğu yazılmıştır.

Formların oluşturulması veya mevcut olanların uyarlanması dahil, gerekli form ve kayıtların, kontrol listelerinin hazırlanması hastanede Departman/Servis/Birimler tarafından yapılmalı ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylanmalıdır. Personele gerekli eğitimler verilmeli ve tatbikatlarda kullanılarak test edilmelidir. Sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak formlar revize edilmeli ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylandıktan sonra kullanıma sunulmalıdır.

3.2.5 Olay Eylem Planı

Olay Eylem Planı (OEP) Acil Müdahale Planı'nın (AMP) etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi, kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır.

Operasyonel kaynaklar ve görevlendirmeler plan içerisinde tanımlanabilir. OEP, hedeflerin tümüyle başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için bütüncül hedefleri ve stratejiyi, genel taktiksel eylemleri ve destekleyici bilgiyi içerir. Olay Eylem Planında bir çok dokümandan destek alınır (örneğin trafiğin düzenlenmesi, haberleşmenin düzenlenmesi, krokiler vb.).

Olay Eylem Planı;

- Mevcut durumu belirler (ihtiyaçlar ve mevcut kaynaklar),
- Müdahalenin erken döneminin yönetimi için olay operasyon hedeflerini belirler,
- Tamamlanacak faaliyetleri belirler (kim ne yapacak; nasıl ve ne zaman, nerede ve kiminle),
- Belirli bir zaman dilimini kapsar (OEP zaman sınırlı hazırlanır ve ihtiyaç halinde revize edilir, durum değişince güncellenir: düzenli olarak duruma uygun hale getirilir),
- Olay yönetiminin prensiplerine uygun olur,
- Müdahale sırasında açık ve net talimatların verilmesi, sağlık sektörü ve sektörler arası koordinasyonun düzgün işlenmesini sağlar.

Olay Eylem Planı Standart Formu (Form 06) Ek 1-C'de yer almaktadır.

3.3 Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı

- Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM); tatbikatlar, afet ve acil durumlarda HAP afet ve acil durum müdahale yönetiminde görevli temel pozisyonların toplanma ve yönetim merkezi olarak kullanılır. OYM ve HAP temsilciliği/birimi/ofisinde, iletişim ve haberleşme araçları ile HAP ve eklerinin bir örneği muhafaza edilir.

Hap ofisi olarak başhekimlik toplantı ofisi kullanılmakta alanda bilgisayar, projeksiyon cihazı mevcut telsizler güvenlik biriminde şarjda bulunmakta yedek Hap ofisi ise kalite birimi toplantı alanı kullanılmaktadır

HAP OFİSİNDE BULUNAN MALZEME ENVANDER LİSTESİ	
ADET	MALZEMENİN ADI
1	SABİT BİLGİSAYAR
2	DİZ ÜSTÜ BİLGİSAYAR
3	YAZICI
4	PROJEKSİYON CİHAZI
5	USB DİSK
6	KAĞIT- KALEM

7	SABİT HAT TELEFON

YEDEK HAP OFİSİNDE BULUNAN MALZEME ENVANDER LİSTESİ	
ADET	MALZEMENİN ADI
1	SABİT BİLGİSAYAR
2	BEYAZ TAHTA-KALEM
3	YAZICI
4	PROJEKSİYON CİHAZI
5	USB DİSK
6	KAĞIT- KALEM
7	SABİT HAT TELEFON

3.3.1 Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Çalışma Şekli

- İlk olarak Olay Yönetim Ekibi'nin tüm üyeleri başlangıç toplantısına katılırlar.
- Başlangıç toplantısının amaçları, OYE üyeleri için bilgi sağlamak ve çalışma şekline karar vermektir (yeni bir talimata kadar tam zamanlı görevde olma; OYM'de yarı zamanlı bulunma ve vardiyalı bulunma vb.).
- Toplantıda tüm üyeler, OYM'deki görevleriyle doğrudan bağlantılı olan Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatlarını okur. HAP Başkanı tarafından verilen talimatlar yerine getirilir. Üyeler, faaliyetleriyle ilgili geribildirimde bulunmak için önceden oluşturulmuş formları doldurur veya doldurulmasını sağlar.
- HAP Başkanı, OYE'nin ilerleyen saatlerde nasıl çalışacağına karar verir ve OYE üyelerine talimat verir.
- Olay boyunca belirlenen her bir zaman diliminde (örneğin, 1 saat, 2 saat, 6 saat, 48 saat vb.) gerçekleştirilen eylemlerin gidişatı ve olaya yapılan müdahaleler kayıt altına alınır. OYE müdahale hedef ve stratejileri ile Olay Eylem Planlarını çeşitli faaliyetlerle açıklar:
 - Personele ve kurumlara brifing verir.
 - Bir sonraki kontrol ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.
 - Paydaşları bilgilendirir.

3.3.2 Haberleşmenin Düzenlenmesi

- Olayın önemine ve OYE'nin talebine göre saatlik/iki saatlik ya da daha uzun sürelerde olayla ilgili haberleşme raporları düzenlenir.
- Haberleşme ile ilgili sorunlar önceliklidir ve en kısa sürede çözülmesi için gerekli çalışmalar yapılır. Bu konuda gerekli eğitim önceden planlanıp düzenli olarak yapılmalıdır.
- Hastaneler merkezi haberleşme sisteminin kesileceğini ön görerek özel iç haberleşme sistemlerini oluşturmaktadır. Bu amaçla, bilgisayarlar, iç hat telefonları, bölgesel telsiz ağı ve diğer çağrı sistemleri kullanılabilir. Bu sistemlerin bir kısmı, yalnız afet anlarında kullanılmak için tahsis edilmelidir.

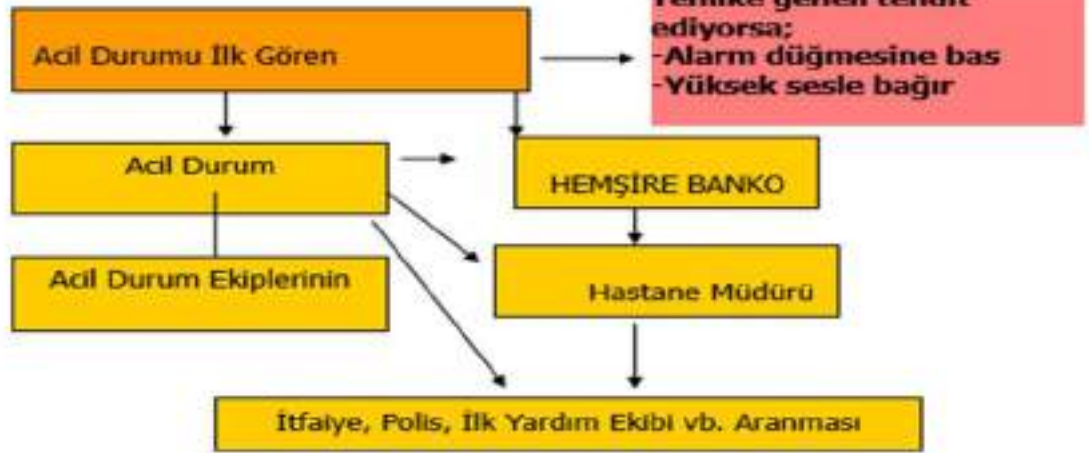
3.3.2.1 Hastane İçi Afet İletişim Planlaması

- Hastanede meydana gelen acil durumlarda, tesis içi iletişim güvenlik personeli telsizi ve dâhili Telefon aracılığı ile sağlanır.
- Tesis içinde telsizi olmayan görevliler arası iletişim cep telefonu ve dâhili telefon aracılığı ile sağlanır.
- Acil durum bildirimi telsiz ve telefonlarla sağlanamıyorsa siren ya da megafon aracılığı ile gerçekleştirilir.
- Siren veya megafonlarla duyurulan acil durumlarda tüm sorumlular acil durum toplanma alanında toplanır.
- Tüm iletişim olanaklarının çökmesi durumunda haberleşme ve iletişim yakın tesisler arasında çalışanların ulaşımı aracılığıyla yapılır.
- İletişim telefon ve adresleri, ilgili birimlerde bulunmaktadır.
- Hastane şoförü (nöbetçi),ve şoförler araçla adreslere giderek iletişim sağlanır.

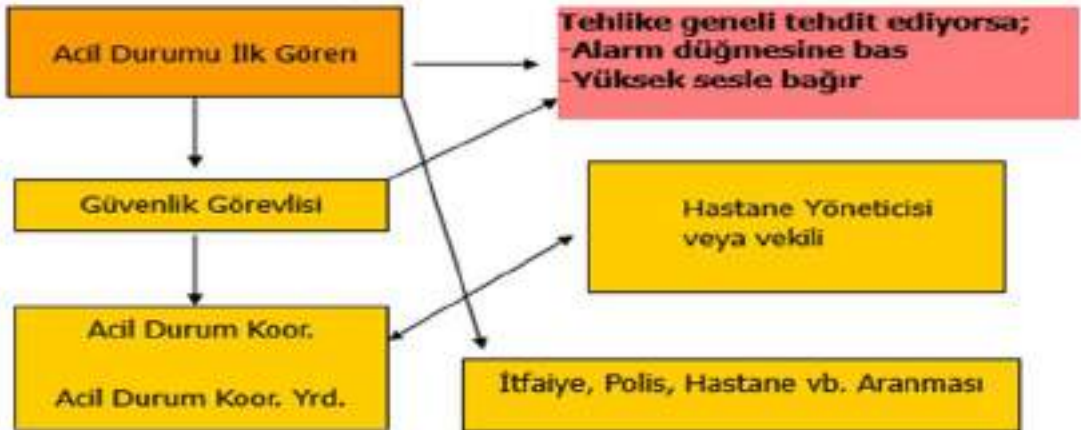
ACİL DURUMLARDA HABERLEŞME ŞEMASI

- Haberleşmelerde telefon kullanılır ve gerekli telefon listeleri bankolarda ve güvenlik görevlilerinde mevcut olmalıdır.

Mesai Saatlerinde Haberleşme



Mesai Saatleri Dışında Haberleşme



- Hastanemizde afet durumlarında hap planını uygulamaya daha hızlı koymak için telefon rehberi tabloda belirtilmiştir

BAŞHEKİMLİK	0040 1300	SANTRAL	89 0001	AMELİYATHANELER		YENİDOĞAN	
İDARİ YÖNETİCİLİK	1311 1312	TELEFON ARIZA	0138	SEKRETERLİK	0196 0170	POL SEKRETERİ	2343 2341
İDARİ YÖN YRD	1339	ASANSÖR ARIZA	2175 2176	UZMAN ODASI	0188	SERVİS SEKRETERİ	3140
BAŞHEMŞİRELİK	0041 0241	KAYNAK ATÖLYESİ	2179	HEMŞİRE ODASI	0186 0187	SERVİS DR	3141
ECZANE	0045 0234	MARANGOZ ATÖLYESİ	2181	DEPO	0184	SERVİS HEMŞİRE	3150 2571
ECZACI	0237 0235	İNŞAAT ATÖLYESİ	2183	TAŞIMA	0169 0196	YENİDOĞAN Y BKM	
ECZACILAR ODASI	2148	TIBBİ CİHAZ ATÖLYESİ	0384 2184	AMELİYATHANE TEK	0190	NİLÜFER 1	2534
MERKEZİ DEPO	2156 0026	EŞANJÖR	2187	ANESTEZİ TEKN	0191	ORKİDE 1	2528
TEMİZLİK DEPO	1342	DÖŞEME ATÖLYESİ	2188	KANTİN	0198	KARDELEN 1	2537
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ	1314	SU TESİSAT ATÖLYESİ	2189	HEMODİYALİZ		PAPATYA 1	2542
İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ	1313	ELEKTRİK ATÖLYESİ	2190 2191	SEKRETER	0220	NİLÜFER 2	2586
İSTATİSTİK	2151	ÇEKEM ATÖLYESİ	2192	HEMŞİRE	0223 0221	PAPATYA 2	2588
OTOMASYON	2153 2154	BOYA ATÖLYESİ	2193	NÜTRİSYON	0228	KARDELEN 2	3059
BİLGİ İŞLEM	0777	ÇAMAŞIRHANE	3002	PERİTON	0228 0990	PEDİATRİ YOĞ BKM	
ARŞİV	2159 2162	OKSİJEN ATÖLYESİ	2194 2117	ANESTEZİ Y.B		YOĞUN BAKIM	2442 3045
YAZI İŞLERİ	1326 1329	TERZİHANE	4 1049	SEKRETER	0149	YOĞUN BAKIM	2346 2447
HEYET	1328 2115	İMAMLIK	2199	HEMŞİRE	1723 0145	ASİSTAN	3049 3108
SEKRETER SORUMLUSU	0134	LABORATUVARLAR		DESK	1717 1718	HEMŞİRE	3165
HALKLA İLİŞKİLER	0046 0039	BİYOKİMYA	0056 1380	DESK	1712 1713	COVİT 19 PCR TEST	0448
BASIN YAYIN	2103	MİKROBİYOLOJİ	1366 1367	ALGOLOJİ		AŞI POLK	0446
RAPOR BİRİMİ	1334 1335	HEMATOLOJİ	0056 1383	SEKRETER	0121	COVİT 19 SEKRETER	0227
FOTOĞRAFHANE	0225	PATALOJİ	0059 0116	HEMŞİRE	1727	FİLİYASYON	1191
CERRAHİ TIP DAHİLİ TIP	1331 1337	ACİL		DR ODASI	1716		
MAVİ DANIŞMA	0047 0049	SEKRETERLİK	1756	ADLİ TIP		ALBATROS	1658 2352
GÜVENLİK AMİRİ	0155	UZMAN DR ODASI	1744	SEKRETER	0038	SEDİR CAFE	1602
ACİL GÜVENLİK	1709	DESK	1750 1751	HEMŞİRE	2143	DEVİRAN DÖNER	1665
KALP DAMAR GÜVENLİK	1910	DESK	1752 1753	DR ODASI	2142 2145	MOLA TANTUNİ	1669
BAŞHEKİMLİK GÜVENLİK	0111	SORUMLU HEMŞİRE	1745	GENETİK		ŞEREF BABA	1667
1 KAT GÜVENLİK	0666	DEPO	1741	SEKRETER	1087	SERİCE	1663
K. DOĞUM GÜVENLİK	3174 3127	İNTRN DESK	1754	DR ODASI	1085	ANNEM MANTI	1664

ANESTEZİ Y.B GÜVENLİK	0144	PEDİATRİ ACİL		KADIN DOĞ ÇOCUK HASTANESİ		TAN CAFE	1515
MAVİ KOD	2222	SEKRETERLİK	3145	BAŞHEKİM YRD	2957	KEPENEK PİDE	1661
BEYAZ KOD	1111	ARENA DESK	2324	H.MÜDÜRÜ	2978 3101		
KIRMIZI KOD	0110	DR	2322 3109	H.MÜDÜRÜ	2979 3111		
PEMBE KOD	3333	HEMŞİRE	2316 3163	H. MÜDÜRÜ	3167		
NÖBETÇİ AMİR	0555	DESK	2358	ELEKTRİK ATÖLYESİ	3010 3172		
HASTANE POLİSİ	1748	SORUMLU HEMŞİRE	2355	ELEKTRİK TEKNİSYEN	3125		
SİVİL SAVUNMA	0774	RADYOLOJİ		HEMŞİRE ÇAĞRI	2824		
TEMİZLİK HİZMETLERİ	1624 1625	SEKRETERLİK	0060	YANGIN TEKNİSYENİ	2958 3142		
ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI	1324	ASİSTAN ODASI	0275	KLİMA ATÖLYESİ	2817 3124		
SOSYAL HİZMETLER	0581	ANJİOGRAFİ	0281	VEZNE	2353		
KALİTE	0043 1318	MAMOGRAFİ	0284	KANTİN	2352		
D. S. İŞLT MÜDÜRÜ	1333	TOMOGRAFİ	0273 0280	DANIŞMA	2379		
SATINALMA	2137	SRM TEKNİSYEN	0293	GÜVENLİK İZLEME	2474		
TAHAKKUK	0050 0883	SONUÇ ALMA	0061	K D AMELİYATHANE			
FATURA	2129 2130	MR	0296	SEKRETER	2562		
AYNİYAT SAYMANLIĞI	0037 0044			SORUMLU HEMŞİRE	3146		
VEZNELER	2123 2324			DR ODASI	2560		
				TAŞIMA	3173		
GÖĞÜS CERRAHİ		KALP DAMAR CERRAHİ		BEYİN CERRAHİ		GÖĞÜS HASTALIKLARI	
POL SEKRETERİ	1900	POL SEKRETERİ	1900	POL SEKRETERİ	0799	POL SEKRETERİ	1049
POL DR ODASI	1990	POL DR ODASI	1931 1932	POL DR ODASI	0773	POL DR ODASI	1032 1037
SERVİS SEKRETERİ	1978	SERVİS SEKRETERİ	1950	SERVİS SEKRETERİ	0750	SERVİS SEKRETERİ	1000
SERVİS DR	1960	SERVİS DR	1940 1941	SERVİS DR	0758	SERVİS DR	1007
SERVİS HEMŞİRE	1944	SERVİS HEMŞİRE	1942	SERVİS HEMŞİRE	0759	SERVİS HEMŞİRE	1008
SERVİS DESK	1930	DEPO	1915	YOĞUN BAKIM	0767	GÖĞÜS YOĞUN BKM	1199
GÖZ ABD		YOĞUN BAKIM	1921 1927	KARDİYOLOJİ		İNTANİYE	
POL SEKRETERİ	0348			POL SEKRETERİ	1800	POL SEKRETERİ	1099
POL DR ODASI	0348	KADIN DOĞUM		SERVİS SEKRETERİ	1850	SERVİS SEKRETERİ	1050
SERVİS SEKRETERİ	2917	POL SEKRETERİ	2419	SERVİS DR	1840	SERVİS DR	1060
SERVİS DR	2916	POL DR ODASI	2420 2432	SERVİS HEMŞİRE	1830	SERVİS HEMŞİRE	1062
SERVİS HEMŞİRE	2916	SERVİS SEKRETERİ	2625 3121	YOĞUN BAKIM	1880	SERVİS DESK	1098
SERVİS DESK	2891	OBSTETRİ DR	2614 3139	HOLTER	1838	LABORATUVAR	1076
ÜROLOJİ		OBSTETRİ HEMŞİRE	3155	EKO	1837	KONTROL KOMİTESİ	1075
POL SEKRETERİ	0329	SERVİS DESK	2589	EFOR	1836	ENDOKRİNOLOJİ	

SERVİS SEKRETERİ	0505	JİNEKOLOJİ DR	2458 3158	EKG	1835	POL SEKRETERİ	0980
SERVİS DR	0521	JİNEKOLOJİ HEMŞİRE	3106	ANJİYO SEKRETER	1810	POL DR ODASI	0930 0945
SERVİS HEMŞİRE	0520	SERVİS DESK	2644	ANJİYO HEMŞİRE	1811	SERVİS SEKRETERİ	0900
SERVİS DESK	0515	DERMATOLOJİ		TEKNİSYEN	1812 1813	SERVİS DR	0912
KBB		POL DR ODASI	1211 1212	PALYATİF		SERVİS HEMŞİRE	0909
POL SEKRETERİ	0399	POL SEKRETERİ	1249	SEKRETER	0121	SERVİS DESK	0928
POL DR ODASI	0381 0382	SERVİS SEKRETERİ	1200	DR ODASI	0210	GASTROENTOROLOJİ	
SERVİS SEKRETERİ	0360	SERVİS DR	1209	HEMŞİRE ODASI	0211	POL SEKRETERİ	0970
SERVİS DR	0365	SERVİS HEMŞİRE	1200	DOKU VE ORGAN NK		POL DR ODASI	0971
SERVİS HEMŞİRE	0368	FİZİK TEDAVİ		KOORDİNATÖRLÜK	0010	SERVİS SEKRETERİ	0335
SERVİS DESK	0398	POL SEKRETERİ	2388	HEMŞİRE ODASI	0011	SERVİS DR	0334
ODYOLOJİ	0387	POL DR ODASI	3017 3014	YOĞUN BAKIM	0035	SERVİS HEMŞİRE	0325
PLASTİK CERRAHİ		SERVİS SEKRETERİ	3122	ORTOPEDİ		SERVİS DESK	0328
POL SEKRETERİ	0449	SERVİS DR	2864 3144	POL SEKRETERİ	0649	HEMATOLOJİ	
POL DR ODASI	0421 0422	SERVİS HEMŞİRE	2863 3168	POL DR ODASI	0621 0622	POL SEKRETERİ	0970
SERVİS SEKRETERİ	0650	ROMATOLOJİ POLK DR	3034 3037	SERVİS SEKRETERİ	0600	POL DR ODASI	0976 0931
SERVİS DR	0661	SERVİS DR	2836 3120	SERVİS DR	0607	SERVİS SEKRETERİ	0800
SERVİS HEMŞİRE	0658	SERVİS HEMŞİRE	2840 3159	SERVİS HEMŞİRE	0608	SERVİS DR	0809
SERVİS DESK	0698			SERVİS DESK	0619	SERVİS HEMŞİRE	0810
GENEL CERRAHİ		PSİKİYATRİ		ÇOCUK CERRAHİ		SERVİS DESK	0824
POL SEKRETERİ	0499	POL SEKRETERİ	0899	POL SEKRETERİ	2345	NEFROLOJİ	
POL DR ODASI	0483 0484	POL DR ODASI	0859 0860	POL DR ODASI	2332	POL SEKRETERİ	0991
SERVİS SEKRETERİ	0450	SERVİS SEKRETERİ	0850	SERVİS SEKRETERİ	3103	SERVİS SEKRETERİ	0950
SERVİS DR	0497 0498	SERVİS DR	0851	SERVİS DR	2804 3136	SERVİS DR	0998
SERVİS HEMŞİRE	0457 0476	SERVİS HEMŞİRE	0852	SERVİS HEMŞİRE	2808 3154	SERVİS HEMŞİRE	0962
SERVİS DESK	0477	SERVİS DESK	0897 0898	SERVİS DESK	2816	EKG	0984 0985
YOĞUN BAKIM	0472	NOROLOJİ		GENEL DAHİLİYE		PEDİATRİ	
ONKOLOJİ		POL SEKRETERİ	0749	POL SEKRETERİ	0949	POL SEKRETERİ	2341 2343
POL SEKRETERİ	1416	POL DR ODASI	0741 0742	POL DR ODASI	0922	POL DR ODASI	2364 2331
POL DR ODASI	1401 1402	SERVİS SEKRETERİ	0700	SERVİS SEKRETERİ	0950	SERVİS SEKRETERİ	2677 3133
SERVİS SEKRETERİ	0800	SERVİS DR	0714	SERVİS DR	0997	SERVİS DR	2687 3134
PLANLAMA ODASI	1426	SERVİS HEMŞİRE	0709	SERVİS HEMŞİRE	0959	SERVİS HEMŞİRE	2783
HEMŞİRE	1412 1413	YOĞUN BAKIM	0715	YOĞUN BAKIM	1254 1255	SERVİS DESK	2746
ONKOLOJİ ECZANE	1417	YANIK SERVİS		RAMATOLOJİ		GENEL CERRAHİ ONK	
IŞIN TEKNİKER	1428	POL SEKRETERİ	0499	POL SEKRETERİ	0991	POL SEKRETERİ	0470

KAN ALMA	1429	DR	0408	POL DR ODASI	0293 0292	POL DR ODASI	0473
ARŞİV	1411	HEMŞİRE	0409	SERVİS SEKRETERİ	0900	SER DR ODASI	0474
TEKNİSYEN	1410			SERVİS DR	0912	SERVİS HEMŞİRE	0475
				SERVİS HEMŞİRE	0909	DESK	0480
				SERVİS DESK	0928		

3.3.3 Görev Yelekleri

HAP afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında görev alan personel görev ve rolünü tanımlayan bir yelek giymelidir. Görev yelekleri aşağıda belirtilen asgari özellikleri taşımali ve renklerde olmalıdır.

- Görev yeleğinin ön yüzünde ve arka yüzünde reflektör bant bulunmalıdır.
- Görev yeleklerinde reflektörlü bant üzerinde personelin HAP görev unvanı yazılı olmalıdır.
- Görev yeleklerinde telsiz ve diğer iletişim araçlarını taşımaya uygun cep bulunmalıdır.
- Görev yeleklerinin renkleri: Yönetim ekibi gri/siyah, operasyon kırmızı, finans yeşil, planlama mavi, lojistik ise sarı renkte olmalıdır.

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI

İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim tarafından hastanelerden, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilip edilmediğine bakılmaksızın, harici yardım sağlamaları talep edilebilir. Talepler müdahale aşamalarına göre farklılık gösterir.

4.1. Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (Lojistik Destek)

İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim, hastanelerden istek yapar. Hastaneden talep edilen ekipman ve malzemeler ilgili forma (Form 21) kaydedilerek karşılanır. Malzeme ve ekipman, hastanenin temel bakım hizmetini sürdürme kapasitesinde herhangi bir olumsuz sonuca yol açmayacak şekilde temin edilir.

4.2. Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep

(Afet Triyaj Ekibi ve/veya Travma Ekibi)

Olay Yönetim Ekibi'nin faaliyete geçmesiyle, İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim, doğrudan müdahil hastanelerin Olay Yönetim Ekibinden veya hastane yöneticisinden talep yapar.

Talepler karşılanırken aşağıdaki adımlar izlenir:

- Ekipman türü ve özellikleri (örneğin; afet sağlık kitleri; triyaj kitleri; kişisel koruyucu ekipman, vb.) belirlenir. Ekipmanın hangi depolardan temin edileceği belirlenir ve görevlendirilen personele bildirilir. Söz konusu ekipman bilgileri hastane tarafından hazırlanan ekipman bilgi formu (Form 21) kullanılarak kayıt altına alınır.
- Ekibin kimlerden oluşturulacağı belirlenir (olay yerinin ihtiyacına ve ilgili uzman personelin bulunup bulunmadığına göre). Görevlendirilen personele ait bilgiler, personel bilgi formu (Form 20) ile kayıt altına alınır.
- Görevlendirilen ekibin olay yerinde kendi arasında ve gerektiğinde hastane ile haberleşmesinin cep telefonu ve telsiz ile sağlanır.

4.3. Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması

Aşama II'ye karar verildiğinde Aşama II ve Aşama III birleştirilebilir. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonuna yönelik olası birkaç etkinleştirme düzeyi bulunmaktadır (Kılavuz İkinci Bölüm md. 5). Aktivasyon düzeyi ne olursa olsun Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi halinde OYE tarafından 112 AÇM/ KKM/İl SAKOM bilgilendirilir. Hastane yöneticileri 112 AÇM/KKM/İl SAKOM aracılığı ile İl Sağlık Müdürüne bilgi verir. İl Sağlık Müdürü bu aşamadan sonra ilgili makamları bilgilendirir.

5. OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI (AMP) AKTİVASYONU

5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

AMP'nin aktivasyonunu gerektiren olay, toplum sağlığına yönelik ciddi bir tehdit teşkil eden, hizmetleri sekteye uğratan, hastanelerin ve ambulans hizmetlerinin özel düzenlemeler yapmalarını gerektirecek sayıda ya da türde yaralanmalara sebep olan (veya sebep olma ihtimali bulunan) her türlü olaydır. Bazı durumlarda çok sayıda hastanın Acil Servis'e gelmesi ilk endikasyon olabilir. Bu durumda görevdeki personel, görev- deki Acil Servis Sorumlu Hekimine haber vermelidir.

Hastanede Acil Müdahale Planı'nın aktive edildiği Olay Seviyeleri, aşağıdaki gibidir:

Seviye 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

- Hastane, dış yardım almaksızın ve yedek kaynaklarını seferber etmeksizin hizmet yükünü yönetebilir,
- Hastane, 112 AÇM/KKM/İl SAKOM'u bilgilendirir.

Seviye 2 (orta çaplı etkiye sahip olay)

- Birçok sağlık tesisi ya da hastane olaya dahil olur,
- İlgili sağlık yöneticileri bilgilendirilir ve üst düzeyde izleme/değerlendirme gerçekleştirilir.

Seviye 3 (büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Bölgesel olarak aktive edilmiş tüm hastanelerin etkin iş birliği ve koordinasyonu,
- Yerel ve ulusal düzeyde tüm sağlık yöneticilerinin tamamen dahil olması.

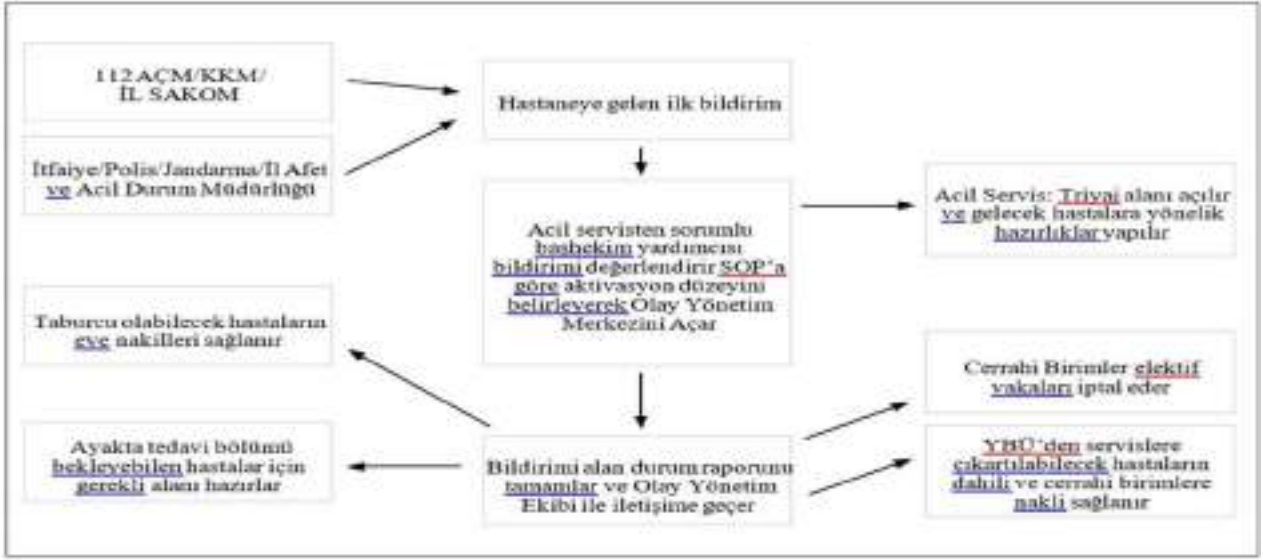
Seviye 4 (çok büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Uluslararası desteğe ihtiyacın olduğu olaylar.

Pandemi ya da büyük kitlesel yaralanmalı olaylar gibi büyük çaplı olaylarda, Sağlık Bakanlığı stratejik yönetimi ve kaynak yönetimini gerçekleştirir.

5.2. Olay Bildirim Akış Şeması

Bu bölüm, bildirimin alınması, kayıt edilmesi ve yöneticilere iletilmesi için önceden hazırlanmış prosedürleri (formlar ve kısa kontrol listeleri dahil) içermektedir. Tecrübeler, bildirim ve alarmin hastanede nasıl kabul edileceği ve işleme alınacağını kısaca özetlemenin faydalı olduğunu göstermiştir. Hastane HAP Hazırlama Komisyonları kendi hastanelerinin durumuna göre, hangi akış şemasının uyarlanacağına karar vermelidir. Akış şeması, alarmin nasıl karşılanacağı ve müdahale için alınan ilk karar (örneğin, OYE'nin devreye sokulması) ile işleme alınması arasındaki bağlantılar hakkında bilgi vermelidir.



Şekil 3: Bildirim ve Alarm Durumu Akış Şeması

Bildirim sıralaması:

Bildirimi alan acil servis çalışanı (doktor, hemşire vb.) → Acil Servis Sorumlu Hekimi → Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı şeklindedir.

Olay bildirimi Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı veya vekilleri/Acil Servis Sorumlusu tarafından doğrulanır.

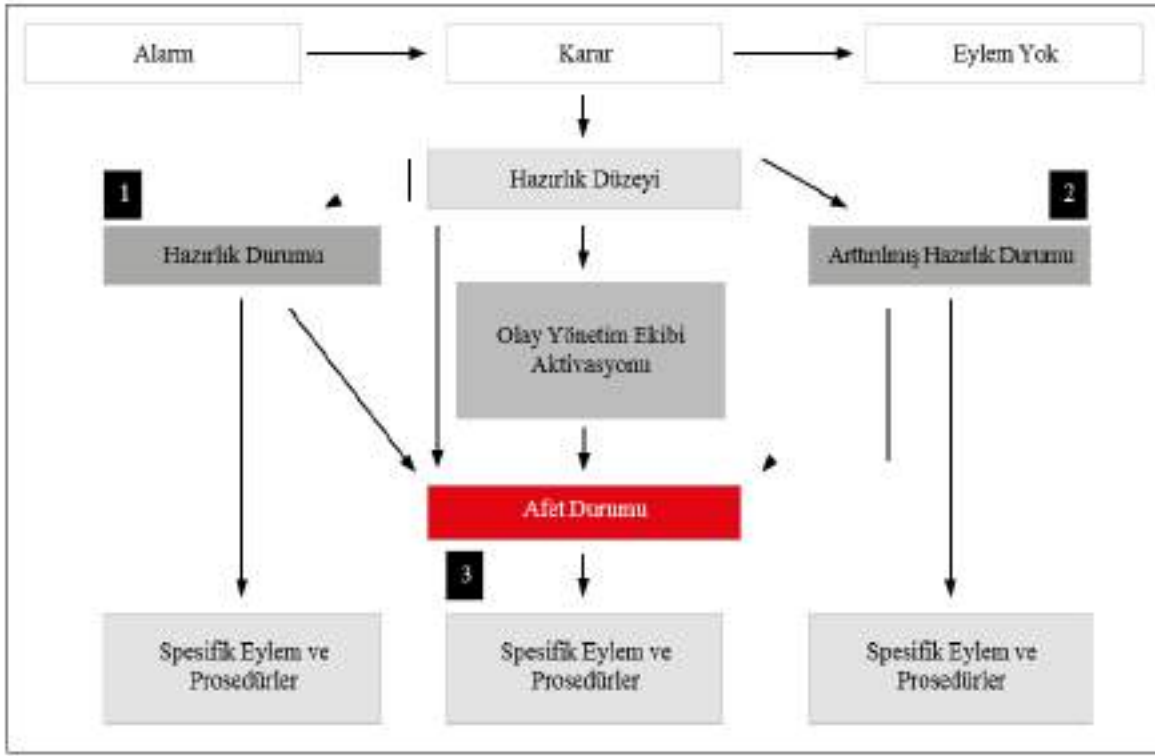
Bildirim akışında aşağıda belirtilen Standart Operasyon Prosedürü, formlar ve kayıtlar kullanılacaktır:

- Olay Bildirimi Prosedürü (Standart Operasyon Prosedürü 2),
- Derhal bilgilendirilmesi gereken kilit personele haber vermek için formlar (özellikle Olay Yönetim Ekibi üyeleri): Form 1-36-42-43-47.
- Olay Yönetim Ekibi faaliyete geçene kadar Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından kullanılacak form (Form 3) ve kayıtlar ayrıca belirlenmelidir.

5.3. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri

Bu bölümde, Acil Müdahale Planı'nın devreye sokulması ve seviyenin artırılmasına yönelik mekanizma kısaca açıklanmalıdır. Basit bir diyagram, aktivasyon düzeylerinin, alarmın işleme alınması ile nasıl bağlantılı olduğunun daha kolay anlaşılmasını sağlayabilir. Diyagramlar kullanışlı olup karışıklık ya da yanlış anlamının önlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Acil Müdahale Planı'nın tamamen aktive edilmesi çok maliyetli bir süreçtir. Kısıtlı kaynakları etkili biçimde seferber ederek müdahaleye hazır olma düzeyini önemli ölçüde artırmak mümkündür. Bu nedenle, Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunda üç düzey tanımlanmıştır: Hazır olma/Alarm, Hazırlığı Artırma, Afet Durumu. Herhangi bir zamanda doğrudan üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür. Seviye 2 veya 3'den başladığında önceki seviyelerde yer alan süreçler tamamlanmalıdır.



Şekil 4: AMP Aktivasyon Seviyeleri İçin Diyagram

Seviye I: Hazır Olma ya da Alarm Durumu

- Acil tıbbi ihtiyaçların kapasiteyi aşabileceği durumda kullanılır.
- Olay Yönetim Merkezi aktive edilir.
- Ek personel ihtiyacına yönelik mevcut kaynaklar değerlendirilir.
- İkinci bir talimata kadar tüm personel çalışmaya devam eder.
- Durum raporları Olay Yönetim Merkezine iletilir (Form 5-13-14-16-19⁵)
- Acil durum kesinleşene kadar tüm elektif vakalar askıya alınır.

Seviye I, görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi veya Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından aktive edilir. Bu her zaman Olay Yönetim Ekibi'nin seferber edilmesi anlamına gelir (Olay türüne göre kapsamlı müdahale için zaman varsa: Olay Yönetim Ekibi'nin tamamen etkinleştirilmesi yerine, sadece ilgili üyeler aktif hale getirilebilir).

Seviye II: Artırılmış Hazırlık Durumu⁶⁷

- Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır.
 - Özel alanların açılması düşünülür:
- Hastane afet triyaj alanı,

⁵ Hangi belgenin kullanılması gerektiğine hastane Olay Yönetim ekibi (OYE) karar vermelidir.

⁶ Acil Servise olan talep mevcut kapasiteyi aşmıştır veya aşması beklenmektedir ya da acil bir durum meydana gelmiştir ve Acil Servisin normal işleyişini sekteye uğratabilecek sayıda potansiyel yaralı söz konusudur.

⁷ Renkle kodlama olaya özel planlar için de kullanıldığından, karışıklığa yol açmamak üzere, Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonu için renk kodunun tercih edilmemesi, I, II ve III. Seviye ifadelerini kullanmak daha isabetlidir.

- Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralıları için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
- Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
- Geçici morg alanı,
- Medya ve VIP için alan,
- Harici trafik akış sistemi⁸
- Personel bilgilendirme alanı,
- Personel yakınlarına yönelik hazırlık,
- Hasta eşyaları muhafaza vb. alanlar.

Bu alanlar için hastane tarafından hazırlanmış krokiler esas alınır.

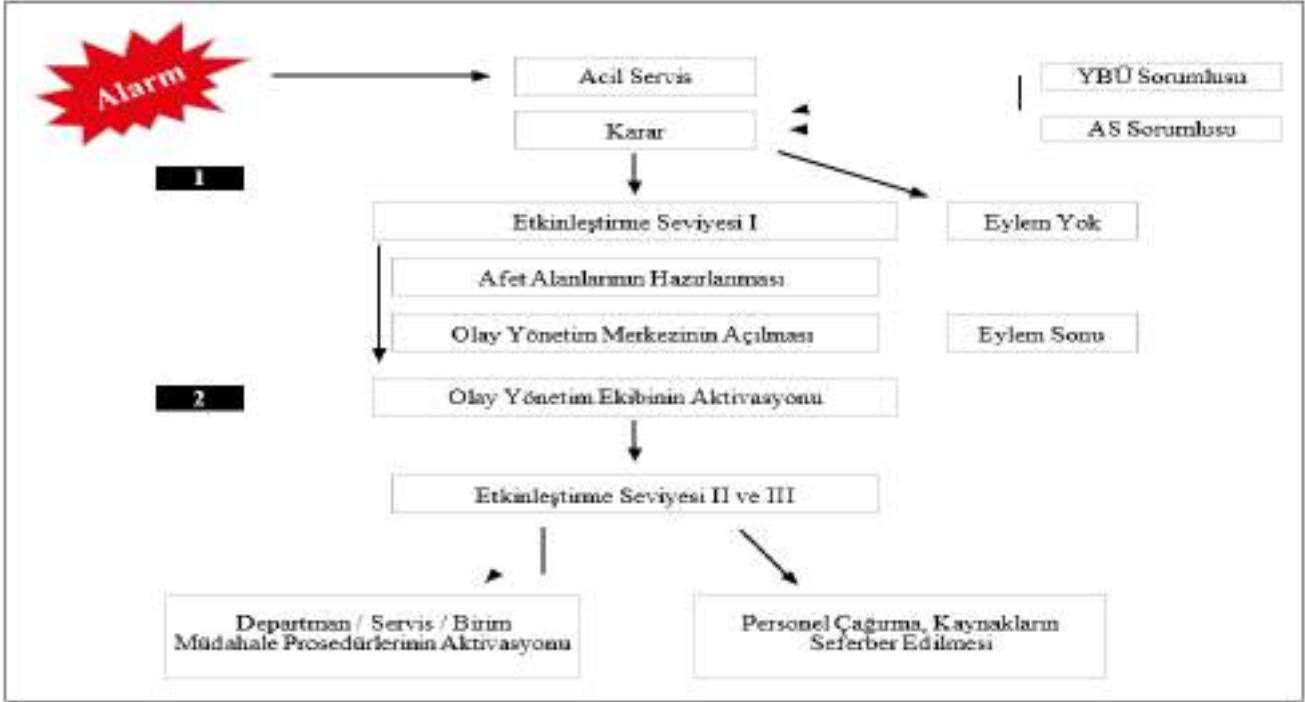
Seviye III: Afet Durumu

- Acil ihtiyaçların çok kısa sürede mevcut kapasiteyi aşacağı belirgin olduğunda kullanılır.
- Tüm departman/servis/birimler, ilgili İş Akış Talimatları ve Standart Operasyon Prosedürlerini kullanır.
- Tüm Departman/Servis/Birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından taburcu edilme talimatı verildiğinde durumu uygun hastalar hızlıca taburcu edilir.
- Tüm departman/servis/birimlerde zorunlu olmayan faaliyetler durdurulur.
- Tüm departman/servis/birimler yeterli miktarda personel, kritik ekipman ve sarf malzemesinin mevcut olmasını sağlar. Talepler Olay Yönetim Ekibi'ne bildirilir.
- Tüm departman/servis/birimler geri bildirimde bulunur.

Seviye II ve III için sadece Olay Yönetim Ekibi tarafından karar verilebilir (kararın alınması gereken zamandaki üye sayısı ne olursa olsun). Olay Yönetim Ekibi'nin devreye sokulması ile ilgili prosedür (SOP 3) ve İş Akış Talimatları uygulanır.

⁸ Hastanenin güvenliğini sağlamak; ambulans veya diğer ulaşım araçları için trafiği etkin bir şekilde yönetmek ve ayrıca aynı anda ulaşan veya özel araçlarla ulaşan hastaların yönlendirilmesini sağlamak için önemlidir.

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



Şekil 5: Alarm Durumunu Yönetmek ve Plan Etkinleştirilmesindeki Bağlantılara İlişkin Diyagram

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

- **Aktivasyon Seviyesi I (Hazır Olma ya da Alarm):**

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

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

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

- **AMP Aktivasyonunun Sonlandırılması:**

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

5.5 AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi

Olay Yönetim Ekibi (OYE) personelin ne zaman bilgilendirileceğine karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve/veya görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür (SOP 9) uygulanır. Acil Müdahale Planı'nın (AMP)

etkinleştirilmesi sürecinde personelin çağırılması ve göreve gelen personelin yönetimi, Kılavuz İkinci Bölüm md. 6.1.3'te açıklanmaktadır.

Dahili acil durumlara yönelik renk kodlamasının, hoparlörlerin (hastanede mevcut ise) ya da çağrı cihazlarının kullanılması uygulamaları hastanenin tüm personelinin bilgilendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Hastane, Olaya Özel Planlar için renk kodlaması kullanacak ise ayrıca belirtilmelidir

5.6 Acil Renk Kodu Sistemi

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

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

Şekil 6 : Renk Kodu Açıklamaları

Kırmızı Kod (Yangın)

Hastanede meydana gelebilecek yangın veya yangın şüphesinin oluşması durumunda yangına ilk müdahaleyi yapacak ve/veya yangın ekiplerini haberdar edecek kırmızı kod ekibinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilmesini sağlamak amacıyla 0110 aranarak Santral tarafından KIRMIZI KOD verilir. Kırmızı Kod Talimatı EK-5A dadır

Beyaz Kod (Güvenlik - Çalışana Saldırı)

Hastanede uygulanmakta olan "Beyaz Kod" genel olarak hastane güvenlik alarmı olarak değerlendirilmektedir. Hastanede bulunan hasta / hasta yakını ve hastane çalışanlarının hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel tacize maruz kalmaları halinde olay yerindeki kişi tarafından 1111 aranarak Santral tarafından BEYAZ KOD verilir Beyaz Kod Talimatı EK-5A dadır

Pembe Kod (Bebek/Çocuk Kaçırma)

Hastanemizde uygulanmakta olan "Pembe Kod" genel olarak hastane güvenlik alarmı olarak değerlendirilmektedir. Çocuk kaçırılma ve / veya kaybolması durumlarında 3333 aranarak Santral tarafından PEMBE KOD verilir Pembe Kod Talimatı EK-5A dadır

Mavi Kod – (Medikal Acil / Kardiak Arrest)

Hastanede 24 saat süre ile Solunum ve/veya kardiyak arrest durumundaki bir hastanın güvenli bir şekilde resusitasyonunu sağlamak için Mavi Kod sistemi kullanılır. Mavi Kod; 2222 aranarak Santral tarafından MAVİ KOD verilir Mavi Kod Talimatı ‘ EK-5A dadır

Gri Kod – (Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu)

" Gri Kod" genel olarak hastanede meydana gelebilecek silahlı saldırı ya da tehdit ile rehine durumlarında diğer kişilerin olay yerine girişini engellemek ve güvenliği sağlamak için verilen alarmdır. Hastanede bulunan hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehdit durumlarıyla karşılaşmaları halinde olay yerindeki sabit telefonlar aracılığı ile 0155 güvenlik aranarak GRİ KOD verilir. Gri Kod prosedürü düzenlenmiştir. Gri Kod Prosedürü EK –2A dadır

Siyah Kod – (Bomba Tehdidi)

"Siyah Kod" genel olarak hastanede meydana görülebilecek herhangi bir şüpheli paket / çanta vb. durumunda paketin bulunduğu bölgenin ve çevresinin güvenliğini sağlamak için verilen alarmdır. Hastanede ve hastane çevresinde bomba tehdidi olabilecek herhangi bir şüpheli paket / çanta vb. fark edildiğinde olay yerindeki sabit telefonlar aracılığı ile 0155 güvenlik aranarak SİYAH KOD verilir. Siyah Kod prosedürü düzenlenmiştir. Siyah Kod Prosedürü EK 2A dedir.

Turuncu Kod (KBRN olayları)

Hastane içerisinde kimyasal, biyolojik ve radyoaktif maddelerle çalışan personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirlerin tespit edilmesini ve KBRN ajanlarına maruz kalarak hastaneye başvuran hastaların en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine edilerek tedavilerine başlanması için yapılacak düzenlemeleri belirlemek amacıyla Turuncu Kod Talimatı düzenlenmiştir. Turuncu Kod sabit telefonlar aracılığı ile 5555 aranarak bildirilir. Turuncu Kod Talimatı “EK – 2A dedir.

Turkuaz Kod (Toplu Yaralanma olayları)

Doğal afetler, trafik kazaları, kimyasal, biyolojik ve nükleer saldırılar, toplu eylemler, terör saldırıları, spor karşılaşmaları vb. olaylar neticesinde hastane içinde veya hastane dışında meydana gelen çoklu yaralanmalara en sistemli ve hızlı şekilde müdahalesi için yapılacak düzenlemeleri belirlemek amacıyla Turkuaz Kod prosedürü düzenlenmiştir. Turkuaz Kod Prosedürü EK – 2A dedir.

Mor Kod – (Acil Müdahale Planı Aktivasyonu)

Hastaneyi etkileyen iç ve/veya dış afet durumlarında; Hastane Afet ve Acil Durum Planının tamamen ya da kısmen aktive edilmesi durumunda MOR KOD ilan edilir. Plan aktive seviyesine göre tüm birimler tarafından gereken işlemler yapılır. Mor Kod Prosedürü EK – 2A ‘dedir.

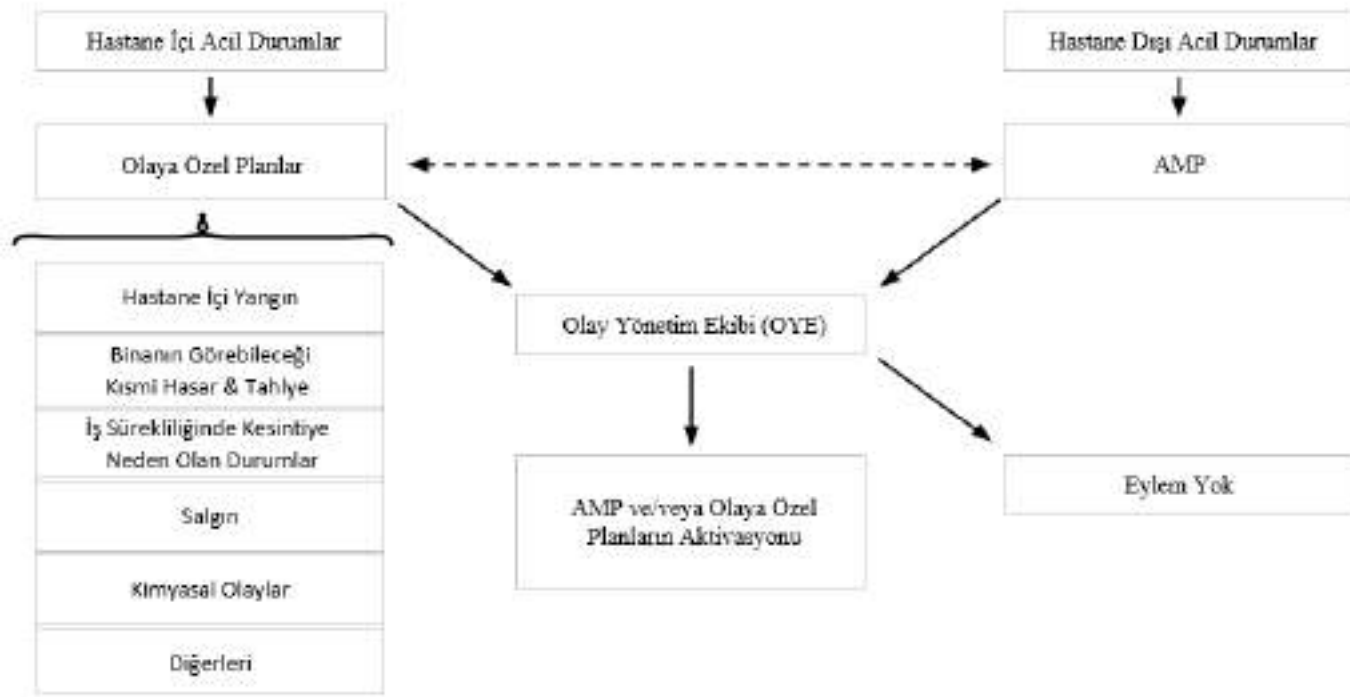
Yeşil Kod – (HAP’ın Sonlandırılması)

Hastaneyi etkileyen iç ve/veya dış afet durumlarında tamamen ya da kısmen aktive edilmiş olan Hastane Afet ve AcilDurum Planı, olağanüstü durumun ortadan kalkması ile birlikte YEŞİL KOD veriler sonlandırılır. Yeşil Kod Prosedürü EK – 2A dedir.

5.7 Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar

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

Acil Müdahale Planı (AMP) ve Olaya Özel Planlar birbirleriyle bağlantılıdır: Afet ve acil durum yönetim yapısı aynı kalır. Olay Yönetim Ekibi (OYE) olayların tam olarak nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak bazı uzmanları sürece dahil edebilir (örneğin, kimyasal bir olayın yönetiminde konusunda uzman bir kişi görevlendirilebilir). Hastanelerde “olaya özel planlar”, “tamamlayıcı ayrı planlar” olarak ve Acil Renk Kodu sistemi ile uyumlu şekilde renk kodları kullanılarak tanımlanabilir. Olaya müdahaleye yönelik süreç iyi tanımlanmış olmalıdır.



Şekil 7: AMP ve Olaya Özel Planların Bağını Gösteren Diyagram

6. HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ

Müdahale yönetimi, hastanenin hizmet sağlama kapasitesine ve imkanlarına bağlıdır. Kapasite, nicel yönleri ifade eder(yatak sayısı, ekipmanın kullanılabilirliği vb). İmkanlar (yetenek) ise nitel yönleri ifade eder (örneğin, bir beyin cerrahının olup olmaması, ya da karantinaya almanın gerektiği durumlarda bulaşıcı hastalığı yönetebilme imkanı vb.).Olay Yönetim Ekibi'nin toplanmasının hemen sonrasında yapılacak ilk eylemlerden biri hastanenin tedavi kapasitesi ve imkanlarını değerlendirmek için gereken bilgileri talep etmektir:

- ✓ Çeşitli servislerdeki dolu yatak sayısı,
- ✓ Kullanılabilir boş fonksiyonel yatak sayısı,
- ✓ Mevcut personel sayısı ve bunların çeşitli servislerdeki özel uzmanlık alanları açısından yeterlilikleri (örneğin, yoğun bakım, ameliyathane, eczane, laboratuvar vb.),
- ✓ Destek alanlarının mevcut kapasitesi ve yeterliliği (eczane: ilaç ve ekipman, idari destek hizmetleri, temizlik hizmetleri, güvenlik personeli vb.),
- ✓ Devam eden süreçte hastanenin kapasite ve imkanlarının (tıbbi kapasite) ne kadar artırabileceğinin ve bunların nasıl geliştirebileceğinin tahmin edilmesi,
- ✓ Ayaktan Tedavi Bölümünün, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle verilecek yeni görevlerine uygun olarak değerlendirilmesi.

Olay Yönetim Ekibi'nin temel stratejisi, uygun tüm kaynakların etkili bir biçimde kullanılması, yatak kapasitesinin artırılması ve hastanenin tıbbi kapasitesine katkı sağlamaktır. Bu amaçla, **Olay Yönetim Ekibi ilk 72 saati kapsayacak şekilde, Olay Eylem Planı geliştirir.**

6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması

6.1.1 Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği

- Kullanılabilir yatakların sayımı Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her

Departman/Servis/Birim, ilgili formu (Form 14) kullanarak Olay Yönetim Ekibi'ne mümkün olan en kısa sürede geri bildirimde bulunur; Olay Yönetim Ekibi, saatte bir güncellenen kayda dayanarak bilgileri kaydeder.

- Olay Yönetim Ekibi, (hastaları taburcu veya transfer ederek) geçici olarak boşaltılması gereken yatakların sayısına karar verir.
- Olay Yönetim Ekibi, ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir. Yataklar, her zaman “fonksiyonel”¹² olmalıdır.
- Kabul edilen hastalar söz konusu prosedürlere (SOP 6) uygun olarak, Departman/Servis/Birimlerin kapasite ve imkanlarına göre, başka bir sağlık tesisine transferine Olay Yönetim Ekibi karar verecektir; bu faaliyeti Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu (Lojistik Bölümü) yürütür.

Hastanemizin 1081 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Olağandışı durumda; özel odalarda bulunan kanepelerin hasta yatağı olarak kullanılması planlanmıştır. Ayrıca; sedye ve muayene masalarının da hasta yatağı olarak kullanımı ile kapasitesi artırılmış olacaktır.

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır.

Yatak Kapasite ve Kullanılabilirliği Kullanılabilir yatakların sayımı Olay Yönetim Ekibi'nin talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her servis Durum Rapor Formu ile kayıt altına alarak OYE ye geri bildirimde bulunulur. OYE saat başı güncellenen kayda göre bilgileri kaydeder. Olay Yönetim Ekibi, hastanın klinik durumuna göre ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir. Kabul edilen hastalara herhangi bir zarar gelmeyecek şekilde SOP6 ya uygun olarak, servis kapasite ve imkanlarına göre, başka tesislere transferine OYE karar verir. Bu faaliyeti Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu (lojistik bölümü)yürütür.

6.1.2 Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

Hastanenin müdahalede bulunması ve/veya temel hizmetleri sunmaya devam etmesi için hasta akını durumunda tıbbi kapasitesini önemli ölçüde artırması gerekebilir. Ekipman ve malzeme yönetimi afet ve acil durumlarda ciddi bir öneme sahiptir.

Ekipman ve malzeme artırımına yönelik temel yaklaşımlar için Lojistik ve Malzemeler başlığına bakınız (Kılavuz İkinci Bölüm md. 11).

Olay Yönetim Ekibi, lojistik ile ilgili talep ve bilgileri tek merkezde toplayacaktır. Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde tüm hastane personeli, lojistik yönetimi için, Plan'ın ilgili bölümlerinde açıklanan prosedür, kayıt ve formları kullanacaktır. Her Servis/Birim sorumlusu, takviye veya yeniden tedarik için zamanında talepte bulunacaktır.

Tıbbi malzeme, ekipman, ilaç vb. talepler için, ilgili rutin talep formlarının kullanılmadığı durumlarda afet ve acil durumlar için geliştirilen formlar kullanılacaktır. İlgili kayıtlar ve formlar sürekli güncel tutulacaktır.

Raporlama yaparken ilgili SOP ve İş Akış Talimatlarına mutlaka uyulacaktır. Tıbbi malzemelerin idareli bir şekilde kullanılacaktır.

HAP hazırlama komisyonu, gıda ve mutfak yönetimi, temizlik hizmetleri yönetimi, laboratuvar, kan bankası ve eczane yönetimine ait Müdahale Prosedürü geliştirmiyorsa, bu bölümde yer verilecektir. (Form 22 -23)

kullanılacaktır.

6.1.3 Personelin Geri Çağırılması

Olay Yönetim Ekibi, hangi personelin geri çağırılacağına karar verir (nitelik ve sayı bakımından) Planlama bölümü gerekli personelin çağırılmasından sorumludur. Olay Yönetim Ekibi, bu görevi ilgili birime veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini planlama şefi yönetir. Göreve gelen tüm personel İnsan Kaynakları tarafından bilgilendirilir ve kayıt altına alınır. Yaka kartları verilir. Gelen Personel ihtiyaç doğrultusunda Tıbbi Bakım sorumlusu tarafından ilgili alanlara yönlendirilir. Mesai dışında olası durumlarda nöbetçi uzman, personel ve şoför görevlendirilerek gerekli durumlarda araç ile adreslerden aldırılır. Ayrıca aranmasına gerek kalmadan medyadan ya da farklı şekilde haberi alan personel hastaneye gelmekle yükümlüdür bu bilgi HAP eğitimlerinde tüm personele tebliğ edilmiştir. Göreve gelen personel “**Form 17 Göreve Gelen Personel Formuna**” kaydı yapılır.

6.1.4 Gönüllü Yönetimi

Herhangi bir acil ve afet durumunda toplumdan afet alanına yardıma gelen gönüllülerin yönetimi Olay Yönetim Ekibi’nce yapılır. Gönüllüler yalnızca Olay Yönetim Ekibi tarafından bu tür bir yardıma ihtiyaç duyulması halinde kabul edilir ve bu süreç insan kaynakları tarafından yürütülür. Gönüllüleri talep etme, alma, tespit etme ve kabul etme işlemleri için ilgili prosedür (SOP8) form ve kayıtlar kullanılır

6.1.5 Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşlarıyla İşbirliği

Hastanemiz, afet ve acil durumlarında eksik kaldığı ya da destek alması gerektiği durumlar için kurum ve kuruluşlarla iş birliği protokolleri karşılıklı olarak imzalanmıştır. Faaliyete geçirilmesi gereken işbirliği mekanizmalarına OYE karar verir.

Hastanemizin diğer kurumlarla yapmış olduğu protokoller EKTE olup, gerekli durumlarda aktive edilir.

6.2 Yeni Ve Özel Alanların Açılması, Konumları

OYE ekibi tarafından İhtiyaca göre yeni ve özel alanlar açılabilir. Özel alanların konumları ve toplanma alanları genel krokide ve güvenli hastane kontrol listesi içeriğinde belirtilmiştir. Ayrıca Toplanma Alanları toplanma alanı tabelası ile işaretlenmiştir.

7. HASTANE AFET TRIYAJ ALANI

Triyaj tıbbi müdahalenin ilk ve en önemli basamağı olup yaralının ulaştığı her tıbbi basamakta yeniden yapılan, sürekli ve dinamik bir uygulamadır. Triyajın kelime anlamı, sıraya sokmak, ayıklamaktır.

Bir afet ve acil durumda ise “yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırılması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi” şeklinde tanımlamak mümkündür. Bu durumda amaç, var olan tüm olanakları ulaşılan her yaralıya, en ağır yaralıya ya da ilk ulaşılan yaralıya sunmak yerine, eldeki olanakların tümünü en çok yaşamı kurtarabilmek ve sekeli önleyebilmek için tıbbi gereklere göre yönlendirmek ve paylaşmaktır. Bu yaklaşım, mümkün olan en çok sayıda hastaya yardımcı olmak anlamına gelir.

Triyaj, acil durum ya da afet halinde belli ilkeler içinde yapılmalı ve bu ilkeler önceden belirlenmiş olmalıdır. Triyaj uygulaması afet ve acil durumun etki derecesine, yaralı sayısına, mevcut tıbbi yapıya, kurtarma, transport ve cerrahi olanaklara göre farklılık gösterebilecektir.

7.1 Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu

- Kitlesel yaralanma olayı sınırlıysa (**toplam yaralı veya hasta sayısı 40’dan azsa**) ve başka bir yaralanma ihtimali yoksa, Acil Servis olağan işleyişine devam eder. Olağan acil vakalar (hastaneye özel araçla veya ambulansla götürülen, afet mağduru olmayan hastalar), hastane afet triyaj alanı açılana kadar her zamanki gibi doğrudan Acil Servis’e gidecektir. Triyaj alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar bu triyaj alanına yönlendirilecektir.

- ✓ Triyaj alanının güvenliği güvenlik personeli tarafından sağlanır.
- ✓ Hastane Afet Triyaj Alanına gelen tüm hastalar triyaj yapılarak yeşil (Ayaktan Tedavi Bölümü-ATB), sarı (Acil Servis ayaktan hasta girişi), kırmızı (Acil Servis ambulans girişi), siyah (morg) alanlara yönlendirilir.
- ✓ Bulaşıcı hastalık şüphesi olan veya kontamine olan hastaların bulunduğu epidemik ve kimyasal olayların görüldüğü özel durumlar, genel çerçevedeki Acil Müdahale Planı’nın yanı sıra hazırlanan Pandemi Olaya Özel Planında açıklanmıştır.
- ✓ Bu durumların dışında, Acil Müdahale Planı’nın (AMP) aktive edilmesi, hastane afet triyaj alanının ve ilgili alanların açılacağı anlamına gelmektedir.
- ✓ Yaralı sayısı hastane kapasitesinin üzerinde ise kargaşayı önlemek adına, hastaneye yakın güvenli bölgede uygun alanda ilk değerlendirme ve ilk müdahalenin yapılabileceği hastane afet triyaj alanı oluşturulması istenir.

- ✓ Hastane afet triyaj alanı açılması ve uygulanması, hastaların taşındığı araçların (ambulans) varış konumları ve diğer hususlar ile ilgili prosedürler (SOP 5, SOP 15) belirtilmiştir.
- ✓ Bu alanda görev alacak kişiler görev pozisyonuna uygun görev yeleğini kullanır. Görev yelekleri kimin hangi işten sorumlu olduğunun ayırt edilmesi için gereklidir.

7.2 Hastane Afet Triage Alanındaki Faaliyetler

• Gelen Hastalar:

Hastaneye gelen tüm hastalar için triyaj uygulanmalıdır. Hastaya ileştirilen ve hastane öncesi aşamada kullanılmış olan kayıtlar ve etiketler çıkartılmamalıdır. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karar alınmasıdır. Hastaya ilişkin son değerlendirmenin ve son kararın ardından hasta kategorisi değişmiş olabilir. Hastane afet triyaj alanında veya Acil Servis biriminde kullanılan tüm dokümanlar, önceden hastaya ileştirilmiş olan dokümanlara eklenmelidir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı için Form 8-9-10-12-kullanılır.

• Alandaki Personel:

Hastane afet triyaj alanına triyaj eğitimi almış sağlık personeli görevlendirilir. Triage Ekibi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Triage Ölçeğine uygun olarak, Hastane Afet Triage Alanına veya Acil Servis birimine gelen her yaralının ilk değerlendirmesinden ve triyaj kodunun belirlenmesinden sorumludur. Tıbbi triyaj yönetimi ile ilgili prosedürler (SOP 5) belirlenmiştir. Yaralıların triyaj alanından Acil Servis birimine ve/veya diğer Departman/Servis/Birimlere naklinin yönetimine yardımcı olmak ve gerekli olduğu takdirde Acil Servis personeli desteklemek üzere personel görevlendirilir.

• Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi:

Tıbbi bakım düzeyi yalnızca, derhal uygulanması gereken hayat kurtarıcı prosedürlerin yanı sıra, ileri düzey bakım alması gereken veya başka bir alana sevk edilmesi gereken hastaların önceliğine karar vermekle sınırlıdır. Diğer tüm prosedürler, Acil Servis biriminde veya hasta kabul eden servislere veya sevk olunan Ayaktan Tedavi Bölümü'nde gerçekleştirilecektir.

• Sağlık Görevlileri ve Taahhüt Personeli:

Triage alanında çalışan sağlık personeli Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından görevlendirilir. Bu kişiler, Hastane Afet Triage Alanının işleyişi için, ilgili iş akış talimatları doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler.

• Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması :

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, Acil Servis'te ve Hastane Afet Triage Alanında ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılmalıdır (Örnek olarak Form 8-9-10, ilgili diğer formlar). Hastane Afet Triage Alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, kayıtları ve formları (özellikle özel hasta çizelgeleri) kullanılarak kayıt altına alınmalıdır. Bilgilerin Olay Yönetim Ekibi'ne raporlanması ve paylaşılması, Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından prosedüre (SOP 5) uygun olarak ve ilgili formlar (Form 2-10-11-12-29) kullanılarak yapılır.

• Ekipman, Yelekler ve Lojistik:

Triage alanında çalışan personel ilgili İş Akış Talimatında belirtilen görev yeleklerini kullanır. Triage faaliyetlerini yürütmek için gerekli ekipman ve sarf malzemeleri, hastane tarafından oluşturulan listeye göre sağlanır (görev yeleği, triyaj kartı, branda, emniyet şeridi, işaretleme kazıkları vb.). Bu ekipman, gecikme yaşanmaksızın triyaj alanına getirilebilecek olan seyyar malzeme arabası, konteyner, depo vb. yerlerde muhafaza edilir.

7.3 Triage İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

Hastane triyaj sistemi, ulusal algoritma kullanılarak aşağıda yer alan kriterleri temel alır:

- Acil bakım ihtiyacı (tıbbi veya cerrahi),
- Zamanında yeterli bakım sağlandığı takdirde hayatta kalma şansı,
- Zamanın ve kaynakların tüketimine karşı hayatta kalma şansı,
- Fonksiyonel prognoz,
- Özel bakımın elverişliliği,
- Acil tedavi uygulanması gereken hasta sayısı ve en iyi prognoza sahip hastaların seçimi.

Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):

- Kategori I (Yeşil: Acil değil),
- Kategori II (Sarı: Geciktirilebilir) ilave acil tıbbi bakım,

- Kategori III (Kırmızı: Acil hastalar) cerrahi veya acil tıbbi bakım,
- Kategori IV (Siyah: Ölü).

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

Şekil 8: Triaj Renk Kodlaması

7.4 Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi

- Hastalar hastane Afet Triyaj Alanından Acil Servis'e, servislere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünite-lerine ya da ayaktan tedavi gerekenler doğrudan Ayaktan Tedavi Bölümü'ne (ATB) gönderilir. Triyaj Alanından Acil Servis birimine ve diğer Departman/Servis/ Birimlere doğru trafik akışı, ilgili prosedür (SOP 4) ve İş Akış Talimatına uygun olarak yapılır. Hastaların nakli, ilgili form ve kayıtlar kullanılarak kayıt altına alınır.
- Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından triyaj alanında çalışan idari görevliye (hastane müdür yardımcısı, supervisor, nöbetçi memur vb.) talimat verilmediği sürece, hastalar hastane içerisindeki diğer bölümlere nakledilemez. Durum uygun olduğu takdirde, cerrahi müdahale gerektiren hastalar doğrudan ameliyathaneye nakledilebilir.
- İhtiyaç halinde idari görevli tarafından uygun personel sedye personeli olarak görevlendirilir. Hastalar, idari görevli tarafından (SOP 5) verilen talimatla sedye personeli tarafından taşınır. Daha sonraki işlemler ve Olay Yönetim Ekibi'ne yapılacak raporlama için, sedye personeli tarafından idari görevliye geri bildirim yapılır.

8. ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI

8.1 Hastanenin Acil Servis Birimi

8.1.1 Kontamine Hastalar

- Acil Servis birimine girmeden önce, kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalara dekontaminasyon işlemi uygulanması gerekir. Dekontaminasyon işlemi, olay yerinde, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanın Acil Servise kabulü yapılmadan önce Olaya Özel Plan dikkate alınarak, dekontaminasyon süreci kayıt altına alınır.
- Hastane öncesi süreçte gerçekleştirilen dekontaminasyon işlemine ilişkin güvenilir kayıt olmaması durumunda, hastaların hala kontamine olduğu varsayılmalıdır ve Acil Servis'e kabulden önce hastane tarafından olaya özel plan dikkate alınarak resmi bir dekontaminasyon prosedürü başlatılmalıdır.

8.1.2 Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (Özellikle İnsandan İnsana Bulaşma Yoluyla Epidemiyeye Dönüşme İhtimali Olan)

Epidemiyeye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemi (veya pandemi) durumunda, hastaneler tarafından hazırlanması gereken Bulaşıcı Hastalıklara ilişkin Olaya Özel Plan'da açıklanan ilgili özel prosedürlere uyulmalıdır:

- İlgili SOP,
- Triyaj sistemi gerekleri,
- Personele yönelik koruyucu önlemler,
- Hastalara yönelik koruyucu önlemler,
- Ekipmana yönelik koruyucu önlemler,
- Uluslararası Sağlık Tüzüğü ilgili maddeleri.

Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan bulaşıcı hastalıklara yönelik dokümanlar (Ulusal Pandemi Planı, SARS, MERS-CoV, KKKA, H5N1, COVID-19 vb.) dikkate alınmalı, kullanılmalıdır.

8.1.3 Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi

Acil Servis birimine ek personel görevlendirme kararı Olay Yönetim Ekibi tarafından alınır. Konu Olay Yönetim Ekibi üyesiyle görüşülmeden önce aniden hasta akını olması durumunda, Acil Servis Birim Sorumlusu mevcut personelin görevlendirilmesine karar verir ve aynı zamanda ek personel ihtiyacını değerlendirip Olay Yönetim Ekibi'nden talepte bulunur. Acil Servis hizmetlerinin kesintisiz olarak sunulması ve devam etmesi zorunlu olduğundan, bu birimde görev alan personel afet ve acil durum süresince diğer birimlere görevlendirilmemelidir. Acil Servis Birim Sorumlusu ilgili İş Akış Talimatları uyarınca personelin nerelere görevlendirileceğine karar verir. Gelen personel "**Göreve Gelen Personel Kayıt Formuna**" işlenir.

8.1.4 Acil Serviste Temel İşlevler

Hastanenin HAP Hazırlama Komisyonu, Acil Servis'te İş Akış Talimatları gerektiren kilit fonksiyonların neler olduğuna karar verecektir. Aşağıda örnek olarak verilen fonksiyonlar hastane tarafından değiştirilebilir veya çoğaltılabilir. Her bir işlev, ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde, mümkün olan en kısa sürede sağlanmalıdır:

• Acil Servis Birim Sorumlusu

- Acil Tıp Uzmanı var ise tercih edilmelidir,
- Acil Servis'e kabul edilen tüm yaralılar için klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır,

- Acil Servis Birim Sorumlusu bulunmaması durumunda, gelene kadar kıdemli Acil Servis hekimi bu görevi üstlenecektir,
- Hasta/yaralının durumu acil resüsitatif müdahale gerektirmediği sürece, Acil Servis Birim Sorumlusu herhangi bir hasta/yaralı yönetimini üstlenmeyecektir.

- Cerrahi Uzmanı

- Olay Yönetim Ekibi tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak Acil Servis Birim Sorumlusu koordinasyonunda çalışacaktır; hasta değerlendirmesi yapmak ve cerrahi servislere (jinekoloji, beyin cerrahisi vb.) sevk için derhal karar vermek üzere mümkün olduğunca Acil Servis’te kalacaktır,
- Hasta/yaralı için acil resüsitatif prosedür veya operasyon gerekmediği ve ortamda başka bir cerrah bulunduğu sürece, Cerrahi Kıdemli hekimi herhangi bir yaralı yönetimini üstlenmeyecektir.

- Anestezi Uzmanı

Acil Servis Birim Sorumlusunun koordinasyonunda çalışacaktır; acil hava yolu müdahalesi, resüsitasyon, sevk işlemleri ve preoperatif değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Serviste kalacaktır.

- Ortopedi Uzmanı

Acil Servis Birim Sorumlusunun koordinasyonunda çalışacaktır ve acil sevk işlemleri ve değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Servis’te kalacaktır.

- Acil Servis Hekimi/Acil Servis Asistanı

Acil Servis Birim Sorumlusunun idaresi altında çalışır. İlgili mevzuata göre hasta/yaralıların değerlendirilmesi ve yönetiminde görev alır.

- Acil Servis Sorumlu Hemşiresi

- Acil Servis Birim Sorumlusuna bağlı olarak çalışacak ve idari işleri organize etmek, idari personelin, güvenlik personelinin ve teknik personelin çalışmalarını koordine etmek üzere Acil Servis biriminde kalacaktır,
- Hasta/yaralıların kimliklerini tespit etmeye yardımcı olacak, hasta/yaralı takibi yapacak ve sevk işlemleriyle ilgili kayıtların ve formların kullanılmasını sağlayacaktır.

8.2 Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

- Herhangi bir nakil aracıyla hastaneye getirilen hasta/yaralılar, ilk karşılama için aşağıdaki alanlardan birine yönlendirilir (Hastane Afet Triyaj Alanı, Acil Servis, diğer).
- Yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralılar Ayaktan Tedavi Bölümü’ne yönlendirilir.

- Ambulanların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana girmesi, yalnızca prosedürlere (SOP 4) uygun olarak ve ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde Güvenlik Sorumlusundan izin alınarak mümkündür.
- Hastaları diğer sağlık tesislerine sevk için gelen ambulanslar (ciddi vakaları kabul edebilmek için tıbbi kapasiteyi artırmak amacıyla hastaların tahliye, taburcu ya da sevki durumunda), taburcu edilen hastaların araçlara bindirildiği alana yönlendirilir. Böylelikle hastaneye gelen hasta/yaralıları taşıyan araçlarla, hastaneden çıkan hastaları taşıyan araçların trafik akışı rahatlar.

8.3 Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)

- Afet stokunun derhal kullanımına, Acil Servis Sorumlusu tarafından karar verilir. Afet stokunun içeriği önceden belirlenmiş olmalıdır.
- Afet stokunda halihazırda bulunmayan veya rutin prosedürlerle kısa sürede elde edilemeyecek olan gerekli malzemeler, olağan durumda kullanılan malzeme talep formu kullanılarak Olay Yönetim Ekibi'nden derhal talep edilmelidir. Gereksiz miktarlarda stoklama yapmadan, ihtiyaçların önceden tahmin edilerek belirlenmesi tavsiye edilir.

8.4 Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

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

- Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketleneceği, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgilendirilir.
- Kişisel eşyalar için önceden belirlenen form (Form 15) kullanılır.
- Bu amaçla ayrılan güvenlik izlem odası depolama alanı olarak kullanılır; bilinci kapalı hastaların kişisel eşyaları düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alınca kadar özel odada saklanır.
- Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve derhal özel odaya taşınır.
- Oda kilitli tutulur ve başında, bu odada saklanan her torbanın kaydını tutan bir polis/güvenlik görevlisi/ görevli memur nöbet tutar.

8.5 Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları

Hastane Afet Triyaj Alanında ve Acil Servis biriminde çalışan personel yaka kartlarını takacak, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında yer alan pozisyon sorumluları görev yeleklerini de giyecektir.

Acil ve Afet durumunda görevli kişilerin giymeleri için farklı renklerde görev yelekleri oluşturulmuştur. Her görev yeleğinin içerisinde personelin görevini yerine getirmek üzere hazırlanan İşAT'lar bulunmaktadır. Görev yelekleri HAP ofisinde muhafaza edilmektedir. Görev yeleklerinin renkleri;

- Yönetim ekibi Gri,
- Operasyon kırmızı,
- Finans yeşil,
- Planlama mavi,
- Lojistik ise sarı renktir.
- Güvenlik ekibi kırmızı
- Yangın Söndürme Ekibi Turuncu renk yelek kullanılır.

9. ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ

9.1 Genel İlke ve Esaslar

Acil durum sırasında doğru ve zamanında bilgi yönetimi son derece önemlidir. Bilgi yönetimi farklı düzeylerde bilgilendirme, hasta takibi, kritik malzeme ihtiyacına yönelik tahmin, sunulan hizmetlere yönelik izleme ve değerlendirme gibi çok çeşitli konu ve faaliyetleri kapsar. Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde, tüm personel aşağıdaki ilkelere uymalıdır:

- Departman/Servis/Birim sorumluları, olağan zamanda birlikte çalıştıkları personelin güncel iletişim bilgilerinin (ad-soyadı, ev ve cep telefon numarası ve yaşadığı adres gibi bilgiler) yer aldığı listeler hazır bulundurulmalıdır (bu listeler çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personeli de kapsamalıdır). Bu listeler, talep edilmesi durumunda veya personeli geri çağırma prosedürleri için derhal Olay Yönetim Ekibi'ne (OYE) teslim edilmelidir.
- OYE ve birimler gelen-giden bilgileri kaydetmek için gerektiğinde arama kayıtları tutabilir (Form 29).
- Haberleşme araçları, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılamaz.
- Rutin bulaşıcı hastalık raporlama sisteminde Olay Yönetim Ekibi tarafından değişiklik yapılabilir. Ancak her durumda Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne tam uygunluk sağlanmalıdır.

9.1.1 Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

Acil Müdahale Planı'nın bu bölümünde tüm personelin genel bilgi sahibi olabilmesi için, bilgilerin yalnızca özeti27 ele alınmaktadır:

- HAP Başkanı ve bütün yöneticiler, olay müdahalesi boyunca kayıt tutmalıdır. Bu kayıtlar OYE tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır. Kayıtlar ve formlar temel olarak şu işlevi yerine getirir:
 - Devam eden konuların/sorunların takibini yapmak,
 - Tüm ana eylemlerin, taleplerin ve kararların kaydını tutmak,
 - Devam eden ve karşılaşılmış olan iletişim sorunlarını özetlemek,
 - Olay sonrası izleme değerlendirmede kullanılabilen (yasal inceleme/ölüm vakalarının soruşturulması vb.), olaya müdahaleye ilişkin yasal kayıt tutmak.
- Bir olaya yönelik müdahale sırasındaki tüm eylem, talep ve karar kayıtlarının sorumlu kişi ve ekipler tarafından tutulması ve korunması yasal bir yükümlülüktür.

Bu kişiler:

 - Belirlenen idari görevliler,
 - İdari sorumlu,
 - Güvenlik sorumlusu,
 - Hastane müdürü,
 - Acil servis sorumlusu/Departman/Servis/Birim idari sorumluları,
 - Santral görevlisi vd. olabilir.
- Hastanede kullanılan hastane bilgi yönetim sistemlerinin kullanılmadığı durumlarda daha önceden belirlenen alternatif kayıt sistemi kullanılmalıdır. Belirlenen alternatif kayıt sistemleri HAP'ta belirtilmelidir.

9.1.2 Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Olay Yönetim Ekibi tarafından hazırlanan son durum raporu ve hastane içinde ya da dışında olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmemeli, erken izole edilmelidir. Olay yerindeki konumuyla kanıt arasındaki bağlantı korunmalıdır. İlgili üst kurum tarafından istenilinceye kadar güvenlik izlem odasında muhafaza edilir. Kanıtın alındığı yer ve konumun, kimin tarafından alındığının kaydedilmesi de önemli ve aynı zamanda yasal bir yükümlülüktür. Bu durum, şöyle özetlenebilir: “torbala, etiketle, mühürle ve güvenli hale getir”.

9.2 Hasta Kaydı ve Takibi

Tıbbi bakım, müdahale ve tedavi sunulan her hasta/yaralı ile hastanede ölen ya da hastaneye ulaştırılan ölümlerin kayıtlarının yönetimi:

- Özel formların ve kayıtların kullanımını gerektirir. Örneğin hasta giriş ve hasta dosyası formu (Form 8-9), takip listesi (Form 10), ölüye ilişkin kayıtlar (Form 10-11) ve ilgili prosedür (SOP 17),

- Acil Müdahale Planı etkin (aktive) olduğu sürece, ilgili tüm personel sistemli bir şekilde bu formları ve kayıtları kullanmalıdır,
- Raporlama kurallarına SOP 9’da açıklandığı şekilde kesinlikle uyulmalıdır.

9.3 Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

- Birim sorumlusu tarafından yetki verilmediği sürece, personelin hasta yakınlarına bilgi vermesi yasaktır (hastanede yatan hastaları ziyarete gelen hasta yakınları için genel kural geçerlidir).
- Olay Yönetim Ekibi, hasta yakınlarından gelen soruları/bildirimleri almak için gerekli araçları derhal ve prosedüre (SOP 14) uygun olarak organize eder.
- Olay Yönetim Ekibi gerekli durumlarda hasta yakınlarını bilgilendirmek için hastanenin uygun bir yerine periyodik paylaşımlarda bulunmak için duyuru panoları vb. asabilir.

9.4 Medyayı ve Toplumu Bilgilendirme

- Personel, görevlendirilmediği sürece medyaya herhangi bir bilgi veremez (veya röportaj yapmayı kabul edemez).
- Olay Yönetim Ekibi gerekli izinleri aldıktan sonra medyaya bilgi verebilir.
- Olay Yönetim Ekibi basına bilgi verme konusunda resmi sözcüler görevlendirebilir.
- Medya çalışanları, yetkilendirilmedikleri sürece, hastaneye serbestçe giremez ve herhangi bir yeri ziyaret edemezler; hastane Halkla İlişkiler Sorumlusu, HAP Başkanı ziyaret izni verdiği takdirde medya çalışanlarına eşlik etmeli ve medya çalışanları görev yeleği giymelidir.
- Toplumu bilgilendirmek gereken durumlarda hastane web sayfası, hastane dışı / içi pano, afiş ve benzer yöntemler kullanılarak toplumla paylaşımak istenilen bilgiler topluma sunulur. Söz konusu bilgilerin medya aracılığı ile iletilmesi durumunda yukardaki medya bilgilendirmesi ile ilgili maddeler uygulanmalıdır.

9.5 Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

- Olay Yönetim Ekibi, gerekli verileri toplaması ve işlemesi için bir ekip veya bir kişi görevlendirir.
- Özellikle insandan insana bulaşarak epidemiyeye dönüşme ihtimali olan bulaşıcı hastalıklar ve pandemi vakaları, Olaya Özel Plan’da ele alınır.
- Hastaların hastaneyle ilk temas noktası olan alanlarda çalışan özellikli personel, beklenmeyen bulaşıcı hastalık vakası, zehirlenme ya da kontamine hastalar gibi diğer acil durumlarda derhal Birim Sorumlu- sunu ve Olay Yönetim Ekibini bilgilendirmelidir.

9.6 Durum Raporları

- Raporlama yükümlülüğü olan herkesin, durum raporlarını düzenli hazırlaması gerekir. Bu raporlar, yönetim zincirinde yer alan bir sonraki kontrol düzeyi, harici katılımcı kurumlar ve ilgili paydaşlar bakımından özellikle önemlidir. Sağlık Bakanlığı, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.
- Olay Yönetim Ekibi, çeşitli birimlerden gerekli bilgileri sağlayacak, raporlama sıklığı ve rapor verilecek kişileri, kullanılması gereken form ve kayıtları, toplanması gereken verileri ve bu verilerin kim tarafından toplanacağını, işleme mekanizmalarını belirleyecektir.
- Durum raporu başlıca şu başlıkları içermelidir:
 - Olayın tarifi (özet),
 - Kaynak talebi ve kaynakların kullanılabilirliği,
 - Hazırlık tarihi/zamanı,
 - Oluşan veya beklenen riskler,
 - Mevcut sorunlar ve olay eylem planları,
 - Yatakların kullanılabilirliği, personel tedarik durumu,
 - İletişim bilgileri,
 - Raporlama yapan kişinin imzası ve adı-soyadı.

9.7 Personel Brifingi

- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı vb. durumlarla ilgili yeterli bilgi verilecektir.

- Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine görevlendirilmişler ise) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verilecektir.
- Olay süresince personel hastaneye ve/veya departmana uygun yöntemler ile süreç hakkında periyodik olarak bilgilendirilmelidir.

Göreve Gelen Personel Kayıt Formu ve Alanda Görevlendirilen Personel Formu doldurulmalıdır

10. GÜVENLİK VE EMNİYET

10.1 Hastaneye Ulaşım

- Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle beraber, hastane alanı güvenli hale getirilir ve erişim yalnızca yetkili personel ve araçlarla sınırlandırılır. Gerekli prosedürlerin uygulanması için "güvenlik"ten sorumlu personele Olay Yönetim Ekibi tarafından talimat verilir.
- Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personel, hastane içinde servislerine erişmek için belirtilen yolları takip etmelidir. Bu personel görevli personel formuna (Form 17) kayıt edilir.
- Trafik akışını rahatlatmak üzere, hastanede çalışan personelin arabalarını çekmeleri talep edilebilir, personel, arabalarını yasak alana park etmemelidir.
- Personel, yaka kartlarını her zaman yanında taşımalıdır.
- Asansör erişimi, öncelikli olarak hastaların ulaşımı için kullanılmalıdır.
- Medya çalışanları, güvenlik görevlileri tarafından Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan basın-medya alanına yönlendirilir.
- Hasta yakınları ve aile fertleri, güvenlik görevlileri tarafından Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan hasta yakınları ve aile alanına yönlendirilir.
- Ayaktan tedavi faaliyetlerinin bir bölümü geçici bir süreliğine askıya alınabileceği için, Ayaktan Tedavi Bölümü'ne gelen hastaların tümü, bölümlerin kullanılabilirliği hakkında bilgi alabilecekleri karşılama/ yönlendirme personeli tarafından yönlendirilir. Yaralı sayısının çok olduğu durumlarda, Ayaktan Tedavi Bölümü hafif yaralı kişilere bakım sunmak için kullanılabileceğinden rutin hizmetleri sunamayabilir. Olay Yönetim Ekibi kararı ile Ayaktan Tedavi Bölümü personelinin işbölümü de yeniden yapılabilir.
- Afet bölgesinden kendi imkanlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan hastane afet triyaj alanına yönlendirilecektir.

10.2 Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

- Trafik akışı, prosedüre (SOP 15) uygun olarak güvenlik personeli tarafından organize edilir. Yalnızca hasta veya önemli malzeme taşıyan araçlar, hastanenin sınırlandırılmış alanına girmek üzere kabul edilecektir. Hasta getiren ambulanslar, güvenlik personeli tarafından uygun şekilde işaretlenmiş hasta kabul alanlarına yönlendirilecektir.
- Tahliye, taburcu veya sevk için hastaları almaya gelen aile fertleri ve/veya araçlar, Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan taburcu hastaları araçlara bindirmek için ayrılmış özel alana yönlendirilecektir.
- Hastaneye erişim yolunun daima açık olmasını sağlamak üzere, gerekli görüldüğü durumlarda Olay Yönetim Ekibi kolluk gücünden yardım talep edecektir.
- Personellerin yönlendirilmesinde hastane içi trafik akışını engellemek için acil giriş ve ana giriş kapısı kullanılmaz, başhekimlik girişinden sağlanır.

10.3 Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı

Önemli ekipmanın bakımı, onarımı ile ilgili temel sorunların bu bölümde de ele alınması önerilir:

- Ekipman ve malzemelerin bakımından sorumlu personelle, önceden belirlenen acil haberleşme yoluyla irtibat kurulabilir. Söz konusu personel, hizmet sunumunda kesinti yaşanmaması için hangi prosedürlerin hangi sırayla uygulanacağına dair Olay Yönetim Ekibi'nden talimat alır. Ekipman ve malzemenin sorumlu personel, ilgili prosedür ve İş Akış Talimatı'na göre çalışır, ilgili form ve kayıtları kullanarak rapor verir.
- Yeniden tedarik veya onarım gibi konularda hastane dışı yardım gerekli olduğunda, etkinliğin ve güvenliğin her durumda sağlanması için güvenlik personeli, bakım personeliyle iş birliği yapar ve Olay Yönetim Ekibi'ni bilgilendirir.

11. LOJİSTİK VE MALZEMELER

11.1 Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)

- Lojistik yönetimi, malzemeleri ve hizmetleri içerir. Olay Yönetim Ekibi, lojistik ile ilgili talep ve bilgileri bir merkezde toplar.
- Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde tüm hastane personeli, lojistik yönetimi için, Plan'ın ilgili bölümlerinde açıklanan prosedür, kayıt ve formları kullanmalıdır.
- İlk değerlendirme mümkün olan en kısa süre içerisinde yapılır. Bu değerlendirme kilit öğelerin ve temel kaynakların mevcudiyetine ilişkin olmalıdır. Bu nedenle, her Departman/Servis/Birim sorumlusu, takviye veya yeniden tedarik için zamanında talepte bulunmalıdır.
- Tıbbi malzeme, ekipman, ilaç vb. talepler için, ilgili rutin talep formlarının kullanılmadığı durumlarda afet ve acil durumlar için geliştirilen formlar kullanılmalıdır.
- İlgili kayıtlar ve formlar sürekli güncel tutulmalıdır.
- Bilgi paylaşımı son derece önemlidir. Bu nedenle raporlamada ilgili SOP ve İş Akış Talimatlarına mutlak uyulmalıdır.
- Azami sayıda hastanın tıbbi bakım hizmetini yeterli düzeyde almasını sağlamak için, tıbbi malzemelerin ve ekipmanın mümkün olduğunca makul ve ekonomik bir şekilde kullanılmasına dikkat edilmelidir.

11.2 Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

- Etkin lojistik yönetimi için türü ne olursa olsun dışarıdan kaynak talep etme yetkisi Olay Yönetim Ekibi'ndedir. Olay Yönetim Ekibi gerekli durumlarda bu yetkiyi kısmen farklı bölümlere verebilir.
- Olağan süreçte birimlerde kullanılanlardan ziyade, özel veya ekstra malzemelere (örneğin, ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) yönelik tüm talepler, malzemelerin sağlanması konusundaki önceliklerle ilgili karar vermek için, Olay Yönetim Ekibi'ne iletilmelidir.
- Olağan süreçlerde kullanılan ilaç, sarf malzemesi vb. malzemelerin dışında talep edilecek malzemelerin önceliklendirilmesi Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılmalıdır.

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

12.1 Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Afet ve acil durumların ardından hastanelerde yürütülecek psikososyal desteğin temel amacı afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve hastanelerin afetlerden önce ve sonra yürütülecek "psikososyal müdahale ve destek" kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.
- Psikososyal destek hizmetleri sorumlusu hastanede görevli psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı arasından seçilmelidir. Bu meslek gruplarının hastanede olmaması durumunda Olay Yönetim Ekibi tarafından başka bir kişi görevlendirilmelidir.
- Psikososyal destek personeli, afetlerin bireyler ve toplum üzerindeki psikolojik etkilerine ve temel psikolojik travma bilgisine hakim olmalıdır. Genel bir prensip olarak psikososyal destek personeli, kendisini, sağlık personelinin, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik belirtilerini gözlemleyerek takip edebilmelidir.
- Mevcut personelin psikolojik travma ve psikososyal destek konusunda yeterli bilgisinin olmaması durumunda, afet öncesinde eğitim desteği sağlanmalıdır. Hazırlık ve zarar azaltma safhasında hastane içinde psikososyal destek merkezi olarak hizmet verecek ünitenin kurulacağı yer belirlenmeli ve hastane krokisinde belirtilmelidir. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle mutlaka Psikososyal Destek Ünitesi'nin oluşturulması sağlanmalıdır.
 - Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmalıdır:
 - Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek,
 - Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek,
 - Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları.
 - Psikososyal destek hizmetlerinin kapsamı psikolojik triyaj, psikososyal risk ve ihtiyaç analizi, psikolojik ilk yardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları, psikoeğitim çalışmaları, takip ve sevk ve ilgili diğer konulardır.

12.1.1. Psikolojik Triyaj

Afet ve acil durumlarda insanların toplu olarak bulundukları yerlerde ruh sağlığı ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi ve psikolojik triyaj yapılması psikolojik desteğe ihtiyacı olanların hızla yönlendirilmesine ve hayatın normalleşmesine katkı sağlamaktadır. Psikolojik triyaj özellikle afetlerde hastanelere başvuran hastaların psikolojik ihtiyaçlarının ve önceliklerinin hızlı şekilde değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Psikolojik triyaj yaklaşımında kişilerin riskli bir psikolojik durumda olup olmadıkları belirlenirken, öncelikle kişinin kendine veya bir başkasına zarar verme riski değerlendirilmektedir. Ajitasyona veya eksitasyona meyilli kişiler ile intihara meyilli veya kendine zarar verme eğiliminde olan kişiler öncelikle yönlendirilmesi gereken grupta yer almaktadır. Afettede ajitasyona ve eksitasyona meyilli ise mutlaka güvenlik desteği aranmalı ve istenmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken her ajite veya eksite davranışın psikolojik bir rahatsızlıkla ilişkili olmayabileceğidir (bazı agresif davranışların hipoglisemi, deliryum, beyin hasarı veya madde etkisi vb. gibi organik rahatsızlıklarla da ortaya çıkabildiği unutulmamalıdır).

Psikolojik triyaj değerlendirmesi 4 ana başlıkla yapılmaktadır:

1. Dış görünümün Değerlendirilmesi: Hastanın nasıl görüldüğü değerlendirilmektedir. Örneğin hastanın dağınık, bakımsız, iyi görünümlü, mevsime uygun giyinip giyinmediği değerlendirilmektedir.
2. Duygulanımın Değerlendirilmesi: Duygulanımı düz, hüzünlü, ağlamaklı, stresli veya kaygılı olup olmadığı, duygu dışavurumlarının hızla değişip değişmediği, duygulanımının söylediği şeylerle örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmektedir.
3. Tutumların Değerlendirilmesi: Hastanın aşırı huzursuz, ürkek, garip, tuhaf veya kestirilemez eylemleri değerlendirilmektedir. Aynı zamanda oryante ve koopere olup olmadığı, tepkileri, düşmanca tavırlar sergileyip sergilememesi de öncelikli değerlendirme kriterleri arasındadır.
4. Konuşmanın Değerlendirilmesi: Hastanın nasıl konuştuğu, konuşmasının anlamlı, hızlı, tekrarlı, yavaş, kesintisiz, fısıldayarak, bağırarak veya sessiz olup olmadığı, müstehcen bir dil kullanıp kullanmadığı, cümlelerin ortasında durması gibi kriterler değerlendirilmektedir.

Psikolojik triyaj, AMP'nin aktivasyonu ile birlikte, hasta karşılama, tıbbi triyaj, bekleme alanları gibi hastaların gruplar halinde bekledikleri alanlarda, eğitimini alan başta psikososyal destek ekibi olmak üzere, gerektiğinde eğitimini alan tüm sağlık çalışanları tarafından uygulanmaya başlanabilir. Psikolojik triyajın tek seferlik bir uygulama olmadığı ve hasta, hasta yakını ve çalışanlarla ilgili tekrar tekrar psikolojik triyaj yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

12.2 Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

- Afet ve acil durum öncesinde hastanedeki tüm personele psikososyal ihtiyaç ve psikososyal risk analizi yapılması önemlidir. Bu amaçla, eklerde yer alan form (Form 31) kullanılabilir.
- Afet ve acil durum halinde görev yapacak personelin ihtiyaçlarıyla ilgili HAP Başkanı ile sürekli iletişim halinde olunmalı ve gerektiğinde sağlık personeline psikososyal destek sunulmalıdır. Sağlık personeline psikososyal desteğin temelinde öncelikle görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak yer almalıdır. Tüm personel ve yakınlarına psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütülmelidir.
- Sağlık personelinin psikososyal risk ve psikososyal ihtiyaçlarına göre (yalnız yaşamak, engeli bulunmak vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir.
- Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan sağlık personeli tespit edilerek doğrudan sağlık personeline veya yakınlarına yönelik psikososyal destek planlaması yapılmalı, gerektiğinde diğer kurumlarla iş birliği sağlanmalıdır.

- Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla psikolojik bilgilendirme ve psikoeğitim çalışmalarına hastanedeki tüm personel dahil edilmelidir.
- Afet ve acil durum sonrasında sağlık personelinin normal aktivitelerine geri dönmelerine yardımcı olacak paylaşım grupları ile sosyal faaliyetlerin düzenli olarak yerine getirilmesi desteklenmelidir. Sağlık personelinin çocuklarına yönelik kreş faaliyetlerinin düzenlenmesi önem taşımaktadır.
- Psikososyal destek sunulan ve takip edilen vakaların kayıt ve takibinde standart kayıt prosedürlerinin aynı şekilde uygulanması için gerekli önlemler alınmalıdır.

12.3 Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek

- Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yürütülecek psikososyal destek, afet ve acil durum sonrasında hasta- neden sağlık hizmeti almak üzere başvuranlara yönelik olarak yürütülecektir.
- Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanı'na yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır. Psikososyal Destek Ünitesi'nin görünür ve ulaşılabilir olması için önlemlerin alınması önerilmektedir.
- Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölülerin kimliğini belirlemek için veya kayıp aramak için hastaneye başvuran ailelere psikososyal destek sunulmalıdır.
- Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için gereken ilaçların teminine yönelik önlemler alınmalı ve gerektiğinde hastaların sevkı sağlanmalıdır.
- Hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölülerin kimliğini belirlemek için gelen ailelere uzun süreli psikososyal destek ihtiyacı doğduğunda paydaş kurumlarla iş birliği ve sevk çalışmalarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- Psikososyal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulmalıdır.

12.4 Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

- Hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına göre (kayıp, kimliği belirlenemeyen, kimsesi olmayan, engeli bulunan vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir. Afet ve acil durumlarda yürütülecek sosyal hizmet uygulamaları, AMP aktivasyonu sonlanana kadar Psikososyal Destek Ünitesi kapsamında uygulamalarını yürütmelidir.
- Afet ve acil durumlardan etkilenecek hastaneye başvuran engelli, kimsesiz, yoksul, kimliği belirlenemeyen veya afetin doğası gereği oluşabilecek psikososyal riski yüksek bireylerin afet ve acil durumlar halinde hastanelere başvuruda bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- HAP çerçevesinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz iş birliği ve koordinasyon çalışması yürütülerek, kurumlar arası iş birliği protokolleri düzenlenebilir.
- Afetlerden önce sağlık personeline verilecek eğitim konuları içinde mutlaka "Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları" konusu yer almalı ve tüm personel bilgilendirilmelidir.
- Afetlerden sonra yürütülecek sosyal hizmet uygulamalarının kayıt altına alınması ile ilgili gerekli tüm tedbirlerin alınması önemlidir.

alınması önemlidir.

Psikososyal Asil Destek Ekibi		
Prof.Dr. Nesim KUĞU (Ruh ve Sinir Hastalıkları Uzmanı)	Sağlık personeline yönelik psikolojik destek	Hasta ve Yakınlarına Psikolojik destek

Sevde Nur TORUN (Sosyal Çalışmacı)	Afet ve Acil Durum Sonrası Psikosyal Destek	Afet ve Acil Durum Sonrası Aile Sosyal Hizmetler İl müdürlükleri Kobine çalışmacı ve Kimlik Tespiti

Psikososyal Yedek Destek Ekibi		
Dr. Öğrt. Üyesi Yavuz YILMAZ (Ruh ve Sinir Hastalıkları Uzmanı)	Sağlık personeline yönelik psikolojik destek	Hasta ve Yakınlarına Psikolojik destek
Serkan BOLAT (Sosyal Çalışmacı)	Afet ve Acil Durum Sonrası Psikosyal Destek	Afet ve Acil Durum Sonrası Aile Sosyal Hizmetler İl müdürlükleri Kobine çalışmacı ve Kimlik Tespiti

13. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER

13.1 Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

- Hastaneler genel prensip olarak geçici morg işlevi görmemelidir. Bu nedenle öncelikle afet ve acil durumlar öncesinde ölümlerin hastaneye transfer edilmemesi için gerekli yerel koordinasyon ve iş birliği çalışmaları yürütülmelidir.
- Hastanede ölenlerin sayısının, hastanenin olağan ölü muhafaza kapasitesinden fazla olduğu durumlarda; ölümlerin Belediye veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nün belirlediği geçici morga transfer edilemediği durumlarda, hastanede geçici morg işlevi görececek bir alan açılmalıdır.
- Hastane, ölümlerin kimliğinin tespit edilmesine ve kayıpların aranmasına aktif bir şekilde katkıda bulunmalıdır.
- Ölümlerin muhafazası için ceset torbası bulundurmak üzere hazırlık yapılmalıdır.
- Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.

13.2 Hastanedeki Geçici Morg Alanı

- Gerekli olması halinde, hastanede geçici morg işlevi görmesi için uygun bir yer belirlenir. Geçici morg alanı OYE'nin kararı ile açılır.
- Alan, ilgili prosedüre tamamen uygun olarak işaretlerle belirtilir, güvenli hale getirilir ve yönetilir.

13.3 Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı

- Kitlesel ölümlerin yaşandığı her türlü durumda kayıp insanlar olmaktadır. Hastane, tüm yatan hastalara yönelik uygun bilgi sağlayarak kayıp kişilerin yönetimine katkıda bulunmalıdır.
- Hastane ölümlerin kimliklendirilmesi ve transfer edilmesi sürecinde, ilgili kurumlarla (İl Emniyet Mü- durlüğü, İl Müftülüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz iş birliği sağlamalıdır. Bunun için afet ve acil durum öncesinde iş birliği çalışmaları yürütülmeli ve gerektiğinde karşılıklı işbirli protokolleri düzenlenmelidir. İş birliği protokolleri ekte mevcuttur.
- Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından belirlenir. Ölü ve kayıpların takibi için formlar (Form 11-12) kullanılır.
- Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölümlerin tamamı triyaj kartı ile kimliklendirilmelidir. Bunun için triyaj kodu verme, fotoğraflama, eşgal yazma, DNA, parmak izi vb. (kolluk kuvvetlerinin resmi isteği üzerine) işlemler yerine getirilir.
- Hasta yakınlarının ölümlerin kimliğini tespit edebilmesi amacıyla uygun bir alan, tespit alanı olarak belirlenmelidir. Bu alan hasta yakınlarının birçok cansız bedeni görmek zorunda kalmayacakları şekilde organize edilmelidir.
- Psikososyal destek ekibi görsel teşhis sürecinde hasta yakınlarına eşlik ederek gerektiğinde psikososyal destek sunmalıdır.

- İlde Cumhuriyet Başsavcılığı'nın onayı olmadan, ölümlerin yakınlarına verilmesine izin verilmeyecektir.
- Kimliği belirlenemeyen kişiler için ilgili kurumlara bildirim yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON

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

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

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

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

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

Afet ve acil durum sonrası hastanelerin rutin işleyişe dönmesinde öncelik taşıyan konular:

1. Tıbbi kapasite artışının sonlandırılması

- İyileştirme planlaması yapılırken, tıbbi kapasite artışının sonlandırılma kararı yoğun hasta bakım hizmeti azaldığı takdirde verilmelidir.
- Olay esnasında kullanılan ilave ekipman, malzeme ve ilaçlar olay öncesi normal seviyelerine mümkün olan en kısa sürede dönmelidir.

- Müdahale esnasında görevlendirilen ek personel sayısı, ihtiyaç duyulan hasta bakım hizmetlerinde ve destek hizmet alanlarında azaltılmaz.

2. Personelin korunması ve desteklenmesine yönelik önlemler

- Acil durum öncesi, sırası ve sonrasında iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin ve afet güvenliğinin gerektirdiği ek önlemlerin eksiksiz uygulanması çok önemlidir.
- Kişisel koruyucu kıyafet ve ekipman kullanan personelin tıbbi takibi yapılmalıdır. Ayrıca söz konusu personele olası semptom ve bulgularla ilgili bilgi verilmelidir.
- Görev esnasında hastalanan veya yaralanan personelin maddi, psikolojik, tıbbi bakım ve barınma vb. konuları yönetim tarafından desteklenmelidir.
- Görev esnasında hayatını kaybeden personel için önceden yapılmış planlamaların uygulanması takip edilmelidir.
- Hastalanan veya hayatını kaybeden personel olması halinde, iş arkadaşlarının da bu durumdan kısa ve uzun sürede olumsuz etkilenebileceği düşünülerek gerekli önlemler alınmalıdır.
- Acil durum sona erdiğinde müdahale evresinde görev yapan hastane personeline ve gönüllülere yönetim tarafından paylaşım ve geribildirim yapılmalıdır. Ayrıca motivasyonu artıran düzenlemeler (teşekkür belgesi vb.) yapılabilir.
- Afet ve acil durumlarda görev yapan personelin işle ilgili tehlike algısı ve ailelerine yönelik endişeleri olay sırasında veya sonrasında işe devamsızlık hatta istifa ile sonuçlanabilmektedir. Bu kapsamda personelle düzenli, etkili bir iletişim/etkileşim kurulması; personel, personel ailesi ve gönüllülere psikososyal destek verilmesi önemlidir.

3. Mevcut durum bilgisi ve hasar tespit çalışmaları

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

- Operasyonel durum (Departman/Servis/Birim aktif, yarı aktif, aktif değil)
- Personel durumu
- Fiziki alan ve ekipman hasarı
- Haberleşme ve bilgi teknolojileri sistemlerinde kesilme/aksama
- Acil ve uzun dönem ihtiyaçları (tıbbi ve diğer)
- Departman, servis ve birim fonksiyonlarının rutin işleyişe dönüşü için tahmini süre

4. Etkilenen ve etkilenmeyen alanların değerlendirilmesi

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

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

- Etkilenmeyen alanlar

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

- Etkilenen alanlar

- Etkilenen alanlara girişin güvenli olduğu ilgili resmi kurumlar tarafından teyit edildikten sonra hastane içinde gerekli faaliyet ve işlemlere başlanır. Süreç Operasyon Şefi tarafından Tıbbi Bakım ve Altyapı Sorumluları ile birlikte yürütülür.
- Afet ve acil durum nedeniyle hastanenin fiziksel yapısı farklı düzeylerde etkilenebilir, bu durumda, öncelikle tüm hasta bakım alanları ve ekipmanı baştan sona temizlenir ve kontrol edilir. Bu süreç etkilenecek alana bağlı olarak zaman alıcı ve maliyetli olabilir. Afet/acil durumdan etkilenecek alanlarda temizlik işlemleri mevcut temizlik personeli ile yapılabilir. İyileştirme süresini kısaltmak amacıyla ihtiyaç halinde dışarıdan hizmet alımı ile temizlik gerçekleştirilir.
- Tehlikeli maddelerle ilgili veya biyolojik olaylarda temizlik hizmetleri özel temizlik ajanları ve prosedürleri gerektirir. Yetkili firmalardan hizmet alımı yapılabilir. Dekontaminasyon sonrası toplanan atık su dahil tüm tehlikeli atıkların imhası uygun şekilde yapılmalıdır. Tehlikeli Madde Sorumlusu ve Altyapı Sorumlusu süreci koordine eder.
- Temizliği ve işlemleri tamamlanmış malzeme, güvenlik önlemlerine dikkat edilerek, yeniden düzenlenmiş yerlerine yerleştirilmelidir. Her birimde yapılacak kapsamlı değerlendirme ile faaliyetin yeniden başlayabilmesi ya da sürdürülebilmesi için gerekli hizmet ve ekipmanın durumu ve seçenekler (örneğin, ek personel, yer vb.) ayrıntılı olarak belirlenmelidir.

5. Uygulamaların kayıt altına alınması

- Afet sonrası iyileştirme uygulamaları ile ilgili olarak Kılavuz'un hastane afet ve acil durum yönetim sisteminin anlatıldığı İkinci Bölümde Görev Tanımları (md. 2.2) başlığı altında ve izleyen diğer madde başlıkları (örneğin, Psikososyal Destek Faaliyetleri/Bölüm 2, md. 12) altında müdahalenin yanı sıra afet/ acil durum sonrası iyileştirme görevleri ve uygulamalarıyla ilgili bilgiler de yer almaktadır. Bu uygulamalar faaliyeti gerçekleştiren, ilgili bölüm tarafından kayıt altına alınmalıdır.
- Afet ve acil durumların iyileştirme evresinde görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması, gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, muhasebe raporlarının düzenlenmesi, ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi, hastane restorasyon giderleri, ekipman ve teçhizat tamiri/ alımı Finans bölümü tarafından yapılır.
- Afet ve acil durum sonrasında, yaşanan deneyimden edinilen dersler göz önünde tutularak müdahale ve müdahalenin dayandığı önceki hazırlık aşamaları Yönetim ve birimler tarafından gözden geçirilir, kapsamlı biçimde incelenir, eksikler giderilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLANLAR

1.GİRİŞ

Acil müdahale planlamaları ve müdahaleye yönelik hazırlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde temel bileşenler arasında yer almaktadırlar. HAP kapsamında Acil Müdahale Planı (AMP) mevcut, yeni ve potansiyel tüm afet tehlikelerini dikkate alan risk değerlendirmesine dayanır; afet ve acil durumlara yönelik temel ve bütüncül bir yaklaşımdır. Hastane AMP ağırlıklı olarak kitlesel yaralanmalı, sağlık hizmeti imkan ve kapasitesini zorlayabilecek ya da sekteye uğratabilecek ölçek ve etkide, her türlü harici (dış) olaylara genel müdahaleye yöneliktir. Ancak afet ve acil durum müdahalesine yönelik hazırlıkların aynı zamanda hastane içinde meydana gelebilecek dahili (iç) acil durumlar ve özel durumları da kapsamı zorunludur. Olaya Özel Planlar bu çerçevede özellikle yüksek risk grubundaki olaylara karşı ve afet türüne göre spesifik müdahalenin geliştirilmesi ihtiyacına dayanmaktadır. Olaya Özel Plan konusu olan acil durumlar özel prosedür, sistem, özel eğitilmiş ekip, ekipman ve beceri gerektiren durumlardır.

Olaya Özel Plan hazırlığı, afet ve acil durumlara müdahalede hazırlık süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Olaya Özel Plan hazırlığı, aynı zamanda, hastanelerin acil önceliklerinin tespit edilmesi için önemli bir fırsattır. Olaya Özel Plan mevcut ve olması gereken kaynaklara göre ne yapılabileceğini tartışmaktadır. Örneğin, bir kimyasal olay ile ilgili Olaya Özel Plan'da, eğer koruyucu ekipman mevcut değilse personelin koruyucu ekipman kullanmasından bahsedilemeyecek ve bu eksikliğin giderilmesi gündeme gelecektir.

Olaya Özel Plan yaklaşımı, üç grup plan ve uygulamayla bütünlük içerisinde ele alınmalıdır: 1) Olayın seyrine, gidişata göre gerçekleştirilecek Olay Eylem Planı, 2) İş Sürekliliği prosedür ve uygulamaları, 3) Olay sonrası iyileştirme plan ve uygulamaları.

Kılavuz'da Olaya Özel Plan ile ilgili yaklaşım ve bilgiler beş olay başlığı altında örneklenmektedir: Yangın, Kimyasal Olay, Tahliye Gerektiren Durumlar, İş Sürekliliğinde Kesinti, Pandemi. Olaya Özel Planların aynı zamanda birbiriyle bağlantıları da belirtilmektedir.

2.HASTANE İÇİ YANGIN OLAYA ÖZEL PLANI

Hastanelerde yangın durumları en sık rastlanan acil durumlardır. Bu planın amacı çalışanlara yangın söndürücülerin neredede olduğunu, yangınla nasıl mücadele edileceğini, tahliyenin nasıl başlatılacağını ve itfaiye ile nasıl iş birliği yapılması gerektiğini bildirmektir. Bu plan yangın ile ilgili eğitimlerde kullanılıp, tüm personelin söz konusu planı okuması sağlanmalıdır.

2.1.Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)

✓ Hastanede bina içi yangınlarda 0110 hastane içi dahili numara yangının türünü ve yerini bildirin.

Yangın Türleri;

A Sınıfı Yangınlar: Alevli ve korlu yanabilen katı madde yangınlarıdır. Söndürme prensibi soğutma veya yanıcı maddenin uzaklaştırılmasıdır. (Ör: Odun, kömür, kağıt, rulo kumaş, rulo kağıt, kauçuk, plastik vb.)

B Sınıfı Yangınlar: Yanabilen sıvılar bu sınıfa girer. Söndürme prensibi soğutma (sis halinde su), köpük ve boğma ile söndürülebilir.(benzin, mazot, gazyağı, alkol, tiner, makine yağları, laklar, yağlı boyalar, solvent vb)

C Sınıfı Yangınlar: Yanabilen gazların sebep olduğu yangınlardır. C sınıfı yangınlar alevlidir ve patlama şeklinde büyük yangınlara sebep olurlar. Söndürme prensibi gazı kaynağından kesme, (Kuru Kimyevi Toz) KKT, CO2,kaçak ve sızıntıda ortam havalandırılmalıdır. (Ör. LPG, doğalgaz, metan, propan, asetilen, hidrojen vb.)

D Sınıfı Yangınlar: Yanabilen hafif metallerin ve alaşımların yanmasıyla meydana gelir. D sınıfı yangınlara karşı Su, CO2, KKT kullanılmaz. Söndürme prensibi ısıyı emebilen kuru kum, toprak, döküm talaşı hafif metal söndürme tozu (d tozu) (ÖR :Magnezyum, alüminyum, sodyum, potasyum, lityum ve bunlarla karışımli maddeler).

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

- ✓ Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- ✓ Yangın süresince, alarmla ilgili arama/görüşmelerin dışında tüm telefon konuşmalarını derhal sonlandırın.
- ✓ Sizin için tehlike arz etmiyorsa, kendi güvenliğinizi sağladıktan sonra:
- ✓ Doğrudan tehlikede olanları kurtarın ve kapıları kapatarak yangını/dumanı izole edin.
- ✓ Yangından etkilenen ve riskli olan alanlardaki tüm oksijen kaynaklarını ve elektrikli ekipmanı hasta güvenliğini sağladıktan sonra kapatın ve mümkünse izole edin.
- ✓ Yangını söndürmeye çalışın; yangın kontrol altına alınamıyorsa zaman kaybetmeyin, tahliye başlatın (bkz:Tesisahliye Planı), binayı boşaltın.
- ✓ Alanın güvenliğinden sorumlu kişinin vereceği talimatları izleyin.
- ✓ Tüm sağlık personeli (yöneticiler dahil) ve destek personel güvenlik sorumlularının talimatlarını izlemeli ve kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmamalıdır.
- ✓ Yangın sırasında giysileriniz alev alırsa, Dur, Yat, Yuvarlan prensibini uygulayın. Paniğe kapılmayın ve koşmayın, alev büyür. Hemen, nispeten tehlikesiz bir yerde durun ve üzerinizde yanan kısım yere gelecek şekilde yere yatın.
- ✓ Alevlerden kurtuluncaya kadar yuvarlanın. Karşınızdakinin giysisi alev alırsa, aynı şekilde durdurun, yatırın/düşürün, yuvarlanmasını sağladıktan sonra alevli, dumanlı yerden uzaklaştırıp sağlık müdahalesinde bulunun (yangın söndürücü battaniye kullanılabilir).
- ✓ Yangına müdahale **Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç prensibine** dayalıdır.
- ✓ **Alarm Ver** :Hemen bakım sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (güvenlik amiri, birim sorumlusu vb).
- ✓ **Kurtar** :Personel, yangının başladığı oda ve bitişik odalardan hastaları çıkarma ve yangınla mücadele etmeye yardımcı olur.
- ✓ Tüm hastalar dumansız bir alana tahliye edilinceye kadar ilk kurtarılan hastalar en yakın güvenli yangın kapısının hemen dışına taşınır. Zaman alıcı ve kargaşaya neden olabilecek merdivenleri kullanarak boşaltma yöntemi yerine, yatay tahliye tercih edilebilir.
- ✓ Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir. Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- ✓ Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye, pike vb. verilmelidir.
- ✓ Boşaltılan odanın/alanın görsel ve sesli taramasından sonra, odanın içinde kimsenin olmadığından emin olunduktan sonra odanın/alanın girişi/kapısı X işareti ile işaretlenmelidir. Tahliyeden sonra hastaların yönlerini şaşırtarak tekrar aynı birime girmelerini engelleyebilmek için bu işaretler güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde yazılı olmalıdır.
- ✓ Bulunamayan hastalar için dolapların içi, yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.
- ✓ **Kontrol Altına Al :**
- ✓ Yangınla mücadele profesyonel yardım ulaşıncaya kadar Yangın başlangıç yangını ise yangın söndürücü tüpler ile ilk müdahaleyi yapınız.(İlk 1-2 dk içerisinde)
- ✓ Eğitim almamış personel taşınabilir yangın söndürücüler veya yangın dolaplarını kullanarak yangına müdahale etmemelidir.
- ✓ Alevler kontrol altına alınamadığında yangınla mücadele etmeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir. Yangının meydana geldiği odanın kapı ve pencerelerini kapatarak yangını kontrol altına alınmalıdır.
- ✓ Tıbbi gaz vanaları ve havalandırma sistemi kapatılmalıdır. Kapılar tekrar açılmamalı, böylece yangının odadaki oksijeni tüketerek sınırlı kalması sağlanmalıdır. Kapıyı açmak içeriye doğru ani bir hava akışına sebep olabilir, bu da oksijensiz kalmış aşırı sıcak gazların alev almasına yol açar. Bu durum, koridora alev topu şeklinde yayılacak bir patlamaya neden olabilir.
- ✓ Elektrik ve oksijen vanaları kapatılmalı, tehlikeli maddeler bölümden uzaklaştırılmalıdır.
- ✓ Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirlidir.

- ✓ Tutuşabilir maddeler ve malzeme alandan uzaklaştırılmalıdır.
- ✓ **Tahliye Et / Kaç:**
- ✓ Hastanenin alanlarında her zaman yangına müdahale için eğitimli personel bulunur. Yangın halinde güvenlik personeli olay yerinde bulunur ve yangın bölgesinin güvenliğini düzenler.
- ✓ Tahliye yapılacaksa, tahliye haritaları/krokilerine uyulmalıdır.
- ✓ Tehlikenin geliştiği alandaki hastaları başka bir alana tahliye ediniz. Bunu yaparken asansörlerin ve merdivenlerin kullanılmasını engelleyiniz. Acil çıkış kapılarını kullanınız.
- ✓ Hastaların kendi başlarına hareket etmesi engellenmeli, personel eşliğinde çıkarılacakları ve panik yapmamaları konusunda uyarılmalıdır.
- ✓ Yangın bir bölümdeki hastaların tahliye edilmesini imkansız hale getirebilir, bu durumda hastalar odalarında tutulmalıdır. Tüm kapı ve pencereler kapatılmalı (Kapı Altına ıslak çarşaf konulabilir)ve koridorda, itfaiye ekiplerinin kurtarma işlemlerini zorlaştırabilecek olan engeller kaldırılmalıdır. Bu durumda personel kendi servisinin dışından veya tam donanımlı itfaiye ekiplerinden gelecek yardımı beklemelidir.
- ✓ Binadan çıkış olanaksızsa, yatak altlarına dolaplara saklanılmamalı, pencereden dışarıdakilerle iletişim kurulmaya çalışılmalıdır,
- ✓ Dumandan boğulmamak için yardım gelene kadar eğilerek hareket edilmeli, ağız ve burun ıslak bez ya da mendille kapatılarak nefes alınmalıdır,
- ✓ İtfaiye ekipleri olay yerine ulaştığında onların çalışmalarını zorlaştıracak müdahalelerden kaçınınız.
- ✓ Bunları yaparken kendinizi ve başkalarını tehlikeye atmayınız,
- ✓ Görevlilerden başkasının yangın sahasına girmesine mani olunuz,
- ✓ Yaşam fonksiyonları tıbbi cihazlarla sağlanan hastaların yaşam bulgularının devamı için gereken tıbbi tekniklerinin kullanılmasını sağlayınız.
- ✓ Binada bulunan yangın ve acil durum mücadele ekiplerinin uyarılması ve itfaiyeye haber verilmesi için sesli ve ışıklı uyarı cihazları ve direkt hatlar veya diğer iletişim ortamları üzerinden data iletişimi, ile yapılır.

2.2. Güvenlik Tarafından Yapılacaklar

- ✓ Güvenlik hemen HAP Başkanına Haber verir.
- ✓ Hap Başkanı yoksa Operasyon şefine, yoksa İş güvenliği uzmanına yoksa diğer OYE yetkililerinden birine haber verir.
- ✓ HAP Başkanından gelen “Kırmızı Kod verin” geri bildirim sonucunda, santral görevlisi yangın yerinin ismini vererek KIRMIZI KOD anonsu ile hastaneye duyuru yapar. Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır.
- ✓ Yangının yerini en kısa zamanda ve doğru şekilde bildirin.
- ✓ Olay yönetim ekibine yangının cinsini (katı, sıvı, gaz), binanın hangi bölümünde başladığını, boyutunu bildirin.
- ✓ Her yangın ihbarı sonrasında mutlaka İtfaiye aranacaktır.
- ✓ Yangın mesai saatleri dışında ise, Güvenlik ; Supervisor Hemşire, Nöbetçi Gece Amirine ve diğer servislere haber verilir.

2.3.Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- ✓ Yangın alarmı verildiği an Olay Yönetim Ekibi (OYE) hemen faaliyete geçirilir, OYM de toplanır.
- ✓ HAP Başkanı başkanlığından sahadan gelecek bilgileri yorumlayarak acil durumu yönetir.
- ✓ HAP Başkanının talimatı ile Kurumlar Arası Koordinasyon Şefi;
- ✓ Vakit kaybetmeden İtfaiye ile teması tekrar sağlar,
- ✓ Polis ile teması sağlar,
- ✓ 112 AÇM/KKM/İL SAKOM ile ilk teması sağlar,
- ✓ İlerleyen dakikalarda tahliyenin gerekli olup olmayacağına karar vermek için ilk değerlendirmeyi yapar. Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği, diğer servisler gibi alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar (Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan’da dikkate alınmalıdır).
- ✓ Olay Yönetim Ekibi toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:
- ✓ Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, diğer hastaneler) sürdürür,
- ✓ Hastaların tahliyesi ve başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,
- ✓ Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları ile birlikte yönetir.

2.4.Olay sırasında OYE nin izlemesi gereken yol aşağıdaki gibidir;

Bir olay karşısında HAP Başkanı aşağıdaki hususları yerine getirir.;

Olay Yönetim Merkezine gidin ve KONTROLU DEVİR ALIN.



Durumu aşağıdaki şekilde DEĞERLENDİRİN:

Olay bilgisi alın ;

- ✓ Ne oldu?
- ✓ Nerede oldu?
- ✓ Alarm sireni çaldı mı?
- ✓ Acil Durum (Emergency) Kapama Sistemleri aktif hale getirildi mi?
- ✓ Sabit Yangın Söndürme Sistemleri aktif hale getirildi mi?
- ✓ Yangına ilk müdahale yapıldı mı?
- ✓ Bütün personel emin bir şekilde bölgeden çıkarıldı mı?
- ✓ Kaç kişi yaralandı?
- ✓ Kaç kişi içeride sıkıştı?
- ✓ Hava şartları, rüzgâr yönü vs.
- ✓ Teknik alt yapının durumu nedir? (Doğalgaz, O2 vb.)

Acil yardım servislerini çağırması için Kurumlar Arası Koordinasyon Şefini görevlendirin:(İtfaiye- Polis- Ambulans Servisi-Afad-UMKE vb.)

Acil Hizmet Servislerini Hastanenin kapısında karşılaması için Operasyon Şefine GÖREV VERİN.

Ne olduğunu ve acil durum servislerinin geleceğini güvenliğe bildirin.

Operasyon Şefi güvenliğe hastanenin emniyet altına almalarını bildirin.

Eğer gerekirse, Sağlık Bakanlığına durum hakkında tavsiye ve/ veya bilgi alışverişinde de bulunun. Bunu özet olarak yapın ve daha fazla bilgiyi sonra vereceğinizi bildirin.

Eğer gerekirse, bütün personelin emin bir yerde toplanması için talimat verin ve yoklama için acil durum toplanma noktası sorumlusunu görevlendirin.

Durumu tekrar gözden geçirin, yaptıklarınızı ve aşağıdakileri kontrol edin:

- ✓ Hastane kapandı mı?
- ✓ Durumu nedir?
- ✓ Gaz ve elektrik besleme hatları kapandı mı?
- ✓ Tam bir boşaltma gerekiyor mu?
- ✓ Acil hizmet birimlerine bilgi verildi mi?
- ✓ Personel güvenli bir şekilde toplandı mı?
- ✓ Görevlendirilen personel verilen görevleri yerine getiriyor mu?

Acil yardım servislerini beklerken aşağıdaki hususları organize edin:

- ✓ Hastane plânlarının kopyaları
- ✓ Yangın söndürme ekipmanlarının yerini gösteren diyagramları temin edin. (kat krokilerinde alanda mevcut)
- ✓ Hastanedeki havalandırma ve sirkülasyon sistemi gaz ve duman gibi zehirli maddeleri taşımaması için önlemler alınmalıdır.
- ✓ Gaz vanalarının yeri, nasıl kapatılacağı ve hangi alanı beslediğine dair yazılı görsel uyarılar doğrultusunda bu iş için önceden görevlendirilen personel çalışmalara başlamalıdır.
- ✓ Hastanedeki LPG, Doğalgaz, O2 santrali, vb. teknik altyapının yangını arttırmaması için gerekli olmayanların kapatılması sağlanmalıdır. Acil durumlarda otomatik şekilde sistemlerin kapanmasını sağlayın veya elle kapatılacak vanaların nereden kapanacağı belirlenmelidir.
- ✓ Vanalar kapatılmadan önce Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) gibi kritik birimler özellikle bilgilendirilmeli ve alternatif önlemlerin nasıl alınacağı belirlenmelidir.
- ✓ Yangın alarmı verildiğinde odalara katlardaki Birim sorumlularının belirleyeceği kişiler tarafından bilgilendirmeleri ve yapacakları hakkında bilgi verilmelidir. Kargaşa ve panik önlenmelidir.
- ✓ Operasyon şefi ile iletişim kurun böylece Acil servis hizmetleri geldiğinde ; Onlara bir kılavuz sağlayarak . Olayın durumunu kısaca özetleyin. Yer, Kişi sayısı, Yangın çeşidi vb.Hastane ve Yangın Söndürme Yer Plânlarını verin. Yangına müdahaleyi hızlandırmış olun.

2.5. Yangına Müdahale Ekibinin Yapacakları

- ✓ Öncelikli olarak Söndürme Ekibi çalışmaları sırasında kesinlikle kendi güvenliğini ve diğer kişilerin güvenliklerini tehlikeye sokmamalıdır. Bu çerçevede;
- ✓ Duman algılama sistemlerinin kontrolleri yapılmalıdır. Sistemdeki tespitler yapacak sistem kontrol edilmelidir.
- ✓ Söndürmenin etkili olması için 1-2 dakika içerisinde yapılması gerekmektedir. Bu nedenle çalışmalara çok kısa zaman da başlanmalı ve vakit kaybedilmemelidir.
- ✓ Söndürme ekibinde görevli personelin ikisi en yakınında bulunan yangın söndürme cihazlarını ve/veya yangın hortumunu alarak olay yerine gidecektir ve söndürme hazırlıklarına başlayacaktır.
- ✓ Diğer iki personelde gaz maskelerini ve diğer koruyucu ekipmanları alarak olay yerine gidecektir.
- ✓ Malzemeleri getiren ekip ile söndürücüleri hazırlayan ekip yangın alanında buluşurlar.
- ✓ Yangın hemen ilk müdahaleyi yapacaktır.
- ✓ Yangın, müdahale edebileceğiniz bir aşamadaysa; kendinizi ve başkalarını tehlikeye atmadan söndürme çalışması yapın. Büyük yangın veya duman varsa kesinlikle ek önlemler almadan müdahale edilmemelidir.
- ✓ Yangın müdahale edilemeyecek kadar büyümüş ise sadece yangının diğer alanlara sıçramasını engelleyecek önlemler alınmalıdır.
- ✓ Söndürme ekibi aldığı eğitim doğrultusunda yangına müdahale etmelidir.
- ✓ Söndürme ekip lideri olay yönetim ekibine gerekli bildirimleri yapmalıdır. Yangın durumu, çeşidi, etkilenen kişi sayısı, tahliye şartları vb. bilgiler.
- ✓ İtfaiye ekipleri geldikten sonra da Söndürme Ekibi İtfaiye ekibine yardım etmelidir.
- ✓ Söndürme ekibi olay yerinde kurtarılması veya ilk yardım yapılması gereken personeller için diğer ekipler ile birlikte çalışmalıdır. Ekip liderleri OYE ile bağlantılı olmalıdır.

2.6.Söndürme Anında Dikkat Edilecek Hususlar

- ✓ Yangının söndürüleceği kapalı alana girmeden önce yangın söndürme cihazlarının çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.
- ✓ Yangın çıkan kapalı alanın camı kırılırken veya kapısı açılırken içeriden dışarıya doğru bir alev akımının olacağı göz önünde bulundurulur.
- ✓ Dumanın alevden çok daha çabuk yayılacağı unutulmamalıdır.
- ✓ Duman dolu bir hacimde eğilerek veya sürünerek hareket edilmelidir.
- ✓ Duman içerisinde kalındığında veya dumanlı bir hacimden geçmek gerektiğinde gaz maskesi kullanılır. Bu yapılamıyor ise ağız ıslak bir mendil bezle kapatılır.
- ✓ Söndürme anında binalardaki malzemelerin özellikleri bilinmelidir.
- ✓ Alevli ve dumanlı ortama, yangına yaklaşma elbisesi ve maske (temiz hava tüpü ve aksamı) olmadan girilmez.
- ✓ Söndürme ekibi içeri girmeden kendini ipe bağlar ve bu şekilde içeri girer.
- ✓ El feneri kullanılmalıdır.
- ✓ Yangına müdahalede öncelikle kendi sağlığımızın önemli olduğu unutulmamalıdır. (yanma sonucu havadaki oksijen azalarak karbondioksit miktarı artar, bu da solunum güçlüğüne ve ileri safhada ölümlere neden olur.)
- ✓ Yangın söndürme anında yangın bölgesinde kalan canlı varsa bu alandan çıkartılması için kurtarma ekibine haber verilir.
- ✓ Yangın alanında tehlikeli malzemeler varsa bunlar ortamdaki uzaklaştırılır.

2.7.Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

- ✓ Görevli olmayan kişiler ve personeller bu alandan uzak durmalıdır.
- ✓ Yangın kapıları çıkış yönüne doğru açılmakta olup kapılar duman ve sıcaklığa karşı koruyucudur.
- ✓ Acil çıkış işaretleri açık ve görülebilir şekildedir.
- ✓ Yangın söndürücü ekipmanlar her katta bölüm risklerine göre belirlenerek yerleştirilmiştir.
- ✓ Her katta mutlaka yangın söndürme dolabı bulunmaktadır. Dolap içinde ve ya dış alanda 1 adet 6 kg lık KKT ve alan ihtiyacına göre 5kg CO2 söndürme tüpü vardır.
- ✓ Yangın hortumları 25 metre uzunluğundadır ve içinden sadece su çıkmaktadır.
- ✓ Hortumlarda 8 bar basınç olduğundan kullanım sırasında basınç dolayısıyla savrulmalar yaşanabilir. Bu nedenle iki kişi tarafından kullanılmalıdır. Bir kişi vanayı yavaş yavaş açmalı diğeri ise hortumu sıkıca tutmalı ve yangına müdahaleye başlamalıdır.
- ✓ Su ve köpük ile elektrikli alanlarda söndürme yapılmamalıdır.
- ✓ Görevli olduğu alandaki hasta ve yakınlarının güvenliğinden sorumludur. Bu kişilerin bilgilendirilmesinden ve tahliyesinden sorumludur.
- ✓ Tüm servis ve polikliniklerde görevli tahliye ve yangın sorumluları tahliyenin gerçekleşeceğini düşünerek tahliye triajlarını yapmaya hazırlanmalıdır. Bu nedenle gerekli tedbirleri alacaklardır.
- ✓ Yangının başladığı alana yardım etmek için; tahliye gerçekleştirmeyecek her servis söndürme eğitilmiş en az 2 personelini, polikliniklerden ise tahliye sorumluları tarafından görevlendirilecek personel gönderilecektir.
- ✓ Tahliye kat sorumluları tahliye hazırlığına girerek polikliniklerde vatandaşların ve servislerden hastaların tahliyesini sağlamak üzere hazırlıklarını göreceklerdir.
- ✓ Tahliye esnasında hastane tahliye planı, tahliye olaya özel planı ve tahliye soplaları kullanılacaktır.
- ✓ Mevzuat kapsamında hasta odaları ve diğer kritik odalarda duman, ısı algılayıcıları ve sprinkler (yağmurlama) sistemi kurulmuştur.
- ✓ Yangın için hazırlanmış bilgilendirici talimatlar personeller tarafından okunmalı ve bilgilendirilmelidir.
- ✓ Yangın ile ilgili tüm personellere bilgilendirme eğitimi verilmektedir. Yangın ile ilgili verilen eğitim ve bilgilendirmelere katılmalıdır.
- ✓ Hastanede yangına yönelik yapılan hazırlık faaliyetlerine (plan geliştirme, tatbikatlara vb.) Hastane personelleri ve İtfaiye ekipleri katılım sağlamalı ve pratik yapmalıdır.
- ✓ Duvarda yangın alarmlarının ışıkları yanar veya sesli alarm duyulursa panik yapmadan sizlere verilecek olan talimatları dinleyin ve uygulayın.

Buluşma Noktası

- ✓ Herhangi bir acil durum anında verilen sarı kod ikaz doğrultusunda çalışanlar Güvenlik önlemlerini alarak, paniğe mahal vermeden, seri şekilde acil toplanma noktasına gitmelidir.
- ✓ İki adet acil toplanma noktası vardır.
- ✓ Acil toplanma noktası aksi belirtilmediği sürece bina önü otopark alanı ve Binanın askeriye tarafıdır.
- ✓ Toplanmadan sonra bu noktalarda sayım yapılmaktadır.
- ✓ Güvenlik Tarafından Yapılacaklar
- ✓ Kod Kırmızı anonsunu aldıktan sonra güvenlik giriş çıkışlarda güvenliği sağladıktan sonra, yangının geliştiği alana hasta ve hasta yakınlarının girişini engellemek için gider.
- ✓ Yol ve bahçe trafiği kontrol altına alınacak, otoparklar boşaltılacak, itfaiye yolu ve ambulans yollarının açık tutulması sağlanacaktır.
- ✓ Güvenliğin yeterli olmadığı durumda diğer personellerden de (Koruma ekibinden) yardım istenecektir.
- ✓ Tüm ana kapılar açılacak itfaiyenin ve ambulansların girişini engelleyecek herhangi bir olaya mahal verilmeyecektir.
- ✓ Araçların çekilmesi için gerekli olursa çekicilerden yardım istenecektir.
- ✓ Yangının geliştiği alanda bekleyen vatandaşların paniklemeden bina dışına alınmasını sağlayacaklardır.

Raporlama

- ✓ İtfaiye tarafından düzenlenecek rapor Olay Yönetim Ekibine sunulur.
- ✓ Yangınla Mücadele Ekibince“Kırmızı Kod Bildirim Formu” doldurularak Olay Yönetim Ekibine teslim edilir.

2.8.Kriz Sonrası Değerlendirme

Olayın ciddi safhası geçer geçmez veya yangın söndükten sonra; Müdahale Ekibi hemen toplanır ve plâni dikkate alarak krizi gözden geçirir. Bu gözden geçirme prosesinde yardımcı olacak adımlar aşağıda gösterilmiştir:

- ✓ Yönergenin yararlılığını değerlendirmek.
- ✓ Olay esnasında ortaya çıkan problemleri tanımlamak.

- ✓ Yönerge adımlarının takip edilip edilmediğini ve bunların etkin olup olmadığını tespit etmek. Eğer değilse, nasıl düzeltilecektir.
- ✓ Müdahale Ekibinin ne kadar çabuk organize olduğunu ve fonksiyonlarını ne kadar yerine getirdiğini tespit etmek.
- ✓ Tesislerin ve kaynakların ne kadarının Ekiplere sağlandığını ve bu durumun nasıl düzeltileceğini tespit etmek. Ekip içinde bilginin tam ve etkin olarak ne kadar bölüştüldüğünü tespit etmek. Negatif bir durum tespit edildiğinde sebeplerini tanımlamak.
- ✓ Ekip üyelerinin yönergeye ve komuta zincirine ne kadar aşina olduklarını tespit etmek.
- ✓ Hastane personelinin yönerge ve diğer ilgili organizasyonlar hakkında ne kadar bilgileri olduğunu tespit etmek.
- ✓ Rutin olayların Ekip üyelerinin dikkatini dağıtıp dağıtmadığını tespit etmek.
- ✓ Ekip raporlarını doğrulukları, zamanlamaları ve uygunlukları bakımından gözden geçirmek.
- ✓ Gerekli ve Uygun kimselerin bilgilendirilip bilgilendirilmediğini tespit etmek.
- ✓ Tedarik edilen metaların yeterli olup olmadığını tespit etmek.
- ✓ Medya ilişkilerinin etkinliğini gözden geçirmek.
- ✓ Olaylar ile ilgili dedikodu çıkarılıp çıkarılmadığını ve bunların kontrol edilip edilmediğini tespit etmek..
- ✓ Ekipteki şahsi meselelerin olay yönetiminin etkinliğini etkileyip etkilemediğini tespit etmek.
- ✓ Ekip bileşiminin yeterli olup olmadığını tespit etmek.
- ✓ Acil durum personel eğitiminin tam, etkin ve yeterli olup olmadığını gözden geçirmek.

2.9 YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ

HASTANE İÇİ YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-24		
Amaç Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek yangın olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 0110 dahili numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, Vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, Yangınla müdahaleye başlamak, Tıbbi gaz vanalarını kapatmak, Daha fazla zararı önlemek, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve Duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.	Hemen	Olay Bitimi
Yangını 0110 numaralı dahili telefondan arayarak Güvenlik izlem noktasına bildirim sağlar. Kırmızı kod olduğu duyurulur. Yangının çıktığı alan bilgisi mutlaka verilir.	Hemen	Olay Bitimi

Kırmızı Kod anons sistemi üzerinden 3 kere yangın alanı bilgisi ile beraber “Dikkat Dikkat bölümü kırmızı kod” anonsu tekrarlanarak duyurusu yapılır. Santral aynı zamanda HAP Başkanına bilgi verir.	Hemen	Olay Bitimi
Her koşulda kırmızı kod anonsu verilmesi durumunda İtfaiye Kurumları arası kordinasyon sorumlusu tarafından tarafından aranarak hastaneye çağrı yapılır.	Hemen	Olay Bitimi
Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,	Hemen	Olay Bitimi
Hemen Güvenlik Sorumlusunu ve Teknik hizmetler sorumlusunu alarma geçirin	30 sn	Olay Bitimi
Yatan hasta katında olan kişilerin uzaklaşması ve kalabalık olmaması için hasta, hasta yakını vb. kişileri ve görevli olmayan personelleri alandan uzaklaştırın.	1 sn	Olay Bitimi
Yangın olan alandan güvenli olan başka bir alana yönlendirin.		
Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve hastaları tahliyenin tamamlanmasını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme ekibinin alana ulaşması için yolları boşaltın ve diğer servislerde çalışan müsait personellerden yardım alın.	2dk.	Olay Bitimi
Elektrikli ekipmanlara müdahale edilecek ise elektrik kesilmesini sağlayın.	2 dk.	Olay Bitimi
Tıbbi gaz vanaları duvarda bulunan santrallerden kapatılmalıdır. (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun, önce hasta güvenliğini sağlayın)	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yangın hasta olan alarda ise; odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve yangının yayılması ile ilgili tahminde bulunun (yoğun duman da dahil) ve hastaları tahliyenin tamamlanmasını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Yangın teknik alanlarda ise; cihazları kapalı konuma getirin CO2 söndürücü ve KKT ile söndürme işlemine başlayın Alana yetkisiz kişilerin girmesini engelleyin.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Laboratuvar alanında ise; cihazlar kapalı konuma getirilir patlayıcı ve yanıcı maddeler alandan uzaklaştırılır.Kimyasal Yangınlarına KKT ile elektrik tesisatı yangınların CO2 ile müdahaleye başlanır.	2 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Tutuşan malzemelerin söndürülmesi için yangın söndürme tüplerini kullanarak müdahaleyi yapın.	3.dk 15 sn.	Olay Bitimi
İnsanlarda tutuşma söz konusu ise yat yuvarlan söndür sistemini uygulayın.	3 dk.30 sn	Olay Bitimi
Ortamda en çok katı malzemeler (kumaş vb. malzemeler olduğundan dolayı A tipi (Katı yangın)) olduğundan Kuru kimyevi toz ile veya su ile söndürme yapın.	3 dk.30 sn	Olay Bitimi

Her katta iki adet yangın söndürme dolabı bulunmaktadır. Yangını söndürmek veya yangını soğutmak için kullanılabilir.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Bilgisayar vb. ekipman olduğundan dolayı su kullanımı ekipmanlara kalıcı zarar verebilir. Bu nedenle öncelikle CO2 söndürücü kullanılması önerilmektedir. Bilgisayar, elektrik vb. sistemlerde CO2 söndürücüler kullanın.	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. Operasyon Şefi) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız).	3 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan hemen sonra ortam terk edilmemelidir. Çünkü yangın tekrar oluşabilir.	3. 40 dk.	Olay Bitimi
Söndürme tamamlandıktan sonra da soğutma işlemlerine devam edilmelidir.	4 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır. (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),		
Alanın tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hasta, hasta yakını ve personelin kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir.		
Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, İş Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,		
Kuru kimyevi tozlu yangın söndürücüler kullanıldıktan sonra ortamda çok yoğun toz olacaktır. Görüşü ve nefes almayı zorlaştırabilir.		
Su kullanımında kaygan zemin olabileceği için dikkatli olunmalı ve koşuşturma yapılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.)		
Yangın söndürme cihazları, (KKT, Su, CO2)		
Yangın Battaniyesi,		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

İdari kat içinde olan personellerin tahliye edilmelerinin ardından, odalara boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İnsanların yanması durumunda söndürme işlemi için kişinin yat yuvarlan ve söndür prensibini uygulatmalısınız. Yanan kişi üzerine yangın battaniyesini örtebilirsiniz veya su vb. söndürücü kullanabilirsiniz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik olabileceği için bilgisayarlar zarar verebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kapalı alanlar olduğundan dolayı çok fazla duman oluşabilir. Bu nedenle yangınlarda müdahale çok kısa sürede yapılmalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangının olduğu alanda kapı açıldığında yangın birden alevlenebilir. Bu içeri giren oksijen kaynaklıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan alandaki pencereleri ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir kişinin kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Söndürmeye dahil olan tüm personelleri ve destek personel,		
Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane, iaderi kat)		
Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel,		
İtfaiye,		
Emniyet güçleri.		
Ekler		
Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler,		
Tahliye yolları için krokiler,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

3. KBRN (KİMYASAL-BİYOLOJİK-RADYOLOJİK-NÜKLEER) NOLAYA ÖZEL PLANI

Hastane içerisinde meydana gelebilecek kimyasal olayların önlenmesi esastır. Hastane, düzenli olarak, dahili kaynakların tehlike analizini ve risk değerlendirmesini gerçekleştirir. Bu bilgi temelinde, hastane, kimyasallar veya toksik gazlar ile ilgili temizlik prosedürleriyle ilgilenen personelin eğitimi dahil olmak üzere, önleyici tedbirleri oluşturur. Personel, tüm tatbikat ve eğitim faaliyetlerine aktif olarak katılmalıdır. Kimyasal ve toksik gazların kullanma ve depolama alanları hasta alanlarından, ziyaretçilerden veya personelle etkileşimde olan alanlardan uzak olmalıdır. Bu ürünleri kullanacak personel eğitilmelidir. İhtiyaç duyulması halinde uygun giysileri giymeli, maskeleri ve solunum aparatlarını takmalıdır. Bu malzemelerden yeterli miktarda bulunmalı ve ihtiyaç duyulan yerlerde depolanmalıdır.

Önlemlere rağmen hastaneler içeride ve dışarıda toksik maddeyle meydana gelen kimyasal olaylardan etkilenebilir. Bu nedenle hastanelerde, insanları ve tesisi korumaya yönelik özel prosedürler bulunmalıdır. Örneğin, havalandırma gibi harici sistemlerin derhal kapatılmasına yönelik özel prosedürler olmalıdır. Havadan ağır, yanıcı, toksik veya patlayıcı gazların yerleşimin kanalizasyon sistemine girmesi nadir görülen bir durum olmakla birlikte, meydana geldiğinde yıkıcı sonuçlara yol açabilen bir durumdur.

3.1 Amaç

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

3.2 Kapsam

Hastane içerisinde kimyasal, biyolojik ve radyoaktif maddelerle çalışan personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirlerin tespit edilmesini ve KBRN ajanlarına maruz kalarak hastaneye başvuran hastaların en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine edilerek tedavilerine başlanması için yapılacak düzenlemeleri kapsar.

3.3 Tanımlar Ve Kısaltmalar

Arındırma (Dekontaminasyon) : KBRN silahları veya bunları içeren maddeler kullanıldığında çevreye yayılan tehlikeli kirliliğin devam etme ve etkilenme riskini azaltmak, tehlikeyi uzaklaştırmak ya da etkisiz hale getirmek üzere yapılan temizleme işlemlerini,

Hastane arındırma personeli: KBRN olaylarında hastane yönetimi tarafından görevlendirilen ve eğitimi verilen, olay yerinden kendi imkânları ile hastaneye ayakta ve yatarak gelen hastaların arındırılmasındaki iş ve işlemleri yapan personeli,

İlk müdahale ekipleri: Olay bölgesinde tespit, bomba imha, kurtarma, arındırma, itfaiye, acil tıbbi müdahale, ilk yardım ve ambulans gibi acil müdahale hizmetlerini yürüten ekipleri,

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) : Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde (İL-SAP) afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde, hastanede afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanenin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahaleyi sağl amak amacıyla yapılan planı,

KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer kelime grubunun kısaltması olarak kullanılmaktadır. Genel olarak bu terim kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerin kasten veya kazaen yayılmasıyla oluşan, insan ve çevre için zararlı ve tehlikeli durumları ifade etmektedir.

KBRN riski: Kitle imha silahları, KBRN harp maddeleri ve tehlikeli endüstriyel maddeler ile bu nitelikteki tehlikeli atıkların kasten veya hata sonucu, çevre ve insan sağlığına zarar verme olasılığını ve zararın ciddiyet derecesini,

KBRN tehdit ve tehlikeleri: Petrol kirlenmeleri ve salgın hastalıklar hariç olmak üzere; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer maddeler, KBRN harp maddeleri ve tehlikeli endüstriyel maddeler ile bu nitelikteki tehlikeli atıkların araştırılması, üretimi, işlenmesi, depolanması, nakledilmesi, kullanılması ve atık olarak işlem görmesi sırasında gerekli önlemler alınmadığında, çevre ve insan sağlığını tehdit eden tehlike durumlarını, kitle imha silahlarının etkileri ile bu silah ve maddelerle yapılan kaçakçılık, terör ve sabotaj eylemlerini,

Sıcak bölge: KBRN maddeleri ile kirlendiği tespit edilmiş, çevreyi ve yaşamı tehdit eden bölgedir.

Ilık Bölge: Tehlikeli maddenin tespit edildiği sıcak bölge sınırından itibaren rüzgârın tersi yönde kalan, arındırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve bu faaliyetler nedeniyle kirlenme riski bulunan çalışma alanıdır.

Soğuk bölge: Ilık bölge sınırından itibaren, rüzgâr üstünde, ilk müdahale ekiplerinin konuşlandığı, acil tıbbi müdahale ve ambulans hizmetlerinin verildiği bölgeyi, **TAEK:** Türkiye Atom Enerjisi Kurumunu, **THSK:** Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,

Renk kodlaması: Acil servislerde, Triyaj işlemi sırasında acil hastaların öncelik sırasının belirlenmesi amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk şeklinde uygulanan kodlamayı,

Trijaj: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi,

İkaz ve Alarm İşaretleri: Düşman saldırısını önceden haber almak ve tehlikeye karşı halkı uyararak bir takım önlemlerin alınmasını sağlamak üzere oluşturulan sistemlerdir.

KBRN Risk Analizi: İnsan sağlığı ve çevrenin, KBRN maddelerinin kasten veya kazaen çevreye yayılmasından zarar görme olasılığının ve zararın ciddiyet derecesinin değerlendirilmesine ilişkin faaliyetler bütünüdür.

KBRN Kirlenmesi: Kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerin belirli bir bölgeye, kişilere, yapılara, su kaynaklarına ve toprağa bulaşması durumudur.

Korunma Düzeyi: Tehdidin türüne ve yoğunluğuna göre ekip personelinin kullanacağı “A”, “B”, “C” düzeyi koruyucu giysi ve donanımın seviyesini,

Sekonder (İkincil) Kontaminasyon: Sekonder kontaminasyon, tehlikeli madde ile doğrudan temas etmekten ziyade kirlenmiş bir kişi veya nesneyle temastan kaynaklanan kirlenmedir.

UMKE: Hastane Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerini

3.4 Sorumlular

Başhekimlik

İdari Yöneticilik

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

Sivil Savunma Birimi

İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi

Acilden Sorumlu Başhekim Yardımcısı (Operasyon Şefi)

Turuncu Kod Ekibi

Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusu

Turuncu kod ekibi

MESAI SAATİ İÇERİSİNDE
KBRN SORUMLUSU
BAŞHEKİMLİK İDRAİ YÖNETİCİLİK HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİLİĞİ
İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ ve ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ
SİVİL SAVUNMA SORUMLUSU
GÜVENLİK AMİRİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI BAŞKANI
ACİL SERVİS HEMŞİRESİ

MESAI SAATİ DIŞINDA
NÖBETÇİ İDARİ AMİR
SUPERVİSOR HEMŞİRE
NÖBETÇİ GÜVENLİK AMİRİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI İÇAPÇI RETİM ÜYESİ
ACİL SERVİS HEMŞİRESİ

KBRN Ünitesinde Görevli Kişiler

Mesai saatleri içerisinde	Mesai saatleri dışında
Dr.Sefa YURTBAŞ	Nöbetçi Doktor
Havaana SARITEPE	Nöbetçi hemşire

3.5 Kişisel Koruyucu Elbiselerin Genel Bilgileri:

A Düzeyi Koruyucu

Kıyafet Tehlikeli maddeye maruz kalma olasılığının çok yüksek olduğu, derinin, solunum sisteminin ve gözlerin en yüksek düzeyde korunmasını gerektiren durumlarda kullanılan; giyildiğinde kişinin çevreyle temasını tamamen kesen (yüksek düzeyde deri, solunum sistemi ve gözün korunmasını sağlayan) ve içerisinde temiz hava tüplü solunum sistemi ile nefes alınıp verilen; kişiye tam koruma sağlayan koruyucu kıyafettir.

B Düzeyi Koruyucu

Kıyafet Solunum sisteminin en yüksek, derinin ise daha az düzeyde korunmasını gerektiren durumlarda kullanılan; A Düzeyi Koruyucu Kıyafete göre daha az koruma fakat daha fazla rahatlık sağlayan koruyucu kıyafettir.

C Düzeyi Koruyucu Kıyafet

Tehlikeli maddenin tespit edildiği durumlarda kullanılan, A ve B düzeyi koruyucu kıyafetlere göre daha az koruma fakat uzun süreli operasyonlarda kolay hareket etme olanağı sağlayan koruyucu kıyafettir.

D Düzeyi Koruyucu Kıyafet

Tehlikeli maddenin cilde bulaşma olasılığının bulunmadığı durumlarda kullanılan, en az seviyede koruma sağlayan koruyucu kıyafettir.

3.6 İkaz Ve Uyarılar:

Radyoaktif Serpinti İkazı ya da Kimyasal Saldırı Tehlikesi İkazı:

3 dakika süreli kesik siren sesi ile duyurulan radyoaktif serpinti tehlikesini işaret eden siyah ikazdır.

Saldırının kimyasal silahlarla yapılması halinde, alarm radyoaktif serpintide olduğu gibi 3 dakika süreli kesik siren sesi ile duyurulur.

3.7 Kbrn Tehlikelerinin Yönetimine Yönelik Süreçler Ve Süreçlere İlişkin Sorumlular : Olası Kbrn Tehlikeleri

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

Radyoaktif alanlar ;

Nükleer tıp

Radyasyon onkolojisi

Hastanede radyolojik tehlikelerde;

Röntgen odaları

Taşınabilir röntgen cihazı

Tomografi cihazı

Skopi cihazları

Mamaografi cihazı

Mr cihazı

Hastanede Kimyasal Madde Tehlikelerde;

Laboratuvar alanında küçük miktarda kimyasallar

Temizlik işlerinde kullanılan kimyasallar

Çamaşırhanede kullanılan yıkama kimyasalları

Sterilizasyon işlerinde kullanılan Hidrojen peroksit malzeme Bakım işlerinde kullanılan kimyasal maddeler

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

Hastanede biyolojik tehlikelerde;

- Yatan hasta katında pandemi ile gerektiğinde izole olarak kullanılmak için özel odalar mevcuttur..

- Acil birimine başvurular olabilir. (kuduz, kkka, aids, hepatit, tüberküloz vb.) Yatan hasta katında hastalıklar ile karşılaşılabilir. (aids, hepatit, tüberküloz vb.)
- Poliklinik hizmetlerinde katında hastalıklar ile karşılaşılabilir. (covid 19, tüberküloz, grip vb.) Tıbbi atık süreçleri ve atık alanı.
- Kemoterapi ilaçları uygulanan alanlar

Laboratuvarlar

Kimyasal maddelerden kaynaklanan riskler: Laboratuvarımızda, sağlık açısından toksik ve aşındırıcı etkili; fiziksel açıdan da parlayıcı, yanıcı ve reaktif kimyasallar kullanılmaktadır. Bazı kimyasallar kazara diğer bazı kimyasallarla karşılaşırsa ciddi güvenlik sorunları doğabilir. Geçimsiz kimyasalların; depolanma/saklanma ve taşınma esnasında, laboratuvarında çalışma esnasında, kimyasal atık biriktirilmesi ve imhası esnasında ve genel olarak bilgi eksikliğinde kazara birbirleriyle karşılaşması olasılığı vardır. Laboratuvar çalışanlarının kimyasal maddelere temas, soluma ve benzeri yollarla maruz kalma riski bulunmaktadır.

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

Biyolojik maddelerden kaynaklanan riskler:

Laboratuvarımızda kan, idrar, balgam, gaita ve semen gibi biyolojik materyallerle çalışıldığından, çalışanların ve ortamın bu materyallerle temas ve kontaminasyon riski bulunmaktadır.

Hastane işleyiş süreçlerinin tamamında biyolojik riskler ile karşı karşıyadır. Alan biyolojik maddelere karşı dezenfekte kiti mevcuttur

Radyolojik riskler:

Radyolojik olarak gerekli olan kişisel koruyucular vardır. Ayrıca toplu koruma önlemleri vardır. Kurşun paravanlar, kurşun kaplama yapılmış odalar ve dozimetreler vardır.

3.8 Hastane İçi KBRN olayları :

Hastaların ve personelin sağlığını etkileyebilecek büyük boyutta tehlikeli maddeleri içeren akut kimyasal olay ile karşılaşıldığında Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçilecek olup; Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü, ilgili KBRN sopalarını derhal uygulamaya konulacaktır.

3.9 Kimyasal Sızıntısı Durumunda Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde:

Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna haber verilir.

- ✓ Eğer sızan veya dökülen madde parlayıcı özellikte ise, ona yakın ısı kaynakları bölgeden uzaklaştırılır.
- ✓ Güvenliği tehlikeye atmayacak ve tehlike yaratan madde hakkında bilgi varsa, mümkünse sızıntı kaynağında engellenir. (musluğun, vananın kapatılması vb.)
- ✓ Dökülen kimyasalın yayıldığı bölge sınırlanır.
- ✓ Kapıları kapatarak / kilitleyerek ve uyarı yazısı asarak dökülme bölgesi izole edilir.
- ✓ Görevi olmayan ve yetkisiz kişilerin bölgeye girmesine izin verilmez.
- ✓ Bölgedeki tüm çalışanlar uyarılır; dökülme 1 litreden fazla ise veya çok tehlikeli bir madde döküldüyse dökülme olan alan hemen boşaltılır.
- ✓ Kimyasal dökülme kiti kullanılarak çalışmalar başlatılır.
- ✓ Elektrik düğmeleri ve gaz vanaları kapatılır.
- ✓ Dökülen kimyasal maddeye dokunulmaz ve üzerinde yürünmez.

- ✓ Maske, kimyasal eldiven, gözlük, tulum, çizme vb. kullanarak önce kişiler kendini güvenceye alarak, sızıntının yayılım alanı bariyerlerle çevirerek engellenir.
- ✓ Kimyasalın Malzeme Güvenlik Bilgi Formunda yazılı tedbirleri göz önüne alarak tehlikeleri izole etmek (havalandırma, soğutma vb.) amacıyla gerekli tedbirler alınır, kişisel koruyucuları kullanarak ve diğer tedbirleri alarak mümkünse temizliği yapılır,
- ✓ Kontamine malzeme uygun etiketli atık kutusuna atılır.
- ✓ Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite Birimine ve İş güvenliği birimine bildirilir.
- ✓ Kimyasalın kontrol altına alınamaması veya temizlenememesi durumunda İdare tarafından Acil Durum Merkezi'ne (112) haber verilir.

Kişi Kontaminasyonu Halinde:

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

3.10 Radyoaktif Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde

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

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

Kişisel Kontaminasyon Olması Halinde:

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

3.11 Biyolojik Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler Yüzey Kontaminasyonu Halinde:

- ✓ Kontamine alanı tespit edip izole edilir.
- ✓ Bütün çalışanlar uyarılır. Hemen kişisel koruyucular giyilir.
- ✓ Maşa / forseps yardımı ile kırık camlar toplanır.
- ✓ Havalandırmaları kapat ve doğal havalandırma yap.
- ✓ Dökülen sıvı üzerine absorban malzeme (kağıt havlu veya süzgeç kağıdı) örtülür; dökülenin emildiğinden emin olunur ve gerekirse bu işlem tekrarlanır.
- ✓ Absorban örtünün üzerine dezenfektan dökülür. Dezenfektan olarak çoğu dökülme olayında 1/100 sulandırılmış hipoklorid yeterlidir. Büyük miktarda kontamine materyal dökülmesi halinde 1/10'luk hipoklorit kullanılır.
- ✓ Dezenfektanın yaklaşık 20 dakika kalması sağlanır.
- ✓ Absorbanı alınır ve ortam alkol veya yüzey deterjanı - su ile temizlenir. Bu arada kirlenen materyali hemen (atık kabına) atılır.
- ✓ İlgili alanın Birim Sorumlusu'na ve Hastane Temizlik Müdürüne haber verilir.

Kişinin Kontaminasyonu Halinde:

- ✓ Üzerinde biyolojik bulaş olan kişi hemen uyarılır.
- ✓ **Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna** haber verilir.
- ✓ Tedavi yapacak olan kişi hemen kişisel koruyucularını giyer. Tulum, N95 maske, yüz siperi, eldiven, çizme mutlak kullanılır.
- ✓ Kontamine giysileri hemen çıkarılır. Tıbbi atık poşetine konur. Poşet üzerine 1/10 seyreltilmiş çamaşır suyu püskürtülür ve bir tıbbi atık poşeti içine daha konur. Tıbbi atık bertaraf kurallarına göre atılır.
- ✓ Maruz kalan kişi hemen yıkama alanına alınarak temizliği yapılır.
- ✓ Kalp durması ve solunum durması durumunda Mavi kod verilir. Gerekirse suni solunum uygulanır.
- ✓ Tıbbi ilk yardımlar için Biyolojik malzemelerin özelliklerine göre yapılmalıdır.
- ✓ Vücudun temas eden bölgesi sabunlu su ile, gözler göz yıkama solüsyonu ile veya ağız serum fizyolojik yıkanır.
- ✓ Yanında gelen kişi varsa onların da kontamine olduğu göz önüne alınmalıdır.
- ✓ Olay raporlanarak Hastane Müdürüne, Kalite ve İş güvenliği birimine bildirilir.

3.12 Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalınması Halinde:

İğne batması / kesilme halinde: Yara yerini su ve sabunla yıkanır. Kan testleri için testler yapılır ve prosedüre göre çalışma yapılır.

Ağız, burun ve deriye sıçrama olduğunda: Bulaşan materyal bol su ile uzaklaştırılır. Ve sabun ile yıkama yapıp durulanır. Kan testleri için testler yapılır ve prosedüre göre çalışma yapılır.

Göze sıçrama olduysa: Temiz su / serum fizyolojik ile irrigasyon yapılır. KBRN Sorumlusuna haber verilmelidir. Eğer endikasyon varsa tedaviye 1 – 2 saat içinde başlanması gerekir.

Personeller izlemeye alınmalıdır. Kan testleri için testler yapılır ve prosedüre göre çalışma yapılır. Kazaya karışan malzeme örneğinin kalanını incelenmesi için korumaya alınır.

3.13 Hastane Dışı KBRN olayları :

Hastanemize KBRN hizmetleri konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından verilen herhangi bir görevi yoktur. KBRN ile ilgili hasta geldiği bilgisi gelir gelmez çalışanlar gerekli olan kişisel koruyucuları kullanacaklardır.

Kimyasal, Biyolojik arındırma gerektiğinde acil servis girişindeki duş kullanılarak gelen hastalara dekontaminasyon yapılacaktır. Mümkün oldukça acilin iç alanında değil arındırma alanında tedavi devam ettirilecektir.

Çoklu yaralanma vb. tedavi için gelen hasta varsa veya haber alınmışsa hemen Olay yönetim birimi haberdar edilmelidir.

Triyaj alanı hastane dışı olaylarda göz önüne alınarak (Ör: radyoaktif serpinti, Kimyasal duman/ yağmur, Biyolojik serpinti vb) uygun alana açılır. Gelen hastalar bu alanda triyaja alınarak tedavilerine başlanır. Daha sonra sevkleri yapılır.

Epidemiye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemi (veya pandemi) durumunda, **Pandemik İnfluenza Hazırlık Ve Faaliyet Planı , Covid 19 Eylem Planı ve Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı prosedürlere** uygulanacaktır.

3.14 Hastane Dışı KBRN olayları İşleyiş ve Süreçler :

- ✓ Hastane içi KBRN olaylarında olay yerinde gerekli müdahale yapılır, etkilenen personel olursa ilk önce acil serviste gerekli müdahale yapılır ve gerekirse başka hastaneye sevk edilir.
- ✓ Olayla ilgili olarak İş Güvenliği Birimi tarafından gerekli tutanaklar tutulur ve SGK'ya bildirim yapılır.
- ✓ Hastane dışı kendiliğinden (112 komuta merkezi bilgisi dışında) KBRN vakaları gelirse; hastanemizde KBRN ünitesi olmadığından ve hastanemiz KBRN için referans hastane olmadığından gelen hastalar 112 Komuta Merkezine haber verilerek KBRN ünitesi olan diğer hastanelere yönlendirilir / sevk edilir.
- ✓ KBRN olayının ardından HAP Başkanı tarafından Turuncu Kod ilan edilir ve Olay Yönetim Merkezi açılır, durum değerlendirmesi yapılır.
- ✓ HAP Başkanı tarafından içinde bulunulan duruma göre Hastane Afet Planı tamamen ya da kısmen aktive edilir.
- ✓ Kurumlar arası Koordinasyon Sorumlusu ilgili kurumlar ile irtibata geçer. (Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi, 112 Acil Durum Merkezi –, 114 – Ulusal Zehir Danışma Merkezi, Sivas Belediyesi, Sivas Emniyet Müdürlüğü, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu)
- ✓ **Gerek duyulursa** HAP Planında daha önceden belirlenen alanlarda Tiraj Alanı açılır.
- ✓ KBRN olayının büyüklüğüne göre Olay yönetim ekibi kararı ile Güvenlik Sorumlusu tarafından; Hastane içi bölümlerin güvenliği sağlanarak giriş ve çıkışlar engellenir. Bunun için emniyet teşkilatından yardım alınarak hastane acil bariyeri oluşturulur.
- ✓ İzdihamın önlenmesi ve sağlık personelinin emniyeti için gerekli güvenlik tedbirleri alınır.
- ✓ KBRN (Arındırma) ünitesi açılır / (acil yanındaki duş hazır hale getirilir). Arındırma alanı özel güvenlik personeli tarafından (gerekirse emniyet teşkilatından yardım alınarak) güvenliği sağlanır.
- ✓ Tehlikeli alanlardan gelen kişiler arındırılmadan giremezler.
- ✓ Bu kişiler Triyaj Alanına yönlendirilir.
- ✓ Dekontaminasyon yönetimi ve/veya kontamine olan hastalara akut bakım hizmeti sunumuna dâhil olan personel, kişisel koruyucu ekipman giyer ve Olay Yönetim Ekibi talimatlarına ve ilgili Standart Operasyon Prosedürlerine harfiyen uyulur.
- ✓ Kimyasal olaylara uygulanan özel triyaj prosedürlerine tamamen riayet edilir.
- ✓ Triyaj; hastaneye kabul, resüsitasyon ve tedavi aşamasında vb. her aşamada yapılır.
- ✓ Triyaj yapılan kişiler triyaj durumuna göre belirlenen Kirli Bekleme Alanına (sarı) veya direkt olarak KBRN ünitesine (kırmızı) alınır.

- ✓ KBRN ünitesinde hastalar usulüne uygun şekilde yıkanarak dekontamine edilir. Dekontaminasyon işlemi için hasta/yaralının yürüyebilirliği, cinsiyeti, engelli olması, gebe olması, yaşlı olması gibi benzer durumları kültürel öğelerle birlikte dikkate alınır.
- ✓ Arındırma işleminin ardından tekrar triaj yapılır. Arındırma sonrası bulaş durumu temiz çıkanlara triaj yapılır ve sonuca göre acil servise (kırmızı) veya temiz bekleme alanına (yeşil) alınır.
- ✓ Acil serviste muayene ve tıbbi yardım yapılan hastalar kayıtları tutularak boşaltılan ve izole edilen alanlara alınarak bu alanda tedavileri yapılır.
- ✓ Dekontamine öncesi siyah alana ayrılan kişiler ise özel olarak temin edilmiş olan ceset torbasına konularak izole edilen bir yerde bekletilir. (Olay yönetim ekibi tarafından belirlenir.)
- ✓ Dekontamine olmak istemeyen hastalar için güvenlikten ve gerekirse emniyet güçlerinden yardım istenir.
- ✓ Radyoaktif kontaminasyonu söz konusuysa dekontamine edilen hastaların kıyafetleri kırmızı atık poşetine koyulup etiketlenerek polis nezaretinde İl Sağlık Müdürlüğü ekipleri tarafından Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'na (TAEK) gönderilir.
- ✓ Kimyasal ve Biyolojik Kontaminasyonu söz konusuysa; dekontamine edilen hastaların kıyafetleri kırmızı atık poşetine koyulup etiketlenerek polis nezaretinde İl Sağlık Müdürlüğü ekibi tarafından Halk Sağlığı Laboratuvarlarına gönderilmesini gönderilir.
- ✓ Biyolojik tehlike durumunda; tehlikenin kaynağını oluşturan maddelerin tespit ve teşhisi için İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerince numuneler alınarak bu ekiplerce yeterli korunma önlemleri alınır ve uygun taşıma koşulları altında tahlil yapılacak laboratuvarlara sevk edilmesi sağlanır.
- ✓ Hastaları getiren Ambulans elemanlarının sağlık durumu kontrol edilir.
- ✓ Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılır.
- ✓ Kritik bakım hizmetlerine erişim, özel ilaç ve antidot almak için kabul- ret kriterleri oluşturulur. (ihtiyaçlar, mevcut
- ✓ kaynaklardan daha fazlaysa),
- ✓ Bir oda veya bölüm tehlikeli hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yeniden yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin,
- ✓ Hasta kabulünün sona ermesiyle; görev yapan personel, Dekontaminasyon ünitesi ve alanı arındırılır.
- ✓ Dekontaminasyon ekibinde yer alan personel arındırılarak, sağlık durumları izlenir.
- ✓ Hasta gelişi bittikten sonra İtfaiye ekipleri tarafından hastane bahçesinin arındırılması yapılır.
- ✓ Tedavisi tamamlanan kişilerin uzun süreli durumlarının izlenmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirir.
- ✓ Hastaların tedavi ve bakımları sırasında ortaya çıkan atıklarının diğer atıklara ve kanalizasyona karışmasını önleyecek
- ✓ tedbirleri alınır.
- ✓ Olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delilleri karartma hususlarına dikkat edilir
- ✓ Hasta üzerlerinden alınan numuneler tahlile gönderilir. Tahlile gönderilen numunelerin sonucuna göre ya karantinaya devam edilir ya da HAP Başkanı'nın talimatı Yeşil Kod ilan edilerek normale işleyişe geri dönülür.

3.15 Hastanede kimyasal olaya acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:

- ✓ Personel güvenliğine ve emniyetine, hastanenin önemli ekipmanlarının güvenliğine ve emniyetine ağırlıklı öncelik verilir.
- ✓ Toksik maddeler ihtiva eden bulaşmalar olduğunda, sekonder (ikincil) kontaminasyon riski oluşturursa veya içinde yer alan kimyasallar bilinmiyorsa, Kontamine olan hasta acil servise kabul edilmeden önce dekontaminasyon prosedürleri gerçekleştirilir.
- ✓ Hastalara solunum desteği verilmesi ve antidot kullanımı başta olmak üzere, kontamine olmuş kişilere akut bakım hizmeti sunulması için personelin görev dağılımının yeniden yapılır.
- ✓ Geç ortaya çıkan ciddi semptom ve kronik sağlık sorunu ihtimali, en başından itibaren göz önünde bulundurulur.
- ✓ Sınırlı sayıda bulunan bazı temel ilaçların kullanımına dikkat edilir. Tıbbi bakım hizmeti ve semptomlar, uzun süreli takip hedeflerine yönelik olanlar dâhil olmak üzere, özel form ve kayıtlara kaydedilir.
- ✓ Hastaların bilgilendirilmesi Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uymak suretiyle ilgili personel tarafından yapılır.
- ✓ Uzman kuruluşlarla iletişim, toplumun risk konusunda bilgilendirilmesi ve koordinasyonu, Olay Yönetim Ekibi tarafından yönetilir.

3.16 Eğitim ve tatbikatlar

- ✓ Hastane personelin eğitimi kurumların eğitici ve ilgili personeli tarafından yapılır.
- ✓ Her yıl görevli personellere detaylı eğitim verilmelidir.
- ✓ Her yıl bir masa başı bir de pratik tatbikatlar yapılmalıdır.

3.17 Malzeme Listesi

C Tipi Koruyucu Kıyafet	D Tipi Koruyucu Kıyafet	Koruyucu Çizme (çift)	Koruyucu Eldiven (çift)
Tam Yüz Maskesi	Gaz Filtresi	Ventilli Maske FFP3	Gözlük
Tek Kullanımlık Eldiven	Hasta Önlüğü	Tıbbi Atık Poşeti	Plastik Paspas
Sıvı Sabun	Çamaşır Suyu	En Büyük Boy Çöp Kovası	Fırça (Arındırma Ünitesi yüzey temizliği için)
Güvenlik Şeridi	Hasta Paravanı (hasta mahremiyetini korumak için)	Spinal bord (Omurga tahtası)	Tekerlekli Sandalye
Fotoğraf Makinesi	Triyaj Bilekliği (kırmızı, sarı, yeşil - Her renk için)	Ceset Torbası	Havlu (Banyo havlusu-normal boy)
Terlik	Pansuman Malzemesi	Battaniye	

3.18 KBRN Olayları Standart Operasyon Prosedürleri

Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü-25		
Amaç Tüm hastaların güvenli ve uygun şekilde tedavi edildiğinden, personelin iş güvenliği ve emniyetinin sağlandığından emin olmak.		
Hedefler Personelin güvenliğini ve emniyetini sağlamak; personelin sağlığını korumak, Triyaj faaliyetlerini düzenlemek, Acil Servis’e girmeden önce hastaneye gelen kontamine olmuş kişilerin dekontaminasyonunu sağlamak Dekontaminasyon işlemi zamanında tamamlanmazsa, hayat kurtarmaya yönelik en kritik bakımın sunulmasını geciktirmemek, Tıbbi tedavi gerektiren ve geç ortaya çıkma ihtimali olan semptomları öngörmek, Mevcut malzemeleri kullanarak, mümkün olduğunca çok sayıda hastaya en iyi tedaviyi sunmak (Olay Yönetim Ekibi’nin koyduğu kabul ve ret kriterlerine uyun), Vakaya uygun uzmanlık alanlarının (göz, yanık vb.) hazır olmasını sağlamak, Hastaneyi ve hastane ekipmanını korumak.		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
İlgili kimyasal(lar)ın yapısına ilişkin bilgiyi en doğru kaynaktan teyit edin, MSDS formlarını temin edin.	Hemen	Olay Bitimi
Hastaneye gelen hastaların dekontaminasyon ve triyaj uygulamalarını ilgili SOP’lara göre derhal faaliyete geçirmek için Acil Servis personeli hakkında haberdar edin,,	Hemen	Olay Bitimi
Dekontaminasyonu yapacak olan personelin kontrol listesine uygun olarak yeterli koruyucu ekipmanı kullanmasını sağlayın,	Hemen	Olay Bitimi
Tıbbi bakım hizmetlerinin/dekontaminasyon uygulamalarının, hasta giriş kayıt formu kullanılarak düzgün bir şekilde kaydedilmesini sağlayın,	Hemen	Olay Bitimi
Hastaların takip edilmesini sağlayın (bilinci açık olmayan hastalar dahil).	Hemen	Olay Bitimi
Önemli ekipman veya malzemenin, ihtiyaç duyulan alanlara transfer edilmesine izin verin, kaydını tutun (nitelik ve nicelik açısından),	Hemen	Olay Bitimi
Geç ortaya çıkan semptomların tedavi edilebilmesi için gerekli hasta takip faaliyetlerini başlatın,	Hemen	Olay Bitimi

Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılmasını sağlayın. Kritik bakım hizmetlerine erişim, özel ilaç ve antidot almak için kabul ve ret kriterlerini oluşturun (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa),	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Bir oda veya bölüm kontamine hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin,	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delillerin karartılmaması açısından personeli uyarın.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Personelin sağlığına ve emniyetine öncelik verilmelidir,		
Personelin kimyasal ajan kaynaklı sağlık risklerine maruz kalması önlenmelidir,		
Yapılan dekontaminasyonun bulaşa sebep olan kimyasal ajana uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir,		
Geç ortaya çıkan semptomların göz önünde bulundurulduğundan, tıbbi bakım ve yönetim ihtiyaçlarının öngörüldüğünden emin olunmalıdır .		
Çalışanların gerekli olan kişisel koruyucuları temin edin.		
Kullanılacak Materyaller		
Dekontaminasyon sürecinde yer alan personele yönelik koruyucu ekipman, Özellikle maske, tulum, eldiven yüz siperi, çizme vb.		
Dekontaminasyon prosedürü,		
Atık su yönetimi prosedürü,		
Dekontaminasyon için trafik akışını düzenleyici işaretler (güvenlik şeridi vb.),		
Hasta dosyaları,		
Hayat kurtarıcı tıbbi bakım hizmetine yönelik malzemeler ve ekipman,		
Kayıt malzemeleri (triya kartı, fotoğraf makinesi, kol bantı vb.).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığının korunması,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine hastaların dekontamine edilmesi ve akut tıbbi bakım hizmeti almalarının sağlanması,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hastane ekipmanına kimyasal bulaşın engellenmesi,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi		
Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi.		
Zaman Dilimi		
Olaya özel planın faaliyete geçirilmesinden hemen sonra başlar ve olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Dekontaminasyon Birim Sorumlusu İşAT'ı,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Müdahalenin yönetimi için İl Sağlık Müdürlüğü (112 AÇM/KKM/İl SAKOM) ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile irtibata geçilmesi.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
İlgili kimyasal(lar)ın yapısı bilinmiyorsa, kimyasalların personelin sağlığı açısından zararlı olabileceğini öngörerek koruyucu önlemleri ve dekontaminasyon prosedürlerini uygulayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine olmuş kişilerin sayısı hastane hizmet kapasitesini aştığında müdahaleden en çok yararlanacak hastaların önceliklendirilmesi konusunda karar alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Dekontaminasyon ve tıbbi bakım hizmeti sunumunda yer alan tüm sağlık personeli ve destek personel,		
Dış paydaşların özel eğitim görmüş özellikli personeli.		
Ekler		
Dekontaminasyon ve triyaj alanlarına yönelik harita/kroki,		
Kayıtlar ve formlar,		
Trijaj protokolü, triyaj kartı,		
Tutanaklar (dekontaminasyon ve sonrası ile ilgili).		
Kontrol listesi,		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi ve bildirim sistemine kaydedilmesi.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Formlar:Triyaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin. Hastaları taburcu ederken hasta bilgilendirme formunu (geç ortaya çıkan semptomlar olursa hastanın ne yapacağını belirten) verin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Temel faaliyetin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun, Geç ortaya çıkan semptomlar açısından, tedavi edilen hastaların takibinden emin olun, Toplum sağlığına uzun süreli etkilerinin izlenmesi açısından, verilerin eksiksiz ve düzenli tutularak ilgili kurumlara iletildiğinden emin olun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Kimyasal Dökülmelerde Müdahale Standart Operasyon Prosedürü-26		
Amaç Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek kimyasal dökülme olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, ve olaylara müdahale etmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak, Daha fazla zararı önlemek, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Dökülme veya sızıntı meydana gelmesi halinde durum Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna haber verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Kimyasal malzeme dökülen alanda çalışma yapılmaz. Bölgede çalışan diğer personele bilgi verilir. Sorumlu amire haber verilir.	Hemen	Olay Bitimi

Personellerin gözüne sıçrama olursa hemen göz yıkama solüsyonları kullanılmalıdır. Vücutta sıçramış ise Personeller de mutlaka dekontaminasyon yapılmalıdır.	Hemen	Olay sonrasında
Mevcutta ki Döküntü-Sızıntı kaynağı tespit edilir.	2 dk.	Olay Bitimi
Kimyasal döküntünün oluşması engellenir. Kaynağa karşı önlem alınır. (vana kapama, dökülme önleme vb.)	2 dk.	Olay Bitimi
Müdahale öncesinde mutlaka Eldiven, Maske, Tulum, çizme, gözlük vb. diğer Kişisel Koruyucu Donanımlar kullanılmalıdır.	3 dk.	Olay Bitimi
Sızan veya dökülen kimyasal ürünün GBF’ye (Güvenlik Bilgi Formu) göre özellikleri belirlenir. Yapılacaklara bu forma göre karar verilir.	3 dk.	Olay Bitimi
Kimyasala maruz kalan kişilere Yaralılara ilkyardım müdahalesini yapılır ve KBRN tedavi alanına götürülür.	4 dk.	Olay Bitimi
Sızıntı, dökülme vb. durum Absorban malzeme vb. yardımıyla yayılması engellenir.	5 dk.	Olay Bitimi
Yangın tüpü alanda tutulur.	5 dk.	Olay Bitimi
Dökülen kimyasalların rögar giderlere, toprak ve suya gitmesi engellenir.	5 dk.	Olay Bitimi
Acil Müdahale destek ekipleri havalandırma kapatılır.	5 dk.	Olay Bitimi
Dökülen kimyasalların etrafına açık alev, kıvılcım vb. malzemeler ile yaklaşılmaz.	5 dk.	Olay Bitimi
Kontamine olmuş atık malzemeler ve ekipmanlar sarı torbalara alınarak tehlikeli atık olarak alana gönderilir.	6 dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Dökülme sonucunda ortam kaygan olabilir.		
Kaza oluşan alanlara giriş – çıkışlar engellenir.		
Olaylar sonrasında mutlaka kişisel koruyucular kullanılmalıdır.		
Ortam temizliği yapılmadan kaza olan alan açılmamalıdır.		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen İş Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).		
Kullanılacak Materyaller		
Kimyasal dökülme temizleme kiti.		

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Kaza olan alan içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : OYE tarafında verilecek karara göre.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kimyasallar karışarak zehirli dumanlar oluşabilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Dökülme temizleme personelleri ve destek personel,		
KBRN ekibi		
Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun. Personel yaralanma durumları ve KBRN alanında yapılanlar.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: GBF	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		

Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları Gerektiğinde hastane güvenlik personeline yardım alın		

Dekontaminasyon Standart Operasyon Prosedürü-27		
DEKONTAMİNASYON	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Kontamine olarak Acil Servis'e getirilen kazazede/hasta/yaralıların dekontaminasyonunu sağlamak.		
Hedefler		
- Kazazede/hasta/yaralının bilgilendirilmesini (bilinç açıksa) sağlamak, - Kazazede/hasta/yaralının kıyafet ve aksesuarlarının çıkarılmasını sağlamak, - Gerekliyse noktasal dekontaminasyonun yapılmasını sağlamak, - Kazazede/hasta/yaralının tamamen dekontamine edilmesini sağlamak, - Teknik dekontaminasyonun (dekontaminasyonu yapan personel ve ekipmanın dekontaminasyon işlemi) yapılmasını sağlamak.		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
- Dekontaminasyona başlamadan önce kazazede/hasta/yaralının bilinci açık ise yapılacak işlemler hakkında bilgi verin, - Hasta yürüyebiliyor ise; kontamine olmuş ayakkabılardan başlanarak kontakt lens, gözlük, takı vb. ile iç çamaşırlar dahil giysilerin çıkarılması sağlanır, - Hasta yürüyemiyor ise; kontamine olmuş ayakkabılardan başlanarak kontakt lens, gözlük, takı vb. ile iç çamaşırlar dahil giysiler çıkarılır. Bunun için sırasıyla; - Önce ayakkabılar çıkarılır, - Kontakt lens, gözlük, takı, protez vb. çıkarılır (gözlük, protez gibi kişisel ihtiyaçları karşılayacak cihazlar/malzemeler dekontamine edilip hastaya geri verilebilir), - Giysiler cilde zarar vermeden hızlıca kesilir.	0-2 saat	0-2 saat
	0-2 saat	0-2 saat
	0-2 saat	0-2 saat
	0-2 saat	0-2 saat
	0-2 saat	0-2 saat
	0-2 saat	0-2 saat

* Toz halindeki ajanlarla maruziyette önce giysiler hafifçe ıslatılır, Toz halindeki ajanlarla maruziyette önce giysiler hafifçe ıslatılır,	0-2 saat	0-2 saat
* Makas dikkatli ve yaralı bölgelere zarar vermeden kullanılır.	0-2 saat	0-2 saat
* Boyunda ön orta kısımdan başlayıp bedene doğru kesilir sonra omuzlardan başlayıp kollara doğru kesilir,	0-2 saat	0-2 saat
* Pantolonu ayak bileğinden başlanıp yukarı bele doğru kesilir. Bacak arasında fermuarın bittiği yerde her iki hat birleştirilir,	0-2 saat	0-2 saat
* İç çamaşırları kesilir.	0-2 saat	0-2 saat
- Giysileri kafayı içinden geçirerek çıkartmaya çalışılmaz,	0-2 saat	0-2 saat
- Giysi hastaya yapışmış ise yırtmaya, çekmeye ya da parçalamaya çalışılmaz, giysi altındaki deriden tamamen ayrılincaya kadar su ile ıslatılır,	0-2 saat	0-2 saat
- Dokuya zarar vermemek için giysiler dikkatlice kaldırılır. Kontaminasyonu engellemek için giysiler ters çevirip katlanarak çıkarılır.	0-2 saat	0-2 saat
• Kontamine ayakkabı, kontakt lens, gözlük, takı, cep telefonu, saatvb. ile giysiler büyük plastik torbaya koyulur. Varsa triyaj kartının kontamine kısmı kopartılarak poşetin içerisine yerleştirilir. Biliniyorsaetken madde ve kişi bilgileri poşetin üzerine etiketlenir ve poşettehlikeli olarak işaretlenir (emniyet güçlerine teslim edilecektir),	0-2 saat	0-2 saat
• Kazazede/hasta/yaralı hemen dekontaminasyona alınmayacak ise kesilmiş giysilerinden uzaklaştırıldıktan sonra temiz bir sedyeye alınır ve üzeri örtülür,	0-2 saat	0-2 saat
• Noktasal dekontaminasyon ile etkilenen bölgeler arındırılır.	0-2 saat	0-2 saat
- Cilt üzerindeki bütün sıvılar emici temiz bir madde (örneğin sargı bezi) yardımı ile uzaklaştırılır. Üzerinde sıvı bulaşı olan açık yara var ise önce yaradan başlanır,	0-2 saat	0-2 saat
- Cilde bulaşmış yağ ya da krem benzeri yoğun malzemeler var ise suyla yıkamadan önce tahta veya plastik cilde zarar vermeyecek spatula benzeri bir malzeme ile iyice kazıyarak ciltten uzaklaştırılır.	0-2 saat	0-2 saat
• Yıkama – Sil – Durula tekniği kullanılır. Bunun için sırasıyla;	0-2 saat	0-2 saat
- Dekontaminasyonda kullanılacak suyun sıcaklığının 24-32 °C arasında olmasına dikkat edilir (ortam sıcaklığına bağlı olarak kazazede/hasta/yaralıyı üşütmeyecek en düşük sıcaklık seçilmelidir),	0-2 saat	0-2 saat
- Açık yara varsa yaradan (yara arındırması sadece steril su veya serum fizyolojik ile yapılır) yoksa yüzden ağız ve burundan başlayarak saçları, boynu ve tüm vücudu ayak parmaklarına kadar yukarıdan aşağıya doğru sabunlu su ile nazikçe yıkanır. Tırnakları vekıvrım yerleri daha dikkatli yıkanmalıdır (bu aşama kontaminantlarıseyretilir, partikülleri ve hidrofilik kimyasalları uzaklaştırır),	0-2 saat	0-2 saat
- Etkilenen bölgeler sünger, yumuşak fırça veya temizlik bezi ile nazikçe tamamen silinir. Açık yara varsa etrafındaki deriden başlanır. Yara etrafı yaradan uzağa doğru silinir. Tırnak araları yumuşakfırça ile temizlenir. Sünger, fırça ve bezler düzenli aralıklarla değiştirilir (bu aşama organik kimyasalları ve suda çözünmeyen petrokimyasalları uzaklaştırır),	0-2 saat	0-2 saat

- Açık yara varsa yaradan (yara arındırması sadece steril su veya serum fizyolojik ile yapılır) yoksa yüzden başlayarak tüm vücut su ile nazikçe durulanır,	0-2 saat	0-2 saat
- Kazazede/hasta/yaralı tek kullanımlık havlular ile nazikçe kurulanır,açık yaraların kapatılması düşünülür.	0-2 saat	0-2 saat
• Kazazede/hasta/yaralı temiz bölgedeki yeni bir sedyeye aktarılır. Kullanılan sedye tekrar kullanmak için dekontamine edilir,	0-2 saat	0-2 saat
• Dekontaminasyon bölgesini terk etmeden önce bütün ekibin dekontamine edildiğinden (teknik arındırma) emin olunur.	0-2 saat	0-2 saat
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Dekontaminasyon yapacak personel bu konuda yeterli eğitim almış olmalıdır,		
• C seviye Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) yeterli sayıda olmalıdır. Dekontaminasyonda çalışacak her personelin beden ölçüsüne uygun kıyafet olmalıdır. Özellikle maskeler kullanacak kişinin yüzünün ölçüsüne uygun ve kişiye özel olmalıdır,		
• KKD çıkarma kurallarına uyularak personelin kontamine olması engellenmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
• C seviye KKD,		
• Dekontaminasyon için standartlara uygun ve mahremiyetin sağlanabileceği alan,		
• Sabun, varsa dekontaminasyon sıvıları ve çamaşır suyu,		
• Sünger ve emici malzemeler,		
• Makas,		
• Tahta ya da plastik spatula,		
• Yeterli sayıda suya dayanıklı ve kolayca temizlenebilen üzerinde suyun birikmeden akabileceği sedye,		
• Arındırma sonrası hastalar için hasta önlüğü, uygun yedek kıyafet veya örtü (çarşaf vb.)		
• Triyaj kartı,		
•		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Dekontaminasyonda çalışan personele bu konuda eğitim verildiğinden emin olun,		
• Dekontaminasyon kurallarına eksiksiz uyulur,		
• Dekontaminasyon süreci iyi gözlenerek kazazede/hasta/yaralıların dekontamine edildiğinden emin olun.		
Zaman Dilimi		

Kazazede/hasta/yaralının gelmesi ile hemen başlar.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Kimyasal Olaylarda Hastane Yönetimi Olaya Özel Planı,		
Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi SOP’u,		
Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusu İşAT’ı,		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kitlesel bulaş olması durumunda gelen kontamine vaka sayısı oldukça fazla olacaktır. Bununla baş edebilmek için ayrıca planlama yapılmalıdır,		
Eğer ajan biliniyorsa su ile dekontaminasyonun uygun olmayacağı kimyasallar ile kontamine olan vakalar geldiğinde, uygun dekontaminasyon yöntemi seçilmelidir,		
Habersiz gelen kontamine kazazede/hasta/yaralıların Acil Servis’e girerek tüm servisi kontamine etmeleri.		
Sürece Dahil Kişiler		
İlgili tüm personel,		
Dekontaminasyonda görevli eğitim almış personel,		
Tehlikeli madde (KBRN) sorumlusu,		
Operasyon şefi,		
.....		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:Hasta, personel ve kullanılan malzemeye ilişkin tüm kayıtları tutun.		
Formlar:Triyaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.		
Raporlama mekanizması:		
OYE 'nin talimatlarını izleyin.		
İzleme		
Tüm dekontaminasyon işleminin kurallara uygun yapıldığından emin olun.		
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	

Biyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü-28

Amaç Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek biyolojik saçılma olayında panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, ve olaylara müdahale etmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak, Daha fazla zararı önlemek,		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Kişisel koruyucu ekipmanlarınızı giyin	Hemen	Olay Bitimi
Dökülme-Saçılmanın Biyogüvenlik Kabini İÇİNDE Olması Durumunda		
Kabini çalıştırmaya devam edin. Yeterli miktarda %10 çamaşır suyu çözeltisi hazırlayın.	Hemen	Olay Bitimi
Çift kat eldiven giyin.	Hemen	
Dökülen alanın çevresinden başlayarak kağıt havlular ile dökülen sıvıyı emdirin.	Hemen	Olay Bitimi
Kağıt havluların üzerini kaplayacak biçimde %10 çamaşır suyu dökün ve 20 dakika bekleyin	Hemen	Olay Bitimi
Kırılmış cam varsa forseps kullanarak bunları toplayın ve kesici-delici atık kabına atın.	Hemen	Olay bitimi
Kağıt havluları ve ardından üst kat eldivenlerinizi kırmızı tıbbi atık torbasına (otoklav poşetine değil) atın.	Hemen	Olay bitimi
Alanı tekrar %10 çamaşır suyu ile temizleyin ve kağıt havluları kırmızı tıbbi atık torbasına atın. Dekontamine edilen alanı %70 etanol veya distile su ile durulayarak çamaşır suyunun koroziv etkisini gidirin.	Hemen	Olay Bitimi
İç kattaki eldivenlerinizi kırmızı tıbbi atık torbasına atın (otoklav torbası değil**).	Hemen	Olay Bitimi
Tekrar çalışmaya kabini 10 dakika çalıştırdıktan sonra başlayın	Hemen	Olay Bitimi
Dökülme-Saçılmanın Biyogüvenlik Kabini DIŞINDA Olması Durumunda		
Dökülen sıvı miktarı 100 mL'den az ve/veya düşük riskli bir dökülme ise ortam beklenmeksizin dekontamine edilir. Yüksek riskli bir dökülme (solunum yolu ile bulaşan patojen) söz konusu ise ortamdaki aerosollerin çökmesi için yeterli süre- EN AZ YARIM SAAT beklenir. Bu sırada	Hemen	Olay Bitimi

laboratuvarın kapısı kapatılır, kapının üzerine uyarı işareti konur. Lateks/nitril eldivenin üzerine temizlik eldiveni giyilir.		
Kişisel koruyucu donanım giyilir (önlük, çift kat eldiven, maske).	Hemen	Olay Bitimi
Dökülen alanın çevresinden başlayarak emici maddelerle alan sınırlandırılır ve sıvı emdirilir.	Hemen	Olay Bitimi
Üzerini kaplayacak miktarda 1/10 çamaşır suyu veya kit içinde bulunan su şişesinde eritilen hipoklorit tableti ile hazırlanan çözelti (sıçratmayacak şekilde) dökülür	Hemen	Olay Bitimi
Dökülen sıvının miktarına ve mikroorganizma yüküne bağlı olarak en az 20 dakika beklenir	Hemen	Olay Bitimi
Daha sonra kullanılan malzeme tıbbi atık torbalarına atılır. Cam kırıkları varsa forseps/maşa ile toplanır ve kesici-delici atık kabına atılır.	Hemen	Olay bitimi
Temizlik eldiveni çıkarılır ve tıbbi atık torbasına atılır. Dökülen alanın üzerine bir kez daha 1/10 çamaşır suyu (sıçratmayacak şekilde) dökülür ve alan temizlenir	Hemen	Olay bitimi
Kullanılan tüm malzeme atılır.	Hemen	Olay bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Alanın temizliği sırasında kaymalar meydana gelebilir		
Kesici delici atıklar toplanırken yaralanmalar meydana gelebilir.		
Kişisel koruyucu ekipman ve temizleme kittindeki malsmeler kullanılmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Biyolojik saçılma kiti kullanılmalı		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Alanın temizliğini tekrar değerlendirme ve uygun süredeki havalandırmayı sağlamak	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Haber ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kontamine eden radyoaktif malzeme yanında getirilmiş ise hemen kurşun olan alanda bekletilip TAEK haber verilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine olan kişi de tek başına olsa dahi radyasyon yaymaya devam edebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Dökülme temizleme personelleri ve destek personel,		
Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		

Radyolojik Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü-29

Amaç

Hastanemizde herhangi bir şekilde meydana gelebilecek radyolojik kazalarda panik ve kargaşa yaratmadan personel, hastaların ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak, ve olaylara müdahale etmek.

Hedefler Durumu değerlendirmek, Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak, Daha fazla zararı önlemek, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak.		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Kurşundan yapılmış olan kişisel koruyucularınızı kullanarak hazırda bekleyin.	Hemen	Olay Bitimi
Kişisel dozimetrelerinizi kullanın.	Hemen	Olay Bitimi
Acil durumlarda makinelerin kapatılmasını sağlayınız.	Hemen	Olay Bitimi
Makinelerin elektriklerini ana panolardan kapatın.	Hemen	
Radyoloji alanında hasta varsa bunu hemen bu alandan tahliye edin	Hemen	Olay Bitimi
Gerekli ise İtfaiyenin gelmesi için bilgi verin.	Hemen	Olay Bitimi
Bu alandaki kapıları kapalı tutun. İçeri giriş çıkışı engelleyin. Radyoloji bölümündeki tüm çalışan ve hastaları tahliye edin. Bölümün kapısından itibaren giriş çıkışı engelleyin.	Hemen	Olay bitimi
Makinelerin üretici ve bakım firmaları ile iletişime geçin.		
Vakit kaybetmeden TAEK ile iletişime geçin. Buradan yardım talep edin.	Hemen	Olay Bitimi
Ortam ölçümleri yaptırın ve güvenli olduğuna emin olmadan tekrar bu alanı açmayın.	1 dk	Olay Bitimi
Acil durum geçtikten sonra varsa atıkları uygun firmalara teslim edin.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyasyona maruz kalan kişiler de Hastane KBRN servisine alınmalıdır.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Radyasyona maruz kalmış olan kişi ayrı bir alana alınır.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Personeller kurşun ekipmanlarını kullanırlar.	1 dk. 30 sn	Olay Bitimi
Hastanın kişisel eşyaları da kontamine olduğu düşünülerek kapalı alanda bekletilir ve TAEK yetkililerine verilir.	1 dk.30 sn	Olay Bitimi
Maruz kişi dekontamine edilir.	2 dk.	Olay Bitimi

En kısa sürede KKM ile koordine edilerek ilgili hastaneye sevk edilir.	2 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hasta ile beraber gelen kişilerin de kontamine olacağı düşünülmelidir.		
Personeller en az teması kurmalıdır.		
Kişi herkesten ayrı alanda bekletilmelidir.		
Kurşun ekipmanlar kullanılmalıdır. Gözlük, eldiven, troid koruyucu, önlük, başlık vb.		
Kullanılacak Materyaller		
Kurşun korumalı ekipman kullanılmalı		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver: Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : Hemen	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		

Kontamine eden radyoaktif malzeme yanında getirilmiş ise hemen kurşun olan alanda bekletilip TAEK haber verilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine olan kişi de tek başına olsa dahi radyasyon yaymaya devam edebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
KBRN hastaneleri		
Radyoloji Birimi		
Acil Birimi		
İtfaiye,		
TAEK		
Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile yatan hastalara hizmetin devamını sağlamak; Personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olayın Başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın. TAEK ten yardım alın KBRN hastanelerinden yardım alın	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Nükleer Olaylara Müdahale Standart Operasyon Prosedürü-30

Amaç

Hastanemiz bir şekilde Nükleer olaylar meydana gelmesiyle başvuran kazazedelerin tedavisini sağlamak ve personel ekipmanın korunmasını sağlamak

Hedefler Durumu değerlendirmek, Vakit kaybetmeden müdahaleleri başlatmak, Daha fazla zararı önlemek, Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak		
Sırası ile gerçekleştirilecek eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Nükleer olaylar gerçekleşmesi durumunda hastane dışına çıkışlar kısıtlanmalıdır. Kapılar kapalı tutulmalıdır.	Hemen	Olay Bitimi
Ambulans hizmetleri gözden geçirilmeli gerek olmadıkça çıkılmamalıdır.	Hemen	Olay Bitimi
Valilik ve sağlık bakanlığı ile iletişimde olunmalıdır.	Hemen	Olay Bitimi
Günlük ve üç günlük hava raporları izlenmelidir. Hakim rüzgar yönleri takip edilmelidir.	Hemen	Olay Bitimi
Sızıntıdan etkilenerek hastaneye gelen hastalara müdahaleler kontrollü yapılmalıdır.	Hemen	Olay bitimi
Dış havalandırmalar kapatılmalıdır.	10 dk	Olay Bitimi
Çalışanlar kurşun ekipmanları kullanarak dış çalışmalarını yapmalıdır	10 dk.	Olay Bitimi
Enerji, su ve temiz içme suyu ihtiyaçlarının karşılanması için çalışma başlatılmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
Yemek ihtiyaçları için çalışmalara başlanmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
İlaç ve sarf malzeme ihtiyaçlarını gözden geçirmelidir.	15 dk.	Olay Bitimi
Hastaların arındırılması çok önemlidir. Arındırma yapılmadan içeri alınmamalıdır. Hastalar yıkanmalıdır. Eşyaları çıkarılarak dış alanda bırakılmalıdır. (Radyolojik olaylar standart op. Pr. Bknz.)	15 dk.	Olay Bitimi
Yedek personel ihtiyaçları gözden geçirilmeli ve planlama yapılmalıdır. Gerekirse dışarıdan personel alınmadan vardiya düzenlenmelidir.	15 dk.	Olay Bitimi
Çalışan dinlenme alanları iç alanda belirlenmelidir.	15 dk.	Olay Bitimi

Hastane içi iletişim telsizler ile sağlanmalıdır. Dış iletişim için de çalışma başlatılmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
Daha önceden yapılan protokolleri gözden geçir ve gerekli ise yardım alınmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
İlgili Kamu kurumları ile irtibatta olunmalıdır.	15 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hasta ile beraber gelen kişilerin de kontamine olacağı düşünülmelidir.		
Personeller en az teması kurmalıdır.		
Kurşun ekipmanlar kullanılmalıdır. Gözlük, eldiven, troid koruyucu, önlük, başlık vb.		
Hava durumları, yağmur vb. durumlar gözlenmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Kişisel koruyucular		
Dekontaminasyon ekipmanları		
Kurtarma ekipmanları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Acil Servis içinde olan personellerin ve hastaların tahliye edilmelerinin ardından, alanın boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Alarm ver:-	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kurtar : -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili SOP,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Bölüm Sorumlusu İşAT.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Teknik hizmetler sorumlusu İşAT	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kontamine eden radyoaktif malzeme yanında getirilmiş ise hemen kurşun olan alanda bekletilip TAEK haber verilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Kontamine olan kişi de tek başına olsa dahi radyasyon yaymaya devam edebilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
KBRN hastaneleri		
Radyoloji Birimi		
Acil Birimi		
İtfaiye,		
TAEK		
Ekler		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar: -	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması: Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

4. HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR

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

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

4.1. Tahliye Tanımı Ve Yöntemleri

Tahliye, iç veya dış olumsuz etkiler nedeniyle hastaları ve hasta yakınlarını korumak, hasta bakımını sürdürmek ve personelin güvenliğini sağlamak amacıyla, hastanenin bir bölümünün veya tamamının boşaltılarak hastaların, hasta yakınlarının, personelin, gerekli durumlarda ekipman, tıbbi kayıt ve ilaçların güvenli bölgelere nakledilmesidir.

Tahliye Yöntemleri

- ✓ İnternal tahliye: Hastaların hastane içinde güvenli başka bölümlere naklidir, kısmen (parsiyel) tahliyedir.
- ✓ Eksternal tahliye: Hastaların hastane dışında güvenli bir yere naklidir, kısmen (parsiyel) ya da tamamen (total) tahliye olabilir.

Tahliye Triyajı

Tahliye için hastalar yürüeyebilirliklerine göre dört grupta kategorize edilir. Hastaları kategorize ederken 'Tahliye', 'T' ile kısaltılarak T0, T1, T2 ve T3 olarak ifade edilmiştir.

- ✓ T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.
- ✓ T1 Tek Başına Yürüeyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.
- ✓ T2 Yürüeyemeyen Hastalar: Sedyeye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.
- ✓ T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.

Güvenli yerler olayın türü dikkate alınarak belirlenir. Bu yerler;

- ✓ Yatay (Horizontal) tahliye (Birinci kademe tahliye): Aynı katta güvenli bir yere nakil,
- ✓ Dikey (Vertikal) tahliye (İkinci kademe tahliye): Aynı binanın başka ve üst bir katındaki güvenli bir yere nakil,
- ✓ Tam tahliye (Üçüncü kademe tahliye): Bina dışında hastane çevresinde güvenli bir yere veya diğer hastanelere, sağlık

4.2. Tahliyede Genel İlkeler

Hastaların hangi hastanelere tahliye edileceği önceden belirlenmiş olup şu şekilde gruplandırılmıştır;

- ✓ Ameliyat Hastaları: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ Yatan Hastalar: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ Genel Yoğun Bakım Hastaları: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ Yenidoğan Yoğun Bakım Hastaları: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ Psikiyatri Hastaları: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ Travmalar: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ Yanıklar: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ KBRN: Sivas Numune Hastanesi
- ✓ Tutuklu ve Hükümlü Hastalar: Sivas Numune Hastanesi

Tahliye halinde hastanın kolaylıkla tanınabilmesini sağlanmak gerekmektedir. Bu nedenle Hazırlanmış tanıtım kartları kullanmak basit ve etkili bir araçtır.

Hastalar mümkün olduğu sürece dosyaları ile birlikte tahliye edilir. Mümkün olmadığı takdirde hastalara, bekleme alanına tahliye edilirken ya da tahliye edildikten hemen sonra tanıtım kartları takılmalıdır. Bu kartlar; ad soyad, oda numarası, servisi, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgileri (örneğin; insülin ihtiyacı olan hastaların açık bir şekilde belirtilmesi) ve hasta yakınına ait iletişim numaraları gibi önemli bilgileri içermelidir.

Hastanenin bir bölümünün, birkaç bölümünün veya tamamının tahliyesi gerektiğinde hastaların erken taburculuğu yapılmalıdır.

Her katta içlerinde yangın tüpü olan en az iki tane yangın dolabı ve yangın ihbar sistemleri bulunmaktadır.

Her katta afet ve acil durumlarda kullanılacak materyallerin olduğu tahliye sorumluları tarafından açılması gereken acil durum dolapları mevcut.

Tahliye yapılırken kaçış yollarındaki insan trafiğini düzenlemek için iniş ve çıkışlarda kargaşa oluşmaması adına acil çıkış merdivenlerinin her zaman sağ tarafının kullanılması gerekmektedir.

Kısmi tahliyeler hastanenin çıkış yollarını engellemeden çıkış kapılarına en yakın yerlerden yapılır.

Hasta/hasta yakını ve personel tahliyesinden sonra öncelikli olarak kurtarılması gereken tıbbi cihazlarla diğer araç, gereç, malzeme ve dokümanlar kendi içindeki öncelik sırasına uygun olarak, aynı tahliye yollarıyla kurtarılır ve dış alanda acil durum yönetimini engellemeyecek bir alana veya OYE tarafından tahliye sırasında bildirilecek olan bölgeye taşınır. Yatay/dikey tahliye durumunda ise hastane içinde acil durum yönetimini engellemeyecek bir alana veya OYE tarafından tahliye sırasında bildirilecek olan bölgeye taşınır.

Tahliyeden sonra, hastanenin faaliyetlerini sürdürebilmesi için taşınması gerekli olan zorunlu tıbbi ihtiyaç malzemeleri hastaların ihtiyacına cevap verecek kadar olacaktır.

Acil çıkışların olduğu alanlar tahliye alanlarıdır.

D blok Ana binada bulunan 12 Katın Bekleme Holleri, Poliklinik Girişi, Başhekimlik Girişi, Acil yanı Girişi, Acil Servis Eski ve Yeni Giriş ve Çıkışı ve Kadın Doğum Hastanesi Girişi tahliye alanlarıdır.

Tahliye toplanma noktaları Onkoloji Binası Önü, Kalp Hastanesi Önü Otopark alanı ve Başhekimlik önüdür.

Toplanma alanına güvenli transferi yapılan hastaların ve personelin durumu triyaj sorumlusu tarafından değerlendirildikten sonra OYE nin talimatıyla gerekli yerlere sevki yapılır.

Çevredeki diğer sağlık tesisleriyle önceden hazırlanmış protokollerin devreye sokulması için veya KKM'den gelen bildirimler doğrultusunda Kurumlar Arası Koordinasyon Şefi çalışmalara başlar.

Tahliye durumunda hastaların ve çalışanların güvenliğini sağlanması, su, gıda, haberleşme ve ısınma ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmaktadır.

Hastaların, dışarıda kötü hava koşullarında bekletilmeden, en kısa sürede geçici olarak nakilleri gerçekleştirilir.

Yürüyeblen hastaların tahliyesi ise nakledilecekleri yer belirlenir belirlenmez otobüslerle veya hastanenin diğer ulaşım araçlarıyla gerçekleştirilir.

4.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi

Tahliyeyi gerektiren her durumda, Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilmelidir, Olay Yönetim Ekibi tahliye faaliyetlerinin yönetimini üstlenir:

- Tahliyenin gerekli olup olmadığına ve ilgili bölümün kilit personeliyle koordinasyon sağlanarak, ne tür tahliye yapılması gerektiğine karar verir.
- **Sarı** renk kodu anonsu ile personele duyuru yapılır.
- İlgili tüm bölümlerin SOP'larını faaliyete geçirmeye karar verir.
- İlgili bölümün/bölümlerin tıbbi ve hasta bakım personeliyle koordinasyon halinde, hastaların nereye transfer edileceğine (tahliye önceliği dahil olmak üzere) karar verir.
- Hastanenin tamamının tahliye edilmesi durumunda hastaların taburcu edilmesinin gerekip gerekmediği- ne karar verir ve bu konu ile ilgili SOP'ların mevcut haliyle veya değişikliklerle uygulanmasını değerlendirir (örneğin, başka bir tesise transfer veya taburcu edilecek hastalar için belirlenmiş toplanma alanının duruma göre yeniden belirlenmesi).
- Faaliyete geçirilen SOP'lar, sürekli tedaviye ihtiyaç duyan hastalar için temel bakım hizmetlerinin devamlılığını sağlamalıdır. Hastalar, hastane dışında bir yere tahliye edilirse, tahliye edilen hastaların ya- kınlarının, hastaların yeni yerleri konusunda nasıl bilgilendirileceğine karar verir (hasta takibi).
- Hastaların hastane dışına tahliyesi gerekiyorsa, hangi ulaşım düzenlemelerinin gerçekleştirileceğine karar verir.
- Hastanenin tamamen tahliye edilmesi durumunda, 112 AÇM/KKM/İL SAKOM ile birlikte gerekli düzen- lemeleri yapar. Tahliye ile ilgili formlar kullanılır. İhtiyaç halinde formlarda bulunmayan tahliye ile ilgili bilgilerin kaydı tutar.
- Olay Yönetim Ekibi, aksi yönde bir karara varmadığı sürece, personel SOP'ları uygular.

Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları

- Tahliye durumunda personel kendi bölümüne ait SOP'u kontrol etmeli ve aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmalıdır:
- Her bölümün ve birimin, tahliye için özel bir SOP'u olmalıdır. Bu SOP, gerekli tüm aşamaları açıkça belirtmelidir (tahliye, acil durumda yalnızca hastaların taşınmasını değil aynı zamanda önemli ekipman- ların da güvenli hale getirilmesini ve taşınmasını gerektirebilir).
- Kritik görevlerdeki personel, kendi iş akış talimatlarına uymalıdır. Sadece büyük bir güvenlik problemi oluşması durumunda inisiyatif kullanılır.
- Tıbbi personel ve hasta bakım personeli, tahliyenin nedenine göre hastanın yanında taşınacaklara karar verir (dosya, eşya vb.). Hasta, ziyaretçi ve personelin tahliye planı yapılır. Bu planda tahliye yolları kroki ile belirtilir. Tahliye yolları kullanılamaz duruma gelirse alternatif yol/yollar belirlenir.

- Diğer tesislere transfer edilmek üzere bekleyen hastalar için toplanma alanı belirlenir.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.
- Tüm hastaneye yönelik tedbir amaçlı tahliyeler, en son seçenek olmalıdır. Tedbir amaçlı tahliye yalnızca hastaların hayatını kurtarmanın ve personelin güvenliğini sağlamanın tek yolu olduğu durumlarda uygulanmalıdır.
- Edinilen tecrübeler, hastalar dört gruba ayrıldığında toplanma alanından transferlerin daha kolay hale geldiğini göstermektedir:
- Kritik bakıma ihtiyacı olan ve bu nedenle derhal bir hastaneye ambulans ile nakledilmesi gereken, genellikle yatağa bağlı hastalar.
- Genellikle yatağa bağlı olan ve nakil için ambulansa ihtiyaç duyan, ancak tıbbi bakımı veya hasta bakımı aciliyet gerektirmeyen hastalar.
- Yürüyeabilen ancak yakını tarafından evde bakılma ihtimali olmayan ve alternatif alana kabul edilmesi gereken hastalar.
- Yürüyeabilen veya destek ile yürüyeabilen ve taburcu edilebilecek olan hastalar.

Anabina kısmi tahliye yerleri

Tahliye Edilen Klinik	Yatay Tahliye Noktası	Dikey Tahliye Noktası	Tahliye Edilen Klinik	Yatay Tahliye Noktası	Dikey Tahliye Noktası
12. Kat Palyatif Servis	12. Kat Dahiliye Servis	10. Kat Enfeksiyon Servisi	6. Kat Ortopedi 2+ 6. Kat Plastik Servis	6. Kat Ortopedi Servis	4. Kat Genel Cerrahi Servis 1
12. Kat Dahiliye Servis	12. Kat Palyatif Servis	10. Kat Göğüs Hastalıkları Servisi	5. Kat Üroloji Servis	5. Kat Yanık Servisi	3. Kat Gastroenteroloji Servis
12. Kat Dahiliye Yoğun Bakım		Anestezi Yb + Kadın Doğum Yb+ Kvc Yb	5. Kat Yanık Servisi	5. Kat Üroloji Servis	3. Kat Kbb Servis
11. Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım		Anestezi Yb + Kadın Doğum Yb+ Kvc Yb	5. Kat Tıbbi Onkoloji Servis	5. Kat Üroloji Servis	3. Kat Kbb Servis
11. Kat Dermatoloji Servisi		9. Kat Romatoloji Servis	4. Kat Genel Cerrahi Servis 1	4. Kat Genel Cerrahi 2	Kalp Binası 3. Kat Göğüs Cerrahi

10. Kat Enfeksiyon Servisi	10. Kat Göğüs Hastalıkları Servisi	7. Kat Nöroşürji Servis	4. Kat Genel Cerrahi Yb		Anestezi Yb + Kadın Doğum Yb+ Kvc Yb
10. Kat Göğüs Hastalıkları Servisi	10. Kat Enfeksiyon Servisi	8. Kat Hematoloji Servis	4. Kat Genel Cerrahi 2	4. Kat Genel Cerrahi Servis 1	Kalp Binası 3. Kat Kvc Servis
9. Kat Nefroloji Servis	9. Kat Romatoloji Servis	6. Kat Plastik Cerrahi Servis	3. Kat KBB Servis	3. Kat Gastroenteroloji Servis	Kadın Doğum Binası 5.Kat Göz Servisi
9. Kat Romatoloji Servis	9. Kat Nefroloji Servis	7. Kat Nöroloji Servis	3. Kat Gastroenteroloji Servis	3. Kat KBB Servis	Kalp Binası 2. Kat Kardiyoloji Servis
8. Kat Psikiyatri Servisi		Kardiyoloji Poliklinik	2. Kat Organ Nakli	2. Kat Endoskopi Ünitesi	1 Kat Koroner Anjiyografi
8. Kat Hematoloji Servis		6. Kat Ortopedi Servis	1.Kat Ameliyathane		Kadın Doğum Ameliyathane+ Kvc Ameliyathane
			1. Kat Anestezi Yoğun Bakım		Kadın Doğum Yb+ Kvc Yb
7. Kat Nöroloji Servis	7. Kat Nöroşürji Servis	5. Kat Üroloji Servis	Kalp Binası 3. Kat Kvc Servis		4. Kat Genel Cerrahi Servis 1
7. Kat Nöroşürji Servis	7. Kat Nöroloji Servis	5. Kat Yanık Servisi	Kalp Binası 3. Kat Göğüs Cerrahi		4. Kat Genel Cerrahi 2
7. Kat Nöroşürji Yb	7. Kat Nöroloji Yb	Anestezi Yb + Kadın Doğum Yb+ Kvc Yb	Kalp Binası 2. Kat Kardiyoloji Servis		3. Kat KBB Servis
7. Kat Nöroloji Yb	7. Kat Nöroşürji Yb	Anestezi Yb + Kadın Doğum Yb +Kvc Yb	Kalp Binası 2. Kat Kardiyoloji Yoğun Bakım		Anestezi Yb + Kadın Doğum Yb

6. Kat Ortopedi Servis	6. Kat Ortopedi 2+ 6. Kat Plastik Servis	4. Kat Genel Cerrahi 2	Kalp Binası 1. Kat Kvc Ameliyathane		Kadın Doğum Ameliyathane+ Ana Bina Ameliyathane
			Kalp Binası 1. Kat Kvc Yoğun Bakım		Anestezi Yb + Kadın Doğum Yb

“Anabinada sürekli yataklı tedavi alanı olmayan yerler acil servise tahliye edilir ilgili bölümün hekim kararına göre eksternasyonu planlanır.”

Kadın Doğum Binası Kısmi Tahliye Noktaları

TAHLİYE EDİLEN KLİNİK	YATAY TAHLİYE	DİKEY TAHLİYE	TAHLİYE EDİLEN KLİNİK	YATAY TAHLİYE	DİKEY TAHLİYE
1.KAT C BLOK PEDIATRİ YB	YOK	KVC YB ANESTEZİ YB	4. KAT B BLOK ÇOCUK SERVİSİ 1	ÇOCUK SERVİSİ 2 ÇOCUK ENDOKRİN	3. KAT B BLOK JİNEKOLOJİ SERVİSİ
2. KAT B- C BLOK KD AMELİYA THANE	DOĞUMHANE	ANA BİNA AMELİYAT HANE	4.KAT C BLOK ÇOCUK SERVİSİ 2	4. KAT B BLOK ÇOCUK SERVİSİ 1	3. KAT B BLOK ANNE BEBEK SERVİSİ
2. KAT B BLOK YENİDOĞ AN YB	YOK	PEDİATRİ YB, KADIN DOĞUM YB, ANESTEZİ YB	4. KAT C BLOK ÇOCUK ENDOKRİN SERVİSİ	4. KAT B BLOK ÇOCUK SERVİSİ 1	3. KAT B BLOK OBSTERİ SERVİSİ
2 KAT C BLOK DOĞUMH ANE	AMELİYATHANE	KADINDOĞ UM ACİL SERVİSİ	5. KAT B BLOK FTR SERVİSİ	5. KAT C BLOK GÖZ SERVİSİ	4.KAT C BLOK ÇOCUK ENDOKRİN SERVİSİ
3. KAT B BLOK OBSTERİ SERVİSİ	JİNEKOLOJİ	2 KAT C BLOK DOĞUMHA NE	5. KAT B BLOK FTR ROMATOLOJİS ERVİSİ	5. KAT C BLOK GÖZ SERVİSİ	4.KAT C BLOK ÇOCUK ENDOKRİN SERVİSİ 2
3. KAT B BLOK ANNE BEBEK SERVİSİ	JİNEKOLOJİ	2. KAT B BLOK YENİDOĞA N YB	5. KAT C BLOK GÖZ SERVİSİ	5. KAT B BLOK FTR SERVİSİ	4. KAT B BLOK ÇOCUK SERVİSİ 1
3. KAT B BLOK JİNEKOLO Jİ SERVİSİ	3. KAT B BLOK OBSTERİ SERVİSİ	2 KAT C BLOK DOĞUMHA NE	6. KAT C BLOK SUİT SERVİSİ	YOK	5. KAT B BLOK FTR SERVİSİ



Bu tabela, insanların tahliye sırasında nerede toplanacaklarını gösterir ve referans noktası olarak görev yapar. Toplanma alanları genellikle açık alanlar, bahçe veya meydanlar, bina önleri, otoparklar veya park alanları gibi herkesin görebileceği yerler olarak belirlenir; bu alanlar kamu binalarında, okullarda, iş yerlerinde ve hastanelerde uygulanır.

Hastanemiz Toplanma Alanları; Başhekimlik Önü, Kadın ve Çocuk Hastanesi Yanı DUAM önü, Onkoloji Binası Önü ve gerektiğinde otopark alanları toplanma alanı olarak kullanılır.

Sivas Toplanma Alanları; Bu alanları tespit etmek için aşağıdaki basamakları gerçekleştirmek gerekiyor. Bu toplanma alanları tabela ile belirtilmiştir.

1. E-Devlet 'e T.C. kimlik numaranızı giriniz,
2. Ardından AFAD'ın sunduğu hizmetlerden Afet ve Acil Durum Toplanma Alanlarını seçin,
3. İkamet ettiğiniz adrese en yakın toplanma alanını belirleyin,
4. Harita özelliğinden alanın yerini öğrenin,
5. Alanın adres ve koordinat bilgilerini kaydedin,
6. Afet ve Acil Durum Planınıza bu alanı ekleyin,
7. Alanı önceden görün ve alana gidiş için alternatif rotalar belirleyin,

Aile bireyleri ile bu alanı paylaşın, alan bilgisi adres olarak paylaşılabilceği gibi alanda bulunan tabela üzerindeki karekod okutularak da paylaşılabilir.

4.4. Standart Operasyon Prosedürü

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü bir servisin kısmen tahliye edilmesine yönelik örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılmalıdır. SOP, personeli eğitmek ve tatbikatlar hazırlamak açısından önem arz eder.

İDARİ BİRİMLER TAHLİYESİ STANDART OPERASYON POROSEDÜRÜ-31

Amaç: İdari katlarda meydana gelebilecek yangın, deprem ve benzeri acil durumlarda; personelin güvenli, hızlı ve düzenli şekilde tahliyesini sağlamak, aynı zamanda önceden tanımlanmış kritik evrakların, can güvenliğini riske atmadan korunmasına ilişkin esasları belirlemektir.

Hedefler

- Çalışanların can güvenliğini sağlamak
- Tahliyeyi kat bazlı ve kontrollü şekilde yürütmek
- Panik ve düzensizliği önlemek
- Kritik ve yeniden temini mümkün olmayan evraklar için sınırlı ve kontrollü bir yaklaşım oluşturmak

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Kat personeline, kısmi/tam tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için asansörler ve ana merdivenlerin kullanılamadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.) Hastane dışına tahliye yapılacaksa zemin kat acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye Öncesi Hızlı İşlemler (Maks. 30–60 sn) Yalnızca can güvenliği riske atılmadan: - Elektrikli cihazlar kapatılabilir. - Önceden tanımlanmış kritik evraklar, erişimi kolay ve tek hamlede alınabilir durumdaysa alınır. - Evrak için dolap açma, arama veya ayıklama yapılmaz. Bu işlemler yapılamıyorsa derhal tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Toplanma Alanı - Belirlenen toplanma alanında kat bazlı personel sayımı yapılır. - Eksik personel durumu acil durum ekiplerine bildirilir. - Alınan kritik evraklar güvenli şekilde muhafaza edilir. - Yetkili izin olmadan bina içine geri dönülmez.	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Kat tahliyesi tamamlandıktan sonra OYE tarafından görevlendirilen iki kişi tüm oda ve wcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, , durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, formlar		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması.	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakım ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

ECZANE VE DEPOLAR TAHLİYESİ STANDART OPERASYON POROSDÜRÜ-32	
Amaç: Eczane ve depo alanlarında meydana gelebilecek yangın, deprem, su baskını ve benzeri acil durumlarda; personelin güvenli şekilde tahliyesini sağlamak, ikincil riskleri azaltmak ve alanların kontrollü olarak boşaltılmasını temin etmektir.	
Hedefler	
- Personelin can güvenliğini sağlamak - İlaç, kimyasal ve raf kaynaklı riskleri en aza indirmek	

- Tahliyeyi düzenli ve hızlı şekilde gerçekleştirmek - Soğuk zincirli ürünler için kontrollü süreci yönetmek		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Birim personellerine, Kısmi/Tam tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Alanlardaki personellerin tahliyesini birim sorumlusu yapar,	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE' den bilgi alınır.) krokilerde belirtilen en yakın acil çıkış noktasına yönelerek tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye Öncesi Güvenli İşlemler (Maks. 60 sn) Yalnızca can güvenliği riske atılmadan: - Açık alev ve elektrikli cihazlar mümkünse kapatılır. - Soğuk zincir dolaplarının kapıları kapalı bırakılır. - Narkotik ve kontrollü ilaçlara müdahale edilmez. Güvenli işlem yapılamıyorsa derhal tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Yüksek raflı alanlar hızlı ve kontrollü şekilde terk edilir, Kapılar kilitlemeden kapatılır.		
Toplanma Alanı - Belirlenen toplanma alanında personel sayımı yapılır. - Eksik personel durumu acil durum ekiplerine bildirilir. - Alan içindeki özel riskler (narkotik, soğuk zincir, kimyasal ürünler) hakkında bilgi verilir.		
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Bölümlerin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye alanında her birim kendi ekip personellerini teyit etmelidir, eksik kişi veya kişiler OYE ekibine bildirilmelidir.		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), malzeme taşıma araçları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

TEKNİK BİRİMLER TAHLİYESİ STANDART OPERASYON POROSDÜRÜ-33		
Amaç: Teknik birimlerde meydana gelebilecek yangın, deprem, patlama, elektriksel arıza ve benzeri acil durumlarda; personelin güvenli şekilde tahliyesini sağlamak, ikincil riskleri kontrol altına almak ve tesis güvenliğini korumaktır.		
Hedefler		
- Teknik personelin can güvenliğini sağlamak - Elektrik, mekanik ve gaz kaynaklı ikincil tehlikeleri azaltmak - Tahliyeyi düzenli ve kontrollü şekilde gerçekleştirmek - Kritik sistemlerin güvenli duruma alınmasını sağlamak		

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilmeye zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Birim personellerine, Kısmi/Tam tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Alanlardaki personellerin tahliyesini birim sorumlusu yapar,	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE' den bilgi alınır.) krokilerde belirtilen en yakın acil çıkış noktasına yönelerek tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye Öncesi Güvenli Durdurma (Maks. 60 sn) Yalnızca can güvenliği riske atılmadan: - Enerji kaynakları (elektrik, gaz, buhar) mümkünse izole edilir. - Jeneratör, UPS ve mekanik sistemler güvenli duruma alınır. - Basınçlı sistemlere müdahale edilmez. Güvenli durdurma mümkün değilse derhal tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Toplanma Alanı - Belirlenen toplanma alanında personel sayımı yapılır. - Eksik personel durumu acil durum ekiplerine bildirilir. - Mevcut riskler (gaz, elektrik, basınç) hakkında bilgi verilir.		
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Bölümlerin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		

Tahliye alanında her birim kendi ekip personellerini teyit etmelidir, eksik kişi veya kişiler OYE ekibine bildirilmelidir.		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir. Teknik müdahale, tahliye sırasında öncelik değildir. - Panik yapılmaz, koşulmaz. - Kişisel koruyucu donanım kullanılabilir; ancak zaman kaybına neden olunmaz. - Yetkili izin olmadan teknik alanlara geri dönülmez.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), malzeme taşıma araçları		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		

Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

KAN MERKEZİ TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-34		
Bu prosedürün amacı; Kan merkezinde meydana gelebilecek yangın, deprem ve benzeri acil durumlarda; personel, kan başışçıları ve ziyaretçilerin güvenli şekilde tahliyesini sağlamak, aynı zamanda depolanan kan ve kan ürünlerinin soğuk zincir bozulmadan kontrollü biçimde transferini düzenlemektir.		
Hedefler		
- İnsan hayatını öncelikli olarak korumak - Panik ve düzensizliği önlemek - Kan merkezi alanını güvenli biçimde boşaltmak - Kan ve kan ürünlerinde soğuk zincir kaybını en aza indirmek		

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, Kısmi/Tam tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Devam eden kan alma ve hazırlık işlemleri derhal durdurulur. .	5 Dk	Olay Bitimi
Kan bağışçı yapan kişiler güvenli şekilde işlemiden ayrılır.	5 Dk	Olay Bitimi
Yürüyeblen bağışçılar ve ziyaretçiler personel eşliğinde tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Yardıma ihtiyacı olan bağışçılar sedye veya tekerlekli sandalye ile tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Güvenliyse elektrikli cihazlar kapatılır	5 Dk	Olay Bitimi
Depolanan Kan ve Kan Ürünlerinin Tahliyesi - Personel ve bağışçı güvenliği sağlandıktan sonra değerlendirilir. - Kan ürünleri yalnızca yetkili personel tarafından tahliye edilir. - Tahliye gerekliliği; soğuk zincir riski, uzun süreli elektrik kesintisi veya alanın kullanılamaz hale gelmesi durumlarında uygulanır. Tahliye öncelik sırası: - Eritrosit süspansiyonları - Trombosit süspansiyonları - Taze donmuş plazma	5 Dk	Olay Bitimi

- Kan ürünleri onaylı soğuk zincir taşıma kapları ile taşınır. - Ürün türüne uygun sıcaklık aralıkları korunur. - Tahliye edilen ürünlerin listesi oluşturulur. - Soğuk zinciri bozulan ürünler ve ya şüpheli ürünler imha prosedürüne alınır.		
Tahliye için alanda bulunan krokilere göre en yakın çıkış yönünden tahliye işlemi sağlanır. Hastane dışına tahliye yapılacaksa zemin kat acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçir	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Toplanma Alanında Yapılacaklar - Belirlenen toplanma alanında bir araya gelinir - Personel sayımı yapılır - Eksik personel varsa acil durum ekiplerine bildirilir - Laboratuvarda bulunan tehlikeli maddeler hakkında bilgi verilir	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Birimin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		

Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

BİYOKİMYA, PATOLOJİ, MİKROBİYOLOJİ VE GENETİK LABORATUVAR TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-35		
Bu prosedürün amacı; Biyokimya, Patoloji, Mikrobiyoloji ve Genetik laboratuvarlarda meydana gelebilecek yangın, deprem ve benzeri acil durumlarda, çalışanların can güvenliğini sağlamak, ikincil tehlikeleri kontrol altına almak ve tahliyenin düzenli, hızlı ve güvenli şekilde gerçekleştirilmesini temin etmektir.		
Hedefler - Laboratuvar personelinin güvenli şekilde tahliyesini sağlamak - Kimyasal, biyolojik ve fiziksel risklerin yayılımını önlemek - Panik ve düzensiz hareketlerin önüne geçmek - Tahliye sürecinde görev, yetki ve sorumlulukları netleştirmek - Kurumsal acil durum planları ile uyumu sağlamak		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı

Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, Kısmi/Tam tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
(Yalnızca can güvenliği riske atılmadan, maksimum 60 saniye) - Açık alevlerin kapatılması - Gaz vanalarının kapatılması (erişilebilir durumdaysa) - Tehlikeli reaksiyonların durdurulmaya çalışılmaması - Kimyasal veya biyolojik maddelere müdahale edilmemesi Güvenlik adımları gerçekleştirilemiyorsa derhal tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için alanda bulunan krokilere göre en yakın çıkış yönünden tahliye işlemi sağlanır. Hastane dışına tahliye yapılacaksa zemin kat acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçir	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Toplanma Alanında Yapılacaklar - Belirlenen toplanma alanında bir araya gelinir - Personel sayımı yapılır - Eksik personel varsa acil durum ekiplerine bildirilir - Laboratuvarda bulunan tehlikeli maddeler hakkında bilgi verilir	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Birimin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		

Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

	ve Bitiminde	
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

RADYOLOJİ TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-36

Amaç: Radyoloji biriminde meydana gelebilecek yangın, deprem ve benzeri acil durumlarda; personel, hasta ve refakatçilerin güvenliğinin sağlanarak birimin kontrollü şekilde tahliye edilmesini sağlamak.

Hedefler

- Hasta ve çalışanların can güvenliğini sağlamak
- Radyasyon, elektrik ve tıbbi cihaz kaynaklı ikincil riskleri önlemek

Tahliye sürecini hasta önceliği esasına göre düzenli şekilde yürütmek		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemin Raporlama Zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, Kısmi/Tam tahliye kararı alındığını bildirin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için alanda bulunan krokilere göre en yakın acil çıkış yönüne yönelerek tahliye gerçekleşir. (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastane dışına tahliye yapılacaksa zemin kat acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin	5 Dk	Olay Bitimi
Devam eden görüntüleme işlemleri derhal durdurulur. Cihaz içerisinde bulunan hastalar güvenli şekilde çıkarılır.	5 Dk	Olay Bitimi
Yürüyebilen hastalar personel eşliğinde tahliye edilir. Yürüyemeyen veya yardıma ihtiyaç duyan hastalar sedye veya tekerlekli sandalye ile tahliye edilir.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün ve güvenliyse radyoloji cihazları standby veya kapalı konuma alınır.	5 Dk	Olay Bitimi
Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yardımla yürütebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Nükleer tıp alanındaki hastalar tahliye edilirken mutlaka kurşun kaplamalı kıyafetlerle birlikte tahliye edilmelidir.	5 dk	Olay bitimi

Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Toplanma alanineda mutlaka personel sayımı ve alandan çıkan hastaların sayımları yaparak içeride birinin kalıp kalmadığını teyit edin		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Birimin tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Dahiliye Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-37

Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 12. Kat Palyatif Servis Dikey Tahliyesi 10. Kat Göğüs Hastalıkları Servisi tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi

Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		

HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya ilâştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

DAHLİYYE YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-38

Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak.
- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak.
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek.
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

Eylemlerin gerçekleştirilmesi

Raporlama zaman çizelgesi

- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır.
- Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli).
- Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi için alan yok, Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, Kadın Doğum Yb ve Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir.
- Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin.
- Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler).
- Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın.
- Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın.
- Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde

5 Dk

Olay Bitimi

yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. - Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). - Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. - Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). - Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. - Tahliyeye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. - Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. - Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). - Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. - Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). - Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın). - Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu). - Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. - Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır).		

• Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. • hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar,		

• Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. • Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İşAT, • Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar • Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. • Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler • Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, • Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler • Tahliye yollarına ilişkin krokiler, • Kayıtlar ve formlar, • Kontrol listesi.		

Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

Palyatif Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-39		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 12. Kat Dahiliye Servis Dikey Tahliye 10. Kat Enfeksiyon Servisi Toplanma alanı	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi

Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı zemin kat acil çıkışından ilgili toplanma alanına geçin		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Dermatoloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-40

Amaç

Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak
- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye alanı yoktur Dikey Tahliyesi 9. Kat Romatoloji Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi

Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi

Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		

Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya ileştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

GÖĞÜS HASTALIKLARI YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-41		
Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi

• Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. • Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli). • Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi için alan yok, Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, Kadın Doğum Yb ve Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir. • Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. • Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler). • Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın. • Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın. • Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. • Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. • Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. • Tahliyeye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. • Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi

• Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın). • Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu). • Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. • Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır). • Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir.		

Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri - Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. - Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. - Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi'ne rapor edin. - Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. - hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller - Tekerlekli sandalyeler, - Yataklar, - Sedyeler, - Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. - Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon		

- Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

Enfeksiyon Hastalıkları Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-42

Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 10. Kat Göğüs Hastalıkları Servisi Dikey Tahliye 7. Kat Nöroşürji Servis	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi

Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi

Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştiirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Göğüs Hastalıkları Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü -43		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye 10. Kat Enfeksiyon Servisi 8. Kat Hematoloji Servis Dikey Tahliyesi 8. Kat Hematoloji Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi

Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedyeye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uygun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Nefroloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü- 44		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 9. Kat Romatoloji Servis Dikey Tahliye 6. Kat Plastik Cerrahi Servis	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi

Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlanıldığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		

Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		

Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Romatoloji ve Endokrin Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-45		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı

Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye 9. Kat Nefroloji Servis Dikey Tahliyesi 7. Kat Nöroloji Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		

Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		

Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Hematoloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-46
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,

Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye alanı yoktur, Dikey Tahliyesi 6. Kat Ortopedi Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.		
T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedyeye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.		
T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.		
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		

Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,		
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Nöroloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-47
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye 7. Kat Nöroşürji Servis, Dikey Tahliyesi 5. Kat Üroloji Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi

Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi

Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-48

Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak.
- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak.
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek.
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi
- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. - Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli). - Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 7. Kat Nöroşuriji Yoğun Bakım , Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, Kadın Doğum Yb ve Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir. - Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. - Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler). - Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın.	5 Dk	Olay Bitimi

• Mümkin olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın. • Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. • Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. • Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. • Tahliye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. • Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. • Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın). • Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu).		

• Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. • Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır). • Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin.		

- Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. - hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller - Tekerlekli sandalyeler, - Yataklar, - Sedyeler, - Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. - Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel,		

Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

Nöroşürji Servis Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-49		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı

Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 7. Kat Nöroloji Servis Dikey Tahliye 5. Kat Yanık Servisi	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlanıldığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		

Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uygun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Ortopedi Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-51
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak

- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye 6. Kat Ortopedi 2+ 6. Kat Plastik Servis , Dikey Tahliyesi 4. Kat Genel Cerrahi 2 tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.		
T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedyeye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.		
T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.		
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		

Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,		
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

6. Kat Ortopedi 2+ 6. Kat Plastik Cerrahi Servis Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-52
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 6. Kat Ortopedi Servis Dikey Tahliye 4. Kat Genel Cerrahi Servis 1	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi

Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi

Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştiirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Üroloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü- 53		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye 5. Kat Yanık Servisi, Dikey Tahliyesi 3. Kat Gastroenteroloji Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi

Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Tıbbi Onkoloji + Yanık Servis Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-54		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 5. Kat Üroloji Servis Dikey Tahliye 3. Kat KBB Servis	1 Dk	Olay Bitimi

Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlanıldığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi

Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		

Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		

Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Genel Cerrahi Servisi1 Tahliye Standart Operasyon Prosedürü- 55

Amaç

Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak
- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye 4. Kat Genel Cerrahi 2, Dikey Tahliyesi olmadığı için Kalp Binası 3.Kat Göğüs Cerrahi tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılamadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.		
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		

Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Genel Cerrahi 2 Servis Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-56
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.

Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 4. Kat Genel Cerrahi 1 Dikey Tahliyesi olmadığı için yatay tahliye uygun olmadığı durumlarda Kalp Binası 3. Kat Kvc Servise tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılamadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi

Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi

Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

GENEL CERRAHİ YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-57		
Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi
- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. - Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli). - Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi alanı yok, Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, Kadın Doğum Yb ve Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir. - Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. - Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler).	5 Dk	Olay Bitimi

• Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın. • Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın. • Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. • Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. • Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. • Tahliye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. • Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. • Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın).		

• Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu). • Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. • Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır). • Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir.		

- Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. - Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. - hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller - Tekerlekli sandalyeler, - Yataklar, - Sedyeleler, - Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. - Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimini geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar		

vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

Gastroentoloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-58
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak

• Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliye 3. Kat KBB Servis, Dikey Tahliyesi olmadığı için Kalp Binası 2. Kat Kardiyoloji Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılamadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi

T0 Yürüyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

KBB Servis Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-59

Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak • Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 3. Kat Gastroenteroloji Servis Dikey Tahliyesi olmadığı için yatay tahliye uygun olmadığı durumlarda Kadın Doğum Binası 5.Kat Göz Servisi tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi

Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Organ Nakli Servis Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-60		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 2. Kat Endoskopi Ünitesi Servis Dikey Tahliyesi olmadığı için yatay tahliye uygun olmadığı durumlarda 1 Kat Koroner Anjiyografi tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi

Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa orta merdivenin çıkış sağlanır. Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önü, orta hat merdivenden çıkıldı ise Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına geçilmesi sağlanır.		
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi

Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		

Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		

Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Üreme Yardımcı Tedavi Merkezi, Uykuda Solunum Bozuklukları Merkezi, Endoskopi Birimi Onkoloji Ayaktan Hizmetleri, Poliklinik Hizmetleri Tahliye Standart Operasyon Prosedürü
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,

Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Tahliye kararı alındığında bu alandaki hastalar ayaktan hasta grubuna girmekte olduğu için taburcu edilir. Uyku bozuklukları biriminde yatan hastalar test amaçlı geldikleri için tahliye kararı ile birlikte testleri sonlandırılıp tahliyesi ve taburculukları sağlanır.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılamadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Başhekimlik önü toplanma alanı, Onkoloji binası önü toplanma alanlarına orta hat merdivenden çıkıldı ise Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.		
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		

Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,		
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

GENEL AMELİYATHANE TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-62
Temel faaliyet: Ameliyathanedeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak.
Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak.
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak.
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak.
- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak.
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek.
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).
- Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması

(Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun)

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi	Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
• Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin. • Tüm personele, tahliye kararı alındığını bildirin. • Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın, • Tahliye edilecek hastalar KVC ameliyathane Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine Tahliyesi başlanır bu alanlar yetersiz ise hekim tarafın sevki için 112 ile iletişime geçilir. 1.Ameliyat odasındaki hastanın tahliyesinden primer sorumlu ekip o odada ve o hasta başında çalışmakta olan kişiler: • Operatör Doktor • Operatör asistan Doktor • Anestezi Asistan Doktoru • Anestezi teknisyeni • Ameliyathane hemşireleri • Ameliyathane personeli Diğer odalarda hasta yoksa veya hasta başında olmayan başka bir kişi varsa ihtiyaç olan odaya yardım eder. 2.Ameliyathane devam etmekte ise ve bitirilebilmesi için yeterli süre mümkün değilse hastanın kanama kontrolü vs gibi en acil müdahalesi tamamlanır tamamlanmaz:	5 Dk	Olay Bitimi

• Cerrahi bölge steril bayın/yeşil ile örtülür. • Hasta derhal sedyeye alınır. • Hasta sedye üstünde sıkıca bağlanarak tespit edilir. • Hasta entübe ise ambuya geçilerek ve aralıksız ambulans olarak emniyetli bölgeye kadar taşınır. • Taşıma esnasında hastanın monitörleri fişten çıkarılarak hastanın bağlantısı devam ettirilir. • Şarjlı bir aspiratör bulunmalıdır. • Taşınma sırasında acil çantası alınmalıdır. • Işık kaynağı bulunmalıdır (Bu sayede kanama vs. gibi acil müdahalelerle ilk etapta kontrol edilebilir). Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; • Monitöre bağlı elektrod kabloları sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Mevcut tedavisi varsa bilgisi ile ambulansa teslim edilir. • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal GüvenlikGörevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.		
Kullanılacak Materyaller • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler,		

• Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde). Kalite Kontrol • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. • Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İşAT,		
Karşılaşılabilecek özel durumlar • Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. • Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler • Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, • Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler • Tahliye yollarına ilişkin krokiler, • Kayıtlar ve formlar, • Kontrol listesi		

Eylemlerin Kaydedilme Şekli - Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. - Formlar: Tahliye durumunda hasta belirleme formu (her hastaya iliştilmiş halde)/ tıbbikayıt. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi; Raporlama mekanizması; - Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme - Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

ANESTEZİ YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-63		
Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi
- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. - Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın	5 Dk	Olay Bitimi

gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli). • Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi alanı yok, Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, KVC yb ve Kadın Doğum Yb ilk olarak tahliyesi gerçekleşir hasta kapasitesi büyük bir alan olduğu için hastane içindeki diğer yoğun bakımlarada tahliye edilir.. • Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. • Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler). • Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın. • Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın. • Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. • Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. • Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. • Tahliyeye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. • Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. • Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını		

tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın). • Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu). • Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. • Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır). • Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir.		

Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri - Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. - Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. - Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. - Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. - hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller - Tekerlekli sandalyeler, - Yataklar, - Sedyeler, - Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. - Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

Diyaliz Ünitesi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü- 64		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak • Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, kısmi/tam tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi ve Dikey Tahliye alanları yoktur.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
İki çıkışı vardır en yakın çıkıştan tahliye sağlanır. Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde toplanılır. İşlemi devam eden hastaların işlemi durdurulur tahliyeye başlanır. İşleme devam etmesi gereken bölüm sorumlu hekimi tarafında 112 ile görüşerek hastaların nakli sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi

Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Kardiyovasküler Cerrahi ve Göğüs Cerrahi Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-65		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servisin yatay ve ya dikey tahliye alanı yoktur hastane içi tahliye geeken durumlarda Kulak Burun Boğaz Servisine Tahliye edilir.	1 Dk	Olay Bitimi

Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Onkoloji binası önü ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde toplanması sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi

Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		

Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		

Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Kardiyoloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-66
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servisin yatay ve ya dikey tahliye alanı yoktur hastane içi tahliye gereken durumlarda Nefroloji Servisine Tahliye edilir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Onkoloji binası önü ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde toplanması sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.		
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		

Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Kardiyoloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-66
Amaç
Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve

malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servisin yatay ve ya dikey tahliye alanı yoktur hastane içi tahliye gereken durumlarda Nefroloji Servisine Tahliye edilir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi

Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Onkoloji binası önü ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önünde toplanması sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfers işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wcler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		

HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		

Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

KORONER YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-67		
Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi
- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. - Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli). - Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi alanı yok, Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, Kadın Doğum Yb ve Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir. - Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. - Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler). - Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın. - Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın.	5 Dk	Olay Bitimi

• Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. • Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. • Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. • Tahliye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. • Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. • Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın). • Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu). • Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik		

personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. • Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır). • Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin.		

- Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. - hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller - Tekerlekli sandalyeler, - Yataklar, - Sedyeler, - Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. - Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler		

• Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, • Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler • Tahliye yollarına ilişkin krokiler, • Kayıtlar ve formlar, • Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

KARDİOVASKÜLER CERRAHİ AMELİYATHANE TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-68
Temel faaliyet: Ameliyathanedeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak. • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak. • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. • Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). • Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması

(Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun)

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi	Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
- Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin. - Tüm personele, tahliye kararı alındığını bildirin. - Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın, - Tahliye edilecek hastalar Genel AmeliyathaneyeTahliyesi başlanır bu alanlar yetersiz ise hekim tarafın sevki için 112 ile iletişime geçilir. 1.Ameliyat odasındaki hastanın tahliyesinden primer sorumlu ekip o odada ve o hasta başında çalışmakta olan kişiler: - Operatör Doktor - Opertör asistan Doktor - Anestezi Asistan Doktoru - Anestezi teknisyeni - Ameliyathane hemşireleri - Ameliyathane personeli Diğer odalarda hasta yoksa veya hasta başında olmayan başka bir kişi varsa ihtiyaç olan odaya yardım eder. 2.Ameliyathane devam etmekte ise ve bitirilebilmesi için yeterli süre mümkün değilse hastanın kanama kontrolü vs gibi en acil müdahalesi tamamlanır tamamlanmaz: - Cerrahi bölge steril bayın/yeşil ile örtülür. - Hasta derhal sedyeye alınır. - Hasta sedye üstünde sıkıca bağlanarak tespit edilir. - Hasta entübe ise ambuya geçilerek ve aralıksız ambulanaarak emniyetli bölgeye kadar taşınır. - Taşıma esnasında hastanın monitörleri fişten çıkarılarak hastanın bağlantısı devam ettirilir. - Şarjlı bir aspiratör bulunmalıdır. - Taşınma sırasında acil çantası alınmalıdır. - Işık kaynağı bulunmalıdır (Bu sayede kanama vs. gibi acil müdahalelerle ilk etapta kontrol edilebilir).	5 Dk	Olay Bitimi

Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; • Monitöre bağlı elektrod kabloları sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Mevcut tedavisi varsa bilgisi ile ambulansa teslim edilir. • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal GüvenlikGörevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.		
Kullanılacak Materyaller • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde). Kalite Kontrol • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. • Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi		

Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT,		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli - Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. - Formlar: Tahliye durumunda hasta belirleme formu (her hastaya iliştilmiş halde)/ tıbbikayıt. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi; Raporlama mekanizması; - Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme - Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		

Güvenlik Konuları		

KARDİYOYASKÜLER CERRAHİ YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-69		
Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi
- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. - Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli). - Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi alanı yok, Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, Kadın Doğum Yb ve Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir. - Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. - Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler). - Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın.	5 Dk	Olay Bitimi

• Mümkin olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın. • Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. • Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. • Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. • Tahliyeye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. • Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. • Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın). • Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu).		

• Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. • Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır). • Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. • Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir		

tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. - Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. - hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller - Tekerlekli sandalyeler, - Yataklar, - Sedyeler, - Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. - Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimini geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun.		

Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

ANJİOGRAFİ ÜNİTESİ TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-70
Temel faaliyet: Anjiografi ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak. - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak. - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak.

- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). - Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun)		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi	Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
- Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin. - Tüm personele, tahliye kararı alındığını bildirin. - Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın, - Tahliye edilecek hastalar takip halinde ise 9. Kat nefroloji servisine tahliyesi yapılır Anjiyografi işlemi sonlandırılmaya vakit yetersiz ise hekim tarafın sevk için 112 ile iletişime geçilir. 1. Anjiyografi odasındaki hastanın tahliyesinden primer sorumlu ekip o odada ve o hasta başında çalışmakta olan kişiler: - Doktor - Asistan Doktor - Radyoloji Teknikeri - Anjiyografi hemşireleri Diğer odalarda hasta yoksa veya hasta başında olmayan başka bir kişi varsa ihtiyaç olan odaya yardım eder. 2. Anjiyografi devam etmekte ise ve bitirilebilmesi için yeterli süre mümkün değilse hastanın kanama kontrolü vs gibi en acil müdahalesi tamamlanır tamamlanmaz: - Cerrahi bölge steril bayın/yeşil ile örtülür. - Hasta derhal sedyeye alınır. - Hasta sedye üstünde sıkıca bağlanarak tespit edilir. - Taşıma esnasında hastanın monitörleri fişten çıkarılarak hastanın bağlantısı devam ettirilir. - Şarjlı bir aspiratör bulunmalıdır. - Taşınma sırasında acil çantası alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi

• Işık kaynağı bulunmalıdır (Bu sayede kanama vs. gibi acil müdahalelerle ilk etapta kontrol edilebilir). Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; • Monitöre bağlı elektrod kabloları sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Mevcut tedavisi varsa bilgisi ile ambulansa teslim edilir. • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal GüvenlikGörevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.		
Kullanılacak Materyaller • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde). Kalite Kontrol • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun.		

- Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT,		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli - Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. - Formlar: Tahliye durumunda hasta belirleme formu (her hastaya iliştilmiş halde)/ tıbbikayıt. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi; Raporlama mekanizması; - Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun.		

İzleme		
Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

ViP 2 Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-71		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi için aktif alan yok Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 5. KAT B blok FTR Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi

Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi

Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Göz Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-72		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı

Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 5. KAT B blok FTR servis Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 4. KAT B Blok Çocuk Servis 1 tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi

Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		

Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Fizik Tedavi ve Fizik Tedavi Romatoloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-73	
Amaç	
Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.	
Hedefler	
- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak	

• Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak • Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 5. Kat C Blok Göz Servisi, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 4.Kat C Blok Çocuk Endokrin Servisi tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.		
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		

Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,		
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak • Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 4. Kat Çocuk Servisi 2 Çocuk Endokrin Servisi, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 3. Kat B Blok Jinekoloji Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE’den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Çocuk Servisi 2 Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-75		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 4. Kat Çocuk Servisi 1, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 3. Kat B Blok Anne Bebek Servisi tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Çocuk Cerrahi ve Çocuk Endokrin Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-76		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi

Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 4. Kat Çocuk Servisi 1, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 3. Kat B Blok Obsteri Servis tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılamadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi

Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		

Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Obsteri Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-77		
Amaç		
Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler		
- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak		

• Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak • Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 3. Kat B Blok Jinekoloji Servis, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 2 Kat C Blok Doğumhane tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi

T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.		
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		

Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi

tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,		
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Jinekoloji Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-78

Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 3. Kat B Blok Obsteri Servis, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 2 Kat C Blok Doğumhane tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE’den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi

Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		

Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Anne Bebek Servisi Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-79		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi
Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 3. Kat B Blok Jinekoloji Servis, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır 2 Kat C Blok Doğumhane tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi

Tahliye yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılmadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi
Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi

Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		
Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliyeyi gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		

Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP’u, Sel/Su baskını SOP’u, Tesis tahliye SOP’u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT’ı, Servis Sorumlusu İşAT’ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

Doğumhane Tahliye Standart Operasyon Prosedürü-80		
Amaç Acil durum ve Afet durumunda Yatan Hasta Katlarında tahliye kararı verilmesi, tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların, refakatçilerin ve şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin yapılmasını sağlamak.		
Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye kararının nedenini, doğruluğunu ve türünü (yatay/dikey/tam tahliye) Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,	1 Dk	Olay Bitimi

Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi 2. Kat B-C Blok Kd Ameliyathane, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır Zemin Kat Kadın Doğum Poliklinik Gözlem Odaları tahliyesi gerçekleşir.	1 Dk	Olay Bitimi
Tesis tahliye prosedüründe tabloda belirtilen yerlere uygun olarak tahliyeyi gerçekleştirin, (Tam tahliye gerektiren durumlarda Tesis Tahliye SOP undan yararlanınız)	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliyeyi yapacak personelleri görevlendirin. Personel yetersizliği durumunda OYE den kurtarma ekibi, itfaiye vb. destek isteyin.	5 Dk	Olay Bitimi
Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),	5 Dk	Olay Bitimi
Çalışan ekipman/makine var ise durdurulmalı ve alan güvenli hale getirilmelidir.	5 Dk	Olay Bitimi
Hastaların durum değerlendirmelerini yapıp triaj uygulayın, dosyalarını hastaların yanına koyun.	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca hastaların dosyaları ve ilaçları da yanlarına alınmalıdır.	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye için hasta transfer asansörleri ve ana merdivenlerin kullanılamadığı durumlarda; (OYE'den bilgi alınır.)	5 Dk	Olay Bitimi
Katlarda bulunan acil çıkış yönlerinde tahliye işlemi gerçekleşir. Hastane dışına tahliye yapılacaksa acil çıkış merdivenin çıkış sağlandığında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Önüne toplanma alanına geçilmesi sağlanır.	5 Dk	Olay Bitimi
T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar. T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar. T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar. T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.	5 Dk	Olay Bitimi
Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	5 Dk	Olay Bitimi

Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın,	5 Dk	Olay Bitimi
Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın),	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,	5 Dk	Olay Bitimi
Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.),	5 Dk	Olay Bitimi
Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin,	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	5 Dk	Olay Bitimi
Tahliye edilen hastaların tedavisi başka kurumda devam etmesi gereken hastaların belirleyin servis sorumlu hekimi tarafından 112 ile iletişime geçilerek başka hastanelere sevkini sağlayın	5 Dk	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir,		
Katların tahliyesi tamamlandıktan sonra tahliye sorumlusu tarafından tüm oda ve wc'ler kontrol edilip kapılarına işaretleme yapılmalıdır,		
Tahliye sorumlusu tahliye alanında personellerini teyit etmelidir,		
Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır,		

Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir,		
Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Haberleşme araçları (telefon, telsiz), triyaj kartları, tekerlekli sandalyeler, yataklar, sedyeler, durum acil tahliye gerektirirse battaniyeler, krokiler, hasta dosyaları, formlar, acil durum çantası		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Hastaların tahliye sırasında ve sonrasında tıbbi bakım hizmetlerinin devamlılığının sağlanması,	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	Tahliye Süresince	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
HAP, Hastane içi yangın SOP'u, Sel/Su baskını SOP'u, Tesis tahliye SOP'u, Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, Servis Müdahale Prosedürü, Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, Servis Sorumlusu İşAT'ı, Protokoller.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun,	Tahliye Öncesinde	Olay Bitimi
Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi

Sürece Dahil Kişiler		
Serviste yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır).		
Ekler		
Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Formlar: Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması: OYE 'nin talimatlarına uyun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
İzleme		
Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.	Tahliye Süresince ve Bitiminde	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		
Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ AMELİYATHANE TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-81
Temel faaliyet: Ameliyathanedeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak. - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak. - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak.

- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). - Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun)		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin Gerçekleştirilmesi	Raporlama İçin Zaman Çizelgesi
- Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin. - Tüm personele, tahliye kararı alındığını bildirin. - Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın, - Tahliye edilecek hastalar Genel AmeliyathaneyeTahliyesi başlanır bu alanlar yetersiz ise hekim tarafın sevki için 112 ile iletişime geçilir. 1.Ameliyat odasındaki hastanın tahliyesinden primer sorumlu ekip o odada ve o hasta başında çalışmakta olan kişiler: - Operatör Doktor - Opertör asistan Doktor - Anestezi Asistan Doktoru - Anestezi teknisyeni - Ameliyathane hemşireleri - Ameliyathane personeli Diğer odalarda hasta yoksa veya hasta başında olmayan başka bir kişi varsa ihtiyaç olan odaya yardım eder. 2.Ameliyathane devam etmekte ise ve bitirilebilmesi için yeterli süre mümkün değilse hastanın kanama kontrolü vs gibi en acil müdahalesi tamamlanır tamamlanmaz: - Cerrahi bölge steril bayın/yeşil ile örtülür. - Hasta derhal sedyeye alınır. - Hasta sedye üstünde sıkıca bağlanarak tespit edilir.	5 Dk	Olay Bitimi

• Hasta entübe ise ambuya geçilerek ve aralıksız ambulans olarak emniyetli bölgeye kadar taşınır. • Taşıma esnasında hastanın monitörleri fişten çıkarılarak hastanın bağlantısı devam ettirilir. • Şarjlı bir aspiratör bulunmalıdır. • Taşınma sırasında acil çantası alınmalıdır. • Işık kaynağı bulunmalıdır (Bu sayede kanama vs. gibi acil müdahalelerle ilk etapta kontrol edilebilir). Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; • Monitöre bağlı elektrod kabloları sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Mevcut tedavisi varsa bilgisi ile ambulansa teslim edilir. • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal GüvenlikGörevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.		
Kullanılacak Materyaller • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar,		

- Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde). Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. - Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimini geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT,		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli - Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. - Formlar: Tahliye durumunda hasta belirleme formu (her hastaya iliştilmiş halde)/ tıbbikayıt.		

Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi;		
Raporlama mekanizması;		
Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun.		
İzleme		
Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-82

Temel faaliyet: Afet durumunda Yenidoğan Yoğun Bakımda hastanede tahliye kararı verilmesi ve tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin sağlanması

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak
- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,

Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır.
- Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi için alan yok, Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır Pediatri Yb, Kadın Doğum Yb, Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir.
- Yenidoğan yoğun bakımdayken hastaları tamamı T1 yada T2 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken ventilatör ve oksijen sistemine bağlı olmayan stabil hastadan başlayarak, ventilatöre bağlı olan hastalara doğru tahliye işlemi yapılır.
- Ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler).
- Solunum cihazına bağlı entübe bebek öncelikle solunum cihazından sökülür ve hemşire tarafından kendi şişen balonla ventilasyon işlemi başlatılır.
- Transport kuvöz bebeğin yanına getirilerek, bebek transport kuvözün içine alınır ve ambulama işlemine devam edilir.
- Ambulansın bulunduğu yere götürülen bebek, hemşire refakatinde ventilasyon işlemine devam edilir.
- Ambulansın bulunduğu yere götürülen bebek hemşire refakatinde ambulama işlemi devam ederek ilgili kuruma sevk edilir.

Eylemlerin gerçekleştirilmesi

5 Dk

Raporlama zaman çizelgesi

Olay Bitimi

- Entübe olmayıp sadece oksijen alan bebeklerde, transport kuvözün yanlarında bulunan seyyar oksijen tüpleri devreye alınarak oksijen maskesi yardımıyla tahliye işlemi gerçekleştirilir. - Transport kuvözün yetersiz kaldığı yada kullanılmadığı durumlarda bebekler kucakta iki kişi yardımı ile tahliye edilir(Bir kişi bebeği tutup ventilasyon işlemi yaparken, diğer kişi seyyar oksijen tüpünü taşır). - Yenidoğan yoğun bakımın tahliyesi merdivenler veya acil çıkış kapısından yapılmaktadır. Ancak yangın ve zehirli gaz durumlarında hastane içi merdivenler kullanılmaz. - Birim sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur. - Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. - Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. - Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. - Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. - Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. - Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın - Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri - Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi Başkanının) izniyle gerçekleştirilir. - Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edilir. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. - Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirilir ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edilir. - Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edin. (Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu)		
Kullanılacak Materyaller - Kuvözler - Krokiler, - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol - Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyulur. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapılır. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.		

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunulmalıdır. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; - Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. - İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		

PEDİATRİ YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-83		
Temel faaliyet: Afet durumunda Yenidoğan Yoğun Bakımda hastanede tahliye kararı verilmesi ve tahliye türüne karar verilmesi ve buna göre personelin, hastaların ve refakatçilerin hastaneden güvenli bir şekilde tahliye edilmesini veya diğer bölümlere transferinin sağlanması Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,		

Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi
- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. - Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi için alan yok , Dikey Tahliyesi çapraz uygulanır Pediatri Yb, KVC Yb, Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir. - Bebeklik dönemi hastaları tahliye ederken T1 yada T2 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken ventilatör ve oksijen sistemine bağlı olmayan stabil hastadan başlayarak, ventilatöre bağlı olan hastalara doğru tahliye işlemi yapılır. - Ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler). - Solunum cihazına bağlı entübe bebek öncelikle solunum cihazından sökülür ve hemşire tarafından kendi şişen balonla ventilasyon işlemi başlatılır. - Transport kuvöz bebeğin yanına getirilerek, bebek transport kuvözün içine alınır ve ambulama işlemine devam edilir. - Ambulansın bulunduğu yere götürülen bebek, hemşire refakatinde ventilasyon işlemine devam edilir. - Ambulansın bulunduğu yere götürülen bebek hemşire refakatinde ambulama işlemi devam ederek ilgili kuruma sevk edilir. - Entübe olmayıp sadece oksijen alan bebeklerde, transport kuvözün yanlarında bulunan seyyar oksijen tüpleri devreye alınarak oksijen maskesi yardımıyla tahliye işlemi gerçekleştirilir. - Transport kuvözün yetersiz kaldığı yada kullanılmadığı durumlarda bebekler kucakta iki kişi yardımı ile tahliye edilir(Bir kişi bebeği tutup ventilasyon işlemi yaparken, diğer kişi seyyar oksijen tüpünü taşır). - Çocukluk dönemi yoğun bakım hastaları tahliye edilirken; Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. - Yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın. - Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). - Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. - Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). - Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. - Tahliyeye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat	5 Dk	Olay Bitimi

yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. - Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. - Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). - Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. - Pediyatri yoğun bakımın tahliyesi merdivenler veya acil çıkış kapısından yapılmaktadır. Ancak yangın ve zehirli gaz durumlarında hastane içi merdivenler kullanılmaz. - Birim sorumlusu personel durumu değerlendirir, gerekli durumlarda ekstra personel talebinde bulunur. - Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur. - Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. - Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. - Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. - Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. - Tahliye alanında mutlaka hasta listesi ve çalışan kişilerin sayımları yapılarak kontrollerini sağlayın - Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri - Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi Başkanının) izniyle gerçekleştirilir. - Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edilir. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. - Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirilir ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edilir. - Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edin. (Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu)		
Kullanılacak Materyaller - Kuvözler - Krokiler, - Hasta yatağı, Sedye - Hasta dosyaları, formlar, - Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol		

- Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyulur. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapılır. Zaman Dilimi - Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, - Güvenlik Sorumlusunun İşAT, - Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunulmalıdır. - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; - Olay Yönetim Ekibi’ nin talimatlarına uyum. - İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		

KADIN DOĞUM YOĞUN BAKIM TAHLİYESİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-84

Temel faaliyet: Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak.

Hedefler - Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak - Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak - Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak. - Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak. - Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek. - Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından). Acil durumlar için hastaların durumuna göre sınıflandırılması ve planlama yapılması (Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için; bu hastaları çıkış kapılarına yakın yerdeki yatakların tahsis edin, koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi	Raporlama zaman çizelgesi
- Sarı kod verilmesi ile birlikte tahliye triajına başlanır. - Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin (Yangın gibi acil durumlarda tahliye kararı ünite sorumlusu doktor veya sağlık personeli tarafından verilmeli). - Servis personeline, yatay/dikey/tam tahliye tahliye kararı alındığını bildirin, Yatay Tahliyesi alanı yok, Dikey Tahliyesi alanı yok hastalar hastane içindeki, KVC yb ve Anestezi Yb tahliyesi gerçekleşir. - Bilinci açık olan hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetlerinin devamlılığının ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda temin edin. - Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın ve tahliye yollarını kontrol edin (bakınız krokiler). - Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın. - Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın. - Erişkin yoğun bakımda yatan hastaların tamamı T2, T3 triaj sınıfına girmektedir. Bu açıdan tahliye triajı yapılırken bilinci açık hastalardan, şuuru kapalı, obezite olan hastalara doğru sıralama yapılır. Hemşire tarafından, acil tahliye gerektiğinde yoğun bakımda yatan hastaların triaj değerlendirmesini yapın. Tahliye triajında bu listeye uyulur, ancak tehlikeye yakın olan hastaya öncelik tanıyın.	5 Dk	Olay Bitimi

• Hastanın yaşamına destek veren perfüzyon cihazları yerinden sökün (Perfüzyon cihazları akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın. • Hasta takibinin yapıldığı monitörü yerinden sökün, portable monitör görevini alır (Monitör akülü olup ortalama akü dayanma süresi 45 dakikadır). • Hasta sabit ventilatör cihazından ayrılarak portable ventilatör cihazına bağlayın, portable ventilatör cihazı yok ise ambulama işlemi başlatın. • Tahliye hazır olan hastanın mahremiyeti açısından üstünü örtün, mevcut yatağı ile beraber tahliyesine başlayın, fakat yangın merdiveninden inmek gerekli ise, yangın merdiveni için uygun transfer sedyesi kullanın. • Tahliye esnasında oluşabilecek komplikasyonlara karşı hastanın yanında yoğun bakım hemşiresi ya da yoğun bakım asistan doktoru refakat etmelidir. • Tahliye sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale amaçlı yoğun bakımda bulunan acil yardım çantasını tahliye süresince taşıyın (Acil yardım çantasında; adrenalin, aritmal, bikarbonat, atropin, diltizem, entübasyon tüpleri, laringoskop, ambu vb gerekli tıbbi sarf malzemeler bulunur). • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın. • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya sedyeye bağlayın). • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları sedyeye bağlayın). • Tahliye edilen hastaların kaydını tutun (Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu). • Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edin. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile tahliye işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personeli gözetiminde, talimatlara uygun olarak gerçekleştirin. • Transfer edilen malzeme ekipmanın kaydını tutun (tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır). • Tahliye işlemi başlarken kurumlar arası koordinasyon sorumlusu vasıtasıyla hastaların sevk edileceği uygun kurumlar bulunur.		

• Tahliye edilen bölümlere yetkisiz kişilerin girmesini önlemek için güvenlik ekibi tarafından gerekli işaretlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. • Hastaların tahliye edilmesi sırasında, hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyulması gerekmektedir. • Hastaların tahliye edildiği alanda gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. • Afet bölgesinden çıkarılan hasta sevk için bekleyen ambulans ile başka hastaneye götürülecekse; Monitöre bağlı elektrod kablolarını sökün, ambulans monitörüne bağlayın. • Hastanın o anda almakta olduğu tedavisi hakkında bilgi verin • Hastayı iki kişi eşliğinde Roll Board yardımıyla ambulans sedyesine alın. • Tahliye işlemi tamamlandıktan sonra mutlaka hasta listesi ve o gün ki çalışan personel listesi kontrol edilmelidir. • Tahliye edilen hastalar ile ilgili, Form-45 Hasta Tahliye Takip Formu, Personel Tahliye Takip Formu, Tahliye Edilen Malzeme Takip Formu kullanılmalıdır.		
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir. • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik görevlisinin izniyle gerçekleştirilmelidir. • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi' ne rapor edin. • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. • hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu		
Kullanılacak Materyaller • Tekerlekli sandalyeler,		

• Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniyeler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde).		
Kalite Kontrol • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. • Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İşAT, • Kat Özel Tahliye Planı		
Karşılaşılabilecek özel durumlar • Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun. • Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.		
Sürece Dahil Olan Kişiler • Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, • Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır)		
Ekler • Tahliye yollarına ilişkin krokiler,		

- Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı. Formlar: Tahliye edilen hastalar ile ilgili, form 45 hasta tahliye takip formu, personel tahliye takip formu, tahliye edilen malzeme takip formu kullanılmalıdır. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi' nin talimatlarına uyun. İzleme Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		

5. OLAYA ÖZEL PLAN

HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ

(İç veya Dış Kaynaklı)

İş Sürekliliği, hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/veya harici olaylara, performansını etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna karşı hazırlıklı olması; önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde, baş edebilmesinin sağlanmasıdır.

5.1.Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar

Hastanede iş sürekliliğini olumsuz etkileyen nedenlerin başında hastanenin **kritik sistemlerindeki kayıplar ve dış acil durum/afet hasarları** gelmektedir. Kritik sistemlerin kaybı halinde ve hastane dışından hiçbir yardım alınamadığı durumlarda hastanenin yönetimi için Olaya Özel Plan hazırlanmalıdır.

Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıplar

Kritik sistemler binanın hizmet verebilmesi için gerekli sistemler, bağlantıları ve uzantılarıdır (su, atık su, elektrik, haberleşme, ısıtma, havalandırma, gaz, tıbbi gaz, jeneratör, transformatör, dağıtım-kontrol panelleri, yangın algılama-söndürme, acil çıkış sistem ve tesisatları vb). Hastanede kritik sistemlerdeki kayıpların insan ve ekipman bakımından ağır sonuçlara yol açabilecek bir örneği, acil durum jeneratörlerinin arızasıdır. Acil durum jeneratörlerinde arızanın başlıca nedenleri şunlardır:

- Jeneratör test edildikten sonra yakıtın tamamen doldurulmaması,
- Yük altında test edilmemiş olması,
- Bağımsız bir yakıt kaynağına sahip olmaması,
- Uygun soğutmanın olmaması ve tıkanmış filtre,

- Çok sayıda jeneratör arasında yük geçişinin yapılamaması,
- Elektrik sisteminin diyagramının olmaması,
- Acil duruma yönelik güçlendirilmiş çıkışlar için açık bir tanımın olmaması gibi teknik sebepler.

Hastanenin Destek Hizmetleri kapsamında, kritik sistemlerde arıza sebebini tespit etmeye yönelik kontrol listeleri hazırlanmalı ve daima erişilebilir olmalıdır. Örneğin, elektrik kesintisi, bir birim bünyesindeki elektrik dağıtım sisteminde yaşanan bir arızanın sonucunda da ortaya çıkabilir. Duruma göre, arızayı giderebilmek ya da gerektiğinde hastaları diğer birimlere yeniden dağıtmak için bir eylem planının geliştirilmesi gerekebilir. Bu şekilde Olaya Özel Plan'da ya da uygulama sırasında şekillendirilecek Olay Eylem Planı'nda yer alan hususlarda, hastanenin mevcut yapısı ve teknik uygulamaları dikkate alınmalıdır.

Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlar

Bir dahili acil durum sebebiyle ya da fırtına, deprem ve erişim yollarına zarar veren ani seller gibi bir afet sonucunda hastanenin haberleşmesi, bulunduğu yerleşimle ulaşımı, dış dünya ile irtibatı kesilebilir. Böyle durumlarda İş Sürekliliğinde Kesinti ile ilgili Olaya Özel Plan, Tahliye konusundaki Olaya Özel Plan ile fonksiyonel bağlantısı sağlanarak geliştirilmelidir.

5.2 İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Kritik sistemlerin kaybı ya da temel hizmetlerin sunumunu doğrudan etkileyen her türlü durum halinde, Olay Yönetim Ekibi (OYE) derhal etkinleştirilir ve ilgili departman, servis ve birimler ile koordineli olarak hastanedeki operasyonlara ilişkin tüm yönetimden sorumlu olur:

Hastanenin çalışmaya nasıl devam edeceğini belirler ve önceden hazırlanan ilgili Standart Operasyon Prosedürü'nü ve diğer İş Sürekliliği Prosedürlerini etkinleştirir.

- Mevcut kaynakların nasıl kullanılacağını belirler: Kaynakların ve sarf malzemelerinin yeniden tahsisini ve dağıtımını, gerekirse İş Sürekliliği Prosedürü'nü duruma uyarlar.
- Olayın seyrini dikkate alarak Olay Eylem Planı geliştirir, takip eder:
 - Hastalar/personel/ziyaretçilere verilecek gıdaların, ilaçların, IV sıvıların, kanların, tek kullanımlık malzemelerin; personele yönelik özel ekipmanın, tekstil ürünlerinin, reaktifler ve dezenfektanlar gibi temel ürünlerin nasıl dağıtılacağı konusundaki talimatları netleştirir; hastanenin temel madde stoku ve elektrik üretmek için imkânı sınırlı olduğu için, malzeme dağıtımı ve pay etme konusundaki kararların belirlenmesi özellikle acildir.
 - Yerleşimde olağan kamu hizmetleri verilemiyorsa, şiddetli epidemi ve pandemi durumunda katı ve sıvıların, gıda ve biyomedikal atıkların geçici olarak güvenli bir şekilde depolanması da dâhil olmak üzere, atıkların imhası, olayın gidişatı değerlendirilerek yapılacak Olay Eylem Planı'nda ele alınması gereken diğer bir sorundur. Olay Yönetim Ekibi'nin planlama fonksiyonu çerçevesinde, atıkların tesis alanında yakılma ihtimali de gündeme gelebilecektir.
 - Personelin birkaç saat, hatta birkaç gün boyunca eve dönemeyeceği ve hastanede kalmasının gerektiği durumlarda, Olay Yönetim Ekibi derhal vardiyaları düzenleyecek, personelin dinlenebileceği, gıda ve su ihtiyaçlarını karşılayabileceği alanları tespit edecektir.

5.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde:

Kritik hizmetler ve birimler için yedek sistemler olsa da, örneğin enerji kesintisi hastaneler için her zaman bir sorundur. Bu nedenle Olay Yönetim Ekibi derhal harekete geçerek:

- Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar.
- Sorun halinde, Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planı'nı geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir).
- Olay Yönetim Ekibi, Altyapı Sorumlusunu atar ve aşağıdakilerin yapılması için talimat verir:
 - Teknik bakım hizmetleri personeli ile birlikte mevcut yönetim araçları (Standart Operasyon Prose- dürü, Olay Eylem Planı, Formlar, Kontrol Listeleri ve Kayıtlar) tespit edilir ve kullanılacak olanlar seçilir.
 - Belirlenen yönetim araçlarının mevcut duruma uyarlanması sağlanır. Bu tür yönetim araçları yoksa bu durumda, Olay Yönetim Ekibi söz konusu durumun yönetilmesi için gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dahil).
 - Departman/Servis/Birim sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersiz- lik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürek- lililiği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
 - Derhal kritik sistemlerin güvenliği ve gelecek birkaç saat ve gün için bunların sürdürülebilirliği de- ğerlendirilir (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
 - Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur.
 - Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağırılır.
 - Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür.

Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planı'nın ilerle- yişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir.

- Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.

Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

- Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklandığı şekilde ilgi- li kılavuzları, prosedürleri ve kontrol listelerini kullanarak, derhal **zararın değerlendirilmesini** istemek.
- Hastane dışından gerekecek teknik uzmanlık ihtiyacını tespit etmek ve teminini sağlamak.
- Her Departman/Servis/Birimin raporlama formunu kullanarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin çalışması ile bağlantılı her türlü sorunu rapor etmelerini istemek.
- Zarar görmüş binaların güvenliği ve/veya kaybı ile ilgili kararların alınmasına katkıda bulunabilecek başlıca taraflar ile acil toplantı yapmak.
- Gerekğinde tahliye yönetimini gerçekleştirmek (Tahliye, her durumda son çare olmalıdır; ancak ciddi şüphelerin olduğu durumlarda tedbir amaçlı (ihtiyati) tahliye önerilmektedir. Bu durumda tahliye, Tahli- yeye ilişkin Olaya Özel Plan'a göre gerçekleştirilmelidir).
- Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman iş birliği içinde olarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin onarımına yönelik Olay Eylem Planları oluşturmak.

- İzleme mekanizmaları oluşturmak, ilgili form ve bilgi yönetimi kayıt sistemini kullanarak operasyon veya eylemdeki ilerlemeyi düzenli kayıt altına almak ve izlemek.

Olay Yönetim Ekibi teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personeline destek amacıyla aşağıda- kileri temin edecektir:

- Önceden belirlenmiş Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, kılavuz ve kontrol listelerinin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamak (müdahalenin boyutlarını, seyrini ve güvenilirliğini geliştirmek için güvenli yöntemdir).
- Teknik bakım hizmetlerine yardım etmeleri için mutfak ve çamaşırhane gibi yardımcı hizmetlerden per- sonel görevlendirmek.
- Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatla olmak.
- Gerekğinde hastane dışından uzman ve teknisyen temin etmek.

5.4 Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri

Olayla ilgili Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, ilgili hizmetlerin sorumluları, önemli dış paydaşlar ve Sağlık Yetkilileri ile koordineli olarak Olay Yönetim Ekibi tarafından etkinleştirilir. İş Sürekliliği Prosedürü aktive edilirken, kısa sürede önemli güvenlik ve sağlık sorunları oluşturacak kötüye gidiş potansiyeli de dahil olmak üzere, durumun ciddiyeti göz önünde bulundurulur. Olay Yönetim Ekibi'nin karar almasına yardımcı olarak, aşağıdaki ölçütler değerlendirilebilir (örnek, hastanede üç düzeyden oluşan kritik iş (işletme) fonksiyon sınıflaması esas alınmaktadır):

- A Sınıfı kritik fonksiyonlar:

- Hastanenin temel hizmetleri sağlanması açısından hayati önemi olan, kesintiye uğradığında yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde büyük olumsuz sonuçlar bırakacak fonksiyonlardır.

Bu fonksiyonlar hastaların ve personelin emniyetini temin etmek için her zaman sürdürülmesi gereken faaliyetleri içeren fonksiyonlardır (örneğin, Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastaların bakımı).

- Maksimum kesinti süresi ya sıfır ya da çok kısadır (birkaç dakikadan daha az)
- Olay Eylem Planı geliştirilirken, İş Sürekliliği Prosedürü hazırlanırken bu fonksiyonlar öncelikle dikkate alınmalıdır.
- Risk önleme ve risk azaltma çalışmalarında, bu fonksiyonlara her zaman öncelikle dikkat edilmelidir.

- B Sınıfı kritik fonksiyonlar:

- Hastanenin temel hizmetleri sağlanması açısından kesintiye uğradığında sınırlı olumsuz sonuçlar bırakabilecek, yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde sınırlı olumsuz sonuçlar bırakacak kısa bir süre için, kısmen sekteye uğratılabilen fonksiyonlardır.

- Maksimum kesinti süresi kısadır (birkaç dakika ile birkaç saat arasında).

- C Sınıfı fonksiyonlar:

- İlgili fonksiyonun makul bir zaman çerçevesi içinde kurtarılması şartıyla, hastaların ve hizmet alan- ların sağlığı, personel sağlığı ve sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde hemen olumsuz sonuçlar bırakmayacak, sınırlı bir süre için, kısmen ya da tamamen sekteye uğratılabilen fonksiyonlar.

- Maksimum kesinti süresi, kurtarma prosedürlerinin, temel hastane hizmetlerinin sağlanması üzerinde önemli olumsuz sonuçlar bırakmayacak şekilde uygulanmasına imkân verir.

Olay Yönetim Ekibi, önceden hazırlanması gereken Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nü etkinleştirmek için, yukarıda belirtilen kritik fonksiyon sınıflaması örnekleri gibi karar almasına yardımcı göstergelerle birlikte aşağıdaki derecelendirme örneklerinden de yararlanabilecektir.³²

Hastanemizin Enerji İhtiyacında;

Hastanemizde projektör ile aydınlatma yapılmaktadır. Hastanemizde Enerji ihtiyacının sağlanması elektrik atölyesi tarafından yapılmaktadır.

Hastanemiz bünyesinde acil durumlarda kullanılmak üzere taşınabilir jeneratör bulunmamaktadır. İhtiyaç durumunda Rektörlük tarafından sağlanmalıdır.

Kurumumuzun elektriği şehir cereyanından karşılanmaktadır. Elektrik kesintisi olduğunda jeneratör 19 saniye içinde devreye girer. Jeneratör çalışana kadar elektrik kesintisinin yaşanmaması gereken yerlerde UPS devreye girer. Jeneratör çalıştığı zaman UPS devreden çıkar. Ana Bina 2 Jeneratörün gücü 650 kw diğer 2 adet jeneratörün gücü 1100 kw dır ve toplamda 4 adet dir. Kadın Doğum ve çocuk Hastanesinde 3 adet 1100 kw jeneratör bulunmaktadır. Kesintisiz olarak 24 saat çalışma kapasitesi bulunmaktadır. Daha uzun süre elektrik kesintilerinde teknik işlerden sorumlu kişiler tarafından mazot ilavesi yapılarak jeneratörlerin senkronize çalışması devam ettirilebilmektedir.

Jeneratör: Mevcut durumda jeneratör ana binamızda ikisi 650 kW ve diğer ikisi 1100 kW olmak üzere 4 adet jeneratörümüz bulunmaktadır. Kadın doğum ve çocuk hastanesin 3 adet 1100 kw jeneratör mevcut olup binayı destekleyen 2x80kw ameliyathane ve yoğun bakım, 2x250kw ve 2x300kw de kadın doğum ve çocuk hastanesini destekleyen ups mevcut.

Jeneratör Yakıt Tank Kapasitesi:10 ton (her iki bina için ayrı ayrı bulunmakta)

Ups: hastane içerisinde 25-30 ups cihazı bulunmaktadır.

Trafo :3 adet 1250 KW

Su deposu: 1500 ton

Yangın algılama ve söndürme: 492 adet yangın söndürücü tüpler mevcuttur. 250 adet yangın dolabı mevcuttur, yangın dolapları ve yangın tüplerinin periyodik bakımı yapılmaktadır. Yangın güvenliği açısından hastanemizde adresli yangın sistemi mevcuttur.

Sedye sayısı: 136 adet. Tekerlekli sedye sayısı: 116 adet. Muayene masası: 64 adet.

Hemodiyaliz cihazı: 17

Röntgen: 13

Tomoğrafi: 2

Mr: 1

Ulaştırma araçları: 2

Laboratuvar cihazları: Firmalar cihazlarını kiralık olarak işletmektedir.

Tıbbi sarf malzemeler: Depolarda malzemenin cinsine göre değiştiği için yıllık altı aylık üç aylık günlük malzemeler bulunmaktadır. Birimlerin isteğine göre verilmekte olup genelde haftalık olarak verilmektedir.

Aydınlatma: Aydınlatma altyapı teknik hizmetler birimine bağlı elektrik atölyesi tarafından yapılmakta olup dış aydınlatmada 25-30arası projektör kullanılmaktadır.

Yedek personel formları: ilgili birim çalışanları tarafından yapılmaktadır.

İletişim araçları: Telefon santrali mevcut olup afet durumlarına karşı dijital telsiz sistemi de mevcuttur.

Ölçüt		Sınıflandırma	Skor	Esneklik faktörleri33
Olayın kapsamı, şiddeti ve süresi (hizmet sunumu- nun bozulması ve sekteye	ŞİDDETLİ	Çeşitli kritik iş (işletme) Fonksiyonlarını (A Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) birkaç İş Sürekliliği Prosedürü'nün ³⁴ ve dolayısıyla da İş Sürekliliği Prosedürü'nün tamamen etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay	SKOR 3	
	ORTA	- Kritik iş (işletme) Fonksiyonlarından (B Sınıfı) birini etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) ve bir Departman/ Servis/Birim'in İş Sürekliliği Prosedürü'nün etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay - OYE'nin görev yaptığı, sadece ilgili	SKOR 2	- Etkilenen Departman/ Servis/Birim, müdahale- yi yönetebilir. - Bölümler arası kilit işlemlere dahil diğer Departman/Servis/ Birim'ler de etkilenir; ancak temel hizmetleri sağlamaya devam

uğraması ya da hizmet kaybı)		bölümün İş Sürekliliği Prosedürünün aktive edildiği olay (tüm iş sürekliliği prosedürü aktive edilmez)		edebilirler (kilit süreçler ciddi şekilde etkilenmezler)
	HAFİF	Yalnızca yerel düzeyde (Departman/Servis/Birim; Kurtarma Ekibi) müdahale ile iş (işletme) Fonksiyonlarını (C Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) her türlü olay	SKOR 1	
Sağlık sonuçları (kapsam, süre)		Birçok insan şiddetli bir şekilde etkilenmiştir	SKOR 3	- Başlangıç aşamasından sonra kötüye gitme eğilimi yoktur - Sağlık ve güvenlik üzerinde uzun vadeli kısıtlı etki
		Birçok insan orta düzeyde etkilenmiştir	SKOR 2	
		Birkaç insan hafif bir şekilde etkilenmiştir	SKOR 1	
Hastalar ve halk sağlığı programları üzerindeki etkilerinin yönetilebilirliği		Sağlık Sistemi ve hastane üzerinde ağır yük oluşturan ya da ele alınması çok zor sağlık sorunları	SKOR 3	Yeterli miktardaki tıbbi kaynaklar ve ilaçlar
		Tıbbi kaynakları orta düzeyde tüketen sağlık sorunları	SKOR 2	

	Etkilenen Departman/Servis/ Birim dışından sınırlı ekstra kaynak ile yönetilebilir sağlık sorunları	SKOR 1	Mevcut tıbbi personel
Diğer paydaşlardan dış destekihtiyaçları	Olay, yalnızca hastane tarafın- dan yönetilemez durumdadır ve birkaç dış paydaşın büyük oranda yardımını gerektirmektedir (yönetmesi çok zor olacaktır)	SKOR 3	Sınırlı dış yardım, temel hizmet sunumunun kısa zamanda yeniden başla- tılmasına katkıda buluna- bilir (iyileşme).
	Dış paydaşlardan gelen sınırlı yardım ile yönetilebilen olay	SKOR 2	
	Dış paydaşlardan gelen az miktarda yardım ile kolaylıkla yönetilebilen olay	SKOR 1	
Sağlık personelinin emniyeti	Tıbbi personele yönelik yük-sek sağlık riski	SKOR 3	- Eğitimli sağlık personeli - Yeterli miktarda Kişisel Koruyucu Donanım
	Tıbbi personele yönelik orta sağlık riski	SKOR 2	
	Tıbbi personele yönelik düşük sağlık riski	SKOR 1	

İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirme düzeyini belirleme konusunda fikir vermek üzere, yukarıdaki listele-meyi esas alarak, geliştirilen derecelendirme örneği şöyledir:

Derece: 15– 8	Tüm İyileştirme Ekipleri'nin devreye sokulmasını gerekti- ren şiddetli durum (İş Sürekliliği Prosedürü'nin topyekün etkinleştirilmesi)	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 3
Derece: 7 – 4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 2
Derece <4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 1

İŞ SÜREKLİLİĞİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet			
Hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/ veya harici olaylara, işleyişi etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna (elektrik, su, doğal gaz, tıbbi gazlar vb.) karşı hazırlıklı olması; bu durumlarla önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde baş edebilmesini sağlanmak.			
Hedefler - Hastanenin su kullanımının devamlılığını sağlamak - Elektrik hizmetinin kesintiye uğramadan devamlılığını sağlamak Hastanenin haberleşme gereklerinin devamlılığı. - Hastane binalarının ısıtılması görevinin sağlanması. Havalandırma fonksiyonun yerine getirilmesinin sağlanması. Tıbbi gaz ihtiyacının karşılanmasının sağlanması. - Olası elektrik kesintilerine karşı jeneratör sisteminin faal olmasını sağlamak. Yangın algılama ve söndürme sistemlerinin çalışır durumda olmasının sağlanması. Atık su kanalizasyon hizmetlerinin sağlanması - Acil çıkış Yollarının ve kapılarının çalışır vaziyette olmasını sağlamak.			
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler			
Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde: - Kritik hizmetler ve birimler için yedek sistemler olsa da, enerji kesintisi hastane için her zaman bir sorundur. Bu nedenle Olay Yönetim Ekibi aşağıdakilerin gerçekleştirilmesi için derhal harekete geçmelidir: - Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar. - Sorun halinde Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planını geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir). - Olay Yönetim Ekibi altyapı sorumlusu atar ve aşağıdakilerin yapılması için talimat verir: Teknik bakım hizmetleri personeli ile birlikte mevcut yönetim araçları (Standart Operasyon - Prosedürü, Olay Eylem Planı, Formlar, Kontrol Listeleri ve Kayıtlar) tespit edilir ve kullanılacak olanlar seçilir. - Belirlenen yönetim araçlarının mevcut duruma uyarlanması sağlanır. Bu tür yönetim araçları yoksa bu durumda, Olay Yönetim Ekibi söz konusu durumun yönetilmesi için gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dâhil).		Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

- Departman/servis/birim sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersizlik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
- Derhal kritik sistemlerin güvenliği ve gelecek birkaç saat ve gün için bunların sürdürülebilirliği değerlendirilir (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
- Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur.
- Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır.
- Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür.
- Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planının ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir.
- Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.
- **b) Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda: Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:**
 - Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklandığı şekilde ilgili kılavuzları, prosedürleri ve kontrol listelerini kullanarak, derhal zararın değerlendirilmesini istemek.
 - Hastane dışından gerekecek teknik uzmanlık ihtiyacını tespit etmek ve teminini sağlamak. Her departman/servis/birimin raporlama formunu kullanarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin çalışması ile bağlantılı her türlü sorunu rapor etmelerini istemek.
 - Zarar görmüş binaların güvenliği ve/veya kaybı ile ilgili kararların alınmasına katkıda bulunabilecek başlıca taraflar ile acil toplantı yapmak.
 - Gerektiğinde tahliye yönetimini gerçekleştirmek (Tahliye, her durumda son çare olmalıdır; ancak ciddi şüphelerin olduğu durumlarda tedbir amaçlı (ihtiyati) tahliye önerilmektedir. Bu durumda tahliye, Tahliyeye ilişkin Olaya Özel Plana göre gerçekleştirilmelidir).
 - Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman işbirliği

içinde olarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin onarımına yönelik Olay Eylem Planları oluşturmak. - İzleme mekanizmaları oluşturmak, ilgili form ve bilgi yönetimi kayıt sistemini kullanarak operasyon veya eylemdeki ilerlemeyi düzenli kayıt altına almak ve izlemek. - Olay Yönetim Ekibi teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personeline destek amacıyla aşağıdakileri temin edecektir: - Önceden belirlenmiş Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, kılavuz ve kontrol listelerinin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamak (müdahalenin boyutlarını, seyrini ve güvenilirliğini geliştirmek için güvenli yöntemdir). - Teknik bakım hizmetlerine yardım etmeleri için mutfak ve çamaşırhane gibi yardımcı hizmetlerden personel görevlendirmek. - Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatta olmak. - Gerektiğinde hastane dışından uzman ve teknisyen temin etmesi		
Hastane İdaresi olayla ilgili rapor ve formları İl Sağlık Müdürlüğüne sunar.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Gerekli hallerde basın toplantısı düzenlenerek kamuoyu bilgilendirilir.	Olay Bitimi	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tüm çalışmalarda iş güvenliği kurallarına uyulmalı, personel tarafından iş güvenliği kapsamında gerekli kişisel malzeme ve teçhizat kullanılmalıdır.		
KULLANILACAK MATERYALLER Formlar..... Standart Operasyon Prosedürü..... Elektrik, telefon, bilgi işlem sistemi, tıbbi gaz, su ve alt yapı yedek malzemeleri		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
*		
Zaman Dilimi		
Herhangi bir işin aksaması ile başlar, olay tamamen bitinceye kadar devam eder.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi Prosedürü Altyapı Sorumlusu İş Akış Talimatı,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
*		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kimyasal riske karşı önlem alınıp, Enfeksiyon Kontrol Komitesi çalışmalarına başlar.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

Elektrik ve gaz kaçaklarına karşı dikkatli davranılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Yetkili Firma ve servisler		
Teknik Servis Personeli		
Bilgi İşlem Personeli		
Ekler		
Tahliye yolları için harita/kroki,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Arazı Durum ve tamirat kaydı	HAP aktive edilmesi ile (1-10 dk)	Olay Bitimi
Formlar: Tesis Sistemleri Durum Formu (Form – 5)	HAP aktive edilmesi ile (1-10 dk)	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması:		
Teknik Servisten OYM ‘ye	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
OYM ‘den İl Sağlık Müdürlüğü’ne	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hizmetin devam etmesi için gerekli önlemleri alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları • Paratonerlerin bakım periyodlarının zamanında yapılması, Hidroforun bakımının yapılması, • Jenaratörün bakımının yapılması, • Tıbbi gaz sistemimin bakımının yapılması, Elektrik sistemlerinin uygunluğunun kontrolü, • Elektrik kablolarının, priz, ve elektronik cihazların vb. Uygun koşul ve yükseklikte bulunmaları.		

6.OLAYA ÖZEL PLAN DEREM

6.1 Depremde Acil Müdahale (Genel İlkeler)

- ✓ Depremle karşılaşıldığında DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ derhal faaliyete geçirilecektir.
- ✓ Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilir.
- ✓ Olay Yönetim Ekibi, birimler ve klinik servisler ile koordinasyon halinde, hastane uygulamalarının genel yönetimin üstlenir.

6.2 Panik yapmadan tüm süreçlerin yönetilmesini sağlamaktır.

- ✓ Depremde acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:
- ✓ Kurtar, Kontrol Et, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,
- ✓ Tıbbi gazları mümkün olan en kısa sürede kapatın (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun),
- ✓ Tahliye kararı alınmış ise öncelikle depremde hasar görmüş olan alanlardan hastaları çıkarmaya başlayın ve depremin tekrar artçı depremler olması ile ilgili düşünerekten hastaları tahliyenin devamını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,
- ✓ Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin.
- ✓ Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. güvenlik sorumlusu) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız),
- ✓ Personel ve hastanenin önemli ekipmanlarının güvenliğine ve emniyetine ağırlıklı öncelik verilir.

6.3 Personelin Bilmesi Gerekenler

- ✓ Deprem öncesinde yapısal olmayan malzemelerin yani binadan değil de eşyalardan kaynaklanacak hasarlardan korunmak için günlük kullandığımız eşyalarımızın hastane içerisine yerleştirilmesinde gerekli önlemler alınmalıdır.
- ✓ Deprem sırasında ve sonrasında panik ve kargaşaya neden olacak hareketlerde bulunmayın.
- ✓ Deprem başladığında nerde olursanız olun hemen kendinizi korumaya alın ve sarsıntı durana kadar orada kalın.
- ✓ Eğer bina içindeyseniz orada kalın, dışarıya koşmayın.
- ✓ Öncelikle alanınızda yaşam üçgeni oluşturabileceğiniz bir alan belirleyin ve bu alanda cenin pozisyonunda başınızı koruyarak depremin geçmesini bekleyin.
- ✓ Sağlam bir masa, mobilya, çelik kasa, vb. eşya altına ya da yanında kendinizi korumaya alın ve ona tutunun. Altına veya içine girmeyin.
- ✓ Eğer koridordaysanız; duvarın dibine sinin, eşikte durmayın, kapı çarpacak ve yaralanmanıza neden olacaktır. Başınızı ve yüzünüzü koruyun. Pencereler, cam bölmeler, aynalar, ocaklar, kitaplıklar, yüksek mobilyalar ve gevşek yapı elemanlarından uzak durun.
- ✓ Baş iki el arasına alınarak veya bir koruyucu (yastık, kitap vb) malzeme ile korunmalıdır. Sarsıntı geçene kadar bu pozisyonda bekleyin.
- ✓ Merdivenlere ya da çıkışlara doğru koşulmamalıdır.
- ✓ Balkona çıkılmamalıdır.
- ✓ Balkonlardan ya da pencerelerden aşağıya atlanmamalıdır.
- ✓ Asansör kullanmayın.
- ✓ Deprem sırasında asansördeyseniz; Kat çıkış düğmelerine basarak katta durun ve en seri biçimde asansörü terk edin.
- ✓ Eğer açık havadaysanız; Olduğunuz yerde kalın.
- ✓ Pencerelerden, binalardan, elektrik tellerinden ve direklerden uzak, güvenli bir noktaya doğru gitmeye çalışın.
- ✓ Binalardan düşebilecek baca, cam kırıkları ve sıvalara karşı tedbirli olunmalıdır.
- ✓ Eğer araçtaysanız; güvenli bir yere yanaştırmaya çalışın. Yolu kapatmamaya özen gösterin. Köprülerden, alt ve üst geçitlerden ve binalardan olabildiğince uzağa park etmeye çalışın
- ✓ Eğer kalabalık bir topluluktaysanız; ezilmeyeceğiniz bir noktaya sığınmaya çalışın. Yüksek yapıların bulunduğu yaya yolları özellikle tehlikelidir.
- ✓ Eğer içerdeyseniz, devrilen kolonlar vb. çarpacağı için dışarıya koşmayın.
- ✓ Yüzünüzü pencereden uzak tutun.
- ✓ Her nerede olursanız olun, zeminin şiddetli hareket etmesi olasılığına hazır olun.

- ✓ Örtünün, kendinizi sağlam bir nesnenin korumasına alın. Bunu yapamıyorsanız, yere çökün, başınızı ve yüzünüzü koruyacak biçimde kapanın.
- ✓ İlk sarsıntıyı izleyecek diğer sarsıntılara da hazır olun.
- ✓ Telefonları gereksiz yere kullanmayın.
- ✓ Kibrit, çakmak yakılmamalı, elektrik düğmelerine dokunulmamalıdır.
- ✓ Depremlerden sonra çıkan yangınlar oldukça sık görülen ikincil afetlerdir. Bu nedenle eğer gaz kokusu alırsanız, gaz vanasını kapatın.
- ✓ Dökülen tehlikeli maddeleri temizleyin.
- ✓ Yerinden oynayan telefon ahizelerini telefonun üstüne koyun.

6.4 Yıkıntı altında mahsur kaldıysanız;

- ✓ Paniklemeden durumunuzu kontrol edin.
- ✓ Hareket kabiliyetiniz kısıtlanmışsa çıkış için hayatınızı riske atacak hareketlere kalkışmayın. Biliniz ki kurtarma ekipleri en kısa zamanda size ulaşmak için çaba gösterecektir.
- ✓ Enerjinizi en tasarruflu şekilde kullanmak için hareketlerinizi kontrol altında tutun. Enerjinizi boşa harcayacak hareketler yapmayın.
- ✓ El ve ayaklarınızı kullanabiliyorsanız su, kalorifer, gaz tesisatlarına, zemine vurmak suretiyle varlığınıza duyurmaya çalışın.
- ✓ Sesinizi kullanabiliyorsanız kurtarma ekiplerinin seslerini duymaya ve onlara seslenmeye çalışınız. Ancak enerjinizi kontrollü kullanın.

6.5 Teknik altyapının korunması için yapılabilecekler:

- ✓ Hidroforun bakımının yapılması,
- ✓ Yangın algılama sistemlerinin kontrolü,
- ✓ Yangın dolapları ve yangın söndürme cihazlarının kontrolü,
- ✓ Acil aydınlatma ve yangın merdivenlerinin uygunluğunun sağlanması.
- ✓ Tahliye yollarının açık olması,
- ✓ Elektrik sistemlerinin uygunluğunun kontrolü,
- ✓ Elektrik kablolarının, priz ve elektronik cihazların vb. uygun koşul ve yükseklikte bulunmaları.
- ✓ İtfaiye vb. araçlar için gerekli düzenlemelerin yapılması.
- ✓ Gaz, ısı ve deprem sensörünün bakımı,
- ✓ Medikal gazların güvenliğinin sağlanması.

6.6 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- ✓ Deprem sarsıntıları geçer geçmez Olay Yönetim Ekibi hemen faaliyete geçirilir.
- ✓ Deprem Süreçleri Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü una uygun olarak hareket edilir.
- ✓ Tahliye durumunda Tesis Tahliye Prosedürü açılır.
- ✓ Yangın durumunda ilgili alanın yangın SOP'u kullanılır.
- ✓ Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları, alan birim sorumluları ve kurtarma ekipleri ile birlikte yönetir.
- ✓ Hastane içindeki ve dış paydaşlar ile iletişimin sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır. (telsizler, telefonlar, Deck telefonlar vb.)

Kurtarma

- ✓ Yaralı olup olmadığı kontrol edilir. Personellerin yaralanmadığı teyit edilir.
- ✓ Yaralı ve hastaların tahliye triyajları yapılır.
- ✓ Personel, hastalar ve hasta yakınları tahliye triajına uygun tahliye edilir.
- ✓ Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir.
- ✓ Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- ✓ Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye verilmelidir.
- ✓ Bir oda boşaltıldığında, odanın içinde kimsenin olmadığı yönünde hiçbir şüphe kalmaması için oda açıkça işaretlenmelidir.
- ✓ Yönünü şaşırان bir hasta tahliyeden sonra birime tekrar girebileceğinden dolayı, bu işaret yazılı işaret olmalıdır. İşaret güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde olmalıdır.
- ✓ Bulunamayan hastalar için yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.

Tahliye Et/Kaç

- ✓ Personel deprem ile ilgili SOP'u izlemelidir.
- ✓ Hastane yöneticisi tahliye kararını verir ve tahliye yapıldıktan sonra sonlandırır.
- ✓ Personel, hastalar ve hasta yakınları tahliye triajına uygun tahliye edilir.
- ✓ Protokol yapılan kurumlardan tahliye konusunda yardım istenebilir.
- ✓ Sahra hastanesi olarak belirlenen yerlere yaralılar sevk edilmeye çalışılır. Gönderilen hastalar dosyaları ile birlikte dokümantasyon sorumlusu tarafından kayıt altına alınarak gönderilir.

Kontrol Et

- ✓ Kaçış yönündeki odalar masa altları, açık olan gazlar, yanmaya sebep olacak maddeler, vanalar, dolaplar yatak altları kontrol edilir.
- ✓ Çıkış yönlerine yüksek sesle "Sesimi Duyan Var mı?" diye bağırılır.
- ✓ Hastanenin tüm noktaları gözden geçirilip çıkılır.
- ✓ Hasta ve personel kalmadığı kontrol edilir.
- ✓ Hastaların evraklarının da tahliye edildiği kontrol edilir.
- ✓ ☐ Kullanılacak olan kritik ekipman ve malzemelerin de tahliye edildiği kontrol edilir.

6.7DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ

DEPREM SÜREÇLERİ YÖNETİMİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-85		
Amaç Deprem sırasında ve sonrasında hastanede oluşabilecek can ve mal kaybını önlemek, olaya müdahale ederek can ve mal kaybını en aza indirmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, Durumun boyutuna göre AFAD/ İtfaiye ile irtibata geçmek, Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden can ve mal kaybını kurtarma çalışmalarına başlamak, Daha fazla zararı önlemek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleş tirilme zamanı	Eylemin raporlam a zamanı
Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi;		
Deprem sarsıntıları geçer geçmez Olay Yönetim Ekibi hemen faaliyete geçer.	Hemen	Hemen
Alan sorumlularından durum raporu (hasta, personel ve ekipman) istenir.	10 dk	30 dk.
Teknik servis sorumlusundan durum raporu ister.	10 dk	30 dk.
Hastane içi ve etrafında oluşmuş olan hasar tespiti yapılmasını sağlar.	10 dk	30 dk.
Teknik alt yapı hizmetlerinin durumu değerlendirilir ve çalışmayan ekipmanlar, sistemler belirlenerek rapor edilir.	10 dk	30 dk.

Hastane içindeki yaralı olup olmadığı kontrol ettirilir. Varsa hemen müdahale ettirilir.	15 dk	30 dk.
Kurtarma çalışmaları için ekipler hazırlanır.	10 dk	30 dk.
Yangın sistemi kontrol edilir.	10 dk	30 dk.
Acil durum ekiplerinin (kurtarma, söndürme, koruma, ilk yardım) hazırda bulunmasını sağlar.	10 dk	30 dk.
112 KKM/İl SAKOM ile ilk teması sağlar,	15 dk	30 dk.
Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, afet, diğer hastaneler) sürdürür,	10 dk	30 dk.
Teknik alt yapı hizmetlerinin tekrar devreye alınması uygunluğu değerlendirilir.	10 dk	30 dk.
Hastaların tahliyesi için durum değerlendirilir ve gerek görülürse başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,	10 dk	30 dk.
Personel Tarafından Müdahalenin Yönetimi;		
Panik yapmayın ve öncelikle Kendinizin, hastaların ve ekipmanların güvenliğini sağlayın,	5 dk.	60 dk.
Bölümünüzle ilgili bilgileri toplayın (yaralı hasta, hasarlı ekipman, hasarlı yapı)	5 dk.	
Alandaki alt yapı (tıbbi gaz, elektrik, vakum vb.) ekipmanların kontrolünü sağlayın,	5 dk.	60 dk.
Personelleri sorumlulukları konusunda bilgilendirin,	5 dk.	60 dk.
OYE ile koordineli hareket edin,	5 dk.	60 dk.
Yangın olması durumunda acilen OYE ve söndürme ekibine haber edin.	5 dk.	60 dk.
Tahliye yapılması söz konusu olacağından tahliye ve triyaj hazırlıkları yapılır.	5 dk.	60 dk.
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Personeller kesinlikle kendilerini ve diğer çalışanları tehlikeye atacak çalışmalar yapmamalıdır.		
Acil müdahale yapılacak durumlarda mutlaka kişisel koruyucular kullanılmalıdır.		
Özellikle kırılan cam, düşen malzeme vb. olabileceği için çalışmalar dikkatli yapılmalıdır.		
Gaz kaçaqları olabileceği için açık ateş kullanılmamalıdır.		
Aydınlatma için fenerler kullanılmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Yangın var ise yangın söndürme sistemleri hasta tahliyesi için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, Tekerlekli sandalyeler (mümkün olduğunca koridorları kapatmadan kullanılmalı), Personele uygun giysiler.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		

Alarm ver: Hemen		
Kurtar : Hemen		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tesis Tahliye Yönetim Prosedürü,		
Servise Özgü Tahliye Prosedürü,		
Deprem Standart Operasyon Prosedürü,		
Görev alacak kişilerin İşATı		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Artçılar olacağından tahliye yapılmış ise uzun süre binaya girilmemelidir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Deprem anında korunacak yerler yanıcı patlayıcı yaralayıcı veya zara verici yerler olmamalıdır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Alt yapıdaki hasar nedeniyle oluşabilecek tıbbi gaz veya yanıcı gaz kaçakları olması ihtimalinde teknik servisle irtibata geçilir. Açık alev olacak ekipman kullanılmaz.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Deprem sensörü nedeniyle jeneratör ve doğalgaz devre dışı kalabilir. Bu durumda teknik servisle iletişime geçilir.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
Servis personeli, OYE, Koruma ekibi, Kurtarma ekibi, AFAD, İtfaiye, 112 KKM, UMKE	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Ekler		
Tahliye yolları için harita/kroki		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı		
Formlar: Tahliye durumunda hasta tanılama formu		
Raporlama Mekanizması:		
AMP’de belirtilen ilgili Formlar		
İzleme		
Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun		
Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlendiğinden emin olun.		
Artçı depremleri göz önünde bulundurarak hastanenin genel durumunun kullanılabilir olduğundan emin olun.		
Güvenlik Konuları		
elektrik sistemlerinin uygunluğu, elektrik kablolarının, priz ve elektronik cihazların uygunluğu kontrol edilmelidir.		

Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		
Deprem sırasında veya sonrasında hastane cephesinden veya çatıdan malzeme düşmesi oluşabilir. Bunu önlemek için kontroller yapılmalı ve bina etrafında durulmamalıdır.		

7.OLAYA ÖZEL PLANI

HASTANEDE SEL/SU BASKINI

7.1 Giriş

Yeryüzünde depremden sonra en fazla can ve mal kaybına neden olan afet sel/su baskınlarıdır. Sel bir bölgede toprağı belirli bir süre için tamamen veya kısmen su altında bırakan ani, düzensiz ve büyük su akıntılarına verilen isimdir.

Sivas ili sınırları dâhilinde 6 akarsu, 11 göl, 83 gölet, 38 sulama göleti, 22 baraj bulunmaktadır. İlde sel baskını afetinden etkilenmiş kayıtlı 73 yerleşim birimi bulunmaktadır. Hastanemiz ise Kızılırmak havzasında bulunmaktadır bu nedenle olası sel/su baskınlarının can ve mal kaybına yol açabileceği için mevsimsel meteorolojinin takip edilmesini gerektirmektedir. Seller ile mücadelede öncelikle oluşum süreleri ve yerlerinin önceden tahmin edilebilir olması gerekmektedir. Seller oluşma süreleri bakımından 2 ye ayrılır;

Sel: (1 hafta veya daha uzun bir süre içinde oluşabilir)

Ani seller: 6 saat içinde oluşabilir. Hastane bölgemiz ani seller açısından büyük risk altındadır.

Hastanemizde olası sel/su baskınlarında olayın boyutuna bağlı olarak kısmen veya tamamen tahliye yapılır ve Tesis Tahliye Olaya Özel Planına göre hareket edilir.

Hastanenin tamamında meydana gelen bir sel/su baskını varsa OYE toplanır, durumu değerlendirir ve olayın boyutuna göre Sivas Belediyesi, AFAD, 112 KKM veya İtfaiye ile irtibata geçilir.

Eğer büyük boyutlu bir sel/su baskını meydana geldi ise;

Haberleşme araçları (telsiz ,anons) ile herkes uyarılır.

Sel/su baskını gibi ani durumlarda birim sorumluları kendi alanlarında tahliye kararı verir ve Tesis Tahliye Olaya Özel Planına göre alanlarını boşaltmaya başlar.

İlk önce hastalar ardından da uygun şartlarda ekipmanlar kurtarılır.

Küçük çaplı ve hastane genelini kapsamayan bir sel/su baskınlarında;

Haberleşme araçları (whatsapp veya anons) ile ilgili birimin tahliyesi için harekete geçilir.

Birim sorumlusu hastalarını, ekipmanını ve personelini gözden geçirir.

İhtiyaç halinde personel veya ekipman talep eder.

Hastane temizlik personellerinden yardım alınmalıdır.

Su tahliyesi tamamlanana kadar gerekli olacak güvenlik tedbirleri alınmalıdır.

Kazalara neden olabilecek elektrik tehlikeleri giderilmelidir.

Dış alandan gelebilecek su tahmin edilerek suyun giriş yerleri kapatılmalıdır.

Dış alanda suyun tahliyesini yapabilecek olan giderlerin temizlikleri yaptırılır ve her daim temiz ve bakımlı olması sağlanır.

Günlük, haftalık hava tahminleri takip edilmelidir.

Anlık olabilecek şiddetli yağışlar sonrasında baskınlar düşünülmelidir.

Hastanenin alt kotları her zaman eğitimli ve bilgili olması sağlanmalıdır.

Sel ve su baskınlarında, oluşan suların içinde insanları yaralayabilecek keskin cam, metal vb. parçalar olabilir.

Su baskınlarında atık sular da diğer sulara karışacağı için dikkatli olunmalı, kişisel koruyucular kullanılmalıdır. Personellerin açık yaralarından enfeksiyon kapması oluşabilir.

Teknik servis tarafından;

Elektrik ve su tesisatı kontrol edilir ve gerekiyorsa kademeli olarak kapatılır.

Kazan dairesi kontrol edilir.

Tıbbi gazlar kontrol edilir.

Hidrafor çalışılır hale getirilir (benzinli veya mazotlu).

Suyun yönünü değiştirmek için kum torbası yerleştirilir.

Mazgallar açılır.

Sivas Belediyesi ve/veya İtfaiye ile hastane yönetiminin görevlendirdiği kişiler su tahliyesini yapmaya başlar.

Su tahliyesi için kullanılmak üzere vidanjör talep edilir ve hastanede ilgili alanlardan su çekmesi sağlanır.

Su tahliyesi tamamlandıktan sonra hastane normal işleyişine geri döner.

Sel/su baskının meydana geldiği birim enfeksiyonel açıdan değerlendirilir, gerekli temizlik ve düzenlemeler yapıldıktan sonra birimde eski işleyişine dönmeye başlar ve hastalarını yerleştirir.

Elektrik kesilen alanlarda aydınlatma sorunları oluşacağı için acil durum aydınlatması veya el feneri kullanılmalıdır.

Su dolu alanlarda tabanın durumu bilinmediği için birden derinleşme veya çukur vb. alana düşme olabilir. Bu nedenle tedbirli olunmalıdır.

Su basan alanlarda çalışmalarda öncelikle personeller kendilerini tehlikeye atmamalıdır. Alt kotlarda sel olaylarında su seviyesi birden yükselebilir. Bu nedenle su girişleri sıkıca kapatılmalıdır. Alt kotlardan üst kotlara çıkılmalıdır.

Hastanede Su Kesintisi Ve Su Deposunun Kirlenmesi Durumunda;

Hastanemiz 1500 Tonluk su kapasitesine sahiptir. 72 saat boyunca su ihtiyacını karşılayabilecek kapasiteye sahiptir.

Su deposunun yetersiz kalacağı durumlarda, hizmetin aksamaması için;

Mesai saatlerinde hastane müdürü

Mesai saatleri dışında, hafta sonu ve resmi tatil günlerinde varsa nöbetçi memur, yoksa teknisyen tarafından İtfaiyenin 112 nolu telefonundan tanker ile su talebinde bulunacaktır. Nöbetçi memur veya teknisyen hastane müdürüne durumu bildirerek konu hakkında bilgi verecektir.

Hastanemizin çeşitli birimlerinden ve hastane deposundan aylık peridolarla su numuneleri alınarak Sağlık Grup Başkanlığınca içme ve kullanma suları kontrol (klor ve ph) izlemesi analiz raporu düzenlenmektedir.

Numune suyunun yapılan analizi sonuçları 17/02/2005 tarih ve 25730 sayılı resmi gazetede yayınlanan (insani tüketim amaçlı sular hakkında yönetmenlik uyarınca Ek 2 tablo A hükümlerine uygun değildir.) diye belirtildiği durumlar ile her yılın nisan ayının ilk haftasında “Su deposunun temizliği ve dezenfeksiyonu talimatı uyarınca aşağıdaki işlemler yapılacaktır.”

Su deposunun içi boşaltılarak kaba kirlerden (kum, çamur vb.) arındırılır.

Su dolu kovaya sodyum hipoklorit veya kalsiyum hipoklorit 1/10 oranında ilave edilerek bir solüsyon hazırlanır.

Hazırlanan solüsyon bir fırça yardımıyla deponun iç yüzüne badana yapar gibi sürülür.4-30 dk. Beklenir.

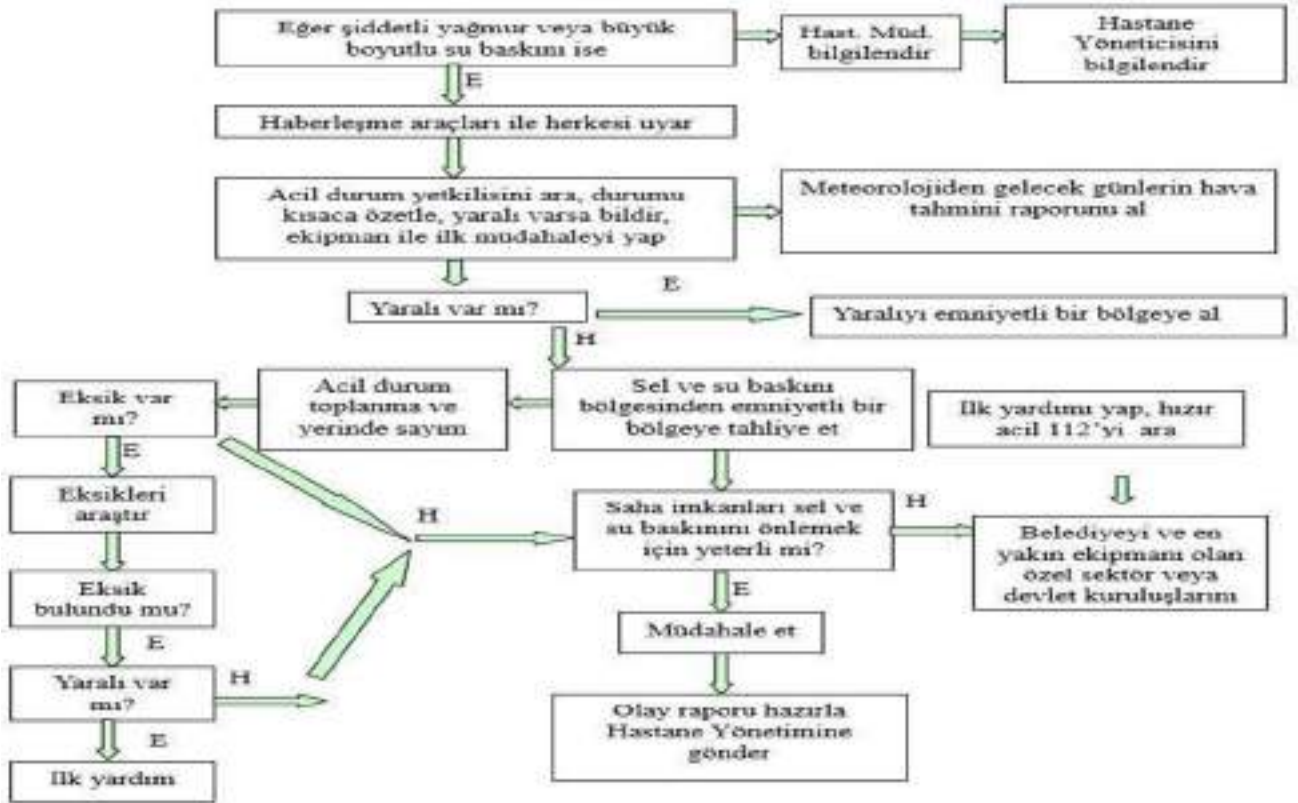
Depo doldurulur ve musluklarda akıtılmak sureti ile isale hatlarının da dezenfeksiyonu sağlanır.

Su deposu yılda 1 kez boşaltılıp temizlenmektedir.

Haftalık olarak su deposu klor ölçümü yapılmaktadır.

Su deposundan yılda 2 defa numune alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yapılır.

SEL/SU BASKINI ALGORİTMASI



7.2 Hastanede Sel/Su Baskınları Standart Operasyon Prosedürü

HASTANEDE SEL/SU BASKINLARI STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ-86		
Amaç Hastanede oluşabilecek can ve mal kaybını önlemek, olaya müdahale ederek can ve mal kaybını en aza indirmek.		
Hedefler Durumu değerlendirmek, Durumun boyutuna göre AFAD/ İtfaiye ile irtibata geçmek, Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden can ve mal kaybını kurtarma çalışmalarına başlamak, Daha fazla zararı önlemek.		
Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Olay Yönetim Ekibi toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:	5 dk.	10 dk.
Sel/su baskını durum bilgisini ilgili alandan ister.	5 dk.	10 dk.
Sel/Su baskını algoritması kontrol edilir.	5 dk.	10 dk.
Sel baskınlarında AFAD Sivas Belediyesi, İl Sağlık Müdürlüğü ve 112 KKM ile irtibata geçilir.	7 dk.	15 dk.
Kısmi su baskınlarında AFAD Sivas Belediyesi, İl Sağlık Müdürlüğü ve 112 KKM ile irtibata geçilir.	7 dk.	15 dk.
Tehlikeli olan alanlara hasta, hasta yakını ve personellerin inmemesi için güvenlik önlemleri alınır.	7 dk.	Olay Bitimi
Alandaki elektrik tehlikeleri göz önüne alınarak gerekli ise enerji kesilir. (hasta güvenliği de göz önüne alınamalıdır.)	7 dk.	Olay Bitimi
Mazgallar açılır.	7 dk.	Olay Bitimi
Hastanenin alt kotlarında çalışan birim sorumlularına haber verilir.	7 dk.	Olay Bitimi
Suyun yönünü değiştirmek için kum torbası yerleştirilir.	7 dk.	Olay Bitimi
Hidrafor çalışılır hale getirilir (elektrikli, benzinli veya mazotlu)	8 dk.	Olay Bitimi
Asansör boşlukları kontrol edilerek su birikmesi engellenir. (Su pompa ile tahliye ettirilir.)	8 dk.	Olay Bitimi

Tıbbi gazlar kontrol edilir.	9 dk.	Olay Bitimi
Kazan dairesi kontrol edilir.	9 dk.	Olay Bitimi
Suyun vermiş olduğu veya vereceği zarar göz önüne alınarak hastaların tahliye işlemleri için ön hazırlıklar da yapılır. (triyaj, kurtarma ekipmanları, personel durumu vb.) OYE tarafından verilecek talimatlar beklenir ve talimatlara uyulur.	10 dk.	Olay Bitimi
Sivas Belediyesi ve/veya İtfaiye tarafından hastane yönetiminin görevlendirdiği kişilerin eş güdümü ile, gönderilmiş olan araçlar ile su tahliyesi yapılır.	15 dk.	Olay Bitimi
Sivas Belediyesi ve/veya İtfaiye tarafından su tahliyesi yapıldıktan sonra hastane normal işleyişine geri döner. OYE de olayla ilgili rapor ve formları Hastane Yönetimine sunar.	20 dk.	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olay Yönetim Ekibi sel başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, servis yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili yönetici tarafından verilir),		
Açık olan mazgallar düşme riskini önlemek için kapatılır.		
Kaygan zemin oluşacağından ıslak yerlere gerekli uyarı levhaları konulur.		
Su ile temas eden elektrik prizlerinin teknik servis tarafından gerekli kontrolleri yapılır.		
Su baskınlarında atık sular da diğer sulara karışacağı için dikkatli olunmalı, kişisel koruyucular kullanılmalıdır. Personellerin açık yaralarından enfeksiyon kapması oluşabilir.		
Sel ve su baskınlarında, oluşan suların içinde insanları yaralayabilecek keskin cam, metal vb. parçalar olabilir.		
Su basan alanlarda elektrik kaçakları olabilir. Bu nedenle alanın elektrikleri kesilmelidir.		
Elektrik kesilen alanlarda aydınlatma sorunları oluşacağı için acil durum aydınlatması veya el feneri kullanılmalıdır.		
Su dolu alanlarda tabanın durumu bilinmediği için birden derinleşme veya çukur vb. alana düşme olabilir. Bu nedenle tedbirli olunmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		

Kum torbaları, Hidrafor, Sel veya su baskınının çok olması durumunda hasta tahliyesi için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, Tekerlekli sandalyeler (mümkün olduğunca koridorları kapatmadan kullanılmalı), Sel veya su baskınına maruz kalan elektronik cihazların güvenli ortama taşınması için uygun araçlar, Personele çizme ve uygun giysiler.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		
Hemen		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tesis Tahliye Yönetim Prosedürü,		
Servise Özgü Tahliye Prosedürü		
Sel/Su Baskını Algoritması,		
Görev alacak kişilerin İşATı		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Buluşacı hastalıklar riskine karşı önlem alınır. Enfeksiyon komitesi çalışmaya başlar		
Kimyasal riske karşı önlem alınıp, Kimyasal bulaşı ihtimaline karşı AFAD’a haber verilir. Gerekirse Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü ile irtibata geçilir.		
Sürece Dahil Kişiler		
Servis personeli, OYE, Koruma ekibi, Kurtarma ekibi, AFAD, Sivas Belediyesi, İtfaiye, 112 KKM		
Ekler		
Tahliye yolları için harita/kroki		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı		
Formlar: Tahliye durumunda hasta tanımlama formu tıbbi kayıtları da ayrıca hastanın formuna eklenir		
Raporlama Mekanizması:		
AMP’de belirtilen ilgili Formlar		
İzleme		
Güvenlik Konuları		

Hidroforun bakımının yapılması, mazgalların temiz olması, elektrik sistemlerinin uygunluğunun kontrolü, elektrik kablolarının, priz ve elektronik cihazların vb. uygun koşul ve yükseklikte bulunmaları.		

7.3 Su Kesintisi Ve Su Deposunun Kirlenmesi Standart Operasyonu

SU KESİNTİSİ VE SU DEPOSUNUN KİRLENMESİ-87	Faaliyetleri gerçekleştirme	ve raporlama
Temel Faaliyet: Hastanenin su kaybına en aza indirmek ve genel işleyişin devamını sağlamak. Hedefler Durumu değerlendirmek, Su Kesintisi Ve Su Deposunun Kirlenmesinin durumuna göre Hastane Yöneticiliğine, SİBESKİ, İtfaiye Teşkilatına, Halk Sağlığı Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezine, Olay Yönetim Ekibine ve Enfeksiyon Kontrol Komitesine haber vermek, , Hastanenin olağan hizmet akışının devamlılığını sağlamak.		
Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler Gerekli tüm güvenlik tedbirlerini almak. SİBESKİ ile haberleşip durum bildirip gerekli ihtiyacımızı karşılanmasını sağla. İtfaiye Teşkilatı ile irtibata geçip, hastanenin su deposuna su verme-alma bölgesinin ulaşılabilirliğini sağlamak. Su deposunun kirlenmesi durumunda enfeksiyon birimi ile irtibata geçip gerekli kontrollerin yapılmasını sağla.	10 DK	Olay Bitimi
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri Hastanede tüm hasta, hasta yakınları ve personelin su ihtiyacını karşılamak SİBESKİ, İtfaiye Teşkilatı, Halk Sağlığı Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezinin verdiği raporları kontrol altına almak		
Kullanılacak Materyaller Emniyet şeridi, Megafon, çalışıyorsa anons sistemi, Tahliye gerektiği durumda hastane tahliye için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, Kalite Kontrol Hastane tahliyesi yapıldıktan sonra gerekli kontroller yapılarak prosedüre uygun hareket edilir. Su deposunda hasar tespit yapılır. Enfeksiyon birimi ile gerekli tespitler yapıp İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne haber verilir. Zaman Dilimi		

Alarm ver : Hemen	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İş Akış Talimatı, Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı, Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar Su deposunun kirlenmesi durumunda enfeksiyon riskinin oluşması. Sürece Dahil Kişiler Servisin tüm sağlık personeli ve destek personeli, Komşu servislerin tahliye edilmeyecek olan personeli, SİBESKİ, İtfaiye Teşkilatı, Halk Sağlığı Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi.	
Ekler Tahliye yolları için harita/kroki, Raporlama için kayıtlar ve formlar. Adli vaka formları	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, Formlar: Su deposu kontrol formu. Hastane kamera kayıtları ile görüntülü kayıt yapılır. Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi ‘nin talimatlarını izleyin. SİBESKİ, İtfaiye Teşkilatı, Halk Sağlığı Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi’nin vereceği rapor. İzleme Temel faaliyet: Hasta, hasta yakınları ve personelin su ihtiyacını karşılayabilmek. Güvenlik Konuları: İtfaiye Birimin aracının hastane deposunun su alma verme yerine erişiminin sağlanması için hastane otoparkının düzenlenmesini yapmak. Su depolarının teknik servis tarafından klor ölçümlerini ve kontrolleri yapmak. Su deposundan yılda 2 defa numune alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yapılır	

8.OLAYA ÖZEL PLAN

KALKIŞMA, SABOTAJ VE SİBER SALDIRI DURUMUNDA ACİL MÜDAHALE

8.1 Giriş

Hastanede Kalkılma, Sabotaj ve Siber Saldırı Durumunda Personel Müdahalesi

Koruma ve Önleme Tedbirleri:

Fiziki güvenlik sistemleri (güvenlik kameralarıve aydınlatmalar)

Hastanemizde Rektörlük güvenlik ve özel güvenlik bulunmaktadır giriş çıkış noktalarında bulunmakta ve gereği halinde devriye gezmektedir.

Hastanemiz de personel giriş çıkışı kart okuma sstemiile gerçekleşmekte ve yaka kartların fotoğraf bulunmakta.

Güvenlik biriminde bildirilen G  pheliler hakkında emniyet ile temasa geçilerek gerekli tedbirlerin alınması sağlanmaktadır. Kamera kayıtlarından faydalanılmaktadır

Personel kaydı gerçekleştirilirken gerekli belgeler alınmaktadır.Bir hedef sahasında toplu halde bulunan araç, gereç,akaryakıt, yiyecek ve giyecek depoları ile önemli tesislerin planlı olarak güvenli bölgelere dağıtılması için Acil durum tahliye planları uygulanmaktadır.

Komşu binalardan veya bu binaların damlarında yada herhangi bir yerinden hizmet binaları ve eklentilerine girmek mümkün değil.

Teknik bakımdan

Fiziki güvenlik sistemleri (Güvenlik Kameraları) ile desteklenmektedir

Teknik koruma grubu 2 (iki) kişiden oluşmakta olup, yapacakları işler binada meydana gelecek teknik konularla birebir ilgilenecek yapılmaya çalışacak, üst yönetime bilgi verecektir.

Binanın her yerinde yangın söndürme tüpleri, yangın s  d  rme dolapları ve binanın bazı yerlerinde yangın sensorları mevcuttur

Koruma Bakımından;

Güvenlik Personelinin ka   kişi olduğu ve nerelerde görevlendirildikleri?

Hastanemizde 79 kişi güvenlik görevlisi olarak çalışmaktadır. 2 vardiya olmak üzere 08-20 21 kişi, 20-08 12 kişi şeklinde de çalışmaktadır. Güvenlik personeli ile ilgili güvenlik araştırmalarının yapılıp yapılmadığı?

Güvenlik araştırmaları firma tarafından Emniyet  e gerçekleştirilmektedir. Nöbet ve devriye hizmetlerinin (24) saat s  rekli  lik esasına göre ne şekilde tertiplendiği?

Güvenlik görevlisi 2 vardiya olarak 7/24 saat esasına göre nöbet   izelgesi doğrultusunda görev yapmaktadır. Nöbetçilerin ve devriyelerin nasıl kontrol edildikleri?

Güvenlik Personelleri Bağlı olduğu Kalite ve Destek Hizmetleri M  d  rl    nce telefonla, araçla, haberli-habersiz gece-gündüz ve tatillerde kontrol edilmektedir

Alınan İhbar Neticesinde Yapılması Gereken İşlemler

Yapılacağı haber alınan veya aniden meydana gelen sabotajların kurum, kuruluş ve tesis dahilindeki ilgililere ve üst kademedeki yetkili personele telefon ve ya telsiz ile iletişime geçerek durum hakkında bilgilendirme yapılacaktır.

Hastane güvenliğini yetemeyeceği büyük olay ve durumlarda imkanlar yetersiz kalacağı durumlarda emniyet ile temas geçirilerek destek istenir.

Siber Saldırı Durumu

Hastanenin kayıt sisteminin başka bir yerde mutlaka yedeklenmesi sağlanmalıdır.

Server sisteminde anti virus programı olmalıdır. E-posta üzerinden gerçekleştirilebilecek ortalama saldırılarına karşı da dikkatli davranılması gerekmektedir.

Bu kapsamda tüm e-posta kullanıcılarının bilgilendirilerek uyarılması gerektiği ifade edilmiştir. Dikkatli olunması gereken husus sadece bilinmeyen kişiler tarafından gönderilmiş e-postalarla sınırlı olmayıp şüpheli hiçbir linkin açılması önem arz etmektedir.

Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- Olay Yönetim Ekibi toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir: Hastanede görevli Bilgi Yönetimi Ekibi tarafından olaya müdahale edilir. Gerçekleşen siber saldırı sonucu etkilenen bilgi ve belgelerin tespiti yapıp rapor haline getirilir. Server ve bilgisayar cihazlarının anti virus programları aktif hale getirilmeye çalışılır. Yedekleme sistemleri devreye alınıp veri kontrolü sağlanır. Emniyet Birimlerine haber verilir. açılmaması önem arz etmektedir.

8.2 Hastanede Sabotaj, Kalkışma ve Siber Saldırılarına Yönelik:

Personelin Bilmesi Gerekenler

Sabotaj, Kalkışma ve Siber Saldırıları ile ilgili tüm personele eğitim verilir

Siber saldırıda:

Hastanede görevli donanım ve yazılımcılar tarafından Anti-virüs programları güncel tutulur. Esnek kayıt elamanlarının temin edilmesi (Poliklinik defteri vb. gibi kayıt elamanları) materyali bulundurulmalı,

Kalkışma:

Hastane yönetimi ve güvenlik amiri ile toplantı yapılarak durumun iç veya dış kaynaklı olmasına göre planlama yapılır. (Ceza evi olayları-Jandarma, Sokak olayları-Polis hastane olayları-Güvenlik Görevlisi ve Hastane Polisi) İlgili emniyet tedbirlerinin alınması sağlanır.

Adli vaka olduklarından delil toplama ve tespiti sağlanarak savcılığa uygun raporlama yapılması sağlanır.

Gelen dış kaynaklı olaylarda 112 Komuta Merkez ve Emniyetle bağlantıya geçilerek iki tarafın vakaları da aynı hastaneye yönlendirilmiş ise en kısa zamanda hastane dağılımının yapılmasına yardımcı olunur.

Sabotaj:

Sabotaj yapmaya elverişli yerler ve bu yerlerde alınan tedbirler belirlenmelidir.

Fiziki güvenlik sistemleri ve güvenlik kameraları uygun yerlere takılmalıdır.

Girilmesi yasak yerlere, yasağı bildiren levhaların ilk bakışta görülebilir biçimde konulması bu gibi yerlerin dış ve iç kapı, merdiven ve pencerelerinde alınan emniyet tedbirleri güvenlik görevlileri tarafından belirli aralıklarla devriye yaparak kontrolleri sağlanır.

Rutin Kontroller kamera sistemi ile gerçekleştirilir.

Güvenlik birimine bildirilen şüpheliler hakkında emniyet ile temasa geçilerek gerekli tedbirleri alınması sağlanır.

Kurumda varsa çalışan, yabancı uzmanların ad ve soyadları, uyrukları ve ne şekilde kontrol edildikleri kayıt edilir.

8.3 Hastane Sabotaj Kalkışma Siber Saldırı Standart Operasyon Prosedürü

SABOTAJ, KALKIŞMA SİBER SALDIRI-88	Faaliyetleri Gerçekleştirme	Raporlama
Temel Faaliyet: Hastanede can kaybını önlemek ve olaya müdahale ederek mal ve veri kaybını en aza indirmek. Hedefler Durumu değerlendirmek, Sabotaj, kalkışma ve siber saldırı durumunda olayın özelliğine göre Hastane Yöneticiliğine, İl/İlçe Emniyet Müdürlüğüne, Jandarma ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi 'ne haber vermek ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden can ve mal kaybını kurtarma çalışmalarına başlamak, Daha fazla zararı önlemek. Olayların adli boyutu ile ilgili delil kaybının önüne geçmek. Hastanenin olağan hizmet akışının devamlılığını sağlamak.		
Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler Gerekli tüm güvenlik tedbirlerini almak. Sabotaj, kalkışma ve siber saldırı durumunda olayın özelliğine göre Hastane Yöneticiliğine, İl/İlçe Emniyet Müdürlüğüne, Jandarma ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi 'ne haber vermek ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden can ve mal kaybını kurtarma çalışmalarına başlamak, Siber Saldırı durumunda internet ağını kesip, verilerin güvenliğini ve Güncelliğini kontrol etmek.	5 dk	Olay Bitimi
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri Olay Yönetim Ekibi sabotaj kalkışma ve siber saldırılar karşısında gerekli durumda hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir. Hastanede tüm hasta, hasta yakınları ve personelin güvenliğini sağlamak, can ve mal kaybını en aza indirmek, Veri güvenliğini sağlamak İlgili resmi dökümanların tam ve doğru olarak kayıt altına almak.		
Kullanılacak Materyaller Emniyet şeridi, Megafon, çalışıyorsa anons sistemi, Tahliye gerektiği durumda hastane tahliye için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, Mümkünse tekerlekli sandalyelerin koridorları kapamadan kullanılmaları. Yedek Harddiskler ve diğer alternatif kayıt elemanları, Adli vaka formları Kalite Kontrol		

Hastane tahliyesi yapıldıktan sonra gerekli kontroller yapılarak prosedüre uygun hareket edilir. Sabotaj durumunda hasar tespit yapılır. Alternatif bakı alanları devreye sokulur. Siber saldırılar için ilgili yerlerle görüşülüp internet aktif/pasif hale getirilir. Zaman Dilimi Alarm ver: Hemen Kurtar: Hemen	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İş Akış Talimatı,	
Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı, Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar Siber saldırı durumunda hastanenin veri kaybı, Sabotaj saldırılarında can ve mal kaybı, Kalkışma durumunda hastane önü veya içinde çatışma çıkma olasılığı. Sürece Dahil Kişiler Servisin tüm sağlık personeli ve destek personeli, Komşu servislerin tahliye edilmeyecek olan personeli İl/İlçe Emniyet Müdürlüğü ve diğer Kolluk Kuvvetleri, 112 KKM ile irtibata geçilir	
Ekler Tahliye yolları için harita/kroki, Raporlama için kayıtlar ve formlar. Adli vaka formları	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, Formlar: Tahliye durumunda hasta tanımlama formu (her bir hastaya iliştilir)/ tıbbi kayıtları da ayrıca hastanın formuna eklenir. Hastane kamera kayıtları ile görüntülü kayıt yapılır. Raporlama mekanizması; Olay Yönetim Ekibi ‘nin talimatlarını izleyin. İl Emniyet Müdürlüğü, ve diğer kolluk kuvvetleri, 112 KKM ‘ne haber vereceği rapor. İzleme Temel faaliyet: Kaliteli tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak. Güvenlik Konuları: Güvenlik kameralarının kontrolleri, Server sisteminin yangın ve suya karşı gerekli tedbirlerinin alınması, Hastanede tüm bilgisayarların anti-virüs programlarının güncellenmesi, uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.	

9. OLAYA ÖZEL PLAN

KALABALIK DURUMUNDA MÜDAHALE YÖNETİMİ

9.1 Giriş

Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetim

Olay Yönetim Ekibi toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:

Kalabalık Kaosa dönüşmeden güvenlik görevlileri tarafından kontrol altına alınır. Emniyet şeridi kullanılarak kargaşa olan yerden kişilerin sıraya geçmesi sağlanır. Muayene alanlarında personellere ihtiyaç duyulduğunda gerekli destek sağlanır. Personele, hasta ve hasta yakınlarına duyuru yapılarak kargaşa önlenmeye çalışılır.

Hastanede Kalabalık Durumunda Personel Müdahalesi:

Hastanemizde herhangi bir afetten kaynaklı veya başka nedenlerden dolayı oluşabilecek kalabalıklaşma oluşabilmektedir. Bu gibi durumlarda hasta ve hasta yakınlarını karşılama-yönlendirme personelleri ile işlerini daha hızlı sağlanabilmesi için görevlendirmeler yapılır.

Hastanemize kalabalıklaşmanın artması anında hastane güvenlik görevlileri ile herkesin sakin olması gerektiğini ve hızlı ve dikkatli bir şekilde işlemlerin yapılması sağlanır. Sivas İl Emniyet Müdürlüğü ile bağlantıya geçilir. Kalabalık anı afet veya diğer nedenlerden kaynaklanabilir. Oluşan nedenlerden yola çıkılarak kalabalığın artabileceği düşünülüp gerekli önlemler alınır.

Hastanede Kalabalık Durumuna Yönelik Personelin Bilmesi Gerekenler:

Personel hastane telsiz sistemi ve güvenlik görevlileri ile kalabalık hakkında duyuru yapıp panik ve telaşın önlenmesi gerektiği bildirilir. Hastane giriş çıkışları güvenlik personelinin yardımıyla kontrol altına alınır. Güvenlik personeli şüpheli gördüğü kişilerde üst araması yapar. Gerektiği durumlarda kolluk kuvvetlerinden destek yardım istenir.

9.2 Hastane Kalabalık Durumu Standart Operasyon Prosedürü

HASTANE KALABALIK DURUMU-89	Faaliyetleri gerçekleştirme	raporlama
Temel faaliyet: Hastanenin kalabalık anında kargaşayı azaltıp, genel işleyişin devamını sağlamak. Hedefler Durumu değerlendirmek, Kalabalığın durumuna göre Hastane Yöneticiliğine ve kolluk kuvvetlerine haber vermek, Hastanenin olağan hizmet akışının devamlılığını sağlamak.		
Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler Gerekli tüm güvenlik tedbirlerini almak. Olay Yönetim Ekibi toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir: Kalabalık kaos dönüşmeden güvenlik görevlileri tarafından kontrol altına alınır. Emniyet şeridi kullanılarak kargaşa olan yerlerde kişilerin sıraya geçmesi sağlanır. Muayene alanlarında personellere ihtiyaç duyulduğunda gerekli destek sağlanır. Personele, hasta ve hasta yakınlarına hastanenin anons sistemi kullanılarak duyuru yapıp kargaşa önlenmeye çalışılır.	5 dk	Olay Bitimi

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri Hastanede tüm hasta, hasta yakınları ve personelin panik yapmasını engellemek Kolluk Kuvvetlerinin verdiği raporları kontrol altına almak.	
Kullanılacak Materyaller Emniyet şeridi, Megafon, çalışıyorsa anons sistemi, Tahliye gerektiği durumda hastane tahliye için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliye gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, Kalite Kontrol Kalabalık durumuna göre güvenlik personeli durumu kontrol altına alır. Güvenlik görevlilerinin yetersiz kalması durumunda Kolluk kuvvetlerine haber verilir. Zaman Dilimi Alarm ver: Hemen Kontrol Altına Al: Hemen	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İş Akış Talimatı, Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı, Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar Kalabalık anında tartışma ve oluşabilecek kavgalar Sürece Dahil Kişiler Servisin tüm sağlık personeli ve destek personeli, Kolluk kuvvetleri	
Ekler Tahliye yolları için harita/kroki, Raporlama için kayıtlar ve formlar.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Hastane kamera kayıtları ile görüntülü kayıt yapılır. Raporlama mekanizması; Kolluk kuvvetlerinin vereceği rapor. İzleme	
Temel faaliyet: Hasta, hasta yakınları ve personelin panik durumunu engelleyip olağan işleyişe geri dönmek. Güvenlik Konuları: Kameraların bakımların yapılması Görüntülerin kayıt yapabilme durumunun Kontrol edilmesi	

10. OLAYA ÖZEL PLAN

HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ

10.1 Giriş

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

Bu çerçevede, hastanede pandemi müdahale yönetimine ilişkin planlama, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağ- lığı Genel Müdürlüğü (HSGM) tarafından yayımlanan pandemi için hazırlık planlarında yer alan başlık ve içeriklere göre yapılmalıdır.

Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri

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

- Küresel düzeyde:** Bir hastalığın pandemi ilan edilmesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmaktadır. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (International Health Regulations-IHR/2005) çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü için öngörülen en önemli yetkilerden biri, “Uluslararası Önemde Halk Sağlığı Acil Durumu” (Public Health Emergency of International Concern-PHEIC) varlığının tespiti (md.12). Bu tespitle birlikte, beklenmedik ve ortaya çıktığı coğrafya, ülke dışındaki yerleri de etkileyebilecek durum- lar için ülkelere işbirliği içerisinde ve koordine olarak harekete geçme uyarısı yapılmaktadır. Bu uyarı, bir anlamda, ülkelerin sağlık sistemleri için her düzeyde Olay Bildirimi’dir.
- Ülke düzeyinde:** Sağlıkla ilgili afet/acil durumlara hazırlık ve müdahalede ülkelerin Sağlık Bakanlıkları temel yönlendirici konumdadır. Pandemi durumunda, ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe stratejik yönlendirmeyi ve kaynak yönetimini kapsamlı biçimde gerçekleştirirken, aynı zamanda, ül- kemizin tüm kamu kurum ve kuruluşlarının kendi sektörlerinde, görev ve hizmet alanlarında pandemi durumunda müdahale için ihtiyaç duydukları yönlendirmeyi ve bilgilendirmeyi sağlamaktadır.
- Kurum düzeyinde:** Dünya Sağlık Örgütü’nün pandemi ilanı ile birlikte, T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yönlendiriciliğinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) hazırlama yükümlülüğü olan tüm sağ- lık (yataklı tedavi) kurumlarında, HAP kapsamında yer alan Acil Müdahale Planı (AMP) etkinleştirilir (aktivasyon); AMP’nin tamamlayıcısı olan hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) uygulanır. Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı’nın talimatları doğrultusunda, ölçekleri ve özelliklerine bakılmaksızın tüm sağlık kurumlarında bütün faaliyetlerin pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerine uygun olarak düzenlenmesine geçilir.

Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler

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

- ✓ Pandeminin sağlık bakımından etkilerinin önemli bir kısmı pandemiye özgü etkilerdir ve esas olarak ülkenin/toplumun daha önce bilgi ve tecrübe sahibi olmadığı koşulları gündeme getirmektedir. Bu çerçevede, diğer acil durum/afetlerden farklı olarak, başta pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri, vaka tanımları, vaka yönetim algoritmaları (triyaaj, tanı, kabul, izleme kriterleri vb.) ile pande- mi döneminde gereken özellikli hizmetlerin, hizmeti verecek birimlerin belirlenmesi ve organizasyonu söz konusudur.

- ✓ Pandemiler yerleşim, ülke ve küresel tüm düzeylerde, toplum, ekonomi, çevre üzerinde eş zamanlı, yoğun ve yaygın kayıplar yaratabilen afetlerdir; yalnızca sağlık alanını değil, tüm yaşamı, tüm sektörleri ilgilendirmektedir. Pandemi koşullarında enfeksiyon bulaşma (transmisyon) ve yayılım riskinin önlenmesi/azaltılması, sağlık hizmetinin kalitesi ve devamlılığının hızla ve sürekli artabilecek hasta başvuru sayısına rağmen kesintiye uğramaması, mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlık sektörü öncülüğünde etkili müdahale gerçekleştirilebilmesi, pandeminin hayatın her alanında yol açabileceği kayıp, yıkım ve yüklerin azaltılmasında belirleyici öneme sahiptir.
- ✓ Pandemiler tehlikenin kaynağı (yeni veya yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları), etki alanı, kapsamı ve büyüklüğü (coğrafya, nüfus, süre, doğrudan ve ikincil etkiler, kayıplar) bakımından diğer afetlerden çok daha ağır, yaygın ve kalıcı olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Pandemi öncesinde ve sırasında, hastanenin görev alanındaki coğrafyada zarar görebilirliği artırabilecek sağlık risk faktörlerinin, demografik, fiziksel, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve idari etkenlerin, bireyler ve topluluklar arası temas özelliklerinin bilinmesi ve dikkate alınması, pandemiye müdahaleyi güçlendirecektir.
- ✓ Pandeminin önlenmesi, risk azaltma ve hazırlık süreçleri ve uygulamalarına ülkelerde tüm toplum kesimlerinin, küresel düzeyde tüm ülkelerin etkili ve sürekli katılımı, her düzeyde işbirliğine ve etkili koordinasyona dayalı, sonuç alıcı bir hazırlıkla mümkündür. Hastanede pandemi için Olaya Özel Plan hazırlıklarında, HAP prosedürlerine uygun olarak, pandemi özellikli olay yönetim araçlarının geliştirilmesi/güncellenmesi, sağlık ve sağlık dışı sektörlerdeki paydaş kurumlarla iç ve dış paylaşımların yapılması, ortak bilgi ve iletişim sistemlerinin geliştirilmesi söz konusudur.

Çalışanın Bireysel Özellikleri ve Pandemi Özellikli İhtiyaçlarının Karşılanması:

Pandemi süreçlerinde çalışan odaklı koruma koşulları her zamankinden önemlidir:

- ✓ Çalışanın öncelikle risk grubunda olup olmadığının değerlendirilmesi ve sağlık durumu ile ilgili bireysel ihtiyaçlarının sağlanması pandemi koşullarında özellikle önemlidir; örnek olarak, çalışanın yaşı, cinsiyeti, çalışılan birimdeki malzeme vb. kişisel uygunluğu ve ilgili gereksinimlerinin karşılanması söz konusudur.
- ✓ Bireysel sağlık durumunun sağlık riski açısından değerlendirilerek gereksinimlerinin (örneğin, kronik hastalığı, lens-gözlük kullanımı, ilaç kullanımı vb.) temini ve çalışanın yararlanabileceği bireysel danışma, bildirim izlem, destek erişiminin sağlanması dikkate alınmalıdır.
- ✓ Çalışanların işyerinde kişisel ihtiyaçlar ile ilgili düzenlemeler için birim temelinde önceden hazırlık yapılmalıdır (örneğin, duş, acil duş, bakım-yardım hizmeti planı, çalışma zamanlarında uygun dinlenme alanı, kişisel bakım malzemeleri, hijyen malzemeleri, gerektiğinde kıyafet hijyeni vb. ihtiyaçların sağlanması süreçleri).
- ✓ Çalışanın iş sağlığı ve güvenliği ilgili olaylar (kaza, hastalık, temas vb.) kayıt altına alınmalı ve bu konuda işleyiş hakkında bilgilendirilerek daha sonraki mağduriyetleri önlenmeli, meslek ve özlük hakları açısından hukuki sorunlar yaşanmaması için ilgili bildirimler yapılmalıdır.
- ✓ Çalışanın bireysel özellikleri ile ilgili psikososyal öncelik durumu ve destek gereksinimleri düzenli izlenmeli, değerlendirilmelidir.

Psikososyal Destek Hizmetlerinin Bütünsel Planlanması, Organizasyonu ve Pandemi Özellikli Kapsayıcılığı

Pandemi koşullarında psikososyal destek hizmetleri kapsam, içerik ve uygulama olarak, kurum içinde ve dışında, tüm ihtiyaçların dikkate alınarak sürdürülmesi gereken, en yaygın, en yoğun ve en uzun süreli hizmetlerdendir. Pandemi hastane çalışma ortamı, koşulları ve çalışanların ihtiyaçları bakımından psikososyal destek hizmetlerine bütünsel yaklaşım örnek olarak:

- ✓ Olağan dönemlere kıyasla, fiziksel ve duygusal olarak ağırlaşan çalışma koşullarının yol açabileceği çökkünlük (tükenmişlik) ve yanı sıra mesleki stres başta olmak üzere pandemi özellikli psikososyal destek ihtiyacı, bireysel ve kurumsal düzeyde, koordine olarak karşılanmak durumundadır. Bunun için sağlık çalışanları için özellikli destek sunan mekanizmaların hayata geçirilmesi ve hastanedeki ruh sağlığı uzmanlarından (psikolog, psikiyatrist, çocuk gelişimi uzmanı vb.) veya mevcut yerel ve merkezi hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır. Bu noktada psikososyal destek hizmetleri her düzeyde, her meslekte sağlık hizmet sunumunda yer alan tüm çalışanları hedeflemelidir.
- ✓ Pandemi koşullarında, sağlık çalışanı ve destek personeli için başlıca zorlukların pandemi süreci belirsizliğinin yarattığı kaygı, iş yükünün ağırlaşması, kendi yaşam alanından, aileden ve destek sistemin-

den uzak ve izole olarak yaşamak durumunda kalmak, evde steril ortam yaratma çabası ve kendini yakınlarına dokunma konusunda baskılama, insanların tedbir almadığını düşünerek öfke ve umutsuzluk duyma, yakın çevreye bulaştırma korkusu, ekip arkadaşlarından kopma, ekip arkadaşlarının enfekte, hasta olması ve hayatını kaybedenlerin yarattığı çökkünlük, şiddete maruz kalma kaygısı vd. olduğu gözlenmiştir. Çalışanların hem iş yaşantılarında hem de kişisel hayatlarında işlevselliklerinin azalmasına yol açabilecek bir potansiyel taşıyan bu durumlar karşısında, psikososyal destek hizmetlerinin, çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesi, bedensel ve psikolojik sağlıklarının korunması için gerekli ön-lemelerle birlikte planlanması ve hayata geçirilmesi söz konusudur.

- ✓ Pandemi süresinin görece uzunluğu göz önüne alındığında, pandemiyle etkin şekilde mücadele edebilmek için psikososyal faktörlerin sağlık çalışanları üzerinde önemli psikolojik sıkıntılara neden olabileceği gözetilmeli ve temel olarak çalışan odaklı çalışma ortamının düzenlenmesine yönelik bir bakış açısı getirilmelidir. Ekip çalışmasının önemi ve psikolojik destek programlarının sürekliliği her düzeyde (sağlık yöneticileri ve diğer ilgililer de dahil olacak şekilde) ve sürekli olarak sağlanarak, çalışma ortamının stresli özelliklerinin en aza indirilebileceği düzenlemeler yapılmalıdır.
- ✓ Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ailelerinin psikososyal destek faaliyetlerinde aktive edilmesi önemlidir. Örneğin çalışanın yalnız yaşaması, ailesinde bakmakla yükümlü bebek, bakıma-korumaya muhtaç çocuk, yaşlı, engelli, kronik hastalık vb. olduğu durumların takip edilmesi gibi destekleyici bir yaklaşımın geliştirilmesinin gerekliliği öne çıkmaktadır.
- ✓ Tüm sağlık çalışanlarının stres tepkileri ve zaman içinde yaygınlaşma veya kötüleşme seyri gösteren çalışanların olabileceği değerlendirilerek, psikososyal destek almalarıyla ilgili psikolojik triyaj çalışmalarının hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.

Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde tüm tehlikeleri dikkate alan, çok-sektörlü hazırlık yaklaşımını tamamlayıcı olarak, hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan), Hastane Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) hızlı ve etkili müdahaleyi gerçekleştirebilecek şekilde işlemesi için başlıca aşağıdaki konularda yapılacak hazırlıkları içermektedir:

Olay Yönetim Sistemi (pandemi durumunda AMP aktivasyonu sürecinin organizasyonu)

Enfeksiyon Önleme ve Kontrol (bulaş riskini asgariye indirecek operasyonel program)

Vaka Yönetimi (çalışan hazırlığı, triyaj algoritması ve lojistiği, hasta yönetimi, tanı ve kabul kriterleri vb.)

Hasta Akını (Surge) Halinde Kapasite (hasta yükünün karşılanması için hazırlık)

İnsan Kaynakları (çalışma koşulları, yeterli çalışan kapasitesi, destek hizmetler ve operasyonların sürekliliği)

Temel Sağlık Hizmetleri ve Hasta Bakımının Sürekliliği

Sürveyans: Erken Uyarı ve İzlem (sistemik verilerin en riskli bakımından önemi)

İletişim (bilgiye dayalı karar verme, etkili işbirliği, kamu farkındalığı, güven sağlanması)

Lojistik ve Malzeme Yönetimi (proaktif kaynak ve tesis yönetimi)

Laboratuvar Hizmetleri (temel hizmetlerin, hastane tabanlı sürveyansın sağlanması)

Temel Destek Hizmetleri (pandemi sırasında hasta bakımının ve çalışanın desteklenmesi ile işlevselliğin optimizasyonu)

Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi

Hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) uygulaması için prosedür geliştirilirken, HAP Hazırlama Kılavuzu'nda Ekler bölümünde yer alan, afet/acil durumlarda genel müdahaleye yönelik Standart Operasyon Prosedürleri (SOP) ve diğer Olay Yönetim Araçları dikkate alınabilir.

Kılavuz'da yer alan mevcut SOP başlıkları şöyledir:

- ✓ SOP 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

- ✓ SOP 3 Olay Yönetim Ekibinin, Olay Yönetim Merkezinin, Afet ve Acil Durum Müdahale Planının Aktive Edilmesi
- ✓ SOP 5 Tıbbi Triyaj Yönetimi
- ✓ SOP 8 İnsan Kaynakları Yönetimi
- ✓ SOP 9 Bilgi Yönetimi
- ✓ SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi
- ✓ SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi SOP
- ✓ 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi
- ✓ SOP 15 Güvenlik Yönetimi
- ✓ SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi
- ✓ SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi
- ✓ SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

SOP'larda spesifik alanlarda hastane ihtiyaçlarına uygun pandemi özellikli düzenlemeler yapılırken, her SOP'ta yer alan İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri bölümü de, alan ihtiyaçlarına uygun, bir kontrol mekanizması (listesi) olarak şekillendirilmelidir.

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
PANDEMİK EYLEM PLANI-2024**

Unvan	Adı-Soyadı	Telefon Numarası	Elektronik Posta Adresi
Başhekim	Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN	0 (505) 241 71 98	tdogan@cumhuriyet.edu.tr
Başhekim Yardımcısı	Prof. Dr. Çağlar YILDIZ	0 (530) 083 08 06	caglaryildiz@cumhuriyet.edu.tr
Hastane Finansal Yöneticisi	Kamil YÜCEKAYA	0 (544) 338 96 26	kyucekaya@cumhuriyet.edu.tr
Hastane İdari Yöneticisi	Gülseren KARABEY	0 (544) 613 49 15	gkarabey@cumhuriyet.edu.tr
Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi	Gonca DEVECİ	0(506) 273 43 30	gdeveci@cumhuriyet.edu.tr
Enfeksiyon Kontrol Komite Başkanı	Doç. Dr. Seyit Ali BÜYÜKTUNA	0 (505) 386 98 82	seyit@cumhuriyet.edu.tr
Acil Ünitesi (ASKOM Sorumlusu)	Prof. Dr. İlhan KORKMAZ	0 (544) 537 54 62	ikorkmaz@cumhuriyet.edu.tr
Mikrobiyoloji Uzmanı	Dr. Öğr. Üyesi Mürşit HASBEK	0 (533) 551 39 93	mursithasbek@cumhuriyet.edu.tr
İşyeri Hekimi	Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL	0 (532) 627 20 28	ydemirel@cumhuriyet.edu.tr

Kalite Koordinatörü	Ümmügülsüm OFLAZ	0 (532) 313 57 72	gulsumoflaz@cumhuriyet.edu.tr
Eczacı	Duygu ACAR	0 (551) 127 57 43	duygusalcan@cumhuriyet.edu.tr
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Semra Koç KIZILKAYA	0 (545) 338 01 57	semrakoc@cumhuriyet.edu.tr
İş Güvenliği Uzmanı	Ebru EYİNÇ Banu ERBAŞ	0 (543) 740 76 78 0 (539) 944 77 58	ebruyilmaz@cumhuriyet.edu.tr bkokili@cumhuriyet.edu.tr
Sivil Savunma Birimi	Elif Özge KARAKULLUKCI	0(544)301 90 35	e.o.karakullukcu@hotmail.com
Güvenlik Birim Sorumlusu	Murat YILDIZ		

Tablo 1: Görev Ve İrtibat Numaraları

Yönetim Birimi

Pandemi planının uygulanmaya konulmasını,
Sağlık personelinin çalışma düzeninin pandemiye uygun olarak planlanmasını,
Çalışan Güvenliğinin sağlanması için maksimum tedbirlerin alınmasını
Çalışan güvenliği pandemi ye özel risk analizinin yapılmasını ve tedbirlerin alınmasını
Hastaların bulaştan korunmalarının sağlanması için hastane içinde gerekli düzenlemelerin yapılmasını
Sağlık hizmeti sunumunun pandemiye uygun olarak düzenlenmesini,
Gerekli malzeme ve ilaçların temini ve kullanımının sağlanması
Hastane için triyaj planlamasının uygulamaya konulmasını,
Hastaların bakım ve sevk işlemlerinin planlanmasını
Hastane enfeksiyonlarından korunma ve kontrol önlemlerinin değerlendirilmesi ve uygulanmasını,
Vaka yönetim algoritmalarına uygun vaka takiplerinin uygulanmasını sağlamalıdır.

Eğitim Birimi

Pandemi öncesi ve Pandemi döneminde kritik sağlık personeline yönelik aşağıda belirtilen eğitimlerin planlaması ve yürütülmesini sağlar.

- ✓ Pandemi öncesi dönemde;
- ✓ Hastane pandemi planı (genel bilgiler ve sorumluluklar)
- ✓ Vaka Yönetimi algoritmalarının anlatımı
- ✓ Enfeksiyon kontrol önlemleri,
- ✓ İzolasyon önlemleri
- ✓ El hijyeni
- ✓ Kişisel koruyucu ekipman kullanımı

Pandemi döneminde;

- ✓ İlgili pandemi etkeni
- ✓ Vaka tanımı
- ✓ Vaka yönetim algoritması
- ✓ Tanı ve tedavi protokolleri
- ✓ Enfeksiyon Kontrol Önlemleri
- ✓ İzolasyon önlemleri
- ✓ El hijyeni
- ✓ KKE kullanımı
- ✓ Özkaynakların doğru kullanımı

10.2 Pandemik Hazırlık Planı

HASTANE PANDEMİ KOORDİNATÖRÜ

Hastanemiz pandemi planına ait işlemlerin koordinasyonunu Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi Başkanı Doç. Dr. Seyit Ali Büyüktuna tarafından yürütülmektedir. Görevini devretmesi gerektiği durumlarda Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalından başka bir öğretim üyesi bu görevi teslim eder

HASTANE PANDEMİ PLANI HAZIRLAMA KOMİSYONU

Hastanemizin pandemi planının hazırlanması ve pandemi durumunda iş ve işlemlerin yürütülmesinden sorumlu kişilere ait bilgiler aşağıda belirtilmektedir.

MEVCUT DURUM:

Hastanemizin personel sayısı ve dağılımı, hizmet sunulan branşlar, poliklinik sayısı, günlük hasta muayene sayısı, yatak kapasitesi ve doluluk oranları, laboratuvar kapasitesi ve ek poliklinik ve yataklı servis olarak kullanılacak kapalı alan kapasitesine ait bilgiler aşağıda tablolarda sunulmuştur

Unvan	Sayı
Başhekim ve Yardımcısı	6
İdari Yönetici ve Yardımcıları	8
Finansal Yönetici ve Yardımcıları	4
Hemşirelik Hizmetleri Yöneticileri ve Yardımcıları	9
Kalite Koordinatörü	1
Doktor	520
Eczacı	2
Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	757/20/41
Diyetisyen	6
Ameliyathane Teknikeri / Anestezi teknisyeni/diyaliz teknikeri	32/ 39/5
Laboratuvar teknikeri/kimyager /	48/2
Fizyoterapist/Fizik Tedavi Teknikeri	11/15
Ergoterapist/Sağlık Fizikçisi/Elektronöro fizyoterapist/odyolog	1/5/2
Hasta ve Yaşlı Bakım Personeli	193
Temizlik Personeli/Hizmetli/Berber	331/14/ 1
Güvenlik Personeli	77
Bilgisayar işletmeni/Büro memuru	68/155
Mühendis	5
Memur (VHKİ, tıbbi dokümantasyon vb. genel hizmetler sınıfında kadrolupersonel)	2
Teknik hizmetler teknikerleri	11
Gassal/ imam	2/2
TOPLAM HEKİM	509

TOPLAM İDARİ PERSONEL	2121
TOPLAM PERSONEL	2630

Tablo 1.Pandemi Planı Hazırlama Komisyonu

Branşlar	Branş Dağılımı
DAHİLİ BİLİMLE R	Genel Dahiliye Poliklinikleri ve servisi ve yoğun bakım hizmetleri
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polk. Ve FTR Romatoloji polk.
	İç Hastalıkları Hemtoloji ve Onkoloji polk ve servisleri
	İç Hastalıkları Endokrin / Romatoloji servis ve poliklinikleri
	İç Hastalıkları Gastroenteroloji servis polk ve endoskopi bölümleri
	İç Hastalıkları Nefroloji servis poliklinik ve Hemodiyaliz periton diyaliz hizmetleri
	Nöroloji servis ve polk. Ayrıca EEG ve EMG Hizmetleri
	Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği ve servisi
	Göğüs Hastalıkları ve TBC servis ve Polikliniği ve Uyku Laboratuvarı ve yoğun bakım hizmetleri
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/Endokrin/Sosyal pediatri poliklinik ve servisleri ve yoğun bakım hizmeti
	Yenidoğan yoğun bakım Servisi ve polikliniği
	Psikiyatri servis ve polikliniği
	Palyatif Bakım Servisi
	Dermatoloji servisi ve polikliniği
	Çocuk Ruh Sağlığı polikliniği
	Adli Tıp Polikliniği
	Radyasyon Onkolojisi
	Kardiyoloji seriş, poliklinik, koroner anjiyografi ve koroner yoğun bakım hizmeti
CERRAHİ BİRİMLE R	Ortopedi ve El cerrahi servisi ve polikliniği
	Genel cerrahi servisi ve polikliniği ve yoğun bakım hizmetleri
	Genel cerrahi yanık servisi
	Beyin cerrahi servisi polikliniği ve yoğun bakım hizmetleri
	Kadın Hastalıkları ve Doğum servisi ve polikliniği ve yoğun bakım hizmetleri, Üremeye yardımcı tedavi hizmetleri

	Göz Polikliniği ve servisi
	Üroloji servisi ve polikliniği ve yoğun bakım hizmetleri
	Plastik Cerrahi servisi ve polikliniği
TEMEL BİRİMLER	Tıbbi Mikrobiyoloji
	Tıbbi Biyokimya
	Tıbbi Patoloji
	Tıbbi Genetik

Tablo 2.Hizmet Sunulan Branşlar

Poliklinikler	Sayı
Aktif Poliklinik Sunumu Yapan Birim Sayısı	125 adet
Günlük Hasta Muayene Sayısı (Acil Dahil)	2825
Günlük Hasta Muayene Sayısı (Acil Hariç)	2464

Tablo 3.Poliklinik Sayısı ve Günlük Hasta Muayene Sayısı

Yatak Kapasitesi ve Doluluk Oranı	Sayı,%
Toplam Yatak Sayısı	1081
Genel Yatak Doluluk Oranı (%)	% 76.7

Tablo 4.Yatak Kapasitesi ve Yatak Doluluk Oranı

Yoğun Bakım Kapasitesi ve Doluluk Oranı	Sayı,%
Toplam Yatak Sayısı	184
Genel Yatak Doluluk Oranı (%)	% 44.2

Tablo 5.Yoğun Bakım Kapasitesi ve Yatak Doluluk Oranı

Laboratuvar Kapasitesi (2023 yılı verisi)	Sayı
Biyokimya İncelemesi Yapılan Numune Sayısı	7596895
Mikrobiyoloji İncelemesi Yapılan Numune Sayısı	781892

Tablo 6.Hastane Laboratuvar Analiz Kapasitesi

HBsAg (Kemoluminesans veya benzeri)
Anti HBs (Mikropartikülimünassay- MEIA veya benzeri)
Anti HCV (Mikropartikülimünassay- MEIA veya benzeri)

Anti HIV (Kemiluminesans veya benzeri)
Brucella aglütinasyon testi (RoseBengal)
ASO
VDRL-RPR
Romatoid faktör (RF)
Bogaz Kültürü
Balgam Kültürü
Burun kültürü
Yara Kültürü
PCR testi(Covid 19)
Gaitada amib-giardia aranması

Tablo 7. Mikrobiyoloji Laboratuvarında Çalışılan Tahliller

Görüntüleme Kapasitesi (günlük)	Sayı
Direkt grafi	1066
Bilgisayarlı tomografi	257
MR(manyetik rezidans)	193

Tablo8.Hastane Görüntüleme Analiz Kapasitesi

10.3 Hastanede Pandemi Vaka Yönetimi

İnfluenza Vaka Yönetimi

İnfluenza: İnfluenza (grip), influenza virüslerinin yol açtığı bir solunum yolu hastalığıdır. Her yaş grubunda görülen ve ölümlere yol açan hastalık, bazı riskli gruplarda ağır seyretmekte ve daha fazla ölümlere neden olabilmektedir. Özellikle sonbahar ve kış aylarında görülen ve mevsimsel olarak seyreden influenza zaman zaman pek çok kişinin ölümüyle sonuçlanan salgınlara yol açmaktadır. A, B, C ve D olmak üzere dört tip influenza virüsü bulunmaktadır. İnfluenza A virüsleri insan, domuz, at, kanatlı hayvanlar gibi canlıları enfekte edip hastalığa neden olurken bazı durumlarda da hastalığa neden olmayabilir. İnfluenza B virüsleri sadece insanlarda, influenza C domuz ve insanda, influenza D ise sadece sığırdan hastalık yapabilmektedir. İnfluenza A ve B virüsleri insanlarda mevsimsel salgınlara neden olurken sadece influenza A virüslerinin pandemiye neden olduğu bilinmektedir.

Triyaj Yönetimi

İnfluenza salgını göz önüne alınarak acil servise daha yakın bir konumda zemin katta bulunan polikliniklerden biri İnfluenza polikliniği olarak kullanılacaktır.

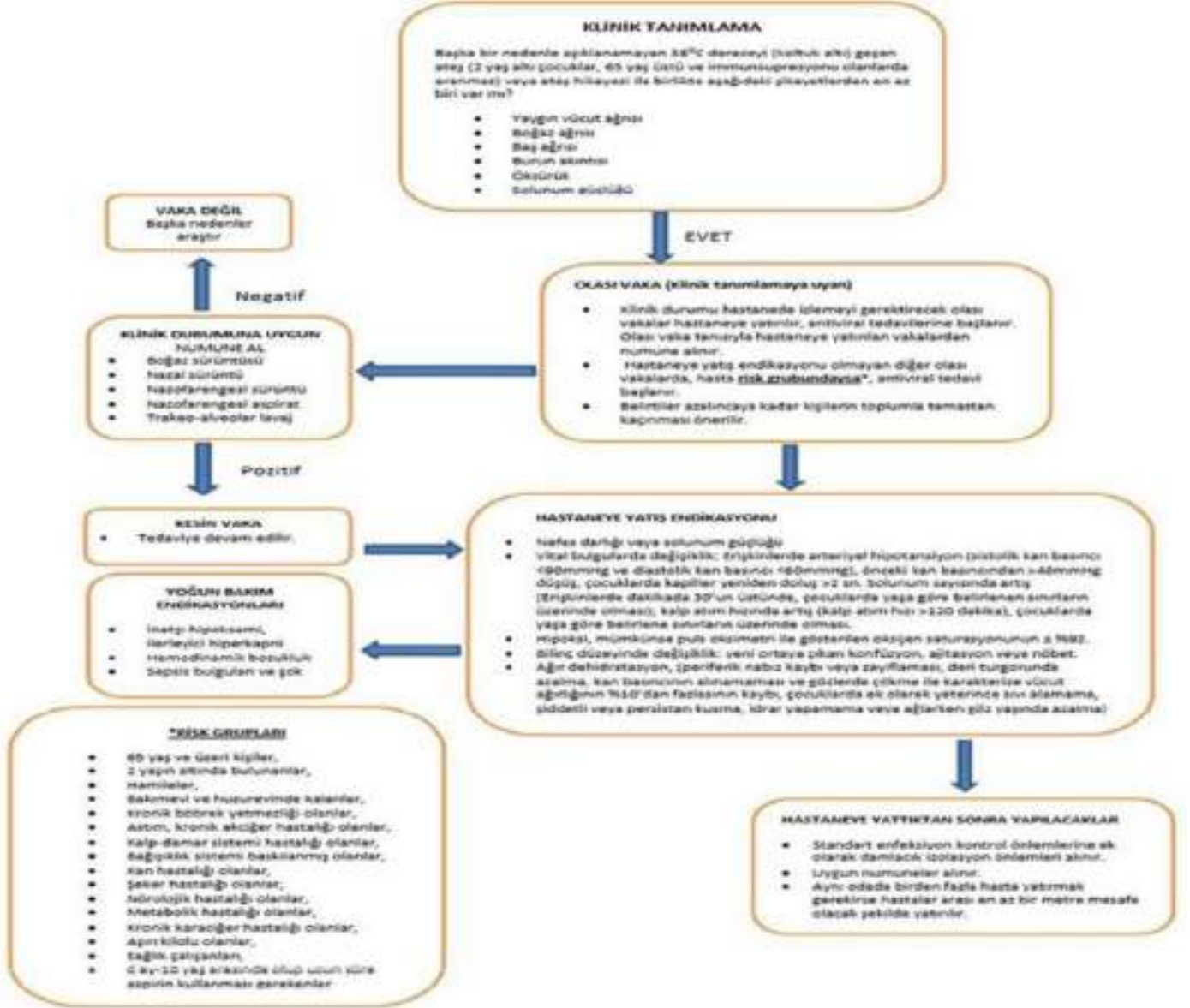
Giriş katta oluşturulan pandemi poliklinik odasında mesai saatlerinde hastanenin rotasyon ile görevlendirdiği hekimi; mesai bitiminden sabah saat 08:00'e kadar Acil servis hekimlerince hizmet verilecek.

Acil servis girişinde triaj noktası oluşturulmasına, influenza benzeri hastalığı olanların bu noktada görevlendirilecek personel tarafından grip polikliniğine yönlendirilmesi ve yine aynı noktada hastalara maske takılması sağlanacaktır.

Hastane girişinden polikliniğe kadar yön levhaları konularak hastalar pandemi polikliniğine yönlendirilecektir.

Vaka Tanı ve Kabul Kriterleri

İnfluenza Vaka Algoritması'nı da belirtilmiştir. İnfluenza Vaka Yönetim Algoritması Sağlık Bakanlığı www.grip.gov.tr internet sayfasında güncel olarak yayınlanır.



Taburcu Kriterleri

Beş yaş üzerindeki hastalar, yukarıda tanımlanan iyileşme kriterlerinin olması durumunda 24 saatten uzun süre ateşsiz kaldıysa taburcu edilebilirler.

Beş yaş ve altında taburcu edilme kriterleri de farklı değildir. Ancak sekonder bir enfeksiyon geliştirse (sekonder bakteriyel alt solunum yolu enfeksiyonu gibi) bunun tedavisi tamamlandıktan sonra hastalar taburcu edilmelidir.

Tedavi Protokolleri

İnfluenzanın profilaksi ve tedavisinde antiviral ilaçlardan yararlanılmaktadır. Pandemi döneminde virüsün özellikleri ve lojistik şartlar göz önünde bulundurularak tedavi ve profilaksi için kullanım şekli ve süreleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek ve yayımlanacaktır.

Antiviral ilaç tedavisi için öncelik taşıyan risk grupları;

Çocuklar <5 yaş ve özellikle <2 yaş,

Yetişkinler ≥65 yaş, Kronik hastalığı olanlar;

Kronik pulmoner hastalık (astım dâhil),

Kardiyovasküler hastalık (tek başına hipertansiyon hariç),

Renal, hepatik, hematolojik (orak hücre hastalığı dâhil) hastalık,

Metabolik bozuklukları (diabetes mellitus dâhil) olan,

Serebral palsy, epilepsi, paralizi, motor ve mental geriliği, kas distrofisi gibi nörolojik ve nöromusküler hastalık,

Bağıışıklık sistemi baskılanmış kişiler (kronik kan hastalığı olanlar, kanser hastaları, immünsupresif ilaç kullananlar,

HIV/AIDS hastaları, otoimmün romatizmal hastalığı olanlar),

Gebe ve emziren kadınlar,

6 ay-18 yaş aralığında olup uzun süre asetil salisilik asit tedavisi alanlar,

Huzurevi, bakımevi vb. ortamlarda yaşayanlar,

Morbid obez olanlar ($VKİ \geq 40$)

İnfluenzaya bağlı komplikasyon riski yüksek, hastanede başka sebeple yatan hastalardır.

Pandemi tıbbi bakım ve özellikli alan düzenlemeleri

Ayaktan başvuran hastalar için zemin katta bulunan polikliniklerden biri Pandemi polikliniği olarak kullanılacaktır. Triyaj yönetimine göre hareket edilecek.

Hastanemize başvuran hastalardan yatışı yapılan hastalar öncelikle ilgili servisinde izole odalara yatırılacak.

Yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar yoğun bakımda izole oda bulunması durumunda yatırılacak. İhtiyaç olması durumunda influenzalı hastalar, en kısa sürede ve doğru yöntemle uygun merkezlere sevk edilmeye çalışılacaktır.

Radyoloji bölümünde, enfekte hastalarda sonra mutlaka bakanlığın ve enfeksiyon komitesinin belirlediği şekilde alanın dezenfeksiyonu sağlanacaktır

İnfluenzalı hasta odalarındaki çarşaf 70 derecede yıkanacak, bu hastalar için kullanılan malzemeler tek kullanımlık olmalıdır.

Termometre, tansiyon aleti, stetoskop, glukometre gibi tıbbi aletler mümkünse ayrılmalıdır. Mümkün olmadığı durumda düşük düzey dezenfeksiyondan sonra diğer hastalara kullanılabilir.

Her gün deterjan veya dezenfektanlarla hasta odalarındaki tüm eşyalar ve çevre, özellikle de hastanın sıkça dokunduğu yüzeyler temizlenmelidir.

Temizlik hizmetlerine ayrıca özen gösterilecek, bu konuda her türlü planlama ve izlem,temizlik şefi tarafından organize edilecektir.

Hasta Transferi

Sağlık kurumu içinde hasta nakli: Hastanın oda dışına çıkışı en aza indirilmelidir. Hasta oda dışına çıkarken tıbbi maske takmalıdır. Hasta diğer birimlere gönderilirken (tanısal işlemler) ilgili birimler önceden bilgilendirilmelidir.

Hasta çok gerekli olmadığı sürece toplu bulunulan yerlerden uzak tutulmalıdır. Hastaya refakat eden sağlık personeli tıbbi maske takmalı ve el hijyeni kurallarını uygulamalıdır.

Pandemi Özellikli Sürveyans Sistemi

Ülkemizde 2004 yılında yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi kapsamında influenza sürveyansı başlatılmıştır. Sentinel ve nonsentinel influenza sürveyansı olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir.

- Sentinel İnfluenza Sürveyansı; belirlenmiş merkezlerden, belirlenmiş vaka tanımına uygun olan hastalardan belirli bir sistematik dahilinde örneğin alındığı ve değerlendirildiği sürveyans tipidir. Sentinel influenza sürveyansı iki şekilde yürütülmektedir.
- İnfluenza Benzeri Hastalık/ Grip Benzeri Hastalık Sürveyansı; 2005 yılından itibaren sentinel olarak belirlenmiş 17 ilde 180 aile hekimi üzerinden yürütülmektedir. Bu merkezlerde haftanın bir günü polikliniğe ayaktan başvuran ve grip benzeri hastalık tanısı alan bir kişiden klinik örnek alınmakta ve referans laboratuvarlarda analizleri gerçekleştirilmektedir.
- SARI sürveyansı; 2015 yılının aralık ayından itibaren sentinel olarak belirlenmiş 5 ilde belirlenmiş hastaneler üzerinden ağır akut solunum yolu vaka tanımına uyan yatan hastalardan klinik örnekler alınmakta ve referans laboratuvarlarda analizleri gerçekleştirilmektedir.
- Bu iki sürveyans dışında diğer merkezlerden gelen influenza numunelerinin ve verilerinin değerlendirildiği sürveyans Non- sentinel influenza sürveyansıdır.
- Numune alınan tüm hastalar için mutlaka İnfluenza vaka bilgi formu doldurulmaktadır.

Hastane Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri Enfeksiyon Kontrolü İçin Standart Önlemler

Standart önlemler, hastanın tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan önlemlerdir. Kan, tüm vücut sıvıları (semen, vajinal sekresyonlar, serebrospinal, sinoviyal, plevral, peritoneal, perikardiyal ve amniyotik sıvılar), bütünlüğü bozulmuş deri ve mukozalar için uygulanır. El hijyeni, eldiven kullanımı, önlük, maske, yüz ve göz koruyucusu kullanımını, solunum hijyeni/öksürük önerisi, güvenli enjeksiyon uygulamalarını ve kontamine ekipman veya araçların uygun şekilde yönetilmesini içerir.

a. El hijyeni

El hijyeni terimi suyla sabunla ellerin yıkanması veya alkol bazlı el antiseptiklerini kullanarak ellerin ovalanmasını içerir. Eğer ellerde gözle görülür kirlenme varsa veya solunum salgılarına maruz kalınmışsa, alkol bazlı el antiseptiklerinin etkinliği kısıtlı olacağından, eller su ve sabunla yıkanmalı ve kurulanmalıdır. Kurulama için tek kullanımlık kâğıt havlular kullanılmalı ve ayakla çalışan kapaklı çöp kutularına atılmalıdır.

El Hijyeni Sağlanması Gereken Durumlar:

Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında el hijyeni sağlanmalıdır. Eldiven giyilmesi gereken durumlarda da benzer şekilde eldiven giyilmeden önce ve eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır. Hasta çevresinde bulunan yüzeylerle temas ettikten sonra mutlaka el hijyeni uygulanmalıdır. Ellerde gözle görülebilir kirlenme olmayan durumlarda alkol bazlı el antiseptiği ile el hijyeni sağlanabilir. Ellerde gözle görülebilir kirlenme olan durumlarda alkol bazlı el antiseptiği kullanımı uygun değildir, eller su ve sabun ile yıkanmalıdır. Her tür invaziv girişim öncesinde ve sonrasında el hijyeni sağlanmalıdır. Aynı hastadaki kirli bir bölgeden temiz bir bölgeye geçilmeden önce eldiven çıkarılıp el hijyeni uygulanmalı ve sonrasında gerekiyorsa yeni eldiven giyilmelidir.

b. Eldiven giyme

Cilt bütünlüğünün bozulduğu durumlarda, kan, mukozalara ve olası enfeksiyöz materyale temas öncesinde, gözle görülür veya potansiyel olarak kontamine olmuş hasta bakım ekipmanlarını/yüzeyleri kullanma veya bunlara temas durumunda temiz, steril olmayan eldiven giyilmelidir. Solunum sekresyonları dâhil vücut sıvıları, kan ve diğer sekresyonlarla teması içeren veya temas ihtimali olan hasta bakım uygulamalarında eldiven giyilmelidir. Hastaların farklı vücut bölgelerine uygulanan işlemlerde, her işlemten sonra eller yıkanmalı ve eldiven değiştirilmelidir. Hastadan hastaya geçişte eldiven değiştirilmeli, el hijyeni uygulanmalı, gerekiyorsa tekrar eldiven giyilmelidir. Hasta odasından çıkmadan önce eldivenler dikkatli bir şekilde çıkartılmalı, eller yıkanmalı ve odada bulunan

kontamine araç- gereç ve çevre yüzeylerine dokunulmamalıdır. Eldivenlerin yıkanması ya da alkol bazlı el antiseptikleri uygulanarak kullanımına devam edilmesi uygun değildir. Eldivenli eller ile yüzeylere temastan kaçınılmalıdır.

c. Maske, gözlük, yüz siperi

Göz, ağız ve burundaki mukoz zarları korumak için hasta bakımı ya da işlemler sırasında maske, gözlük, yüz siperi kullanılmalıdır.

d. Solunum hijyeni/öksürük önerisi

Öksürük veya solunum salgıları olan hastalar veya sağlık çalışanları tarafından uygulanır. Öksürük sırasında ağız ve burun kâğıt peçete ile kapatılmalı veya tolere edilebilirse cerrahi maske takılmalıdır. Kullanım sonrası kâğıt peçete derhal atılmalı, solunum sekresyonları ile temas ettikten sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

e. Önlük

Solunum sekresyonları dâhil vücut sıvıları, kan ve diğer sekresyonlarla teması içeren veya temas ihtimali olan hasta bakım uygulamalarında önlük giyilmelidir. Önlük çıkarıldıktan sonra, hasta odasından ayrılmadan önce el hijyeni uygulanmalıdır. Aynı önlük birden fazla hasta bakımında kullanılmamalıdır. Önlük çıkarılırken kontamine olmuş dış yüzüne temas edilmemesi ve sonrasında el hijyeni uygulanması önemlidir.

f. Hasta bakım malzemeleri

Hasta bakım malzemeleri kişiye özel olmalıdır. Birden fazla hastada kullanılacak malzemeler kullanım öncesinde dezenfekte veya sterilize edilmelidir. Kontamine olan ve hastada kullanılan malzemeler dikkatle, deri ve mukoza teması ve ortam kontaminasyonuna sebep olmayacak şekilde ortamdaki uzaklaştırılmalıdır. Tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanılması önlenmelidir.

f. Çevresel kontrol

Hasta çevresi; hasta yatağı, yatak çevresi gibi hasta alanı ve sık dokunulan yüzeyler hastane enfeksiyon kontrol komitesince izlenen talimatlar doğrultusunda temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Pandemi döneminde gerekli ek uygulamalar Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulacaktır.

g. Örtü ve tekstil ürünleri

Kontamine veya kullanılmış örtü, çarşaf ve giysiler çevre kontaminasyonu olmayacak şekilde taşınmalı ve tekrar kullanım öncesi işleminden geçirilmelidir.

h. Kan ile bulaşan patojenlerden korunma

Sağlık hizmeti sunumu sırasında yaralanmaları önlemek için kesici, delici aletlerle çalışmada uyulması gereken tedbirlere uyulmalıdır. Enjektör uçlarının kapatılmaması, delici-kesici aletlerin uygun tıbbi atık kutularına atılması gereklidir.

Aşı ile önlenebilen, kanla bulaşan hastalıklara (Hepatit B) karşı sağlık personeli aşılanmış olmalıdır. Tüm tıbbi atıklar Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre bertaraf edilmelidir.

Pandemiye Yönelik Enfeksiyon Kontrol Önlemleri

Pandemi durumunda uygulanacak enfeksiyondan korunma ve kontrol yöntemleri planlanmıştır.

Personele Yönelik Koruyucu Önlemler:

Sağlık personeli influenza belirtileri konusunda eğitilmeli ve semptomlar başladığı zaman yöneticilerine bildirmelidirler.

İlgili salgının belirtilerine sahip tüm sağlık personeli semptomlar geçene kadar izole edilerek çalışmamaları sağlanmalıdır.

Pandemi hastaları için ayrılmış bölümde çalışan sağlık personeli mümkünse diğer hastaların bakımı ve tedavisinde görev yapmamalıdır. Mümkün olmadığı durumlarda, personelin eğitimi tekrarlanarak ve enfeksiyon kontrol önlemlerine uyularak hastaların bakımı ve tedavisi sağlanabilmektedir.

İlgili salgın hastalığın komplikasyonları yönünden risk grubunda olan görevliler salgın boyunca hastalara direkt bakımdan uzak, başka görevlerde çalıştırılmamalıdır

Hastalara Yönelik Koruyucu Önlemler:

Olası/kesin tanıli hastalar önceden belirlenmiş pandemi servisine standart, damlacık ve temas izolasyon önlemlerine uyularak yatırılmalıdır. Mümkünse tek kişilik odada veya yoğun bakımda izolasyon odasında yatırılmalı, aksi halde tanısı aynı olanlar aynı odaya yatırılmalıdır.

Eğer olası ve kesin vaka aynı odada yatıyor ise tıbbi maske kullanması sağlanmalıdır.

Yoğun bakımda açık koğuştta yatan hastalar arasında 2 metre mesafe olmalı ve perde ile izolasyon sağlanmalıdır.

Hastalara ziyaretçi kısıtlaması yapılmalı, standart enfeksiyon kontrol ve personel koruyucu önlemler konusunda eğitilmelidir.

Bekleme odaları, hastaların gruplandırılmalarına uygun olacak biçimde planlanmalıdır. Hasta ve hasta yakını bekleme alanında diğerlerinden en az bir metre aralıklar ile oturmalıdır.

Poliklinik bekleme alanı ve muayene odasının havalandırması yeterli olmalıdır. Varsa pencere ve kapılar açılarak temiz hava girişı sağlanmalıdır.

Donanım, Malzeme ve Tıbbi Ekipmana Yönelik Koruyucu Önlemler:

a) Cerrahi maskeler

Cerrahi maske, rutin hasta tanı, tedavi ve izlem sürecinde (FFP2 veya FFP3 tipi maske kullanım endikasyonu olmadığı durumlarda) hastayla yakın temas edecek görevliler tarafından takılmalıdır. Bu fiziki bir bariyer oluşturacaktır ve hastalığın bulaşmasındaki önemli yollardan biri olan damlacık ile bulaşı önleyecektir. Cerrahi maske kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda yer almaktadır.

Ağız ve burnu kapatmalı, kullanıldıktan sonra boyun etrafında bırakılmamalı,

Giyildikten sonra özellikle dış yüzeyine çıplak elle ellenmemeli,

Nemlenirse değiştirilmeli, kullanımı tamamlandıktan sonra tıbbi atık olarak toplanmalı,

Çıkarılırken önce alttaki olmak üzere cerrahi maske bağları çözülmeli, maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmeden bağlardan tutularak atılmalı, çıkarma işlemi tamamlandıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

b) FFP2 veya FFP3 tipi maskeler

Maske kullanılması gereken aerosolizasyon oluşturan işlemler gibi durumlarda maske yanlardan hava girmeyecek şekilde takılmış olmalıdır. Eğer nefes alıp verme zorlaşırsa, maske zarar görmüş, deforme olmuş, vücut sıvıları nedeniyle kirlenmiş demektir. Bu durumda maske değiştirilmelidir.

c) Eldiven

Standart enfeksiyondan korunma ve kontrol prensipleri dâhilinde eldiven kullanımına dikkat edilmelidir. Eldivenler kullanıldıktan sonra hemen tıbbi atık olarak atılmalı ve ardından el hijyeni sağlanmalıdır.

d) Koruyucu önlükler

Koruyucu önlükler mümkünse tek kullanımlık olmalı ve kullanım sonrasında tıbbi atığa atılmalı, tekrar kullanılmamalıdır Tek kullanımlık olmayanlar uygun koşullarda yıkandıktan sonra tekrar kullanılabilir

e) Kişisel Koruyucu Ekipmanların Giyilmesi ve Çıkarılması Kuralları

Giyme; önlük, maske, gözlük veya yüz siperi ve eldiven sırasıyla olmalıdır. Çıkarma; eldiven, gözlük veya yüz siperi, önlük ve maske sırasıyla olmalıdır.

Maske haricindeki KKE'ler hasta odasında çıkartılmalıdır, maske ise hasta odasının dışında çıkartılmalıdır. Çok kullanımlık gözlük veya yüz siperi tekrar kullanım öncesi üreticinin talimatlarına göre temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Kişisel koruyucu ekipmanlar giyilmeden önce ve sonra mutlaka el hijyeni uygulanmalı, 'Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre atılmalıdır.

Çevresel Enfeksiyon Kontrolü: Tıbbi ve Tıbbi Olmayan Atıklar

Hasta ve çıkartıları ile temas eden tüm malzemeler standart enfeksiyon kontrol prensipleri doğrultusunda toplanmalıdır. İdrar ve dışkı gibi sıvı atıklar güvenli bir şekilde kanalizasyon sistemine boşaltılmalıdır. Tüm tıbbi atıklar, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne uygun olarak toplanmalı ve bertaraf edilmelidir.

Çamaşır ve Çamaşırhaneler

Hastaya temas eden tüm tekstil malzemeleri kontamine kabul edilir. Hastaların kullandıkları çamaşırlar standart enfeksiyon kontrol prensiplerine göre güvenli olarak toplanmalı ve temizlenmelidir.

Personel Önlükleri

Pandemi döneminde sağlık personelinin kıyafet ve önlüklerinin temizliğini sağlamak hastane yönetiminin sorumluluğundadır. Hastanede çamaşırhanede yıkanması sağlanmalıdır.

Araç Gereçler

Hastaların kullandığı günlük malzemeler (çatal, bıçak, bardak, tabak) için standart enfeksiyon kontrol prensiplerine uyulmalıdır.

Toplu Taşıma Araçları

Pandemi durumunda bulaşın engellenmesi amacı ile zorunlu haller olmadıkça toplu taşımacılık kullanılmamalı, mümkün olmayan hallerde solunum salgılarının bulaşmasını ve çevresel kirlenmeyi engellemek amacıyla öksürük sırasında ağız ve burun kâğıt peçete ile kapatılmalı veya tolere edilebilirse cerrahi maske takılmalıdır. Kullanım sonrası kâğıt peçete derhal atılmalı, solunum sekresyonları ile temas ettikten sonra el hijyeni uygulanmalıdır. Günde en az iki kez (ve gerektiğinde tekrar) temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Temizlik işlemi sırasında personel eldiven ve önlük giymeli, cerrahi maske takmalıdır.

Hasta bakım malzemeleri

Hasta bakım malzemeleri kişiye özel olmalıdır. Birden fazla hastada kullanılacak malzemeler kullanım öncesinde dezenfekte veya sterilize edilmelidir. Kontamine olan ve hastada kullanılan malzemeler dikkatle, deri ve mukoza teması ve ortam kontaminasyonuna sebep olmayacak şekilde ortamdaki uzaklaştırılmalıdır. Tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanılması önlenmelidir.

Mobilyalar

Özellikle hekim muayenelerindeki ve bekleme salonlarındaki yumuşak materyel ile kaplanmış mobilyalar ve gereksiz tüm eşyalar kaldırılmalıdır. Geri kalan mobilyalar kolay temizlenebilir/dezenfekte edilebilir olmalıdır. Temizlik/ dezenfeksiyon işlemi günde en az bir kez yapılmalı ve gerektiğinde tekrarlanmalıdır. Oyuncaklar, kitaplar, gazeteler ve dergiler bekleme salonlarından kaldırılmalıdır.

Hasta Naklinde Enfeksiyonlardan Korunma ve Kontrol Önlemleri

Ambulans ve benzeri araçlarda hasta taşınırken müdahale edilecek her hastanın enfekte olduğu kabul edilmeli ve bu nedenle her türlü müdahale sırasında standart önlemlere mutlaka uyulmalı, gerekirse diğer önlemler de uygulanmalıdır.

Hastanın ve yapılacak işlemin özelliğine göre maske ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır. Maske, gözlük ve tek kullanımlık önlük sürekli olarak personelin yanında bulunmalıdır.

Solunum yolu enfeksiyonu olduğu bilinen veya şüphelenilen hastalara solunum yolu açılması, entübasyon, aspirasyon ve resüsitasyon işlemleri yapılması esnasında eldiven giyilmeli; göz koruyucu, en az FFP2/N95 tipi maske takılmalı, sıçrama ve buna bağlı bulaş ihtimali olması durumunda sıvı geçirimsiz önlük de kullanılmalıdır. Damar yolu açılması ve kan örneği alınması işlemi sırasında eldiven giyilmeli, eğer hastanın ajitasyonu ve

kontROLSÜZ hareketleri var ise ek olarak göz koruyucu takılmalıdır. Travma müdahalesi veya yara kapatma işlemleri sırasında eldiven, cerrahi maske, göz koruma ve sıvı geçirimsiz önlük kullanılmalıdır.

Ambulans ve benzeri araçlarda kullanılmakta olan sedye örtüsü tek kullanımlık olmalı ve her hasta kullanımı sonrasında tıbbi atık kurallarına göre atılmalıdır.

Ambulans hasta müdahalesinde kullanılmış iğnelerin kapağı kapatılmamalı, eğilmemeli, kırılmamalı veya elle temas etmemeli, kesici delici alet kutularına atılmalıdır.

Hastalara doğrudan ağızdan ağıza resusitasyon yapılmamalıdır. Resusitasyon sırasında ağız ve oral sekresyonlara teması engelleyecek ekipman (ağızlık, ambu vb.) kullanılmalıdır.

Taşınan hastanın solunum yolu enfeksiyonu semptomu var ise hastalara mümkün olduğu ölçüde cerrahi maske takılmalıdır. Bu esnada personel yapacağı işleme uygun maske ve yüz koruyucu kullanılmalıdır.

Hasta için kullanılmış olan tüm ekipmanlar, her kullanım sonrasında, uygun şekilde temizlenmelidir. Müdahale sırasında da diğer ekipmanlara ve ortama bulaşı engelleyecek şekilde çalışmaya gayret edilmelidir.

Ambulans ve acil sağlık araçlarında yiyecek ve içecek tüketimi gibi davranışlardan kaçınılmalıdır.

Ambulansın Temizliği ve Dezenfeksiyonu

Ambulans temizliği ve dekontaminasyonu sağlık merkezlerinden uzak ve izole bir bölgede yapılmalıdır. Yüksek riskli hastaların taşınması sonrasında su ve atıkların uygun şekilde toplanması ve imhası için etrafı çevrilmiş izole bir alan olmalıdır. Bu işlemler konu ile ilgili eğitilmiş personel tarafından yapılmalıdır. Enfeksiyonu olan hastaların nakli sonrasında ambulans ve acil sağlık araçları uygun temizlik yapılmadan kullanılmamalıdır. Enfeksiyonun yayılmasına katkıda bulunabilecek hasta bakım ekipmanları ve yüzeyler; Steteskop, Tansiyon ölçüm manşeti, Monitörler, Sedye, İmmobilizasyon cihazları, Laringoskop cihazları, Kapı kolları, Raflar, Tekerlekli sandalyeler, Ambulans ve acil sağlık araçlarının içindeki diğer eşya ve yüzeyleri içerir. Yüzeyler dezenfekte edilmeden önce iyice temizlenmelidir. Nakil ortamında enfeksiyonların yayılmasını önlemek amacıyla, hastanın cilt ve/veya mukozalarına temas etmiş olan çevresel yüzeylerin ve hasta bakım ekipmanlarının her enfekte vakadan sonra dezenfekte edilmesi gerekmektedir. Sürücü bölmesindeki yüzeyler kontamine hale gelirse, araç üreticisinin tavsiyelerine uygun olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Sürücü bölgesinde görev yapan personel hastayla temas ettiği taktirde sürücü bölmesi, arka kabin ile aynı şekilde temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Yüzeylerin veya nesnelerin üzerindeki organik maddeler (kan, kusmuk veya dışkı vb.) dezenfektan uygulamadan önce tek kullanımlık bir havlu veya ped ile kabası temizlenmeli ondan sonra temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Temizlik yaparken, kenarlar, köşeler, birleşme yerleri gibi debrislerin birikmeye elverişli olduğu ulaşılması zor alanlar çok daha dikkatli temizlenmelidir. Temizlik ve dezenfeksiyon iki aşamalı bir süreçtir. Uygun bir temizliğin ardından, kullanılan dezenfektan bir kez uygulandıktan sonra tam olarak yüzeylere temas etmesi için gerekirse tekrar tekrar uygulanmalıdır. Özellikle sıkça temas edilen yüzeylerin, rutin bakım, temizlik ve dezenfeksiyonu “Ambulans ve Acil Sağlık Araçları Yüzey ve Ekipmanları İçin Temizlik Kurallarına” göre yapılmalıdır. Kontamine malzemelerin atılması ve ambulansların temizlenmesi sırasında, eldiven, göz koruyucu, cerrahi maske veya endikasyona göre en az FFP2/N95 tipi maske ve sıvı geçirimsiz önlük kullanılmalıdır.

Hastalara Ait Örneklerin Alınması ve Naklinde Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri

Pandemi yönetiminde şüpheli hasta tanımına uyan hasta örneklerinin doğru bir şekilde alınması ve transportu son derece önemlidir. Solunum yolu örnek alma işlemi damlacık (aerosolizasyona) neden olan işlem olarak kabul edilmelidir. Örnek alacak personel öncelikle yeterli miktarda kişisel koruyucu ekipmana sahip olmalı (N95 maske, gözlük veya yüz Koruyucu, önlük) ve kullanılmalıdır. Bunun yanında örnek alımı, saklanması, paketlenmesi ve transportu konusunda eğitim almış olmalıdır. Eğitimi olmayan personele eğitimler verilmeli; Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı enfeksiyon önleme ve kontrol rehberlerine uyumu sağlanmalıdır. Alt solunum yolu örneği alınırken yüksek aerosolüsyon riski mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Alınan numune viral taşıma besiyeri içeren tüpe konmalı ve doğru etiketlenmelidir. Numune alan ve gönderen kişiler enfeksiyondan korunma ve kontrol prosedürlerine uyarak, numuneleri üçlü taşıma sistemi ile soğuk zincir kurallarına uygun olarak (üçlü taşıma sistemi sağlanamadığı taktirde özel taşıma kapları kullanılmalıdır) göndermelidirler. Örnekler taşıyıcı kap içine konulmadan gönderilmemelidir. Numuneye ait atıklar, tıbbi atık yönetmeliği gereklilikleri uygulanmalıdır.

Hasta İzlemede Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri

Hastalar önceden belirlenmiş servislere standart, damlacık ve temas izolasyon önlemlerine uyularak yatırılmalıdır. Başka hastalıkları nedeniyle diğer kliniklere yatırılan hastalar başvurusu sırasında ve yattıkları süre içinde her gün semptom ve bulgular açısından sorgulanmalıdır. Test isteniyorsa örnek ilgili birim tarafından alınmalı ve sonucu gelene kadar hasta bulunduğu bölümde izole edilerek izlenmelidir.

Hastalar mümkün ise tek kişilik odalarda mümkün değil ise en az 1 metre mesafe olacak şekilde yatırılmalıdır.

Hasta ve eğer refakatçileri varsa yattıkları süre boyunca tıbbi maske takması sağlanmalıdır.

Hasta ve refakatçiler el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli, uygun el antiseptiği her hasta odasında ve koridorlarda kolay ulaşılabilir yerlerde bulunmalıdır.

Hasta ve refakatçilerin yattıkları süre içinde diğer hasta odalarına veya personel çalışma/dinlenme alanlarına girmemesi ve sık sık hastane dışına çıkmamaları konusunda uyarılmalıdır.

Hasta odaları ve tuvaletleri günlük düzenli olarak ve kirlenme oldukça uygun temizlik materyali ile temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

Hasta odaları ve kliniklerdeki tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kağıdı, kağıt havlu bulunmalıdır.

Hastaların kullandığı sedye, hasta sandalyesi gibi transferde kullanılan araçların her hasta kullanımından sonra temizlik ve dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

Hasta ve yakınlarının dışarıdan yiyecek ve içecek getirmesi önlenmelidir.

Hayatını Kaybeden Hastalara Yönelik Planlama

Hastanemiz mevcut morg kapasitesi 8 adettir. Hastanemiz morgunda 3 personel görev yapmaktadır Morg görevlileri ve cenaze sorumlusu ölen kişinin ilgili pandemi virüsü taşıdığından haberdar edilmelidir. Standart enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri takip edilmelidir.

Solunum sekresyonları ile temas önlemleri konusunda eğitim verilmelidir. El hijyeni gibi kişisel hijyenin önemi vurgulanmalıdır. Çalışma esnasında kullanılacak maske, eldiven, koruyucu giysi, gözlük, alkol bazlı el antiseptiği ihtiyacı karşılanmalıdır.

Pandemik influenza nedeniyle ölen kişilerin defni için özel enfeksiyon korunma ve kontrol önlemleri gerekmez. Diğer vakalarda olduğu gibi, pandemik influenzadan ölen kişiyle temasta standart enfeksiyon korunma ve kontrol önlemleri uygulanmalıdır. Pandemik influenzadan ölen kişiler için özel bir defin şekli yoktur.

Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğin Sağlanması için Önlemler Çalışma Ortamında Risklerin Azaltılması ile İlgili Önlemler

Sağlık hizmetleri işyeri tehlike sınıfları listesinde çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Bunun nedeni sağlık çalışanlarını n çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, güvenlik ve psikososyal tehlikelere maruz kalabilmeleridir. Bu maruz kalım düzeyinin toplu ve kişisel koruma önlemleri ve ekipmanlarıyla en aza indirilmesi, aynı şekilde, çalışma ortamıyla ilgili izlem, düzenli gözlem, periyodik ölçüm ve bildirim-geri bildirim akışının sağlanması sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği bakımından belirleyicidir. Pandemi koşullarında çalışma ortamında mevcut ya da yeni tehlikelerin öngörülebilir ya da öngörülemez biçimde risklere dönüşmesi, mevcut risklerin daha ağırlaşması söz konusu olabilmektedir. Örneğin, başta biyolojik etkenlerdeki artış, pandemi nedeniyle yoğun kimyasal kullanımı, fiziksel etkenlerin olumsuz yönde farklılaşması ve diğer olumsuzluklar gündeme gelmektedir.

a) Pandemi hastane ortamında biyolojik etkenlerle karşılaşmanın azaltılması:

Sağlık çalışanlarının bulundukları ortamda etkenle karşılaşma ve maruz kalma olasılıkları ile ilgili ihtiyaçları gözetilir, enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri konusunda eğitimleri verilir, belirli aralıklarla saha gözlemleri yapılarak kontrol önlemlerine uyum izlenir.

Kişisel koruyucu ekipman ve donanım temini ve sürdürülebilir olması sağlanır.

Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için hızlı risk değerlendirmesi yapılarak tüm iş sağlığı güvenliği ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınır. Süreç ve bireysel maruz

kalımlarda kayıtlar tutulur, bununla ilgili bildirim yapılır, düzeltici faaliyetler uygulanır ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

b) Pandemide hastanenin fiziksel, kimyasal ve fiziksel ergonomik risklerinin azaltılması:

Fiziksel riskler olarak ele alınan ısı, ışık havalandırma, enerji, ısınım/radyasyon, gürültü, titreşim ve radyoaktif madde ile ilgili mevcut takip edilen kritik noktaların, ilgili ekipman ve ortamların güvenliğinin sağlanması, ortamlarda yapılan değişiklikler ve uygulamalarda bu özelliklerle ilgili ek riskler oluşmaması için pandemiye yönelik durum değerlendirmesi ile birlikte belirli aralıklarla denetimler yapılmalı ve iç kontrol süreçleri değerlendirilmeli; ortam değişikliklerinde gözden geçirilmeli, kayıt altına alınmalı ve erken uyarı ile ilgili riskler önlenmelidir.

Hastane ortamında mevcut ve pandemi nedeniyle ihtiyaç duyulan ve bu nedenle kullanılmaya başlanılan kimyasallar açısından ek risklerin oluşmaması için Temizlik ve Dezenfektanların Planı oluşturulmalıdır. Kullanıcı personellere ilgili kimyasallar konusunda eğitim verilmeli ve sürekli izlenmelidir.

Pandemi koşullarında hasta ve çalışan güvenliği ve mahremiyetine yönelik paravan, koruyucu kabin uygulamaları, hasta taşıma nakil araçları vs. araç ve düzenlemelerin tercih ve temin edilmesi.

Hastaya bakım sağlayanların hizmeti uygulama kurallarını eksiksiz bilmeli ve hizmet verirken kendi fiziksel kapasitesine zarar vermeyecek, başkalarını tehlikeye atmayacak ve ek stres yaratmayacak şekilde araç, malzeme, teçhizat kullanması sağlanmalıdır.

Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için hızlı risk değerlendirmesi yapılarak tüm iş sağlığı güvenliği ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınır. Süreç ve bireysel maruz kalımlarda kayıtlar tutulur, bununla ilgili bildirim yapılır, düzeltici faaliyetler uygulanır ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

c) Pandemide çalışma ortamında psikolojik risklerin azaltılması:

Hastaneye giren-çıkan, kalabalık ve trafik kontrolü, güvenlik ihlallerinin önlenmesi, emniyet ve asayiş faaliyetleri, kısaca tüm boyutlarıyla hastane güvenliği çalışma ortamında psikolojik risklerin önlenmesi/azaltılmasında belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu durum ek stres ve gerginliklerin yoğunlaştığı pandemi koşullarında özellikle önemlidir. Bu kapsamda, operasyon şefine bağlı olarak Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket eder.

Pandemi Özellikli İşleyiş, İş Organizasyonu, Çalışma Koşulları ve İdari Hizmetler ile İlgili Önlemler

Yüksek uzmanlık gerektiren alanlarda çalışan personelin ekip dinamiklerini korumak amacıyla belirli aralıklarla rotasyonu sağlanarak hizmet içi eğitimleri yapılacaktır.

Gereksinim duyulan uzmanlık alanlarında sürdürülebilirliği sağlayabilmek amacıyla insan gücü planlaması yapılarak talepte bulunulacaktır.

Kritik durumdaki hastalara özellikli bir ekip ve ekipmanla müdahale, hızlı ve kesin karar verilmesini destekleyici tasarıma sahip kompleks cihaz sistemlerinin bulunması sağlanacak. (Mekanik ventilatör, diyaliz cihazları vs.).

Sağlık çalışanlarının çalışma zamanları ve dinlenme zamanları pandemi önlemlerinin elverdiği azami düzeyde dikkate alınarak planlanacak.

Çalışanın, pandemi özellikli çalışma zamanları dışında, aile, sosyal ve özel yaşam gereksinimleri (ev-iş arayüzü destek gereksinimleri) gözetilerek bu önceliklerinin pandemi özellikli önlemlerle buluşturulması desteklenecek.

Pandemiye özel çalışma koşulları dikkate alınarak, çalışanın ailesi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle ilgili özel gereksinimlerin belirlenecek ve destek sistemi oluşturulacak (örneğin bakıma muhtaç aile bireyi, yaşlı aile üyesi, bebek-çocuk bakımı, tek yaşarken enfekte olmak, vb.)

Pandemi koşullarında, çalışanların görüş alma, bilgilenme ve gereği halinde karar alma sürecine güvenli (olabildiğince temassız) katılımının sağlanması için teknik bilişim-iletişim altyapı düzenlemesi yapılacaktır.

Pandemiye özel çalışma ortamında çalışana karşı şiddet, saldırı vb. farklı güvenlik risklerinin kontrolü için önceden değerlendirme yapılarak önlem alınacak; acil durum, acil yardım organizasyonu ve ilgili enfeksiyon kontrol, iş sağlığı ve güvenliği bildirim yeri, kaydı, yetkilisi ve prosedürleri hakkında bilgilendirme yapılacaktır.

Olası sorunlar için çalışanların ortam, koşul, süreçler ile ilgili gözlemleri ve deneyimleri konusunda erken bildirim ile önlem alınması için bildirim-erken uyarı bilgi akışı sağlanacaktır.

Çalışma koşulları ile ilgili psikososyal destek hizmeti ile ilgili Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket edecektir.

Çalışanın Bireysel Özellikleri ve Pandemi Özellikli İhtiyaçlarının Karşılanması:

Çalışanın öncelikle risk grubunda olup olmadığının değerlendirilmesi yapılacaktır. Bunun için riskli grupta bulunan personelin listesi oluşturulacak ve ilgili gruptaki çalışanların hangi birimlerde çalıştırılıp çalıştırılmayacağı belirlenecek. Gerekli riskli personele izin verilecek.

Bireysel sağlık durumunun sağlık riski açısından değerlendirilerek gereksinimlerinin (örneğin, kronik hastalığı, lens-gözlük kullanımı, ilaç kullanımı vb.) temini sağlanacak ve sürecin takibinde çalışan sağlığı açısından iş yeri hemşiresi görev alarak çalışanın yararlanabileceği bireysel danışma, bildirim izlem, destek erişimi sağlanacaktır.

Çalışanların işyerinde kişisel ihtiyaçlar ile ilgili düzenlemeler için birim temelinde önceden hazırlık yapılacaktır (örneğin, duş, acil duş, bakım-yardım hizmeti planı, çalışma zamanlarında uygun dinlenme alanı, kişisel bakım malzemeleri, hijyen malzemeleri, gerektiğinde kıyafet hijyeni vb. ihtiyaçların sağlanması süreçleri).

Çalışanın iş sağlığı ve güvenliği ilgili olaylar (kaza, hastalık, temas vb.) kayıt altına alınacak ve bu konuda işleşi hakkında bilgilendirilerek daha sonraki mağduriyetleri önlenmeli, meslek ve özlük hakları açısından hukuki sorunlar yaşanmaması için ilgili bildirimler yapılarak eğitim verilecek.

Çalışanın bireysel özellikleri ile ilgili psikososyal öncelik durumu ve destek gereksinimleri düzenli izlenecek ve değerlendirilecek. Süreçle ilgili Psikososyal Destek birim sorumlusu görevlendirilmiş olup iş akış talimatında belirtilen süreçlere göre hareket edecektir.

Psikososyal Destek Hizmetlerinin Bütünsel Planlanması, Organizasyonu ve Pandemi Özellikli Kapsayıcılığı

Olağan dönemlere kıyasla, fiziksel ve duygusal olarak ağırlaşan çalışma koşullarının yol açabileceği çökkünlük (tükenmişlik) ve yanı sıra mesleki stres başta olmak üzere pandemi özellikli psikososyal destek ihtiyacı, bireysel ve kurumsal düzeyde, koordine olarak karşılanmak durumundadır.

Hastanemizde pandemi döneminde sağlık çalışanları Psikososyal Destek birim sorumlusuna başvuracaklardır, ihtiyaç halinde yine hastanemiz Psikiyatri uzmanına başvurarak psikososyal destek sağlanacaktır.

Çalışanların hem iş yaşantılarında hem de kişisel hayatlarında işlevselliklerinin azalmasına yol açabilecek bir potansiyel taşıyan bu durumlar karşısında, psikososyal destek hizmetlerinin, çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesi, bedensel ve psikolojik sağlıklarının korunması için gerekli önlemlerle birlikte planlanılarak mevcut iş akış talimatına göre hayata geçirilecektir.

Psikolojik destek programlarının sürekliliği ekip çalışması ile mümkün olduğundan sürece yöneticiler ve diğer ilgililerde dahil edilmiştir.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ailelerinin psikososyal destek faaliyetlerinde aktive edilmesi önemlidir (çalışanın yalnız yaşaması, ailesinde bakmakla yükümlü bebek, bakıma-korumaya muhtaç çocuk, yaşlı, engelli, kronik hastalık vb. olduğu durumların takip edilmesi gibi). Bu konuda destekleyici bir yaklaşım geliştirilmiş olup ilgili yöneticiler tarafından planlamalar yapılacaktır.

Tüm sağlık çalışanlarının stres tepkileri ve zaman içinde yaygınlaşma veya kötüleşme seyri gösteren çalışanların olabileceği değerlendirilerek, psikososyal destek almalarıyla ilgili HAP kapsamında belirtilen psikolojik triyaj sistemine göre belirlenecek ve çalışmalar hayata geçirilecek.

Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu

Pandemi müdahalesi, HAP'ta yer alan hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi çerçevesinde, Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) temel pozisyonları (Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans) altında ve Acil Müdahale Planı (AMP) çerçevesinde uygulamaya geçirilecektir. Hastane OYS temel pozisyonları ve AMP aktivasyonu bakımından, pandemi müdahalesinde gündeme gelen uygulamalara, pandemiye özel ihtiyaçlar, hastanenin özellikleri, T.C. Sağlık Bakanlığı ve yetkili kuruluşların rehberleri dikkate alınarak geliştirilen aşağıdaki algoritma çalışması:

OYS’de temel pozisyonların tüm hastanelerde aynı şekilde oluşturulması öngörülmektedir; her hastane Yönetim dışında diğer dört temel pozisyonun alt birimlerinin ne ölçüde ve nasıl yapılacağına olay/afet, hastane, yerleşim koşullarını dikkate alarak karar verir.

- a) Şemada mevcut temel pozisyonlar/işlevler bakımından gerekebilecek pandemi özellikli farklı uygulama, içerik ve görevlerin tanımlanması,
- b) Şemada yer almayan pandemi özellikli yeni alt pozisyonların/ işlevlerin/görevlerin tanımlanması ve harekete geçirilmesi.

1. Yönetim pozisyonu: HAP Başkanı'na yardımcı/danışman/destek birimlerin (Tıbbi Teknik Danışma Kurulu ile Kurumlar arası Koordinasyon, İş Güvenliği, Halkla İlişkiler sorumluları ve HAP Sekreteryası) pandemi ihtiyaçlarına göre ek faaliyetlerinin (örneğin, pandemi özellikli risk değerlendirme, koordinas-
yon, hastane

yönetimi, iletişim, eğitim, surveyans, raporlama, brifingler vd.) belirlenmesi ve gerçekleştirilmesi söz konusudur (örnek): Olay Yönetim Ekibi'nde (OYE) pandemi özellikli yeni görevlendirme-ler, hastane pandemi koordinatörü belirlenmesi, AMP aktivasyonunda pandemiye özel değerlendirmeler, Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği ile kurumlar arası koordinasyonun teknik ve içerik özellikleri vd.

2. Planlama pozisyonu: Hastane HAP görev şemasının ve Pandemi Olaya Özel Planı'nın güncellenmesi planlanırken, içerik olarak başlıca şu konulara yer verilmektedir (örnek): Hastane ve personelin korunması önlemleri, hastane personel/tıbbi cihaz/malzeme yönetimi (kaynak yönetimi), hasta/yatak izleme (durum değerlendirme), personel eğitimleri ve eğitim materyali geliştirme ve yayınlama, dokümantasyon, vd.

3. Operasyon pozisyonu: Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunda hemen gündeme gelen ve pandemiye özel uygulama gerektiren konular başlıca şöyledir (örnek): Hasta yönetimi, triyaj, hasta kabul, hasta transfer ve tedavi algoritmaları ve uygulamaları, tedaviye yardımcı birimlerin organizasyonu, pandemi özellikli hastane yatak kapasitesi yönetimi, personel yönetimi (riskli, temaslı ve diğer), güvenlik algoritmaları ve uygulamaları (ayaktan, yataklı servisler), psikososyal destek hizmetleri, bilişim-haberleşme sistemleri alt-yapısı ve uygulamaları (teletıp, online görüşme, hasta ve yakını bilgilendirme), raporlama, vd.

4. Lojistik pozisyonu: Hazırlık ve AMP aktivasyonu aşamalarında pandemi özellikli başlıca lojistik uygulamaları şöyledir (örnek): Personel görevlendirme/çağırma/takip, pandemiye özel kişisel koruyucu ekipman (KKE), tıbbi cihaz ve malzeme envanteri, temini ve yönetimi (triyaj konteyneri, örnek alma kabini, tek kullanımlık malzeme vb.), hastane dezenfeksiyonu ve korunması, hastane havalandırması (negatif basınç vd.), personel ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere lojistik, psikolojik, tıbbi destek sağlanması (görevdeki personel için paket/seyyar yemek, ulaştırma ve barınma sağlanması, karantinadaki personelin barınma ve diğer ihtiyaçlarının karşılanması vb.), raporlama, vd.

5. Finans: Sağlık Bakanlığı genelgeleri çerçevesinde personel ödemelerinin yapılması, tıbbi cihaz, malzeme ve sarf malzemelerinin satın alımı, tahakkuk/faturalandırma, hukuk/tazminat taleplerinin alınması, araştırılması, dokümantasyonu, vd.

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A. HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

- A/1 : Tesis Sistemleri Durum Formu (HAP Kılavuzu Form 5)
- A/2 : Olay Eylem Planı Standart Formu (HAP Kılavuzu Form 6)
- A/3 : Bilgi Yönetimi İçin Genel Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 28)
- A/4 : Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 30)
- A/5 : İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu (HAP Kılavuzu Form 22)

B. Olaya Özel Planlar Çerçevesinde Kullanılacak Formlar

- B/1 : Tahliye Edilen Malzeme/Ekipman Takip Formu
- B/2 : Hasta Tahliye Takip Formu
- B/3 : Personel Tahliye Takip Formu
- B/4 : İş Sürekliliği Olay Eylem Planı Formu
- B/5 : Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Form
- B/6 : Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşımı Takip Formu



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

..... BİRİMİ

TAHLİYE EDİLEN MALZEME / EKİPMAN TAKİP FORMU

HAP.FR.

Yürürlük Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat

Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati

Tahliye Kararının Tarih ve Saati

Tahliye Bitiş Tarih ve Saati

Sıra No	Malzeme/Ekipman Adı	Miktarı	DURUMU			Tahliye Edildiği Yer	Teslim Eden	Teslim Alan	Açıklama
			Kullanılır	Hasarlı Kullanılır	Kullanılamaz				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.

3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

	SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BİRİMİ HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU						HAP.FR.		
							Yürürlük Tarihi		
							Revizyon No		
							Revizyon Tarihi		
							Sayfa No		
Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat						Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati			
Tahliye Kararının Tarih ve Saati						Tahliye Bitiş Tarih ve Saati			
Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Protokol Numarası	Tanısı	Kısa Tedavi Protokolü	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Hastayı Teslim Eden	Hastayı Teslim Alan	Öneriler/Birlikte Gönderilen Ekipmanlar, Kişisel Eşyalar vb.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK/ B3

	SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU	HAP.FR.					
		Yürürlük Tarihi					
		Revizyon No					
		Revizyon Tarihi					
		Sayfa No					
Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat				Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati			
Tahliye Kararının Tarih ve Saati				Tahliye Bitiş Tarih ve Saati			
Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Unvanı	Görevi	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Telefon Numarası	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır

EK/ B4

HAP.FR.

Yürürlük
Tarihi

Revizyon No

Revizyon
Tarihi

Sayfa No



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA HASTANESİ
İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI
FORMU

Olay(Ad/kod)

Yer konum

Tahmini süre:	
Etkilenen Birim(ler)/İşlevler:	
Göreve Çağrılan Kurtarma Ekibi(leri):	
Olay Eylem Planı'nın uygulamaya geçirilmesinde genel sorumluluk kime ait:	
Olay Eylem Planı'nı hazırlayan: işlev/ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nı onaylayan: işlev/ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nın adı:	
DURUM ÖZETİ	
Olay Yönetiminin Amacı ve Hedefleri (paydaşlar dâhil)	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Haberleşme planı (Teknik detaylar, irtibat listeleri)	
Tahmini maliyet	

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır

	SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM	HAP.FR.	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	
Olayın Niteliği:			
Tarih ve saat:			
Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:			
Sıra	Konu	Açıklamalar	Bilgi Kaynağı
1	Acil durumun niteliği		
2	Etkileyen/neden olan faktörler		
3	İşin sekteye uğraması maksimum kesinti süresini aşarsa ve hedeflenen kurtarma süresine uyulamazsa; oluşması beklenen sağlık sorunları (bkz. etkinleştirilen iş sürekliliği prosedürü)		
4	Tesislerin, ekipmanın ve malzemelerin gördüğü hasarlar (fiziksel/yapısal)		
5	Hastane hizmetleri sunmak için gerekli olan sistemlerin gördüğü hasarlar (özellikle lojistik yönetimi sistemi; nasıl; ne kadar; kaç tane)		
6	Gelecek saatlerde ya da günlerde gerçekleşmesi tahmin edilen olası eğilimler		
7	Mevcut temel kısıtlamalar (personel, haberleşme, lojistik, güvenlik)		

8	Özellikle kritik iş fonksiyonlarının kurtarılması ve temel hastane hizmetlerinin sağlanmasına yönelik eylem öncelikleri (öncelik sırası ya da zaman içindeki sıralamaya göre listeleyin)		
9	Departman ve birim düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
10	Genel hastane düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
11	Hasarın yeniden değerlendirilmesi ve sağlık ihtiyaçlarının tespiti için uygulanacak olan izleme mekanizmaları ve prosedürleri (sıklık, kim, nasıl, ne zaman, kime rapor edilecek)		
12	İhtiyaç duyulan dış kaynaklara ilişkin ilk değerlendirme (ne, kim, nasıl, ne zaman)		
Bu formu dolduran Olay Yönetim Ekibi / Departman (Bölüm) üyelerinin isimleri ve görevleri*:			

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

2) Eylemlere yönelik Öneriler / Kararlar (tüm temel eylemleri belirtin; ne, ne zaman, kim, nasıl, nerede) doğrudan ve/veya ilgili Departman/ Servis/ Birimler ile koordineli olarak OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

K/ B6



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU

HAP.FR.

Yürürlük Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

Olay Adı:

Yer (Konum):

Başlangıç Tarihi:

Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:

Sayfa Numarası:

	BİLGİ PAYLAŞILAN KİŞİ /KURUM		BİLGİ		
Tarih/Saat	Bilgi Veren (Olay Yönetim Ekibi)	Bilgi Verilen	Konusu	Karar Verilen Eylemler (ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)	Eylemlerin Takibi ve İzlenmesi (ne, nasıl, kim, ne zaman)

1) Operasyon aşamasında, 'İş Sürekliliği Olaya Özel Planında' kullanılacaktır.

2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. Bu kayıt, yalnızca ana paydaşlar için kullanılmaktadır (ilk müdahale edenler, diğer hastaneler, ana tedarikçiler). Bu kayıt belgesi, her zaman “Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu ” (Form 28) ile birlikte doldurulmalıdır.

3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU EKLERİ

Ek-1A İş Akış Talimatları (İşAT)

1.Hap Başkani İş Akış Talimatı

HAP BAŞKANI İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	OlayYönetim Merkezi ve OlayYönetim Ekibini (OYE) organize etmek ve yönetmek, Hastane afet müdahale yönetimi ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri vermek, Gerekirse hastane tahliye işlemini başlatmak, Yürütülen faaliyetlerin gerektiğinde sonlandırılmasına karar vermek		
Bağlı Olduğu Bölüm	Üst Yönetim		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/ Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın		
Kendisine Bağlı Birim	OYE Ekibi		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek HAP Başkanı		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
OYE’ yi aktive etmek için OYE üyelerini whatsapp grubu,telsiz vb. aracılığı ile OYM’ ne çağırın ve hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verin.	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE ‘nin hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verin. (Tüm faaliyetleri dikkate alarak; bir üye birden fazla işlevden sorumlu olabilir)	0-2 Saat	2-12 Saat	
AMP aktivasyon düzeyi konusunda yetkili üst yöneticilere haber verin.	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYEüyelerinesorumluluklarınıbildirenişakıştalimatları/görev yeleklerinin olduğunu kontrol edin, raporlama zamanlarını belirleyip görevleri verin .	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlgili formların kullanıma hazır olmasını, doldurulmasını ve kayıtların Sekreteryası’nın kontrolünde olmasınısağlayın,	0-2 Saat	2-12 Saat	
OlayYönetimMerkezi’nde(OYM)bulunanpersonel,stoklar,malzemeler ve kapasitelere ilişkin bilgilerin güncelliğini kontrol edin; bilgi takibi yapmak için üyeleri görevlendirin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut bilgiyi gözden geçirin ve sonraki iki saat boyunca OYEiçin ilk Olay Eylem Planı’nıhazırlayın,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Olayın hastane hizmetlerine etkisi hakkında bilgiedinin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama ve Operasyon bölümlerinden OYE tarafından belirlenen zaman dilimine ait Olay Eylem Planı’nı belirlemeleriniisteyin,	0-2 Saat	2-12 Saat	

OYE'nin toplantı ve brifing zamanına kararverin,	0-2 Saat	2-12 Saat
Hastane genelinde değerlendirme raporunun zamanlamasına kararverin,	0-2 Saat	2-12 Saat
Haberleşme cihazlarının vepersonelinin, faaliyete hazır olmasını sağlayın,	0-2 Saat	2-12 Saat
Kritik hizmetlerde devam eden faaliyetlerle ilgili rapor alın (ameliyathane, görüntüleme, Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi ,Ayaktan Tedavi Bölümü vb.),	0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut yatak kapasitesine ilişkin rapor alın.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
OYE üyeleri tarafından karar verilen kaynakların seferber edilmesine izin verin,	02-12 Saat	12-72 Saat
Servis Sorumlularıyla, OYE için rutin raporlama mekanizmasını ve zamanlamasını belirleyin,	02-12 Saat	12-72 Saat
Personel nöbetlerinin düzenlenmesini sağlayın,	02-12 Saat	12-72 Saat
Sağlık üst yöneticileri(Dış kurumlar) ile irtibata geçin ve alınan talimatlara göre hareket edin,	02-12 Saat	12-72 Saat
Kaynakları izleme kayıtlarının, düzenli olarak güncellenmesini sağlayın,	02-12 Saat	12-72 Saat
OlayEylemPlanı'nı uygulamasına izin verin(OYE'yesunuldukları gibi),	02-12 Saat	12-72 Saat
Seferber edilen kaynaklarla birlikte yatak kapasitesinin artırılmasına yönelik eylem planını belirleyin,	02-12 Saat	12-72 Saat
Hastanenin tıbbi kapasitesine ilişkin olarak düzenli raporlar isteyin.	02-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Herhangi bir dahili olumsuz olayın derhal rapor edilmesini ve buna karşı tedbir alınmasını ve bu tedbirlerin uygulanmasını sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
İstenildiği takdirde, İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilik Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'nde koordinasyon toplantılarına katılın,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Lojistik ihtiyaçlarının duruma göre belirlenmesini ve gerektiğinde tedarik edilmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Tüm personelin psikososyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını ve yeterli düzeyde destek verilmesini sağlayın.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonunun sona erdiğini (anons, telefon, telsiz, çağrı) yoluyla bildirin	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
112 AÇM/KKM/İl SAKOM'a aktivasyonun sona erdiğini bildirin,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Sonraki 24 saat için personel görevlendirilmesini değerlendirin,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Operasyonel süreçlerle ilgili raporlar hazırlayın,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Gerekirse, personelin psikososyal destek almasını sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Olayın değerlendirilme sürecine katılın.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası

Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Hastaların takibi için		
Kapasiteleri değerlendirmek için		

2. Kurumlararası Koordinasyon Şefi İşat

KURUMLAR ARASI KOORDİNASYON ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hastane Olay Yönetim Merkezi’nde diğer kuruluşların temsilcileri ile iletişime geçer, afet ve acil durum ile ilgili bilgi akışını sağlayan yetkili kişi olarak görev yapar.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim	OYE ile koordineli çalışır		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler	EyleminGerçe kleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşATını okur.	0-2 Saat	0-2 Saat	
HAP başkanından görevlendirme ve briefing alır.	0-2 Saat	0-2 Saat	
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	0-2 Saat	
İletişim cihazlarını etkin kullanır.	0-2 Saat	0-2 Saat	
HAP başkanının verdiği talimatlar doğrultusunda dış paydaşlarla iletişim halinde olur.	0-2 Saat	0-2 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
İletişime geçilen dış paydaşların kayıtları tutulur.	2-12 Saat	2-12 Saat	
Kurumca protokol imzalanan paydaşların takibini yapar.	2-12 Saat	2-12 Saat	
Diğer kurumların temsilcileri ile iletişim halinde olur.	2-12 Saat	2-12 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
HAP başkanı ile briefing halinde olur.	12- 72 saat	12- 72 saat	
HAP başkanının bilgisi dahilinde dış paydaşlara bilgi verir.	12- 72 saat	12- 72 saat	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP’nin sona erdiği bilgisini dış paydaşlara bildirir.			
İletişimin devamı için yardım alınan birimlerle iletişime geçerek koordinasyonu sağlar.			
Hastanede hasar tespiti için bina turuna katılır.			

Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	
Formlar: 2/4/6/7/27/29/32	
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı	

3. Halkla İlişkiler Şefi İş Akış Talimatı

HALKLA İLİŞKİLER ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Personel, hasta ve hasta yakınları ve basını da içerecek şekilde iç ve dış paydaşlara HAP Başkanı tarafından onaylanan bilgilerin iletilmesini sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP Başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim	OYE ile koordineli çalışır		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer ve İşAT'ını okur.	0-2 Saat	0-2 Saat	
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	0-2 Saat	
HAP başkanının talimatları doğrultusunda hareket eder.	0-2 Saat	0-2 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve HAP Başkanına düzenli yazılı durum raporları verir.	0-2 Saat	0-2 Saat	
Hasta tedavi alanlarından ve afet yönetim merkezinden uzakta bir basın bilgilendirme alanı oluştur. Görevli basın mensuplarının girebileceği ve giremeyeceği fiziki alanları belirle. Bu alanların düzenlenmesinde Güvenlik Sorumlusu ile birlikte çalış.	0-2 Saat	0-2 Saat	
Gelen hastane dışı bilgileri değerlendir, sağlık müdürlüğü ile bağlantı kurarak doğrulamaya çalış ve söylentilerin yayılmasını engelle.	0-2 Saat	0-2 Saat	
Halka ve basına haberler iletilmeden önce mesajların OYE tarafından gözden geçirilip onaylanmasını sağla. Halkı bilgilendirecek ve basın açıklamalarını yapacak uygun bir sözcü belirle.	0-2 Saat	0-2 Saat	
Radyo, TV, gazete ve Internet gibi kaynaklardan gelen afet ve müdahale bilgilerinin izlemi ve raporlanması için personel görevlendir ve gerekli bağlantıları kur.	0-2 Saat	0-2 Saat	

Eğer aktive ise izlem ve dokümantasyon için Destek Hizmetler Sorumlusundan kayıt personeli iste.	0-2 Saat	0-2 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
HAP başkanının talimatı ile basın alanının açılmasını sağlar.	2-12 Saat	2-12 Saat
Hasta, hasta yakınları ve çalışanlara bilgi verilmesi için Bilgilendirme Alanlarının açılmasını organize eder.	2-12 Saat	2-12 Saat
HAP başkanı ile birlikte basına ve diğer kazazede yakınlarına verilecek olan bilgileri belirler.	2-12 Saat	2-12 Saat
HAP başkanı ile birlikte iç ve dış paydaşları bilgilendirir.	2-12 Saat	2-12 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
HAP başkanının talimatı doğrultusunda dış paydaşlarla iletişime geçer.	12-72 Saat	72 Saat sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP sona ermesi ile HAP başkanı ile birlikte basına bilgilendirme yapar ve hastane işleyişinin devamı için yardım eder.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 4/6/24/27/29/32		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanına bilgi verir.		

4. İş Güvenliği İş Akış Talimatı

İŞ GÜVENLİĞİ İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	İş sağlığı ve güvenliği açısından çalışma ortamının değerlendirilmesi ve önlemlerin alınarak risklerin azaltılması, kişisel koruyucu ekipmanın temini ve kullanımının sağlanması için gereğinin ilgili komisyonlara bildirilmesinden sorumludur. Hasta, personel ve ziyaretçilere yönelik mevcut ve olası tehlikeleri takip ve tespit eder, azaltmak için gerekli önlemlerin alınmasını önerir. Sağlığı ve hayatı tehdit eden acil durumlarda HAP Başkanının onayıyla her türlü operasyonu durdurmaya yetkilidir.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim	OYE ile koordineli çalışır		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer ve İşAT ını okur.	(0-2 Saat	(0-2 Saat	
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	(0-2 Saat	(0-2 Saat	
Acil durum hakkında gerekli tüm bilgileri alır.	(0-2 Saat	(0-2 Saat	
Acil durum alanında risk teşkil edecek olasılıkları değerlendirir.	(0-2 Saat	(0-2 Saat	
Operasyon Şefi ile koordineli çalışır.	(0-2 Saat	(0-2 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Acil durum alanında tespit edilen riskleri HAP başkanına bildirir.	2-12 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanına önlemler hakkında rapor verir.	2-12 Saat	2-12 Saat	
Yapılan işlemlerin doğru ve eksiksiz tutulmasını sağlar.	2-12 Saat	2-12 Saat	
Tespit edilen risklerle ilgili gerekli çalışmaları başlatır.	2-12 Saat	2-12 Saat	

Alt yapı ve bina ile ilgili tüm raporları talep eder.	2-12 Saat	2-12 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Afet alanlarının tekrar kontrollerini yapar.	12-72 Saat	12-72 Saat
Hasta, hasta yakını ve çalışanlar için açılmış alanları olası risklere karşı kontrol eder.	12-72 Saat	12-72 Saat
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.		
Bina turuna katılır, hasar tespitlerine destek olur.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/19/24/27/32/48/49/54		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

5. Tıbbi Teknik Danışma Kurul Şefi İş Akış Talimatı

TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURUL ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görev Tanımı	HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahaları doğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmetiverir.	
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Gri/Görev yeleğinizi giyin	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İşATını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatları doğrultusunda hareket eder	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm bölüm şefleri ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Teknik sorunlar ile ilgili danışmanlık hizmeti verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
HAP başkanına gerekli bilgi ve raporları verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
İş Güvenliği Uzmanı ile koordineli çalışır.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tıbbi bakım alanlarında oluşabilecek sorunlara danışmanlık hizmeti verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Hukuk bürosu ile iletişim halinde olur.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Tüm yapılan işlemlerin eksiksiz tutulmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Acil müdahale alanlarının durumuna bakar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sona ermesi ile ilgili bölüm şeflerinin isteklerine danışmanlık yapar.	12-72 Saat	72 Saat Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/15/22/24/29/32		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

6. Hap Sekreteryası İş Akış Talimatı

HAP SEKRETERYASIİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı		HAP temsilciliği/birimi/ofisinde görevli olan personel tarafından afet ve acil durum planının aktive edilmesi ve olay yönetim merkezinin açılması ile Olay Yönetim Ekibi tarafından istenilen bilgilerin toplanması, kayıt altına alınması gibi verilen talimatları yerine getirir.	
Bağlı Olduğu Şef		HAP Başkanı	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme		Gri/ Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.	
Kendisine Bağlı Birim		OYE ekibi ile koordineli çalışır.	
Yerine Vekalet Edecek Kişi		Organizasyon şemasında belirtilen yedek HAP Sekreteryası	
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İŞAT' ını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.		0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatına göre hareket eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
AMP ve OYM nin açılması için gerekli bilgileri toplar ve HAP başkanına rapor eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatları doğrultusunda OYM nin açılmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm dokümanları hazır hale getirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Görev yeleklerini dağıtılmak üzere hazırlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
AMP ile ilgili yapılan tüm eylemlerin eksiksiz ve doğru kayıt edilmesini sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
HAP başkanının talimatlarını kayıt altına alır.		2-12 Saat	12-72 Saat
AMP doğrultusunda kullanılan formları kayıt eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Bölüm şeflerinden gelen kayıtların saklanmasından sorumludur.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Dış paydaşlarla olan ilişkileri kayıt altına alır.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
HAP başkanına ara rapor verir.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP sona ermesi ile AMP aktivasyonundan itibaren tüm yapılan işlemleri, kayıtları OYM ekibine sunar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: HAP kapsamında kullanılan tüm formlar			
Raporlama Mekanizması: HAP başkanına rapor verir.			

7. Operasyon Şefi İş Akış Talimatı

OPRERASYON ŞEFİ İŞ AKIŞ TALIMATI		
Görev Tanımı	HAP Başkanı tarafından belirlenmiş hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla strateji ve taktikler geliştirir ve uygular. Müdahale alanlarını organize eder, kaynakları yönetir ve tıbbi bakım, altyapı, güvenlik, tehlikeli maddeler ve psikososyal destek birimi ile ilgili görevlendirmeleri yapar.	
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı/Görev yeleğini giyin	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler(0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İşAT'ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından aldığı talimatlar doğrultusunda Triyaj alanlarının kurulmasını sağlar ve yönetir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Brifingler doğrultusunda gerekli olan alt departmanları operasyona dahil eder.	0-2 Saat	2-12 Saat
Müdahaleye dahil olan Departman-servis-birimlerden mevcut durum raporunu ister.	0-2 Saat	2-12 Saat
İlave kaynak ihtiyaçlarını belirler.	0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik şefi ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanından aldığı talimatlar doğrultusunda alt birimlere talimat verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
HAP başkanının belirlediği sürede HAP başkanına brifing verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Düzenli aralıklarla çalışanlara brifing verir ve toplantılar yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Bilgi yönetimi için operasyon süresine dahil olan birimlerden durum raporu ister.	2-12 Saat	12-72 Saat
Kayıtların tam tutulmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Alt birimlerden gelen istekler doğrultusunda malzeme, ilaç vb. eksiklikler için kayıt formlarını alır.	2-12 Saat	12-72 Saat
Eksikliklerin giderilmesi için Lojistik Şefi ile koordineli çalışmaya devam eder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Gerektiği durumlarda geçici alanların açılmasını ve yönetilmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat

HAP başkanına strateji ve taktikler sunar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Mevcut çalışanların nöbet değişimini yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm birimlerden malzeme, ilaç vb. durumlarda son durum raporlarını ister.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastaların ve çalışanların yemek ihtiyaçlarının giderilmesi için Lojistik Şefi ile koordineli hareket eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/18/23/24/29/32		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

8. ALAN SORUMLUSU İŞAT

ALAN SORUMLUSU İŞAT			
Görev Tanımı	Hastane dışında meydana gelen afet ve acil durumlarda, olay yerinde müdahale için gerekli personel, araç, gereç, malzeme ve ilaç gibi destek kaynaklarını organize eder ve yönetir. Lojistik Şefi ile koordinasyon içerisinde çalışır. İhtiyaç duyulan personelin, araçların, ilacın, sağlanmasını organize eder ve yönetir. İhtiyaç duyulan cihaz araç/gereç ve tıbbi malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Operasyon şefinin talimatları doğrultusunda hareket eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Müdahale için aktivasyon seviyesini öğrenerek gerekli personel desteğini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlaç, malzeme, araç/gereç gibi destekleri organize eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Lojistik şefi ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet alanına gönderdiği araç gereç ve ilaç gibi desteklerin kayıt edilmesinden sorumludur.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Operasyon şefine hastane dışına gönderilen ekipman ve personellerle ilgili bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Gönderilen malzeme ve ekipmanların güvenliğini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Afet alanına gönderilen personelin dinlenmesi için personel değişimi yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile tüm yapılan yardımların raporlanmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Raporları Operasyon şefine sunar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Hastane dışına gönderilen malzeme ve ekipmanları eksiksiz teslim alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Müdahalede kullanılan tüm araç ve gereçleri depoya veya müdahale öncesindeki yerine geri gönderir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Günlük çalışmalarına geri dönmeleri için tüm personeli bilgilendirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: 2/4/5/6/7/8/9/10/15/20/21/22/29/32			
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi			

9. Tıbbi Bakım Sorumlusu İşat

TIBBİ BAKIM SORUMLUSU İŞAT			
Görev Tanımı	Sorumluluğu altındaki klinik hizmetleri ve klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir. Planlama şefi ile Koordineli Çalışır. Hastaneye başvuran çok sayıda yaralının Tedavi önceliklerini belirleyebilmek için Triyaj alanının Tanımlandığı şekilde kurulmasını sağlamak, gereksinim duyulan tıbbi cihaz ilaç ve sarf malzemeyi Personeli talep eder. Yaralıların öncelik sırasına göre değerlendirilmesini ve gerekli Tedavi alanlarına yönlendirilmesini sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı /Görev yeleğinizi giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasında belirtilen yedek şef		
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefini talimatları doğrultusunda hareket eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Birim sorumlularından ayaktan hasta ve kliniklerde yatan hastaların bilgilerini talep eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Operasyon şefinin talimatı üzerine ilgili alanların departman/servis prosedürlerinin aktive edilmesi için alt birimlerine talimat verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Kliniklerin malzeme ve ekipman bilgilerini talep eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Ayaktan ve yatan hasta kayıtlarının eksiksiz tutulmasını takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hasta yığını olması durumunda taburcu olabilecek yatan hastaların hızlıca taburcu edilmesi talimatını verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Acil servis, laboratuvar ve görüntüleme süreçlerini takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Ameliyathane ve sterilizasyon işlemlerini takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Kliniklerden sevk olacak hastalar için Lojistik şefi ile koordineli hareket eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Kliniklerdeki durum hakkında operasyon şefine bilgi verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Trijaj alanlarının açılması için koordinasyonu sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Trijaj alanına gerekli ilaç ve malzeme desteğinin sağlanmasını takip eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Ayaktan ve yatan hastaların takibini yapan personellerin nöbet listesini ayarlar.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Çalışanların dinlenmesi için koordinasyonu sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Destek personel için insan kaynaklarından personelin geri çağrılmasını talep eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Kliniklerdeki malzeme ilaç ile ilgili son durum raporlarını talep eder ve lojistik destek sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Ölümlerin kayıtlarının tam tutulmasını takip eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Takip ettiği tüm birimlerden son durum raporlarını talep eder ve Operasyon şefine rapor eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
AMP nin sona ermesi ile hastane işleyişinin devamlılığının sağlanması için düzenleme yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Alternatif bakım üniteleri devre dışı bırakılmasını sağlayarak müdahale öncesi işleyişe geri dönmeyi sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/5/6/7/8/9/10/15/20/21/22/29/32		
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi		

10. Acil Servis Sorumlusu İşat

ACİL SERVİS SORUMLUSU İŞAT			
Görev Tanımı		Acil Servise gelen hastaların acil tıbbi bakımlarının yapılmasını sağlar; hastaların yönlendirilmelerini koordine ve organize eder. Yaralıların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırır.	
Bağlı Olduğu Şef		Tıbbi bakım sorumlusu-Operasyon şefi	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme		Kırmızı Yelek	
Kendisine Bağlı Birim		Acil servis çalışanları	
Yerine Vekalet Edecek Kişi		Organizasyon şemasındaki yedek	
Gerçekleştirilecek Eylemler		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi bakım sorumlusu ve Operasyon şefi ile koordineli çalışır.		0-2 Saat	2-12 Saat
Afet ve Acil Durum Yönetimi Organizasyon Sistemi şemasını gözden geçirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Mevcut acil servis personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize eder; bu konuda karar alması için bir acil servis hekimini görevlendirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hasta kabullerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Hali hazırda mevcut kaynakları değerlendirir.		0-2 Saat	2-12 Saat
Acil Servis için Müdahale Prosedürü ’nün faaliyete geçirilmesini sağlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
OYE ile birlikte hareket eder.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Kanıtların daima kurtarılmasını sağlar.			
Resüsitasyona ihtiyacı olanlara özel dikkat göstererek yaralıların bakımını yönetir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek departman/servis/birimlerle irtibata geçer.		2-12 Saat	12-72 Saat
Acil Servise kabul edilen yaralıların, klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Personelin ihtiyaçlarını tahmin eder ve bu doğrultuda OYE’den istekte bulunur.		2-12 Saat	12-72 Saat
Acil Serviste çalışan tüm personele düzenli brifing verir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin eder ve OYE’den talepte bulunur.		2-12 Saat	12-72 Saat
Ölen hastaların, hastane geçici morgu olarak işlev gören özel alanlara transfer edilmesini sağlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			

Diğer servisler için (Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane vb.) planlanan hizmetlerin ve imkânların durumu konusunda son durumdan OYE'yi daima haberdar eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Talep edilmesi durumunda, hastane içi transfere yardımcı olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi		

11. Triyaj Alan Sorumlusu Akış Talimatı

TRİYAJ ALAN SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hastaneye başvuran çok sayıda yaralının tedavi önceliklerini belirleyebilmek için Triyaj Alanının (Lojistik Şefinin desteği ile) tanımlandığı şekilde kurulmasını sağlar. Gereksinim duyulan tıbbi cihaz, ilaç, sarf malzemesi ve personeli talep eder. Yaralıların öncelik sırasına göre değerlendirilmesini ve gerekli tedavi alanlarına yönlendirilmesini sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Tıbbi bakım sorumlusu-Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim	Acil servis		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İŞAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi bakım sorumlusunun talimatları doğrultusunda triyaj alanını açar ve yönetimine başlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Trijaj alanında çalışacak personelin görev dağılımını yapar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Trijaj alanlarında kullanılacak olan malzeme,ilaç yönetimini sağlamak için sürekli iletişim halinde olur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Trijaj alanına gelen hastaları karşılar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Gelen hastaların kayıtlarının tam ve eksiksiz tutulmasını sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tıbbi alan sorumlusuna triyaj alanı hakkında rapor verir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Güvenliğin sağlanması için operasyon şefinden güvenlik personeli talebinde bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Malzeme araç gereç kontrolünü ve teminini sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Çalışan personelin nöbet ve vardiyalarını oluşturur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Trijaj alanından sevk edilecek hastaların kurumlar arası kordinasyon şefi ile iletişim halinde olur ve güvenli nakilden sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP'nının sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Trijaj alanının toparlanmasını ve kullanılan malzeme araç ve gereçlerin güvenli şekilde taşınmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar:triyaj kartı			
Formlar: 2/4/6//7/8/9/10/15/22/32			
Raporlama Mekanizması:Operasyon şefi			

12. Yoğunbakım Sorumlusu İş Akış Talimatı

YOĞUNBAKIM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Yoğun Bakım Ünitesi iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak yoğun Bakım ünitesinin tıbbi müdahalesini koordine etmek ve yönetmek, Hastaların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak, Hasta/yaralılar için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla iş yükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak, Afet ve acil durumda yoğun bakım servisinin genel yönetimini sağlamak		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi-Tıbbi bakım sorumlusu		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi Bakım Sorumlusunun verdiği talimatları uygular.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize eder; bu konuda Tıbbi Bakım sorumlusunun vereceği talimatlara uyar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hasta kabulü yapılacaksa mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hâlihazırda mevcut kaynakları değerlendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE ile birlikte hareket eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Kanıtların daima kurtarılmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek servislerle irtibata geçer.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Personelin ihtiyaçlarını tahmin eder ve bu doğrultuda Tıbbi Bakım Sorumlusundan istekte bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Birimde çalışan tüm personele düzenli brifing verir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin eder ve Tıbbi bakım sorumlusundan talepte bulunur.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			

Birimde çalışan personellerin nöbet listelerini ve geri çağırılması gereken personeller ile ilgili son durumu Tıbbi Bakım Sorumlusuna iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

13. Ameliyathane Sorumlusu İş Akış Talimatı

AMELİYATHANE SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Ameliyathane iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak ameliyathane tıbbi müdahalesini koordine etmek ve yönetmek, Hastaların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak, Hasta/yaralılar için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla iş yükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak, Afet ve acil durumda ameliyathanenin genel yönetimini sağlamak		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi-Tıbbi bakım sorumlusu		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi Bakım Sorumlusunun verdiği talimatları uygular.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut ameliyathane personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize edin; bu konuda Tıbbi bakım sorumlusunun vereceği talimatlara uyun	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hasta transferlerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlayın,	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlayın	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hâlihazırda mevcut kaynakları değerlendirin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Ameliyathane Müdahale Prosedürü'nün faaliyete geçirilmesini sağlayın,	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE ile birlikte hareket edin.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Kanıtların daima kurtarılmasını sağlayın,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek departman/servis/birimlerle irtibata geçin,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Ameliyathaneye kabul edilen yaralıların, klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlayın,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Personelin ihtiyaçlarını tahmin edin ve bu doğrultuda Tıbbi Bakım Sorumlusundan istekte bulunun,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Birimde çalışan tüm personele düzenli brifing verin,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin edin ve Tıbbi bakım sorumlusundan talepte bulunun,	2-12 Saat	12-72 Saat	

Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Ameliyathanede çalışan personellerin nöbet listelerini ve geri çağırılması gereken personeller ile ilgili son durumu Tıbbi Bakım Sorumlusuna iletin	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

14. Laboratuvar Sorumlusu İş Akış Talimatı

LABORATUVAR SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon sorumlusu /Tıbbi Bakım Sorumlusu		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Tıbbi Bakım Sorumlusuna. düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Bütün bölüm şefleri ile o ana kadar meydana tüm gelen majör olay ve faaliyetlerin, kritik sorunların, operasyonel kavramların ve bir sonraki operasyonel periyotta atılacak adımların mevcut durumunu ve gelişimini öğrenmek üzere ilk bağlantıyıkur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut kan stoku envanterini yapar ve kurum dışında kullanılabilir miktarın belirle, Destek Hizmetleri Sorumlusu'ne bilgi ver.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tahlil sonuçlarının yerine ulaşma zamanını araştırır. Destek Hizmetleri Sorumlusuna kapasite ve harekete geçebilme yeteneğine ilişkin rapor ver.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Kırmızı ve Sarı alanlar için uygun kan toplama aletleriyle birlikte kan alma görevlileri ve taşıma görevlileri belirle	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi Bakım Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29)kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında Tıbbi Bakım Sorumlusu ile düzenli toplantılar yap	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tıbbi Bakım Sorumlusu ile test sonuçlarının düzenli olarak iletilmesinde bir sorun olup olmadığını görüş.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Yataklı birimleri verilebilen hizmetler konusunda bilgilendir.	2-12 Saat	12-72 Saat	

İhtiyaç duyulan malzemelerin sipariş ve alımını gerçekleştir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Herhangi bir görevle görevlendirilmemiş personeli insan kaynakları sorumlusuna gönder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun,		
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Laboratuvar hizmetleri bölümündeki kayıt personelinin yapılanlar ve kararlar ile ilgili kayıtlarını gözden geçir ve onayla. Bir kopyalarını Operasyon Yöneticisine gönder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlar açısından gözlemle. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personeli kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer briefing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

15. Görüntüleme Birim Sorumlusu

GÖRÜNTÜLEME BİRİM SORUMLUSU			
Görev Tanımı	İlerleyen saatler için birimin işlem kapasitesini değerlendirir. Acil olmayan görüntüleme işlemlerini iptal eder ve hastanın geldiği kliniğe geri gönderilmesini sağlar. Yapılan işlemlerin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlar. Gerekğinde birimin imkan ve kapasitesini artırmaya yönelik ek planlamalar yapar.		
Bağlı Olduğu Şef	Tıbbi bakım sorumlusu - Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İŞAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Röntgen, bilgisayarlı tomografi ve ultrason çekmek için Birimin mevcut kapasitesini (personelin ve diğer kaynakların mevcudiyetini) değerlendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Servislere geri gönderilebilecek hastaları belirler ve bu hastaları servislere transfer eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Acil olmayan tüm işlemleri iptal eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE ile işbirliği yapar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Kayıt tutmak için ilgili formları ve kayıtları kullanır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
OYE ile koordinasyonu sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Birimin faaliyetlerini yönetir ve personeli yönlendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Birimin imkan ve kapasitesini düzenli olarak değerlendirir, düzeltici önlemleri alır ve gerekirse OYE'den personel, malzeme desteği ister.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Personeli yönlendirmeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Faaliyetleri yönetmeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
İmkân ve kapasiteyi izlemeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlamaya devam edin, OYE ile işbirliği yapın	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			

Tutulan kayıt ve raporları tıbbi bakım sorumlusuna iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane de işleyişinin devamlılığını sağlamakta destekçi olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İlgili alanının hasar tespitinde yardımcı olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

16. Hemşirelik Hizmetleri Birimi Sorumlusu

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ BİRİMİ SORUMLUSU			
Görev Tanımı	Hemşirelik Hizmetleri ve Hasta bakım hizmetlerini organize eder.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı/ Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi bakım sorumlusundan görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde afet durumunda çalışan yönetimi ve hasta bakım alanlarındaki çalışmalar için planlama yapar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Tıbbi Bakım Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Bütün bölüm şefleri ile o ana kadar meydana tüm gelen majör olay ve faaliyetlerin, kritik sorunların, operasyonel kavramların ve bir sonraki operasyonel periyotta atılacak adımların mevcut durumunu ve gelişimini öğrenmek üzere ilk bağlantıyı Kurar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Görevlilerin belirlenmesini, atanmasını ve eğitimini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Afet halinde hemşirelik hizmetlerinin planlamasını yap ve bu planı aktive et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Operasyon birimlerinde gerçekleşen yatan, çıkan, tahliye ve taburcu edilen, sevk edilen tüm hasta ve yaralıların kayıtlarını tutulmasını sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastaların kaydının eksiksiz yapılmasını sağlar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastanenin alt yapısı etkilenmemişse kayıt, bilgisayar üzerinden yap; bilgi sistemi kullanılamaz durumdaysa kayıt defteri kullar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Kimliği bilinmeyen hastaların triaj kart numarası ile numaralandırılmasını sağla (Numaralar hastalara sırasıyla; sağ üst ekstremitesi, sol üst ekstremitesi, sağ alt ekstremitesi, sol alt ekstremitesi veya boynuna asılacaktır).	0-2 Saat	2-12 Saat	
Alandaki hemşire çalışma listelerinin düzenini hazırlar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tıbbi Bakım Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			

OYE ile koordinasyonu sağlayın,	2-12 Saat	12-72 Saat
Birimin faaliyetlerini yönetin ve personeli yönlendirin,	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlayın,	2-12 Saat	12-72 Saat
Düzenli olarak Birimin imkân ve kapasitesini değerlendirin ve düzeltici önlemleri alın veya OYE'den destek (personel, malzemeler vb.) isteyin	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Personeli yönlendirmeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyetleri yönetmeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İmkân ve kapasiteyi izlemeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlamaya devam edin, OYE ile işbirliği yapın.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: Tıbbi Bakım Sorumlusu (OYE)		
Düzenli olarak Birimin imkân ve kapasitesini değerlendirin ve düzeltici önlemleri alın veya OYE'den destek (personel, malzemeler vb.) isteyin	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Personeli yönlendirmeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyetleri yönetmeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İmkân ve kapasiteyi izlemeye devam edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlamaya devam edin, OYE ile işbirliği yapın.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: Tıbbi Bakım Sorumlusu (OYE)		

17. Alt Yapı Sorumlusu İş Akış Talimatı

ALT YAPI SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atık su, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İŞAT'ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Operasyon şefinin talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İş güvenliği uzmanı ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Alt yapı sistemlerini koordine eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Medikal gaz sistemlerini kapatır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Tekrar oluşabilecek herhangi bir kazaya karşı önlemlerini alır.	2-12 Saat	12-72 Saat	
İş güvenliği uzmanı ile birlikte alanların kontrolünü yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
İlgili kayıtları tam ve eksiksiz tutar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Belirli sürelerle tüm alanların kontrolünü sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile işleyişin devam edebilmesi için gerekli alt yapı ve medikal gazların kontrolünü yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Hasar kayıtları için bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Tüm hasar tespiti sonuç raporunu Planlama ve Operasyon şefine sunar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Tutulan kayıtları Operasyon şefine sunar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: 2/4/5/6/7/24/29/32/54			
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi			

18. Güvenlik Amiri İş Akış Talimatı

GÜVENLİK AMİRİ İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, triyaj alanının kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, emanetlerin kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle iş birliği vb.) yürütür ve koordine eder.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı Yelek		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Operasyon şefinin talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespit toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Operasyon Şefine düzenli yazılı durum raporlariverin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Gerekli durumlarda, kontrollü giriş çıkışsağlayın,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Yetkisi olmayan kişileri yasak bölgelerdençıkartın,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Ek güvenlik personeli temin edilene kadar, servislerden geçicipersonel talep edin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Ambulans giriş-çıkış ve ring alanlarını düzenleyerek, acil servis, triyaj alanı, morg ve aileler için oluşturulan alanlara erişimi açık tutun. Erişimi yalnızca yetkili araçlarlasınırlayın.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Güvenlik personelinin, riskler ve güvenli olmayan durumlara karşı uyanık olmalarını ve tespit ettikleri sorunları bildirmeleriniisağlayın,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Gerektiğinde, yetkisi olmayan personelin erişimini kısıtlamak için tahliye alanlarında önlem alın,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Kurumlar arası koordinasyon yetkilisi aracılığıyla itfaiye, emniyet güçleri ve diğer ilgili kurumlarla irtibata geçin,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Güvenlik personelinin rutin brifingleriniibelirleyin,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Araç ve yaya trafik kontrolünü gereken tüm araçlarlasağlayın,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Telsiz konuşmalarını takipedin,	2-12 Saat	12-72 Saat	
Lojistik Şefinin talimatı doğrultusunda; gıda, su, ilaç ve kankaynaklarını güvenli hale getirmek için destek hizmetleri personeliyle birlikte hareket edin,	2-12 Saat	12-72 Saat	

Güvenlik personelini düzenli olarak durumdan haberdaredin,	2-12 Saat	12-72 Saat
Güvenlik personeline ilgili formları ve kayıtları kullanmaları talimatını verin, takip edin.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Planlama Şefi ile görüşerek, gerekli durumlarda ek güvenlikpersoneli için harici hizmet sunucularıyla bağlantıya geçin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm güvenlik personelini gözlemleyin ve stres belirtisi gösterenlerin yeterli düzeyde desteğe erişmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verilmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/24/32		
Raporlama Mekanizması: Operasyon şefi		

19. Tehlikeli Madde (Kbrn) Sorumlusu İş Akış Talimatı

TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	KBRN olaylarına müdahale kapsamında tespit, izleme, dökülme/saçılma yönetimi, maruz kalanların teknik ve acil dekontaminasyonunun yapılması ile hastane ve ekipman dekontaminasyonu çalışmalarının organize edilmesi ve yönetilmesinden sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Operasyon şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
KBRN algoritmasını gözden geçirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İş güvenliği uzmanı ile irtibat halinde olur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
KKE kullanımına dikkat eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Anlaşmalı kurumlarla irtibat halinde ol. Gelen hastaları yönlendir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Anlaşmalı kurumlarla irtibat halinde ol. Gelen hastaları yönlendir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
Tutulan tüm kayıtları Operasyon şefine iletir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Görevi sonlandığında Operasyon Şefini o anki problemler, devam eden sorunlar ve bundan sonraki ihtiyaçlar hakkında bilgilendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Varsa prosedür değişikliği önerilerini bildirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: İlgili formlar			
Raporlama Mekanizması: OYE			

20. Psikososyal Destek Sorumlusu İş Akış Talimatı

PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Psikososyal destek faaliyetleri kapsamında bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için sevk edilmesi, gerektiğinde bireysel terapötik görüşmelerin yürütülmesi ve takip edilmesi vb. hizmetlerini yürütmek.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Operasyon şefinden talimat alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonusağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve acil durum süresince ortaya çıkabilecek, iletişim, konaklama, beslenme, sağlık, manevi ve duygusal vb. ihtiyaçları da içeren, hasta ve hasta ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken psikososyal desteği sağlar ve organize eder.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin afet ve acil durum halinde temel(güvenlik,beslenme,barınma,banyo-tuvalet,iletişimvb.)veözel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunur; personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojiktakiplerinin yapılmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Ailelerin tekrar biraraya getirilmesi için çalışmaları yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
Tutulan tüm kayıtları Operasyon şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Görevi sonlandığında Operasyon Şefini o anki problemler, devam eden sorunlar ve bundan sonraki ihtiyaçlar hakkında bilgilendirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: İlgili formlar			
Raporlama Mekanizması: OYE			

21. Sosyal Hizmetler Sorumlusu İş Akış Talimatı

SOSYAL HİZMETLER SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Kırmızı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Psikososyal destek sorumlusundan talimat alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve acil durum süresince yalnız kalan çocuklar yaşlılar engeliler için sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve devamlılığını sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile Koordinasyonu sağlamaya devam eder ve ihtiyaçların karşılanmasını sağlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Ailelerin tekrar biraraya getirilmesi için çalışmaları yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
Tutulan tüm kayıtları Psikososyal destek sorumlusuna iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Görevi sonlandığında Psikososyal destek sorumlusuna o anki problemler, devam eden sorunlar ve bundan sonraki ihtiyaçlar hakkında bilgilendirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: İlgili formlar			
Raporlama Mekanizması: OYE			

22. Planlama Şefi İş Akış Talimatı

PLANLAMA ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini; taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini, uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planının hazırlanmasını sağlar. Kullanılan tüm kaynakların kaydını tutar.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Turkuaz/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşATını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Olayla ilgili Olay Eylem Planını oluşturmak için bilgileri alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Gerekli olduğu takdirde alternatif kontrol hedeflerini oluşturur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut duruma göre Olaya Özel Planlarda anlık revizyon yapar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetleri doküman eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum değerlendirme raporlarını hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Geri çağrılan personelin takibini yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Açılan özel alanlarda hasta bakımının kalitesini kontrol eder.	2-12 Saat	12-72 Saat	
İlgili alanlarda oluşabilecek olumsuzlukları koordine eder.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
HAP başkanının talimatı ile acil durumu sonlandırır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Hasar tespitinde gerekli notların tutulmasını takip eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: 2/4/6/7/22/23/24/29/32			
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı			

23. Dökümantasyon Sorumlusu İş Akış Talimatı

DÖKÜMANTASYON SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Afet ve acil durumlarla ilgili müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini de içine alacak şekilde tüm gelişme ve faaliyetlerin doğru ve eksiksiz olarak dokümanite edilmesini sağlamak. İhtiyaç halinde belgelerin kopyalarını hazırlamak, afet ve acil durum dokümanlarını hukuki, bilimsel çalışma, finansal geri ödeme amaçları ve tarihsel veri niteliğinden yararlanmak için kayıt altına almak, korumak ve saklamak.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Turkuaz/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşATını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinin talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Bütün bölüm şefleri ile o ana kadar meydana tüm gelen majör olay ve faaliyetlerin, kritik sorunların, operasyonel kavramların ve bir sonraki operasyonel periyotta atılacak adımların mevcut durumunu ve gelişimini öğrenmek üzere ilk bağlantıyı kur	0-2 Saat	2-12 Saat	
Görevlendirilecek personeli belirle; ilgili iş akış tablolarını ve görev yeleklerini dağıt	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm bölümler arasında doküman paylaşım ve iletişimini kolaylaştırmak için internet ve internet olanağı içeren bilgi işlem sistemi sağla	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastane Afet Yönetim Merkezi aktivasyonu süresince tüm bölümlerden tamamlanmış form ve dokümanların toplanması için bir sistem kur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama Şefinin talep ettiği dokümanları hazırla. Tüm kritik faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (HAP Form 4) süregelen şekilde kaydet. İç ve dış tüm haber akışını Afet Haberleşme Formuna kaydet	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yap	2-12 Saat	12-72 Saat	
Dökümantasyon birimine teslim edilen tüm dokümanların alınmasına ve düzenlenmesine devam et	2-12 Saat	12-72 Saat	
Teslim edilen kayıtların tam ve doğru olmasını kontrol et. Hata ve eksiklikleri Hastane Afet Yönetim Merkezi yetkililerinden uygun olanla bağlantı kurarak doğrula.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Planlama şefi ile durum güncelleme toplantılarını sürdür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	

Görev devri yaptığı takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Hastane afet yönetim merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları topla ve düzenle.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (HAP Form 4) Planlama Şefine teslim edilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında Planlama Şefine o anki problemler, devam eden sorunlar ve bundan sonraki ihtiyaçlar hakkında bilgilendir	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Yorumlarını üzerinde tartışılması ve faaliyet sonrası raporda yer alması için, aşağıdaki konuları içerecek şekilde Planlama Bölüm Şefine bildir - Geçerli pozisyon tanımlamaları ve operasyonel kontrol listeleri ile ilgilideğerlendirmeler - Prosedür değişikliği önerileri - Bölümün başarıları ve karşılaştığı sorunlar - Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: Alınan karar ve bildirimleri kayıt altına almak için Form-04		
Raporlama Mekanizması: OYE		

24. Durum Değerlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileri toplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişmeler için öngörüler geliştirir. Olay Eylem Planında kullanılmak üzere bilgi/istihbarat toplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritalarını hazırlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Planlama şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Turkuaz/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliye, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Planlama Şefine düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Görevlendirilecek personeli belirle; ilgili iş akış tablolarını ve görev yeleklerini dağıt.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastane Afet Yönetim Merkezi içinde bir enformasyon merkezi kur ve alınan bilgileri ilet. Bu merkezde gelen bilgileri güncellemek üzere bir kayıt görevlisi atar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izle, kayıt altında tut ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yap.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağla	0-2 Saat	2-12 Saat	
Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulayarak raporla ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına ilet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Olay Yönetim Merkezi sekreterin yardımı ile son bilgileri içeren bir pano hazırla ve bu panonun güncelleştirildiğinden emin ol.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Ulaşan durum raporlarını al ve kaydet. Hastane Olay İstatistik Formu (FORM – 11) tut,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			

Mevcut durum raporlarını almak için planlama Yöneticisi, bölüm şefleri ve birim sorumluları ile düzenli toplantı yap ve önemli bilgileri ekip üyelerine ilet.	2-12 Saat	12-72 Saat
Durum değerlendirme biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat
Lojistik ve Operasyon birimleri ile koordinasyon kurarak, Mevcut verilerin ana ve destek bilgisayar sisteminde korunması ve yedeklenmesini sağla.	2-12 Saat	12-72 Saat
En azından 4 saatte bir çalışanları bilgilendirmek amacı ile hastane içi durum raporu yayınla. Bu raporun hazırlanıp dağıtılmasında Halkla İlişkiler Yetkilisi, Psikolojik Destek Sorumlusu ve İnsan Kaynakları Sorumlusu ile işbirliği yap	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm hasta yatakları, kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tıbbi kayıt bilgisayar kopyalarının güvenliğinden ve kayıplarının önlenmesinden emin ol.	2-12 Saat	12-72 Saat
Afet ve Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu tarafından bölüm şefleri ve hastane afet yönetim ekibi ile işbirliği yaparak olağandışı durum sonlandırma planı oluşturulmasını sağla.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verilmesini sağlayın	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya ilişkin özet veri ve raporları derle, tüm hastane afet yönetim merkezi kayıtlarını organize et ve Planlama Şefine ilet	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm bölümler için olağandışı durum sonlandırma planını uygulamaya ve izlemeye devam et.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/11/12		
Raporlama Mekanizması: Planlama şefi		

25. Personel Ve Malzeme Yönetim Sorumlusu İş Akış Talimatı

PERSONEL VE MALZEME YÖNETİM SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Afet ve acil durum süresince ihtiyaç duyulacak personelin, ekiplerin, binaların, malzemelerin ve ana teçhizatın durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi sağlamak; afet ve acildurum operasyonları İçin ayrılan tüm kaynakların listesini hazırlamakla sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Turkuaz/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Lojistik şefi ile irtibat halinde olur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Stokta mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
İhtiyaç azaldığında, personelin kendi rutin görevlerine döndür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Tutulan tüm kayıtları Planlama şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar: İlgili kayıtlar			
Formlar: İlgili formlar			
Raporlama Mekanizması: OYE			

26. Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu İş Akış Talimatı

ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	HAP Başkanının afet ve acil durumu sonlandırma kararıyla; için, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel süreçler kapsamında gerekli faaliyetleri koordine etmekten sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Planlama şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Turkuaz/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Planlama şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatır ve Planlama şefine düzenli yazılı durum raporları verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum raporlarını inceler ve gereken raporları hazırlar	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
4 saatte bir çalışanları bilgilendirmek amacı ile hastane içi durum raporu yayınla. Bu raporun hazırlanıp dağıtılmasında durum değerlendirme sorumlusu ile işbirliği yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Durum değerlendirme sorumlusu ile bölüm şefleri ve hastane afet yönetim ekibi ile işbirliği yaparak olağandışı durum sonlandırma planı oluşturulmasını sağlar	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
OYE ile sürekli irtibat halinde olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktarır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
Müdahaleye son verme kararı alındığında; tüm birimlerden imzalı ve kaşeli olarak son faaliyet raporlarını ister.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Yeşil kod prosedürünün uygulanmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Doldurulan formları imzalı ve kaşeli olarak toplar ve Planlama şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Olay eylem planını kontrol edip checkler, kontrol eder ve HAP başkanına iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Gelen faaliyet raporlarına göre Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formunu Planlama Şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar:İlgili kayıtlar			
Formlar: İlgili formlar			
Raporlama Mekanizması: OYE			

27. Lojistik Şefi İş Akış Talimatı

LOJİSTİK ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hastanenin afet ve acil durum yanıtındaki faaliyetler için gerekli hizmet, insan gücü, araç-gereç, gıda, su, ilaç, tıbbi malzeme ve diğer malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler(0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşATını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Operasyon şefi ile koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Alt birimlerden aldığı talimatlar doğrultusunda brifing verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastane içi transfer işlemlerini yönetir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Gerektiğinde Olay Eylem Planının Lojistik kısmını hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Operasyon şefinden gelen istekler doğrultusunda malzeme ve ihtiyaçları karşılar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hasta, hasta yakınları, personel ve aileleri için gıda ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hastanenin çamaşır ve yıkama talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar, gerekli ise yedek personeli devreye sokar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Alınan malzeme ve yapılan diğer işlemlerin kayıtlarının tam tutulmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hap başkanının belirlediği sürelerde Hap başkanına raporları verir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Göreve çağrılan personel ailelerinin ulaştırma hizmetlerini yönetir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Açılan alternatif alanların kesintisiz hizmet vermesi için gerekli malzeme taleplerini yönetir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Alternatif planlar açıldıysa o alanların temizlik hizmetlerini yönetir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Alt birimlere brifing verir.	12-72 Saat	72 Saat ve sonrası	

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP'nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hasar tespiti için OYE ile birlikte bina turu yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/13/18/21/23/26/29/32		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

28. Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu İş Akış Talimatı

SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hastanenin iletişim sistemi, gıda-su, temizlik, bilgi teknolojileri vb. hizmetlerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, ekipmanın sürekli hazır tutulması için gerekli organi- zasyonu yapmakla sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Lojistik şefiyle koordineli çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Haberleşme ve bilgisayar personel donanımını organize eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hasta hasta yakınları çalışan ve gönüllüler için gıda su temini ve dağıtım hizmetlerini organize eder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sterilizasyon ünitesi ile ilgili arıza ve hasar varsa ilgililere iletir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durumun gidişatını lojistik şefine bildirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlgili kayıtların tam ve eksiksiz tutulmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Alanlarda ki destek personel sayıları hakkında gerekli bilgileri alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Çamaşırhane hasarını kontrol eder alt yapı sorunu varsa ilgililere bildirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Çamaşırhane hizmetlerinin sürdürülmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hastane içi transfer işlemleri için düzenleme yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Mevcut malzeme araç gereç bilgilerini alır.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Hastane içi bulunan atıkların bertaraf edilmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Hasta hasta yakını çalışan ve gönüllüler için verilen gıda su stoklarını kontrol eder. Gerekirse dış paydaşlardan yardım talep eder.(Protokol yapılan gıda firmasından)	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Alanlarda ki destek personelin dinlenmesi için personelin geri çağırılmasına ilişkin insan kaynakları ile iletişim halinde olur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Alternatif bakım alanlarının açılması için destek personel ve araç gereç koordinasyonunu sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			

Aktivasyonun sona ermesi ile işleyişin devamı için gerekli koordinasyonu sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Alanların toparlatılmasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: Lojistik şefi		

29. Sterilizasyon Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Sterilizasyon Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı			
Görev Tanımı	Hasar ve arıza varsa ilgili birimlere bildirir; ihtiyaca göre yedeklerini devreye sokar. Ameliyathane, hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemelerin sterilize edilerek kullanıma hazır vaziyette tutulmasını sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sağlık otelciliği sorumlusundan görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliye, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Sağlık Otelciliği Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Strelizasyon hizmetleri ile ilgili hasar tespitini yap. Durumu değerlendir. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sterilizasyonlar malzemenin özelliğine göre talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağla. Gerekiyorsa yedek personeli devreye sok.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sağlık Otelciliği Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yap.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Sterilizasyon için mevcut durumunu kontrol et. İhtiyaç duyulabilecek malzeme ve personel miktarını tespit et, temin edilmesi için Sağlık Otelciliği Sorumlusuna bildir.	2-12 Saat	12-72 Saat	

Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	2-12 Saat	12-72 Saat
İnsan Kaynakları biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Çamaşırvane ve temizlik hizmetlerinin eskizsiz yürütülmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelinin kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları topla ve düzenle.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: Sağlık otelciliği sorumlusu		

30. Atık Yönetim Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

ATIK YÖNETİM BİRİM SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hastane içi tıbbi, evsel ve tehlikeli atıkların ilgili planlar doğrultusunda bertaraf edilmesinden sorumludur		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sağlık otelciliği sorumlusundan görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Sağlık Otelciliği Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Atık hizmetleri ile ilgili hasar tespitini yap. Durumu değerlendir. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geç.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastanenin atık yönetimi talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağla. Gerekliyse yedek personeli devreye sok.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sağlık Otelciliği Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yap.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Atık hizmetleri için mevcut durumunu kontrol et. İhtiyaç duyulabilecek malzeme ve personel miktarını tespit et, temin edilmesi için Sağlık Otelciliği Sorumlusuna bildir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	2-12 Saat	12-72 Saat	
İnsan Kaynakları biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			

OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Atık hizmetlerinin eskizsiz yürütülmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlar açısından gözlemle. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelin kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları topla ve düzenle.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer briefing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

31. Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

GIDA HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hastalar/hasta yakınları, personel/aileleri, gönüllüler ve ziyaretçiler için gıda-su temini, yemek hazırlama/dağıtım hizmetlerinin organizasyonunu ve sürdürülmesini sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek ki		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İŞAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sağlık otelciliği sorumlusundan görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımları,n yönlendirilmesini içerebilir	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Sağlık Otelciliği Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut gıda stoklarından kaç öğün yemeğin servis edilebileceğinin tahmin et; durum zorunlu kılıyorsa kısıtlamaya gidilmesini iste.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut acil içme suyu miktarını belirle ve ne zaman yeniden tedarik gerekeceğini tahmin et. Durum zorunlu kılıyorsa kısıtlama yap.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Acil içme suyu ve yiyecek stoklarının mevcut düzeylerini Sağlık Otelciliği Sorumlusuna rapor et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Eldeki ekipman, malzeme envanteri ve personel ihtiyacını değerlendir, durumu Sağlık Otelciliği Sorumlusuna rapor et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sağlık Otelciliği Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yap.	2-12 Saat	12-72 Saat	

Sağlık Otelciliği Sorumlusuna tahmini su ve yiyecek ihtiyacının listesini ver. İhtiyaç listesinin hazırlanmasında mevcut acil gereksinimler yanı sıra hastalar, personel ve yakınlarının geleceğe yönelik gereksinimlerini de göz önüne al.	2-12 Saat	12-72 Saat
Besin ve su kaynaklarının korunması için Güvenlik Sorumlusu ile işbirliği yap.	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	2-12 Saat	12-72 Saat
İnsan Kaynakları biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Gıda hizmetlerinin eskizsiz yürütülmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları topla ve düzenle.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: İlgili formlar		
Raporlama Mekanizması: OYE		

32. İnsan Kaynakları Sorumlusu İş Akış Talimatı

İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Personelin geri çağırılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını, oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamaklasorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İŞAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Lojistik şefine bağlı çalışır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Alanlarda ki personel bilgilerini alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Lojistik şefini bilgilendirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut personelin sayısını Mevcut Personel Kayıt Formunu (Form – 16) kaydeder.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Göreve gelen personeli OYM tarafından belirlenen yerde Form – 17 kaydet ve ilgili birim şefine gönderir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Lojistik şefinin talimatı ile personelin geri çağırılmasını sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Gelen personelin kayıtlarını tutar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Geri çağırılan personelleri nerede çalışacakları ve kime bağlı çalışacakları konusunda bilgilendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Gönüllü olarak gelen kişileri lojistik şefine bildirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Gönüllülerin kayıtlarını ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasından sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Geri çağırılan ve mevcut personellerin mesailerinin tutulmasından ve lojistik şefine verilmesinden sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Personele ve yakınlarına lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi			
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile birlikte personeli bilgilendirir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Geri çağırılan personelllerin gönderilmesini koordine eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Hastane de kalan mevcut personelin son durumunu çıkarır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	

Tutulan tüm kayıtları lojistik şefine iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/16/17/18/20/23/29/36/37/40		
Raporlama Mekanizması: Lojistik şefi		

33. İlaç Ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu İş Akış Talimatı

İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim	Diğer birim çalışanları		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE ile iletişime geçer.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlar Lojistik Şefine durum raporunu sunar	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE'den düzenli olarak briefing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Eczane ve sarf depo personelini bilgilendirir, talimatlar verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Faaliyetleri düzenler ve uzman personelin katılımını sağlar (7/24).	0-2 Saat	2-12 Saat	
Eczane tarafından tedarik edilen ilaç ve intravenöz sıvılara veya diğer maddelere olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçer.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Taburcu olan hastaların kullanacağı ilaç/malzemelerin, özel eczanelerden nasıl temin edilmesi gerektiğini belirler.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Gerekli olması durumunda acil ilaç veya diğer maddelerin temin edilebilmesi için ecza depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olur.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Operasyonel briefinglere katılır.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Personele, mümkün olduğunca sık operasyonel rapor verir ve personeli son durumdan haberdar eder.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Eczane hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Personele dinlenme süresi verir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	

Ekip üyelerinden durum raporu alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Lojistik Şefini (OYE), durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonu sonlandırıldığında normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet raporlarını hazırlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri OYE'ye iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: Lojistik şefi		

34. Eczane Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Eczane Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı			
Görev Tanımı	İlaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim	Diğer birim çalışanları		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu ile iletişime geçer.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlar Sağlık otelciliği sorumlusundan durum raporunu sunar	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE’den düzenli olarak brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Eczane ve bilgilendirir, talimatlar verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Faaliyetleri düzenler ve uzman personelin katılımını sağlar (7/24).	0-2 Saat	2-12 Saat	
Eczane tarafından tedarik edilen ilaç ve intravenöz sıvılara veya diğer maddelere olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçer.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Taburcu olan hastaların kullanacağı ilaç/malzemelerin, özel eczanelerden nasıl temin edilmesi gerektiğini belirler.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Gerekli olması durumunda acil ilaç veya diğer maddelerin temin edilebilmesi için ecza depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olur.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Operasyonel brifinglere katılır.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Personele, mümkün olduğunca sık operasyonel rapor verir ve personeli son durumdan haberdar eder.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Eczane hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Personele dinlenme süresi verir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	

Ekip üyelerinden durum raporu alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonu sonlandırıldığında normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet raporlarını hazırlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri OYE'ye iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu		

35. Sarf Depo Sorumlusu İş Akış Talimatı

Sarf Depo Sorumlusu İş Akış Talimatı			
Görev Tanımı	Tıbbi bakım malzemelerini temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.		
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim	Diğer birim çalışanları		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İŞAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu ile iletişime geçer.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlar İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu durum raporunu sunar	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE’den düzenli olarak brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Sarf depo personelini bilgilendirir, talimatlar verir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Faaliyetleri düzenler ve uzman personelin katılımını sağlar (7/24).	0-2 Saat	2-12 Saat	
Taburcu olan hastaların kullanacağı malzemelerin, özel eczanelerden ve medikallerden nasıl temin edilmesi gerektiğini belirler.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olur.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Personele, mümkün olduğunca sık operasyonel rapor verir ve personeli son durumdan haberdar eder.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Personele dinlenme süresi verir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Ekip üyelerinden durum raporu alır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	
İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası	

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonu sonlandırıldığında normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet raporlarını hazırlar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm belgeleri OYE'ye iletir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu		

36. Cihaz Araç Ve Gereç Sorumlusu İş Akış Talimatı

CİHAZ ARAÇ VE GEREÇ SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI		
Görev Tanımı	Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	
Bağlı Olduğu Şef	Lojistik Şefi	
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Sarı/ Görev yeleğini giyin	
Kendisine Bağlı Birim		
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi	
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)		
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat
Lojistik Şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlayın; Lojistik Şefine durum raporunu sunar,	0-2 Saat	2-12 Saat
En sık kullanılan tıbbi ve tıbbi olmayan malzemenin envanterini çıkart ve sürekli güncelleştirilmesini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tedarik edilen tıbbi ve tıbbi olmayan malzemeye olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçer,	0-2 Saat	2-12 Saat
Taburcu olan hastaların kullanacağı malzemelerin, özel medikal kuruluşlardan nasıl temin edilmesi gerektiğini belirler,	0-2 Saat	2-12 Saat
Gerekli olması durumunda tıbbi ve tıbbi olmayan veya diğer maddelerin temin edilebilmesi için medikal malzeme depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verir.	0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet. Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.	0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)		
Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olun,	2-12 Saat	12-72 Saat
Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirin	2-12 Saat	12-72 Saat
Operasyonel brifinglere katıl	2-12 Saat	12-72 Saat
Personele, mümkün olduğunca sık, operasyonel rapor verin ve personeli son durumdan haberdar edin,	2-12 Saat	12-72 Saat
Malzeme hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlayın.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Ekip üyelerinden durum raporu alın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Operasyon Şefini (OYE), durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar edin,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Alınan karar açıklandığında, normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet raporlarını hazırlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm gerekli belgeleri OYE'ye iletin (özel kayıtlar ve formlar)	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Formlar: 4-29		
Raporlama Mekanizması: OYE		

37. Santral Ve Bilgi İşlem Sorumlusu İş Akış Talimatı

Görev Tanımı	Haberleşme ve bilgisayar donanımı ile personeli sağlar. İç ve dış haberleşme ile bilişim uygulamalarını organize eder. Hastane santrali; telsiz; çağrı cihazı vb. sistemlerin çalışır durumda tutulmasından, iç ve dış iletişimin sürekli sağlanmasından sorumludur. Çağrı cihazı ve telsizlerin bakımlı ve şarjlı tutulmasını sağlar. Gerektiğinde yedek sistemleri devreye sokar. Operasyonun seyrine göre ihtiyaç duyulan noktalara iletişim sistemi kurulmasını sağlar.		
Bağlı Olduğu Şef	Operasyon Şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Alt yapı sorumlusundan görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliye, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Alt Yapı Sorumlusuna düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Hastanenin tüm haberleşme ve bilgi işlem sisteminin mevcut durumunu tespit et ve bunu Alt Yapı Sorumlusuna rapor et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Bilişim ve haberleşme hizmetleri kesilmiş ise, hemen onarım için gerekeni yap.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Bilgi işlem hizmetlerinin sürekliliğini sağlama planlarını yap ve bu planları aktive et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Verilerin güvenli bir biçimde toplanmasını ve gerekli birimlere ve kurumlara aktarılmasını sağla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Mevcut hastane bilgi yönetim sisteminin çalışmaması durumunda kullanılacak alternatif yöntemleri belirle.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Altyapı Sorumlusunun talep ettiği dokümanları hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Afet Yönetim Ekibine ve bölüm şeflerine sağlanan bilgi ve durum raporlarının doğru, tam ve güncel olmasını temin et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Afet ve bölümün durumu, kritik sorunları çözmek için atılan adımlar, bir sonraki operasyonel periyot için ön görülmüş eylemler ve ihtiyaçlar hakkında bölüm şefleri ile düzenli toplantılar yap.	2-12 Saat	12-72 Saat	

Bilgi işlem hizmetleri ile malzemeleri mevcut durumunu kontrol et. İhtiyaç duyulabilecek malzeme ve miktarını tespit ederek temin edilmesini planla	2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	2-12 Saat	12-72 Saat
Bilişim Alt Yapı VE Haberleşme biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse İnsan Kaynakları Sorumlusundan personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bilgi işlem hizmetlerinin eskizsiz yürütülmesini sağla	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdür	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlar açısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelinin kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve bölümlerden gelen tüm dokümanları topla ve düzenle.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama Mekanizması:		

38. Finans Şefi İş Akış Talimatları

FİNANS ŞEFİ İŞ AKIŞ TALİMATLARI			
Görev Tanımı	Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.		
Bağlı Olduğu Şef	HAP başkanı		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Yeşil/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanından görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
HAP başkanının talimatlarını yerine getirir.	0-2 Saat	2-12 Saat	
OYE tarafından belirlenen finansal sınırların düzenli maliyet analizi ile gözetilmesini sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Maliyet kayıtlarının doğru biçimde tutulmasını sağlar.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Lojistik Bölümü Birim Sorumlularını, mevcut durum ve olayın hedefleri ve strateji hakkında kısaca bilgilendir, bölüm eylem planı taslağını hazırla, sonraki toplantının zamanını belirle.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Bölüm Personel Mesai Tablosunu (Form - 18) Lojistik Bölüm personeline dağıt ve mesailerin uygun şekilde kaydedildiğini kontrol et. Bu tabloyu vardiya bitiminde ve ya her operasyon periyodunun bitiminde İnsan Kaynakları Sorumlusuna ulaştır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Gereksinim durumunda Afet Eylem Planının düzenlenmesine, brifinglere ve toplantılara katıl; - Maliyet hesabım çıkar. - Afet Eylem Planının HAY tarafından belirlenen finansal sınırlar içerisinde yürütülmesini sağla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Herhangi bir özel anlaşma/sözleşme ihtiyacı olup olmadığına karar ver.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Lojistik Bölümü personelinin güvenlik ilke ve yöntemlerine riayet etmelerini sağla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet. Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Lojistik şefinden gelen istekler doğrultusunda talep edilen malzeme, ilaç vb.alımların ödemelerini yapar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Yapılan ödemelerin kayıtlarının doğru kaydedilmesini ve denetlemesini sağlar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Muhasebe işlemlerini izler, analiz eder ve muhasebe raporlarını düzenler.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Gelir / giderleri izler, doküman eder ve OYE ye düzenli olarak bilgi verir.	2-12 Saat	12-72 Saat	

Kısa ve uzun vadede karşılaşılabilecek finansal sorunları belirler ve çözüm üretir.	2-12 Saat	12-72 Saat
Görevli personellerin ücret ve ödeme planlamasını yapar ve öder.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
Anlaşmalı olan ve olmayan satıcılardan alımlarla ilgili hesapları yönetir.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamaların hesaplar ve raporlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm muhasebe formları, fatura, satın alma sözleşmesi ve diğer kayıtları muhafaza eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP nin sonlandırılmasının ardından hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gerekli kaynak ve desteği sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Hasar tespiti için OYE ile bina turuna katılır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bina turunda tespit edilen hasarların iyileştirilmesi için ödeme yapar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/18/21/25/29		
Raporlama Mekanizması: HAP başkanı		

39. Satın Alma Sorumlusu'ş Akış Talimatı

SATIN ALMA SORUMLUSU'Ş AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu, HAP Başkanı tarafından onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyalin satın alımı ve/veya kiralanmasından sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Finans şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Yeşil/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler SATIN ALMA SORUMLUSU'Ş AKIŞ TALİMATI		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Finans şefine bağlı çalışır, Lojistik şefi ile iletişim halinde olur.		0-2 Saat	2-12 Saat
Afete özel durumlar nedeni ile tahsil edilemeyecek zorunlu harcamalar, özellikle afetle ilişkili tüm satın alma sözleşmelerinin ve acil durum planında belirtilen alımların ayrı hesaplanmasını sağlar, denetler.		0-2 Saat	2-12 Saat
Maliyetleri asgariye düşürmek için anlaşma ve görüşmeler yapar, anlaşmazlıkları çözümler.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tıbbi malzeme, ayniyat ve diğer materyallerin transferi, paylaşımı için acil anlaşmalar yap ve raporlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.		0-2 Saat	2-12 Saat
İç ve dış tüm haber akışını Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydeder, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırlar.		0-2 Saat	2-12 Saat
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Lojistik şefinden gelen malzeme taleplerini değerlendirir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Finans şefinin bilgisi doğrultusunda talepleri temin eder.		2-12 Saat	12-72 Saat
Alınan malzemelerin faturalanmasını ve kayıtların tutulmasını sağlar Tutulan kayıtların finans şefine raporunu hazırlar		2-12 Saat	12-72 Saat
Her sekiz saatte bir ve/veya Faturalama/Maliyetlendirme sorumlusunun belirlediği aralıklarla satın alımlarla ilgili Satın Alma raporlarını hazırlar.		2-12 Saat	12-72 Saat
Bölüm eylem planı hazırla, talep ettiğinde Finans Şefine ilet.		2-12 Saat	12-72 Saat
Düzeltilmediğin ya da çözemediğin herhangi bir sorun hakkında Finans Şefini acilen bilgilendir.		2-12 Saat	12-72 Saat
Tüm personel ve gönüllüleri stres ve uygunsuz davranış belirtileri açısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktarır.		2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdürür.		12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası

Afet esnasında karşılatılan tüm anlaşmaları tanımlayacak şekilde Satın Alma kayıtlarını tutmaya devam eder.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdürür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
AMP aktivasyonunun sona ermesi ile afet durumunda alınan malzeme araç gereç ilaç vb ihtiyaçların raporunu finans şefine sunar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azaltır.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Bina hasar tespit sonrası gerekli malzemelerin fiyatlandırmasını yapar ve rapor hazırlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Alınan malzemelere ait ilgili faturaların faturalama birimine tam ve eksiksiz teslim edilmesini sağlar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: 2/4/6/7/29		
Raporlama Mekanizması: Finans şefi, OYE		

40. Faturalandırma Ve Maliyetlendirme Sorumlusu İş Akış Talimatı

FATURALANDIRMA VE MALİYETLENDİRME SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Bildirilen afetin maliyet analizi verilerini sağlamak, afetin maliyet kayıtlarının doğru şekilde tutulmasından sorumludur.		
Bağlı Olduğu Şef	Finans şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Yeşil/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Finans Şefinden görevlendirme ve brifing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliye, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Finans Şefinedüzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Uygun kodlamaları içerecek şekilde Faturalama/Maliyetlendirme prosedürlerinin kaydedilmesini sağla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Mevcut durum raporlarını almak için Finans Şefi, bölüm şefleri ve birim sorumluları ile düzenli toplantı yap ve önemli bilgileri ekip üyelerine ilet.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Faturalama/Maliyetlendirme biriminin görevlerini yerine getirmek üzere yeterli sayıda kayıt görevlisi atanmasını sağla. Gerekirse destek hizmetler biriminden personel talep et.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Faturalama/Maliyetlendirme işlemlerinin izlemi ve analizlerini sürdür.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tercihen sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde Finans Şefine sunulmak üzere bir Faturalama/Maliyetlendirme Raporu hazırla.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Bölüm eylem planı hazırla, talep ettiğinde Finans Yöneticisi ilet.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Düzeltilmediğin ya da çözemediğin herhangi bir sorun hakkında Finans Yöneticisini acilen bilgilendir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Stres yönetimi, dinlenme ve gıda alımını fiziksel gereksinimlerini karşılayacak şekilde yap	2-12 Saat	12-72 Saat	
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)			

OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tercihen her sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde tüm ödemeleri düzenleyen bir Faturalama/Maliyetlendirme raporu hazırlamaya devam et.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Faaliyet ve kararların Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) ve Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydedilmesini sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm personel, gönüllüler ve hastaları stres belirtileri ve uygunsuz davranışlar açısından gözlemler. Gözlemlerini Destek Hizmetler Sorumlusuna aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verilmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelin kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm Faturalama/Maliyetlendirme kayıtlarını tamamla ve bir özet afet Faturalama/Maliyetlendirme raporu hazırla	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Görevin sonlandığında tüm dokümanların ve Operasyon Kayıt Formunun (FORM - 4) Hastane Afet Yöneticisine teslim edilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: İlgili Formlar		
Raporlama Mekanizması: Finans Şefi, OYE		

41. Hukuk, Tahakkuk Ve Tazminat Sorumlusu İş Akış Talimatı

HUKUK, TAHAKKUK VE TAZMİNAT SORUMLUSUİŞ AKIŞ TALİMATI			
Görev Tanımı	Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanede bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur. Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur		
Bağlı Olduğu Şef	Finans şefi		
Yelek Rengi/Kimlik Belirleme	Yeşil/Görev yeleğini giyin		
Kendisine Bağlı Birim			
Yerine Vekalet Edecek Kişi	Organizasyon şemasındaki yedek kişi		
Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı	
İlk Eylemler (0-2 Saat)			
Görev yeleğini giyer, İşAT ını okur.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Finans şefinden görevlendirme ve briefing alır.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Finans Şefine düzenli yazılı durum raporları verin,	0-2 Saat	2-12 Saat	
Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanede bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin al, araştır ve dokümanite et.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm Bölüm Personel Mesai Tablosunu (Form - 18) göre: Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesini sağla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Tüm aktivite ve gözlemlerini Operasyon Kayıt Formuna (FORM - 4) süregelen şekilde kaydet.	0-2 Saat	2-12 Saat	
İç ve dış tüm haber akışım Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu (FORM-29) kaydet, Bir kopyasını Dokümantasyon Birimi için hazırla.	0-2 Saat	2-12 Saat	
Devam Eden Eylemler (2-12 Saat)			
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tercihen her sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde tüm ödemeleri düzenleyen bir Hukuk/Tazminat biriminin raporu hazırlamaya devam et.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Tüm tahakkuk formlarının özet, kopya ya da orijinallerini topla	2-12 Saat	12-72 Saat	
Bölüm eylem planı hazırla, talep ettiğinde Finans Yöneticisi ilet.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Düzeltilmediğin ya da çözemediğin herhangi bir sorun hakkında Finans Yöneticisini acilen bilgilendir.	2-12 Saat	12-72 Saat	
Stres yönetimi, dinlenme ve gıda alımını fiziksel gereksinimlerini karşılayacak şekilde yap	2-12 Saat	12-72 Saat	

Görev devri yaptığın takdirde, yerine gelen yetkiliye devam eden operasyonların durumu, problemler ve ilgili diğer bilgileri aktar.	2-12 Saat	12-72 Saat
Süresi Uzayan Eylemler (12 Saatten Sonra)		
OYE ile sürekli irtibat halinde olun,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Birim personelinin artan iş yükünü karşılama yeterliliği, görevlilerin sağlık ve iş güvenliği, kaynak gereksinimi ve dokümantasyon işlemlerini izlemeyi sürdür.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tercihen her sekiz saatte bir ve/veya talep edildiğinde tüm ödemeleri düzenleyen bir Hukuk/Tazminat ve tahakkuk biriminin raporu hazırlamaya devam et.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Uygun beslenme, sıvı alımı, dinlenme ve stresle başa çıkma teknikleriyle kendi fiziksel gereksinimlerini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Personele dinlenme süresi verilmesini sağlayın,	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
İhtiyaç azaldığında, personelini kendi rutin görevlerine döndür ve pozisyonları kombine et ya da kademeli olarak azalt.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm Faturalama/Maliyetlendirme kayıtlarını tamamla ve bir özet afet Faturalama/Maliyetlendirme raporu hazırla	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Tüm destek ekipman ve araçlarının ve tahsis edilmiş tüm afet yönetim ekipmanlarının eski yerlerine yerleştirilmesini sağla.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Stres yönetimi ve faaliyet sonrası debriefinglere, gerekli diğer brifing ve toplantılara katıl.	12-72 Saat	72 Saat ve Sonrası
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: İlgili Formlar		
Raporlama Mekanizması: Finans Şefi, OYE		

EK -1B Standart Operasyon Prosedürleri

1.SOP Tedavi Kapasite Ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

1.AMAÇ

Hastanenin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek.

2.HEDEFLER

Hastaneye kabul edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin kapasite ve yeteneğini değerlendirmek, Ayakta tedavi edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek,

Kritik hizmetlerin iş sürekliliğini sağlamak amacıyla (nicel) kapasitesini değerlendirmek,

Tıbbi bakım hizmeti ve/veya özellikli tıbbi bakım hizmetlerini (kimyasal olay, epidemi vb.) yeterli düzeyde sunmak için hastanenin (nitel) kapasitesini değerlendirmek,

İlk 6 saat içerisinde hastaneye gelen hastaları önceliklendirmek ve tedavi etmek amacıyla acil servisin ve/veya afet triyaj alanının imkân ve kapasitesini değerlendirmek,

İlk 24 saat sonunda söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Halihazırda kullanılmakta olan, boşaltılabilecek ve eklenebilecek yatakların, sayısını değerlendirin (koridorlardaki sedyeleri dahil),	15 Dk	30 Dk
Yatakların kullanımını fonksiyonel hale getirmek için sonraki 24 saat içinde olabilecek değişiklikleri göz önünde bulundurarak personel, malzeme ve temel ekipman sağlama kapasitesini değerlendirin. Diğer sağlık tesisleri, özel sektör veya akredite gönüllülerden (sağlık veya genel gönüllü) gelen ek personel ile hastaneyi destekleyin,	15 Dk	30 Dk
Sonraki 48 saat içerisinde meydana gelebilecek olası değişiklikleri dikkate alarak, travma ve cerrahi bakıma yönelik maksimum kapasiteyi değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Kan bankası, eczane, laboratuvar, görüntüleme gibi kritik hizmetler sunan birimlerin maksimum kapasitelerini değerlendirin (hizmet verilebilecek hafif, orta, ağır yaralı/hasta sayılarını tahmin edin),	15 Dk	30 Dk
Görev başında bulunan ve göreve çağırılacak personel (sağlık, idari ve teknik) durumunu ve sonraki 24 saat içerisinde meydana gelebilecek olası personel değişimini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Alt yapı süreçleriyle ilgili olarak medikal gaz sistemlerinin maksimum kapasitesini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Medikal cihazların maksimum kapasitesini değerlendirin, (kuvöz, ventilatör vs.)	15 Dk	30 Dk
Teknik süreçlerle ilgili mevcut kapasiteyi değerlendir (UPS, jeneratör, su depoları vs.)	15 Dk	30 Dk
İdari desteğin imkân ve kapasitesini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Tüm Servis Sorumlularından, halihazırdaki personelin sayı ve yeterliklerini tahmin etmelerini ve olası değişimi değerlendirmelerini isteyin, (her birimin SOP una eklenebilir.)	15 Dk	30 Dk

Personelin yeterliliğini ve ihtiyaç duydukları temel malzemeleri göz önünde bulundurarak zamanla meydana gelebilecek değişimi ve temel hizmet sunumuna yönelik sürdürülebilirliğini belirleyin.	15 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
İş güvenliği prosedürleri, personel ve hastalar için olağan durumdaki gibi aynen uygulanmalıdır,		
Yataklar fonksiyonel yatak olmalıdır, tıbbi bakım verilemeyecek yatalara hastayatırılmamalıdır.		
Kişisel koruyucu ekipman durumu kontrol edilerek kapasite belirlenmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Kayıtlar, Formlar ve Kontrol Listeleri		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
OYE'nin istediği kritik bilgilerin, servisler tarafından en kısa sürede hazırlanarak değerlendirilmek üzere OYE'ye sunulduğundan emin olun.	30 Dk	60 Dk
Zaman Dilimi		
Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle başlar.	Hemen	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tıbbi triyaj yönetim prosedürü	15 Dk	30 Dk
Acil servis yönetimi ve hastaların servislere nakil SOP	15 Dk	30 Dk
Hastaneler arası sevkten sorumlu yöneticiler ve sağlık yetkilileriyle düzenli olarak bilgi paylaşımı; takip kayıtları kullanılarak OYE tarafından gerçekleştirilir (bkz. AMP Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölüm).	15 Dk	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Herhangi bir servis istenilen bilgiyi sağlayamazsa, kabaca bir tahminde bulunun (tahminlerde olası en düşük kapasiteleri kullanın),	15 Dk	30 Dk
Olay personelin iş yerine ulaşmasını engelleyecek boyutta ise, hastanenin tedavi imkân ve kapasitesinin düşebileceğini göz önünde bulundurun.	15 Dk	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE üyeleri, tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, idari hizmetler ve lojistik		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Formlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili Kayıtlar	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması: İlgili Formlar		
İzleme		

OYE, hastanenin tedavi imkan ve kapasitesinin gelişimini, belirlenmiş periyotlarla değerlendirmeye devam eder.	
Güvenlik Konuları	

2. SOP Acil Müdahale Planı'nın (Amp) Aktivasyon-Alarm Sürecinin Değerlendirilmesi

AMAÇ

Herhangi bir olay bildiriminin, Acil Müdahale Planı (AMP) doğrultusunda derhal ve etkili bir şekilde ele alınmasını sağlamak.

HEDEFLER

Olay bildirimini doğrulamak ve olayın ciddiyet derecesini değerlendirmek,

OYE'nin aktive edilmesiyle, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonuna ilişkin karar alınmasını sağlamak/başlatmak, Olay Yönetim Merkezini açmayı göz önünde bulundurmak,

Hastane servis sorumluları ile iletişime geçmek,

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler (15 dakikadan kısa sürede bildirimi değerlendirmek ve olayı doğrulamak)	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Olay bildirimini değerlendirmek için bildirim ve alarm durumu akış şemasını (Şekil 3) kullanın,	10 Dk	30 Dk
İlerleyen saatlerde tıbbi bakım hizmetlerine yönelik talep ve olası değişiklikler açısından olayın ciddiyetini (büyüklük, kapsam, etkilenen kişi sayısı vb.) değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Hastanenin, önceden belirlenmiş kontrol listesini kullanarak söz konusu talebi karşılama kapasitesini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
Temel hastane hizmetlerinin sunumunu ve sürekliliğini sağlamada olası eksiklikleri değerlendirin (ilk değerlendirme),	15 Dk	30 Dk
AMP'nin aktivasyonunun gerekip gerekmediğini değerlendirin,	15 Dk	30 Dk
İlgili kişileri bilgilendirin (görevlerine göre),	Hemen	30 Dk
Olay Bildirim Formunu kullanarak orijinal iletiyi kaydedin.	Hemen	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hastane iş güvenliğinin genel bir ön değerlendirmesini yaparak söz konusu olayın iş güvenliği ve emniyeti tehdit edip etmediği değerlendirilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Acil Müdahale Planı		
İş Akış Talimatı		
Standart Operasyon Prosedürü		
Kontrol listesi		

Bildirim ve alarm durumu akışşeması. (Plan şekil 3)		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Bilgilendirilen kişilerin gerekli faaliyetleri gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin takibinisaglayın,	30 Dk	60 Dk
112 AÇM/KKM/İL SAKOM'un bilgilendirildiğinden eminolun.		
Zaman Dilimi		
Acil (olay bildiriminin alınmasından itibaren ilk 15 dakikaiçinde)	15 Dk	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
OlayYönetimEkibinin,OlayYönetimMerkezinin,AcilMüdahale Planı'nın (AMP) Aktive EdilmesiSOP'u. (SOP:3)	30 Dk	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
OYE üyeleriyle irtibata geçemezseniz, görevdeki yetkili sağlık personeliyle hemen bilgiyi paylaşın ve karar alma sürecinibaşlatın,	15 Dk	30 Dk
Olay, hastaneyi tehdit ediyorsa, OYE'yi seferber edin ve 112 AÇM/ KKM/İL SAKOM'ubilgilendirin.	15 Dk	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYEüyeleri,		
Ekler		
Olay BildirimFormu,		
Talepleri karşılamak amacıyla gerekli tedavi kapasitesinin kabaca tahminine yönelik ilgili Formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar		
Formlar: İlgili Formlar		
Raporlama Mekanizması: AMP'de belirtilen ilgilialan		
İzleme		
1 saat sonra		
Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı alıp almadığını kontrol edin.	60 Dk	6 Saat
112 AÇM/KKM/İL SAKOM'u bilgilendirildiğinden eminolun.	60 Dk	6 Saat
Güvenlik Konuları		

3. SOP Olay Yönetim Ekibi (Oye), Olay Yönetim Merkezi (Oym) Ve Afet Ve Acil Durum Müdahale Planı'nın (Amp) Aktive Edilmesi

AMAÇ

Yönetim yapısını derhal aktif hale getirmek.

HEDEFLER

Mümkün olduğunca çok sayıda olay yönetim ekip üyesini aktive etmek (pozisyonlar/fonksiyonlar), Olay Yönetim Merkezi'ni açmak (OYM) ve ilk Olay Yönetim Ekibi (OYE) toplantısını yapmak,

Mevcut üyelere göre Olay Yönetim Ekibi'ni düzenlemek, Mevcut üyeler arasında görev ve sorumlulukları dağıtmak,

Etkili yönetim ve koordinasyonu sağlamak üzere Olay Yönetim Merkezi'ni işlevsel hale getirmek, Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine karar vermek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Olay Yönetim Merkezi'ni (OYM) açın (HAP Sekreteryası açar),	1 Dk	30 Dk
OYE çalışmaları için Standart Operasyon Prosedürleri, İş Akış Talimatları, kayıtlar, kartlar, standart protokoller ve ekipmanın mevcut olup olmadığını kontrol edin,	2 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezi'ndeki haberleşme araçlarını kontrol edin,	5 Dk	30 Dk
OYE'nin çalışma yöntemine karar verin,	5 Dk	30 Dk
OYE'nin çalışmalarını kolaylaştırmak için destek personelinin hazırda bulunmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
OYE'nin mevcut üyeleriyle, var olan bilgileri ve Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyon düzeyini göz önünde bulundurarak güncel durumu değerlendirin ve acil ihtiyaçları belirleyin,	10 Dk	30 Dk
Hastane içi ve dışındaki ana paydaşlarla öncelikli faaliyetlerin kararlaştırılmasına yönelik koordinasyonu sağlayın,	10 Dk	30 Dk
Yangın gibi devam etmekte olan bir iç tehdidin meydana gelmesi durumunda, Olay Yönetim Merkezi için alternatif bir oda da dahil olmak üzere; OYE'nin çalışmasını sürdürmeye yönelik yedek sistemleri belirleyin,	10 Dk	30 Dk
Epidemi durumunda, OYE toplantılarına, hastane enfeksiyon önleme ve kontrol programı sorumlusunu dahil edin,	10 Dk	30 Dk
Mevcut OYE üyeleri, işlenmesi/değerlendirilmesi gereken verilerin tespitinde şu hususları göz önünde bulundurmalıdır:	10 Dk	30 Dk
✓ Yalnızca karar vermeye yönelik verilere odaklanın,	5 Dk	30 Dk
✓ Olayın türüne göre (kitlesel travma, zehirlenme veya pandemi) acil ihtiyaç duyulan ve sonraki birkaç saat içerisinde ihtiyaç duyulacak verilerin olabileceğini göz önünde bulundurun,	15 Dk	30 Dk
✓ Verilerin kaynağı nerededir, nasıl toplanır, kim ne yapacak, OYM 'de nasıl muhafaza edilip işlenecek gibi soruları cevaplayın.	15 Dk	30 Dk
İç ve dış koordinasyon tedbirlerini ve bunların mevcut duruma nasıl uyarlanacağını belirleyin (bilgi yönetimi bölümüne bakınız),	15 Dk	30 Dk

İlk 48 saat ve sonrasında, OYE'nin çalışmalarının nasıl düzenleneceğine karar verin,	20 Dk	30 Dk
AMP aktivasyon düzeyini yeniden değerlendirin ve Servis Müdahale Prosedürlerinin aktivasyonuna gerek olup olmadığına (gerek varsa hangi müdahale prosedürünün aktive edileceğine) karar verin,	25 Dk	30 Dk
Hangi alanların açılması gerektiğine karar verin,	15 Dk	30 Dk
Personelin nasıl geri çağırılacağına karar verin,	15 Dk	30 Dk
Mevcut personelin ne yapacağına karar verin (hastanede kalacak mı, kalmayacak mı?),	15 Dk	30 Dk
Geri dönen personelin toplanma noktasının neresi olacağına karar verin,	15 Dk	30 Dk
Sağlık yöneticileri ile irtibata geçin ve bilgi paylaşımında bulunun.	15 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceği ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Alınan bilgileri ve gerçekleştirilen eylemleri kaydetmeye yönelik Formlar ve kayıtlar (zaman, bildirimin içeriği, temel eylemler, bildirim ve alarm işleme şablonunun kim/kimler tarafından kullanıldığına dair kayıt, sağlık yöneticileri ile iletişim),		
Görevyelekleri,		
Olay Yönetim Merkezi (OYM) ekipmanı.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
İrtibata geçilen OYE üyelerinin görevleri konusunda net talimatlara ulaşmaları için; kullanacakları İşAT'lar, Formlar ve SOP'ların hazır bulundurulmasını sağlayın,	15 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezi'nin açılması ve işlevsel olmasını sağlayın.	15 Dk	30 Dk
Zaman Dilimi		
Olay bildiriminin alınmasıyla başlar, 2 saatten kısa sürede gerçekleşir.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,	15 Dk	30 Dk
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Servislere Nakli SOP'u,	15 Dk	30 Dk
Servislere ilişkin müdahale prosedürleri,	15 Dk	30 Dk
Servis Müdahale Prosedürünün Aktivasyonu SOP'u,	15 Dk	30 Dk
İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u,	15 Dk	30 Dk
Bilgi Yönetimi SOP'u,	15 Dk	30 Dk
Sağlık yöneticileri ile bilgi paylaşımı.	15 Dk	30 Dk

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastane dışı olayın hastane hizmetlerine ilişkin olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali durumunda, Olay Eylem Planı'nı geliştirin (proaktif tutum ve öngörü).		
Sürece Dahil Kişiler		
OYEüyeleri,		
Sağlıkyetkilileri.		
Ekler		
Krokiler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Hemen	6 Saat
İzleme		
OYE, operasyon koordinasyonu ve faaliyetlerde ortaya çıkabilecek önemli sorunları mümkün olan en kısa sürede tespit etmek için yönetim sistemlerinin izlenmesine kararvermelidir,	60 Dk	
OYE, kaynakların etkin yönetildiğinden, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgi paylaşıldığından eminolmalıdır.	60 Dk	
Güvenlik Konuları		

4. SOP Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının Ve Hasta Naklinin Yönetimi

AMAÇ

Gelen tüm hastalara kritik tıbbi bakım hizmetleri sağlanırken, afet ve acil durum nedeniyle gelen hastaların triyajının yapılarak, hayat kurtarıcı acil tıbbi bakım almalarını sağlamak.

HEDEFLER

Acil Müdahale Planı'nda (AMP) açıklandığı şekilde afet triyaj alanını oluşturmak,

Fiziki koşulları sağlamak (konum, ışık, güvenlik, erişim vb.),

Ekipman ve ilaçları sağlamak,

Personel sağlamak (sağlık personeli, taşıyıcı-sedye personeli, idari personel vb.),

İş güvenliği ve emniyeti sağlamak.

Trijaj ekiplerinde çalışacak personeli belirleyerek tıbbi triyaj faaliyetlerini organize etmek,

Hastane afet triyaj alanındaki işleri organize etmek ve bu işleri Acil Servis'le koordinasyon içinde yürütmek, Gelen tüm hastaların mutlaka kayıt altına alınmasını ve kayıtların eksiksiz yapılmasını sağlamak,

Gelen hastaların tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre ilgili servislere naklini sağlamak (Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, ameliyathane, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.) ve gerektiğinde hastaya refakat etmek, Nakil araçları ve yürüyebilen hastalar için harici trafik akışını organize etmek,

Tıbbi bakım hizmetlerinin kaydedilmesini sağlamak,

Hastaların triyajını yaparak hastanenin tıbbi bakım kapasitesini arttırmaya katkıda bulunmak, Hastane alanı içinde güvenliği sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Acil Servis'e ve hastanenin diğer servislerine erişimi, yalnızca iyileştirilebilir vakalar veya kısıtlı kaynaklara erişerek fayda görebilecek vakalar için sağlayın. Bu nedenle:	5 Dk	30 Dk
✓ Hafif yaralanmaları ya da diğer hafif tıbbi durumları Acil Servis dışında tedavi etme seçeneğini göz önünde bulundurun,	5 Dk	30 Dk
✓ Hafif yaralıları tedavi etmek için Ayaktan Tedavi Bölümü (poliklinikleri) açın. Halihazırda ayaktan tedavi bölüm (ATB) varsa ve mekân bakımından sorun yoksa genişletin ve güçlendirin,	5 Dk	30 Dk
✓ Olağan ATB hastalarını, OYE aksini belirtmedikçe rutin bölümlere (polikliniklere) yönlendirin, (OYE bazı ATB faaliyetlerini durdurabilir),	5 Dk	30 Dk
✓ Özellikle ATB, Acil Servis'e yakınsa, erişim sorunları ve aşırı yoğunluğa sebep olacaksa, aciliyeti olmayan tüm ATB konsültasyonlarının iptal edilebilir,	5 Dk	30 Dk
Eğer bazı Ayaktan Tedavi Bölümü faaliyetler iptal edilirse, bu durumda rutin olarak gelen hastalara nasıl haber verileceğine karar vermek gerekmektedir;	5 Dk	30 Dk
✓ Web üzerinden randevu alan hastalara, randevu iptallerini duyurmak için sms atılır veya aranır.		
Hastane afet triyaj alanını bir saatten daha kısa sürede çalışır hale getirmek için uygun önlemleri alın:	5 Dk	30 Dk

✓ Hastane afet triyaj alanını açın, bu alana yedekli personel tayin edin, bu alanın güvenliğini sağlayıp donatmak ile ilgili AMP'yi esas alın,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanının açıldığını ve hastaların kabulünün nasıl organize edileceğini 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'a bildirin,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanında kimin çalışacağına, hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceğine, hangi formların, kayıtların, prosedürlerin ve iş akış talimatlarının kullanılacağına karar verin,	10 Dk	30 Dk
✓ Kullanılabilecek standart tedavi protokollerini belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanıyla, OYE ve Acil Servis arasında bilgi paylaşımının nasıl yapılacağını belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Triage sorumlusu, hasta yakınlarının triyaj alanına alınmasını onaylamadıkça hasta yakınlarının triyaj alanına girmesine izin vermeyin (çocuk vakalar hariç),	10 Dk	30 Dk
✓ Önceden belirlenen hasta kartlarını kullanarak hastaların (koma durumunda olanlar dahil) kaydının yapılmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastaların sürekli olarak izlenebilir olmasını sağlayın, hastane afet triyaj alanı ve Acil Servis ayrı yerlerde ise bu iki alan arasında etkili bir koordinasyon olmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
✓ OYE hastane afet triyaj alanının güvenli bir şekilde organize edilmesini, yönetilmesini sağlar ve takip eder.	10 Dk	30 Dk
Hastane dışı trafik akışını organize edin:	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanı ve hastane girişi için güvenliği yönetmekle sorumlu olacak (gerekğinde emniyet güçleri ile irtibatı sağlayacak ve birlikte çalışacak) yedekli bir güvenlik görevlisi tayin edin,	10 Dk	30 Dk
✓ Alanların belirlenmesini, işaret ve yönlendirme tabelalarının yerleştirilmiş olmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
✓ Hasta kabul alanlarının doğru bir şekilde belirlenmiş, güvenliğinin sağlanmış ve gerekli personelin görevlendirilmiş olduğunu teyit edin,	10 Dk	30 Dk
✓ İlgili personelin bilgilendirildiğinden ve gerekli koruma/korunma önlemlerinin alındığından emin olun,	10 Dk	30 Dk
✓ Hastane afet triyaj alanına ulaşmak için harici trafik akışını düzenleyin/düzenletin. Triage alanından Acil Servis'e ya da diğer servislere hasta naklinin aksamaması için alternatif yollar ile giriş çıkışları belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Harici trafik akışını kolaylaştırmak ve bu trafik akışını (ambulanslar) organize etmek için hastane afet triyaj alanının güvenli ve iyi belirlenmiş.	10 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Görevli personelin kişisel koruyucu kıyafet kullanması sağlanmalıdır,		
Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir,		

Ayrıca kişisel eşya güvenliği de sağlanmalıdır (kişisel eşyaların etiketlenerek güvenlik personeli gözetiminde acil afet deposunda bulunan kilitli emanet dolabına konulur.)		
Kullanılacak Materyaller		
Hastane afet triyaj alanı için gerekli ekipman, Acil Afet Deposunda afet stoğunda bulundurulmalıdır,		
Hasta kayıt ve izlemi için gerekli formlar ve kayıtlar,		
Hasta kaydı için gerekli elektronik/dijital altyapı sağlanmalıdır,		
Hastane tarafından belirlenen triyaj protokolü (bkz. Acil Müdahale Planı - AMP),		
Görev yelekleri,		
Triyaj alanındaki ekipman ve ilaçlar için kontrol listeleri,		
Standart Operasyon Prosedürü (SOP).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Hastane afet triyaj alanının gelen hastalar için tam fonksiyonel olmasını sağlayın (personel, ekipman; güvenlik),	10 Dk	30 Dk
Harici trafiği düzenleyin ve trafik akışını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
Güvenliği sağlayın.	10 Dk	30 Dk
Zaman Dilimi		
OYE'nin Afet Triyaj Alanı açmaya yönelik kararı ile başlar, bir saatten kısa süre içinde gerçekleşir.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Standart Operasyon Prosedürü (SOP).....	5 Dk	30 Dk
İş Akış Talimatı (İşAT)	5 Dk	30 Dk
Servis Müdahale Prosedürü.....	5 Dk	30 Dk
Sağlık yetkilileri ile hastaları hastanelere göndermekle sorumlu komuta merkezi arasında düzenli olarak bilgi paylaşımı olmalıdır. Bilgi akışının sağlanması için, 112 AÇM/KKM/İL SAKOM bilgilendirmelidir. Bilgilendirme Bilgi Paylaşımı Takip Kayıt Formu kullanılarak yapılır.	5 Dk	30 Dk
Hastane içinde bilgi paylaşımı sürekli olmalıdır.	5 Dk	30 Dk
Diğer alan sorumluları ile birlikte hareket edilmelidir (hasta yakını alanı, medya bilgilendirme alanı, ölenlere ve kişisel eşyalara yönelik alan).	5 Dk	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Bulaşıcı hastalık acillerinde ya da bir epidemi durumunda, Bölüm 4'teki Bulaşıcı Hastalık yönetimine ilişkin Olaya Özel Plan'a bakınız ,	5 Dk	30 Dk
Kimyasal bir olay durumunda, Bölüm 4'teki kontamine hastalara ilişkin Olaya Özel Plan'a bakınız .	5 Dk	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE,		
Triyaj ekiplerinde çalışan sağlık personeli,		

Hastane afet triyaj alanında çalışan kayıt personeli ve idari personel,		
İlgili servis sorumluları,		
Güvenlik görevlisi,		
Kolluk kuvveti.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili kayıtlar	Hemen	6 Saat
Kontrol listeleri:	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması: Acil Müdahale Planı'nın (AMP) ilgili bölüm		
Tedavi edilen ve kabul edilen hasta kayıtlarının tutulmasını sağlayın (hasta kartları),	Hemen	30 Dk
Hasta kayıt ve izlem formları ile ilgili kayıtların tutulmasını/saklanması sağlayın.	Hemen	30 Dk
İzleme		
Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlendiğinden emin olun.	Olayın Başlamasınd Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		
Hastane afet triyaj alanında güvenlik son derece önemlidir. Olayın hemen ardından kolluk kuvveti ile iş birliği sağlanmalıdır.		

5. SOP Tıbbi Triyaj Yönetimi

AMAÇ

Gelen her hastanın en uygun tedaviyi alması için hızlı bir şekilde muayene edilerek tıbbi durumunun değerlendirilmesini sağlamak.

HEDEFLER

Gelen tüm hastaların yeterliliğe sahip sağlık personeli tarafından klinik olarak değerlendirilmesini sağlamak,

Mevcut personel ve ekipman durumunu göz önünde bulundurarak; hiç zaman kaybetmeden, mümkün olan en fazla sayıda hastaya, farklı tıbbi bakım alanlarına nakletmeden önce hayat kurtarıcı müdahaleleri uygulamak (hastaların ileri tıbbi tedavi alma önceliklerini azaltmak),

Hastaların ileri tıbbi tedavi göreceği tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak (Acil Servis, ameliyathaneler, Ayaktan Tedavi Bölümüvb.),

Hastanenin tedavi kapasitesini aşırı zorlamamak amacıyla hastaneye yatırılan hasta sayısını mümkün olan en düşük sayı tutturmak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Triyaj ekibi/ekiplerinin çalışmaya hazır olduğunu ve bilginin nasılpaylaşılacağını, Başhekim Yardımcısı/AcilServis Birim Sorumlusu/Acil Servis Sorumlu Hekiminebildirin,	5 Dk	30 Dk
Triyajı yapılmış hastaların Acil Servis’te nereye nakledileceğine karar vermek için Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi/Acil Servis Birim Sorumlusu ile birlikteçalışın,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik tedbirlerinin alınması, personel ve hasta güvenliğinin sağlanması için güvenlik görevlisi ile birlikteçalışın,	5 Dk	30 Dk
Hastane afet triyaj alanı ile Acil Servis arasındaki nakillerin uygun bir şekilde gerçekleştirilmesinis Sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Tıbbi tedavi ve kararları kayıt altına alın,	5 Dk	30 Dk
Hasta kabul alanlarının güvenliğini sağlayın (gerekirse kolluk kuvveti ile birlikte hareket edin),	Hemen	30 Dk
Güvenlik görevlisi ile iş birliği yaparak hasta kabul alanlarına yalnızca yetkili kişilerin girebilmesinis Sağlayın,	Hemen	30 Dk
Acil Servis’ten Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi/Acil Servis Birim Sorumlusunun izin vermediği hasta yakınlarının,hastane afet triyaj alanına ve AcilServis’e girmelerini engelleyin.	Hemen	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek Hemen güvenlik görevlisine bildirilmelidir,		
Ciddi tehdit teşkiledebilecek her türlü durum AcilServis Birim Sorumlusu veHAP Başkanı’na raporedilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Standart OperasyonProsedürü,		
İşaretler ve yönlendirme tabelaları,		
İşaret (ikaz) şeridi, tenteler ve önceden belirlenmiş diğermateryaller,		
Formlar ve kontrolisteleri,		
İlaçlar ve tıbbi ekipman (afetstoku),		
Görevyelekleri.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		

Gelen tüm hastaların triyajlarının Yapılmasını ve tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlayın.	Hemen	30 Dk
Zaman Dilimi		
Hastane afet triyaj alanının aktive edilmesinden hemen sonrabaşlar,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastalar hastaneye geldiği sürece devam eder.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Güvenlik YönetimiSOP’u,	5 Dk	30 Dk
Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/ Birimlere Nakli SOP’u,	5 Dk	30 Dk
Hastane Afet Triage Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin YönetimiSOP’u,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik SorumlusuİşAT,	5 Dk	30 Dk
Triage Alan SorumlusuİşAT,	5 Dk	30 Dk
OYE ve Acil Servis ilekoordinasyon.	5 Dk	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastayakınlarınınkendilerineizin verilmediğihaldehastalarınarefakat etmek istediği durumda konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin,		
Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin geçici morg) bu alanın net ve anlaşılır bir şekilde işaretlenip etiketlenmiş olmasını sağlayın; Güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin.		
Sürece Dahil Kişiler		
Triage faaliyetine katılan tüm tıbbipersonel,		
OYEyadaAcilServisSorumluHekimtarafındangörevlendirilentüm idari personel ve kayıt personeli,		
Güvenlikpersoneli.		
Ekler		
Farklı alanların konumlarını gösterenharitalar/krokiler,		
Kayıtlar veformlar,		
Mevcut malzemelerin kontrollistesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: İlgili formlar	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Hemen	
OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatlarına uyun.	Hemen	30 Dk
İzleme		
Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun.	Olay Başlamasında Kadar	
Güvenlik Konuları		

6. SOP Acil Servis Yönetimi Ve Hastaların Servislere Nakli Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Acil Servis'in çok sayıda hastaya hizmet verebilecek şekilde çalışır durumda olmasını sağlamak ve hastaların tıbbi bakım alanları arasındaki naklini organize etmek (hastane içi trafik akışı).

HEDEFLER

Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde Acil Servis'i bu plana göre organize etmek (bölümlerin farklı hasta kategorilerine göre oluşturma),

Rutin çalışma şekline, afet ve acil durum çalışma şekline geçiş yapmak (komuta, koordinasyon, bilgi yönetimi), Personelin, Acil Servis'in çeşitli bölümlerinde, net talimatlarla görevlendirilmesini sağlamak,

OYE ile koordineli olarak ek kaynakları (personel, malzeme, ekipman) devreye sokup, tedavi imkan ve kapasitesini artırmak, Acil Servis'te yoğunluk oluşmasını önlemek için, sağlık hizmetlerini öncelikli tıbbi tedavi ile sınırlandırarak devamlılığını sağlamak,

İlgili personelin her türlü tehlikeli durum hakkında bilgilendirilmesini ve korunmasını sağlamak,

Gerekli malzemelerin ve ekipmanların mevcut olmasını sağlamak (gereğinin yapılması için her türlü eksiklik hemen OYE'ye bildirilmelidir),

Acil Servis'te kalınan sürede ve hastanede ilgili servislere nakil sırasında öncelikli tıbbi tedavinin devamlılığını sağlamak, Acil Servis ile tıbbi bakım alanları (Ayaktan Tedavi Bölümü, ameliyathane, yoğun bakım vb.) arasındaki hastane içi trafik akışını yönetmek,

Tıbbi bakımın devamlılığı için gereken önemli belgeleri hastalarla birlikte nakletmek, Personel ve hastaların (kişisel eşyaları dahil) güvenlik ve emniyetini sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi aşağıdaki konuları OYE ile görüşmelidir:	5 Dk	30 Dk
✓ Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (yönetim, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla rehber, prosedür ve İşAt'ların kullanıldığından emin olun,	5 Dk	30 Dk
✓ Diğer birimlerden Acil Servis'e personel desteğinin nasıl sağlanacağına karar verin,	5 Dk	30 Dk
✓ Acil Servis'in hastane afet triyaj alanının yönetimine nasıl katkıda bulunacağına karar verin,	5 Dk	30 Dk
Acil Servis'in, AMP ya da Acil Servis Müdahale Prosedürü'ne göre yeniden organize edilmesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Personeli sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin,	5 Dk	30 Dk
Malzemelerin (afet stoku) ve ekipmanın kullanıma hazır olmasını sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Personel, malzeme ve ekipman ihtiyacının artacağını göz önünde bulundurun,	5 Dk	30 Dk
Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak) OYE ile birlikte nihai karar alın,	5 Dk	30 Dk
Gelecek 24 saat içinde görev alacak personeli organize edin (nöbet/vardiya),	10 Dk	30 Dk
Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için Acil Servis'in bölümlerini işaretleyin/isimlendirin,	10 Dk	30 Dk
Güvenlik görevlisinden destek alarak, Acil Servis'e girişlerin sadece yetkili kişilerle sınırlandırılmasına dikkat edin,	10 Dk	30 Dk

Gelen hastaların kontamine (kimyasal ajan vb.), enfekte (pandemi, epidemi yapma potansiyeline sahip ajan) olup olmadığından emin olun,	10 Dk	30 Dk
Dahili nakil kapasitesini (kullanılabilir sedyeler, personel), değerlendirerek yeterli olmasını sağlayın,	10 Dk	30 Dk
Servis sorumlularını, hasta alımının nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirin,	10 Dk	30 Dk
Hastaların Acil Servis’ten etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin,	10 Dk	30 Dk
Personelin, hastaların tıbbi bakımının devamlılığı açısından, nakil sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın,	15 Dk	30 Dk
Hastanın, hastane içi uygun transferinin yapılması için önceden belirlenen Form/Formların kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp, rapor edileceği konusunda bilgilendirin,	15 Dk	30 Dk
Acil Servis’in içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaret ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirildiğinden emin olun,	15 Dk	30 Dk
Hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasında, gerektiği durumlarda güvenlik görevlisinden destek alın,	15 Dk	30 Dk
Nakil yollarının hareketi engellemeyecek şekilde, sürekli açık olmasını sağlayın, yoğunluk oluşmasını önleyin,	5 Dk	30 Dk
Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre naklini sağlayın (tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil Servis OYE’nin kararlarına uymalıdır),	5 Dk	30 Dk
Acil Servis’te hasta naklinde görevli personelin, görev yeleği giymesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın.	5 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Acil Servis’te yalnızca yetkili kişiler çalışmalıdır,		
Aile üyeleri yalnızca Acil Servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat etmelidir (hasta başına bir kişi),		
Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek Güvenlik görevlisine ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE’ye rapor edilmelidir (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir),		
Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planı’nda (AMP) belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Tıbbi malzemeler ve ekipman,		
İşaretler ve yönlendirme tabelaları,		
Formlar ve kontrol listeleri,		
Görev yelekleri,		
Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		

Acil Servis’te tüm hastalara ihtiyaçlarına göre tıbbi bakım verilmesinin sürekliliğini sağlayın,	Hemen	30 Dk
Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın doğru yönetildiğinden emin olun,	Hemen	30 Dk
İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını sağlayın.	Hemen	
Zaman Dilimi		
Acil Müdahale Planı’nın (AMP) aktivasyonundan hemen sonra başlar (Acil Servis’in yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzemelerin ve ekipmanın mobilize edilmesi 30 dakika içinde gerçekleştirilmelidir),	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	
Hastalar Acil Servis’e gelmeye devam ettiği sürece devam eder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Güvenlik Yönetimi SOP’u,	Hemen	30 Dk
Bilgi Yönetimi SOP’u,	Hemen	30 Dk
Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP’u,	Hemen	30 Dk
Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP’u,	Hemen	30 Dk
Ailelere Yönelik Alanların YönetimiSOP’u,	Hemen	30 Dk
Ölü ve Kayıpların Yönetimi SOP’u,	Hemen	30 Dk
Güvenlik Sorumlusu İşAT,	Hemen	30 Dk
Trijaj Alan Sorumlusu İşAT,	Hemen	30 Dk
Acil Servis Birim Sorumlusu İşAT.	Hemen	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini sağlayın, Güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,	Hemen	30 Dk
Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,	Hemen	30 Dk
Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay vb.) yönlendirilmesini ve sevkini sağlayın.	Hemen	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
Acil Servis’te çalışan tüm sağlık çalışanları ve diğer çalışanlar,		
OYE ya da Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından diğer servislerden görevlendirilen tüm idari personel ve kayıt personeli,		
Güvenlik personeli.		
Ekler		
Farklı alanların konumlarının haritası/krokisi,		
Kayıtlar ve formlar,		
Standart Operasyon Prosedürü (SOP).		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		

Kayıtlar: Bilgi yönetimi Hasta dosyası Hasta takip formu		
Raporlama Mekanizması:		
OYE'nin ve Acil Servis Birim Sorumlusu'nun talimatlarına uyun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İzleme		
Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş sağlığı güvenliği ve emniyet konularının değerlendirildiğinden emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Temel malzemelerin ve ekipmanın kullanılabilirliğinin kontrol edildiğinden emin olun,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tıbbi personel tarafından hasta nakillerinde uygulanmak üzere hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		

7. SOP İnsan Kaynakları Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak.

HEDEFLER

AMP aktive edildiğinde mevcut personelin yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelin rutin çalışma şekliyle afet/acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak,

AMP'nin aktivasyon düzeyine göre geri çağırma prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak,

Geri çağırılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek,

OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel görevlendirmek,

Personelin iş sağlığı, güvenliği ve emniyetini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak, Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek,

Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak,

Gerektiğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Servislerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE'ye haber vermelerini isteyin (örneğin, travma konusunda nitelikli cerrah sayısı),	Hemen	30 Dk
Servislerin, Acil Servis'in ve hastane afet triyaj alanının ilerleyen saatlerdeki ihtiyaçlarını da öngörerek personel ihtiyacını değerlendirin ve ekstra personel ihtiyacı durumunda OYE'ye istekte bulunun,	Hemen	30 Dk
İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin,	30 Dk	30 Dk
Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırmaya yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/ kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağırılan kritik personelin naklini organize edin),	Hemen	30 Dk
Geri çağırılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin,	10 Dk	30 Dk
Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE'nin ve servis sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin,	10 Dk	30 Dk
Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin; akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere AMP'de açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin,	30 Dk	60 Dk
Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.),	Hemen	30 Dk
Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevde olmayan) sürekli güncel tutun,	Hemen	30 Dk
Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin,	Hemen	30 Dk
Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın.	30 Dk	60 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		

Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir,	10 Dk	30 Dk
OYE ve çeşitli servis sorumlularının kararına göre, ilgili servislerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verilmelidir,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin yaka kartları takması ve mümkünse görev yeleklerini giymesi sağlanmalıdır,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman (KKE) dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uyması sağlanmalıdır.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Kullanılacak Materyaller		
AMP’de açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, Formlarve kayıtlar,		
Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri,		
Kimlik kartları ve görev yelekleri.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Görevde olan ve olmayan personelin yapması gerekenler konusunda bilgilendirilmesini sağlayın,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personel için en acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
AMP’nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Standart Operasyon Prosedürü.....	Hemen	
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü.....	Hemen	
Yerel sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,	Hemen	30 Dk
İlgili ise diğer hastaneler ile koordinasyon kurun.	Hemen	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Eğer olay personele yönelik bir sağlık sorunu teşkil ederse (örneğin kimyasal olay, insandan insana bulaşma potansiyeli olan şiddetli bulaşıcı hastalık) personelin sağlığını korumak amacıyla gereken önlemleri alın (örneğin koruyucu ekipman dağıtımı, personelin bilgilendirilmesi) ve profilaktik ilaç kullanımını aktive edin,	Hemen	30 Dk
En önemli hizmetleri sağlama konusunda personel eksikliği varsa, destek almak için sağlık yetkilileri ile irtibata geçin ve gönüllülerin katılımı veya özel sektörün sunabileceği katkı gibi alternatifleri değerlendirin.	Hemen	30 Dk

Sürece Dahil Kişiler		
OYE üyeleri, Servis sorumluları, Hastane personeli, Sağlık yetkilileri.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Hemen	6 Saat
Formlar: 2/4/16/17/18/24/26/29/36	Hemen	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
AMP’nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.		
İzleme		
OYE’nin gerekli gördüğü aralıklarla (örneğin, ilk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez) kontrol ederek, personelin nitelik ve niceliğinin hizmetin yeterliliği açısından uygun olduğundan emin olun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.	Olay Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		

8. SOP Bilgi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Bilgi Yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.

HEDEFLER

Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak,

Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak,

Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak, Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak,

İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda Olaya Özel Planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak, İhtiyaç duyulduğunda olay eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak,

Topluma yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak,

Sağlık sürveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak,

Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak,

Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Öncelikle, düzenli güncellenecek kararların alınmasında etkili olan temel veri türlerini belirleyin (nasıl ve ne zaman gibi temel soruları içeren veri türlerini, veri kaynaklarını, veri toplama yöntemlerini ve OYE'ye raporlama mekanizmasını tespit edin),	5 Dk	30 Dk
İlk etapta AMP'de yer alan verileri dikkate alın ve değerlendirin (özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler),	5 Dk	30 Dk
OYE, aşağıdaki faaliyetlerin acilen yerine getirilmesi için hemen Planlama şefine bağlı olan Durum Değerlendirme Sorumlusunu görevlendirmelidir. Genellikle OYE bünyesinde planlama fonksiyonu dahilinde bir ekip, aşağıdaki faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli bilgi yönetimi altyapısını sağlar:	5 Dk	30 Dk
✓ Diğer hastaneler, acil sağlık hizmetleri, sağlık yetkilileri ve basın ile bilgi paylaşım yöntem ve kurallarının gözden geçirilmesi,	5 Dk	30 Dk
✓ Acil durumlarda, hastanede gereksiz yoğunluğun önlenmesi amacıyla kamuoyunun bilgilendirilmesi (tüm hastaların uygun tedavi alabilecekleri diğer sağlık kurumlarına yönlendirilmesi de dahil),	5 Dk	30 Dk
✓ Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesinin sağlanması,	5 Dk	30 Dk
✓ Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğinin ve verilere nasıl ulaşılabileceğinin belirlenmesi (örneğin mevcut kaynaklara ve değişen ihtiyaçlara dair veriler),	5 Dk	30 Dk
✓ Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesinin sağlanması,	5 Dk	30 Dk

✓ Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığının kontrol edilmesi,	5 Dk	30 Dk
OYE, sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir:	5 Dk	30 Dk
✓ Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunun, risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilmesi,	5 Dk	30 Dk
✓ Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi.	5 Dk	30 Dk
OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir. Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.	5 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır,		
Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesi sağlanmalıdır,		
Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulması sağlanmalıdır,		
Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması sağlanmalıdır,		
Kamuya ya da medyaya yönelik bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılması sağlanmalıdır,		
Hastanenin sağlık sürveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunması ve özellikle sürveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesi sağlanmalıdır (Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nü dikkate alarak).		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar: İlgili formları		
Standart Operasyon Prosedürü		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Takip kayıt belgeleri		
Haberleşme araçları		
Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Kritik verilerin düzenli olarak toplanması, işlenmesi, değerlendirilmesi, kullanılması ve depolanması sağlanır,	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
Ana faaliyet ve operasyonların AMP’de açıklandığı şekilde kayıt altına alınması sağlanır.	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
OYE’nin faaliyete geçmesiyle başlar, olağan duruma geçinceye kadar devam eder.	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Servis sorumlusu, Güvenlik personeli, Sağlık yetkilileri.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: İlgili formlar	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
OYE tarafından bir değişiklik yapılmadığı sürece AMP’de açıklanan çeşitli prosedürlere ve varsa olaya özel planlara her zaman uyulmasını sağlayın.	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
İzleme		
OYE’nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun,	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun,	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin AMP’de açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun,	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık süurveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun,	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk
Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.	Olay Başlamasında n Bitimine Kadar	30 Dk

9. SOP Lojistik Ve Malzeme Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.

HEDEFLER

Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek,

Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örneğin ulaştırma araçları, haberleşme araçları, su ve elektrik vb.) mümkün olduğuk adaretkili ve verimli kullanmak,

Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak,

OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak, Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak,

Su, enerji, kanalizasyon sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak,

Olaya özele ekipmanların (örneğin, personeli için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak, Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iae) yönetimine katkıda bulunmak,

OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak,

Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak, Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Lojistik yönetiminde mevcut kaynakların etkin kullanımı amacıyla OYE ile servislerin koordinasyonunu sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezi'nde Lojistik Yönetimi için gerekli rehberlerin, prosedürlerin, İŞAT'ların bulunmasını sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Servis Müdahale Prosedürlerindeki özel rehberlerin ve prosedürlerin, afet/acil durums sırasında lojistik yönetiminin sağlamak için uygun olduğundan emin olun. Normalde bu prosedürler ve İş Akış Talimatları, Olay Yönetim Merkezi'nde (OYM) de mevcut olmalıdır,	5 Dk	30 Dk
Kullanılacak olan temel prosedürlerin mevcut acil duruma uyarlanması sağlayın. OYE'deki Lojistik Yönetimi Sorumlusu mevcut krizin yönetimi etkileyebilecek özelliklerini değerlendirmeli, temel prosedürler ve rehberlerle uyum sağlanıp sağlanmadığını veya düzenlemeler yapılması gerekip gerekmediğini kontrol etmelidir. Özellikle spesifik Olay Eylem Planı oluşturulmasının gerektiği durumlarda, lojistik yönetimindeki önemli zorlukların ne olduğu veya olabileceğini belirleyin,	5 Dk	30 Dk
OYE, çözüm üretiminde ekip yaklaşımıyla hareket etmek amacıyla, lojistiğin bazı bölümlerini yönetmekten sorumlu olan kişileri toplantıya çağırarak isteyebilir. Önerilen strateji, sisteme dayalı bir yaklaşımdır ve şunları içerir:	5 Dk	30 Dk
✓ Genel strateji ve çalışma şekli konusunda açıkça karar verilir (merkezi veya servise dayalı strateji),	10 Dk	30 Dk
✓ Yeniden tedarik sistemi iyi bir şekilde tanımlanır,	10 Dk	30 Dk
✓ Yedek parçaların tedariki ve kritik ekipmanın tamiri gibi konularda, hastane dışı uzmanlardan yardım istenebilir. (Bknz AMP teknik alt yapı bölümü)	10 Dk	30 Dk

✓ Servis ve OYE arasındaki Lojistik Yönetimiyle ilgili ortak yetki verilmesi gibi taleplerin bir havuzda toplanması birinci seçenek olarak düşünülmelidir.	10 Dk	30 Dk
✓ Lojistiğin mümkün olan en iyi şekilde yönetimini sağlamak için sağlık yetkilileri (KKM, Diğer Kurumların Yetkilileri) ile birlikte hareket edin,	10 Dk	30 Dk
✓ Lojistik ihtiyaçların mümkün olan en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla temel harici paydaşlarla (örneğin, emniyet güçleri, tedarikçiler, icracı bakanlıklar) birlikte hareketedin.	10 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Lojistikyönetimineengelolabilecekpotansiyelsorunlaröngörülmalıdır,		
Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler öngörülmelidir,		
OYE, personelin koruyucu ekipman kullanımınısağlamalıdır,		
Hastanedepolarınınvekritikekipmanın güvenliğineöncelikverilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar: İlgili formlar		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar		
Standart OperasyonProsedürü		
Kontrollisteleri		
Görevyelekleri, Yönlendiricitabelalar, Kutular, depolar, araçlarvb.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasınısağlayın.	Olayın Başlamasınd an Bitimine Kadar	
Zaman Dilimi		
AMP’nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devameder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Bilgi YönetimiSOP’u,	Olayın Başlamasınd an Bitimine Kadar	30 dk
İnsan Kaynakları YönetimiSOP’u,	Olayın Başlamasınd an Bitimine Kadar	30 dk
Temel tedavi alanlarına ilişkinSOP,	Olayın Başlamasınd an Bitimine Kadar	30 dk
Sağlık yetkilileri.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		

Kritik malzemelerin veya ekipmanların ilgilili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltici önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Eğer ulaşım ve haberleşme araçlarının sorunu hale geleceği öngörülürse, hemen düzeltici önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltici önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Çeşitli servis personeli, Güvenlik personeli, Harici tedarikçiler ve paydaşlar.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 6/7/13/21/22/23/24/30/41	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
AMP ve Servis Müdahale Prosedürü'nde açıklandığı şekliyle raporlandırın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İzleme		
Düzenli olarak lojistik ihtiyaçların takip edildiğinden ve talepleri ihtiyaçlar arasındaki farkın (nicel ve nitel) değerlendirildiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		
Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir.		

10. SOP Eczane Yönetimi (Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman Ve Diğer Malzemeler) Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Eczanede depolanan malzemelerin ve ekipmanın, Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) verdiği karara göre, hemen kullanıma sunulmasını sağlamak.

HEDEFLER

Personel için koruyucu ekipman, temel ilaçlar ve malzemeler bakımından eczane stoklarının ne durumda olduğunu saptamak,

Mevcut durum değerlendirilip ihtiyaçları belirleyerek eczanenin gerekli malzemeleri ne kadar süre boyunca sağlayabileceğini saptamak,

OYE'nin talebi doğrultusunda gerekli malzemelerin doğru yer, zaman ve miktarda kullanıma sunulmasını sağlamak, OYE ile koordinasyon içinde, temel malzemeler azalmadan önce yeniden tedarik siparişi vererek önlenmek,

Eczanede depolanan temel ilaçlar ve diğer kritik malzemelerin hem rutin hastalar hem de olaydan etkilenmiş hastalar için her zaman ulaşılabilir olmasını sağlamak,

Eğer durum özel ilaç (örneğin, kimyasal olaylarda yüksek miktarda antidot; büyük bir salgında antibiyotik) veya özel koruyucu ekipman (örneğin, pandemi durumlarında personel için yüksek miktarda kişisel koruyucu ekipman) gerektiriyorsa hemen olaya özel önlemler almak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Görevdeki Sorumlu Eczacı:		
Tedavi uygulanabilecek hasta sayısını, mevcut imkanların neler olduğunu ve ne tür ihtiyaçların karşılanacağını değerlendirin,	5 Dk	30 Dk
Eczanede sınırlı miktarda depolanmış ilaç ve malzemenin afet ve acil durumda artan gereksinime göre daha ne kadar temin edilmesi gerektiğini belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Gerekli ilaç ve malzemeleri kısa sürede kullanıma sunun; yetersizliği durumunda ise yeniden tedarik edilmeleri için eylem planı oluşturun,	5 Dk	30 Dk
Kimyasal biyolojik veya bulaşıcı hastalık ihtimali varsa dezenfektanlar, aşılar, koruyucu kıyafetler ve antidotlar gibi diğer özel malzemeler gerektiren durumlarda gerekli tedbirleri alın.	5 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Ekibi (OYE):	5 Dk	30 Dk
Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilip yönetilmediğini kontrol edin,	5 Dk	30 Dk
Bu personelin işleri yürütmek için tüm prosedürlere, iş akış talimatlarına, kayıtlara, formlara ve varsa müdahale prosedürlerine erişimi olup olmadığını kontrol edin. Aksi bir durumda, bir eczacı devralana kadar eczaneye OYE'nin direkt kontrolü altında yöneticilik yapabilecek deneyimli bir personel görevlendirin.	5 Dk	30 Dk
Eczane malzemelerin satın alma, nakliye gibi tedarik işlemlerinde OYE Lojistik Sorumlusu'ndan yardım isteyebilir.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eczanede Görevli Personel	10 Dk	30 Dk
✓ Bu görev OYE'nin Lojistik Sorumlusu tarafından üstlenilmemişse civardaki hastaneler de dahil olmak üzere, gerektiğinde ekstra ilaçları ve sarf malzemelerini acil bir şekilde sağlayabilecek tedarikçileri belirleyin,	10 Dk	30 Dk

✓ Kamu veya özel sektördeki diğer hastanelerin eczaneleri, ilaç depoları, tıbbi cihaz ve malzeme firmaları ile önceden yapılmış iş birliği protokollerini gözden geçirin,	10 Dk	30 Dk
✓ Diğer hastanelerin (özel, kamu, üniversite, vb.) bu alandaki imkan ve kapasitelerini değerlendirin,	10 Dk	30 Dk
✓ Nitelikli personel ve yardımcı personel eksikliği ile ilgili sorunları belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Eczane depolarının mevcut durumdan etkilenip etkilenmediğini belirleyin (örneğin, soğuk zincir),	10 Dk	30 Dk
✓ Farklı birimlerin (Laboratuvar ve Kan Bankası vb.) ihtiyacı olan ürünlerin eczanede-hastane özelinde bulunması durumunda yeterli miktarda olup olmadığını belirleyin ve OYE ile koordineli olarak düzeltici önlemleri alın.	10 Dk	30 Dk
✓ İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
✓ Eczane yetkili olmayan kişilerin herhangi bir müdahalesine karşı güvenlik personeli ile korunmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar: 21/22/23/26		
Kayıtlar		
Kontrol Listeleri		
Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Servis Müdahale Prosedürü		
Görevyelekleri		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eczane ile ilgili değerlendirmelerin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eczane tarafından kullanıma sunulan malzemelerin OYE'nin verdiği yetki dahilinde gerçekleştirildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
AMP aktive edildikten sonraki 1 saat içinde başlar, olağan duruma geçilince Sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u, Güvenlik Yönetimi SOP'u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		

Eğereczanede birincil öncelikteki özel malzemelerin stokta çok sınırlıysa ve gereken miktar stok miktarını aşacaksa, bu malzemelerin yeniden tedariki için hemen gereken önlemleri alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eğereczane stoklarında olayın tehdidi altında ise, en önemli malzemeleri güvenli bir yere taşıyın veya eczanenin güvenliğini sağlanması için hemen Olay Eylem Planı oluşturun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Eczane personeli, Güvenlik personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: İlgili Formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	
Kayıtlar ile Formları kullanın ve OYE'yi sürekli olarak durumdan haberdar edin.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İzleme		
Eczane tarafından kullanılması sunulan temel malzemelerin ve ekipmanın ihtiyaç duyulan yerde gerektiği ölçüde kullanıldığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Yeniden tedarik sisteminin proaktif olduğundan ve malzemelerin eczanede tükenmeden önce sipariş verilip, temin edildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Eczane deposunun güvenli olduğundan ve korunduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		

11. SOP Laboratuvar Ve Kan Merkezi Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hayati öneme sahip tıbbi faaliyetler için kritik laboratuvar analizlerinin zamanında yapılmasını ve kan teminini sağlamak.

HEDEFLER

Hekim tarafından istenen kritik tetkikleri yapma konusunda laboratuvarın nicel ve nitel kapasitesini değerlendirmek, İlk 24 saat içerisinde kan bankasının kan sağlama kapasitesini değerlendirmek,

İlerleyen saatlerde laboratuvarın imkan ve kapasitesini afet ve acil durum için artırma imkanını değerlendirmek, İlerleyen saatlerde kan bankasının kan sağlama kapasitesini artırma imkanını değerlendirmek,

Laboratuvar tetkiklerini öncelikle kritik öneme sahip olanlarla sınırlamak, Kan teminini sadece gerçekten ihtiyacı olan hastalarla sınırlamak,

Eğer kapasitenin yetersiz olacağı ön görülüyorsa daha çok kan temini ve tetkik yapma konusunda diğer alternatifleri değerlendirmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
OYE, operasyonlar dahilinde derhal laboratuvar ve Kan Bankası Sorumlusu -yok ise- atamalı ve sorumlulara hemen aşağıdakileri nasıl yapacağını ele almak için laboratuvar personeli ve Kan Merkezi personeli ile iletişime geçmesi konusunda talimat vermelidir:	5 Dk	30 Dk
✓ Afet ve acil durumlarda laboratuvar ve Kan Bankasını yönetmek için hazırlanmış prosedürleri, İşAT'ları, kayıtları ve Formları seçin ve gerekiyorsa mevcut duruma uyarlayın,	5 Dk	30 Dk
✓ Hastane laboratuvarının bölgedeki hastaneler içindeki rolünü değerlendirin, belirli senaryolar (kimyasal olaylar, bulaşıcı hastalıklar vb.) için hangi laboratuvarın referans olduğunu belirleyin. Bu durumlarda hangi prosedürlerin uygulanacağına karar verin,	5 Dk	30 Dk
✓ Olası sorunları ve riskleri belirleyin,	5 Dk	30 Dk
✓ Kritik madde ve malzemeleri kontrol edin ve ihtiyaçları belirleyerek tedarik hesaplaması yapın (örneğin laboratuvar kitleri),	5 Dk	30 Dk
✓ Tedarik konusunda koordinasyon sağlayın,	5 Dk	30 Dk
✓ Hastane personelinin kan ürünlerini, tetkiklerini ve hizmetlerini mümkün olduğu kadar ekonomik bir şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirin,	5 Dk	30 Dk
✓ Özellikle kan veya vücut sıvıları ile bulaşma, insandan insana bulaşma potansiyeli olan bir epidemi durumuyla ilgili olarak laboratuvar personelinin doğru bir şekilde bilgilendirildiğinden, personel için kişisel koruyucu donanımın mevcut olduğundan ve numuneler konusunda açık talimatlar verildiğinden emin olun.	10 Dk	30 Dk
Nitelikli personel eksikliği ile ilgili muhtemel sorunları ve ihtiyaçları belirleyin,	10 Dk	30 Dk
✓ Personelin mevcut kan stoklarını değerlendirmesini sağlayın.	10 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Ekibi (OYE) kan ihtiyacını önceden tahmin etmeli ve gerektiğinde Olay Eylem Planı oluşturarak düzeltici önlemleri almalı (bölge kan merkezi veya diğer hastaneler gibi diğer kan kaynakları ile iletişime geçmek), acil kan tedarikini sağlamalıdır,	10 Dk	30 Dk
Uygun diğer laboratuvarlarla iletişim kurmayı değerlendirin (özel sektör de dahil),	10 Dk	30 Dk
Laboratuvar personelinin gözetimi altında çalışabilecek kalifiye akredite olmuş gönüllüler (örneğin, yeni emekli olmuş personel vb.) ile çalışmayı öngörün,	10 Dk	30 Dk
Afet/acil durumun ilk safhalarında ihtiyat amacıyla gerekli izinleri alarak kan almayı düşünün (bu seçenek, birçok teknik sorun yaratabileceğinden, son seçenek olarak düşünülmelidir).	10 Dk	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Laboratuvar personel için herhangi bir sağlık sorunu oluşturmayacak şekilde yönetilmelidir,		
Kan kullanımında kan güvenliği ile ilgili ulusal rehberlere tamamen uyulmalıdır (nakil sadece çapraz karşılaştırma ve kanın nitelik olarak uygunluğundan emin olunduğunda yapılmalıdır),		
Laboratuvara sadece yetkili personelin girdiğinden emin olun,		
Laboratuvar atığı imha ve temizleme prosedürlerine tamamen uyulduğundan emin olun,		
Kana yönelik soğuk zincirin güvence altına alındığından emin olun,		
Tetkiklerin en ekonomik şekilde talep edildiğinden emin olun.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar		
Kontrol listesi		
Standart Operasyon Prosedürü,		
Servis Müdahale Prosedürü,		
Görev yeleği.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Laboratuvar ve Kan Merkezinin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İmkan ve kapasite ile ilgili değerlendirmenin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Laboratuvarın ihtiyaç duyduğu kritik malzemelerin mevcut olduğundan emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hekimlerin sadece kritik tetkikleri talep etmesi ile ilgili olarak bilgilendirildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tedarik konusunun kısa sürede ele alındığından emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
OYE’nin faaliyete geçmesini takip eden 1 saat içinde başlar, olağan duruma geçildiğinde sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Güvenlik Yönetimi SOP’u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler SOP’u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi SOP’u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		

Nitelikli personel eksikliği varsa, laboratuvarın sürekli olarak nitelikli personel tarafından işletilmesini ve/veya diğer laboratuvarların (örneğin özel laboratuvar vb.) yardımcı olmasını sağlamak için hemen Olay Eylem Planı oluşturun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İnsandan insana bulaşan hastalık durumlarında, tüm iş güvenliği kurallarına tamamen uyulmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ciddi bir kan sıkıntısı olacağı düşünülüyorsa, hemen dış kaynaklardan kan tedarik etmeyi düşünün,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Elektrik kesintisi söz konusu ise, soğuk zinciri koruyarak kan ve kan ürünlerinin kullanılabilir kalmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Laboratuvar ve Kan Merkezi sorumluları, Laboratuvar ve Kan Merkezi personeli, Güvenlik personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 6/7/16/17/20/21/29/36/38/41	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Güvenlik Konuları		
Laboratuvara sadece görevli personellerin girmesini sağlayın.		

12. SOP Psikososyal Destek Hizmetler Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Afet/acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip, toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak.

HEDEFLER

Hasta ve personel arasında psikolojik sıkıntı yaşayan ve yaşayabilecek kişileri mümkün olduğu kadar hızlı şekilde belirlemek,

Koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla yüksek riskli ruhsal tepkileri belirlemek,

Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek, Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin nicel ve nitel imkan ve kapasitesini değerlendirmek, Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak,

Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik tedaviye ihtiyaç duyulma olasılığını azaltmak, Olaydan şiddetli şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edileceğinden emin olmak, Personelin ve hastaların yüksek öncelikli ihtiyaçlarının karşılandığından emin olmak,

Psikososyal destek hizmetlerinin hasta, hasta yakını ve personelin tamamını kapsadığından emin olmak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
OYE afet/acil durumlarda hastanenin rolüne uygun olarak, psikososyal destek hizmetinde hastane içi ve dışındaki diğer hizmet sunucularıyla koordine olmalıdır.	5 Dk	30 Dk
Psikososyal destek ekibi aşağıdakilerden sorumludur:	5 Dk	30 Dk
✓ SOP'lar, İşAT'lar, Formlar ile kayıt prosedürlerini hızlıca değerlendirin, kullanılacak olanları seçin, afet/acil duruma uyumunu sağlayın,	5 Dk	30 Dk
✓ Psikososyal destek ekibinin görev yapacağı alanı belirleyin ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) psikososyal desteğe nasıl ulaşacağını açıkça belirtin,	5 Dk	30 Dk
✓ Psikososyal açıdan özel ihtiyaç sahibi ve zarar görebilir hasta, hasta yakınları ve personeli belirleyin,	5 Dk	30 Dk
✓ Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl sağlanacağı, kaygı ve stres belirtilerinin neler olduğu, normal ve şiddetli belirtilerin tanınması gibi bilgileri içeren broşür vb. basılı materyal hazırlayın ve dağıtımını yaygınlaştırın,	5 Dk	30 Dk
✓ İhtiyaç duyan hasta, ölü-kayıp yakınlarına ve ölü teşhisi için gelen ailelere/aile yakınlarına eşlik edin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Öncelikle aktif görev yapan personelin temel ihtiyaçları (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi vb. konularda çalışmalar yürütün,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Hastaların ve personelin acil sosyal ihtiyaçlarının (aileleriyle iletişim vb.) karşılanmasını sağlayın ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

✓ Stres ve kaygı belirtileri nedeniyle destek almak isteyen sağlık personeli için güvenli bir oda/alan hazırlayın ve oda/alanın personel arasında bilinirliğini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
✓ Psikolojik triyaj, psikososyal ihtiyaç/kaynak analizi, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları ile psikoeğitim çalışmaları gibi temel psikososyal destek uygulamalarını planlayarak yürütün.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak koşuluyla, sağlık kurumlarıyla koordineli çalışan, toplum temelli hizmet sunan kuruluşlar, STK’lar, din görevlileri ve toplum liderleri vd. kurumsal paydaşlarla işbirliği içinde olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastane psikososyal destek ekibi olarak, OYE’nin bilgisi ve izni dahilinde, afet/acil durumlarla ilgili çalışan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü gibi kilit kurum ve kuruluşlarla koordinasyon içinde olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sevk ve takip sisteminin kurulması için, OYE’nin bilgisi ve izni dahilinde, aile sağlığı merkezleri, toplum temelli psikososyal destek hizmetleri, özel sektör uzmanları, akredite gönüllüler ve akredite STK’larla koordinasyon içinde olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Afetlerde sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ve olası refakatsiz, kayıp, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilere destek verilmesi için diğer paydaşlarla koordinasyon içinde olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Sağlık ve psikososyal destek hizmetleri sunan personelin ikincil travmadan etkilenmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır,		
Personelin temel ihtiyaçları giderilmelidir,		
Personelin dinlenme alanı ve saatler planlandığı şekilde uygulanmalıdır,		
Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar		
Standart Operasyon Prosedürü		
Kayıtlar		
Görev yelekleri		
Bileklik, isimlik vb. (hasta için).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Psikososyal destek ekibinin, OYE tarafından görevlendirilen psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb. personelden oluştuğundan emin olunmalıdır,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Gönüllü kişi ve kuruluşlarla yürütülmesi düşünülen çalışmalar konusunda OYE’nin izni ve bilgisi olduğundan emin olunmalıdır,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

AMP aktive edildiği sürece psikososyal destek hizmetlerinin görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olunmalıdır,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İleri düzey desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sistemi kullanılmalıdır,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Psikososyal destek hizmetlerinin sunumu için gerekli fiziksel alanın mevcut olduğundan emin olunmalıdır,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ruhsal açıdan etkilenen hastaların taburcu edilmelerinin hemen sonrasında ilgili kurum (örneğin, İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü) tarafından takip edilmeleri sağlanmalıdır.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
AMP'nin aktivasyonundan hemen sonra başlar, AMP aktivasyonu sonlandırılrsa dahi ihtiyaç olduğu süre boyunca devam eder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ölü ve Kayıplar İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Eğitim Programları ve Plan Tatbikatı SOP'u	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Hizmeti sağlayacak yetkinlik sahibi personel sayısı yetersiz ise, destek alma konusunda gerekli eylem planını oluşturun ve hemen yerel düzey psikososyal destek hizmet grubu ve diğer dış paydaşlarla koordine olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Akredite gönüllülerin, din görevlilerinin veya toplum liderlerinin desteği gerekli görülüyorsa, faaliyetlerin OYE'nin kararları ve izni çerçevesinde uygulanması ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeleri yapın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Psikososyal destek hizmetler personeli, Güvenlik personeli, Hastane yönetimi personeli.		

Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili Kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 1/2/4/16/18/24/29	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
AMP'nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece OYE'nin kararına göre gerekli görülenlerle sınırlı kalmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Takip gerektiren hastalara ve personele hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın/sağlatın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		
Çok fazla kişinin aynı alanda olması stres düzeyini yükseltebileceğinden ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alın.		

13 SOP Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hasta ailelerini/yakınlarını yeterli şekilde bilgilendirmek, gerekli bilgileri doğru ve zamanında almalarını sağlamak.

HEDEFLER

Acil Servis'e ve afet triyaj alanına girmelerine izin verilmeyen hasta refakatçilerinin, bilgi almak üzere bekleyebilecekleri güvenli bir alan oluşturmak,

Hasta ziyaretine gelen ailelerin bilgi almasını, ziyarette bulunmasını sağlamak; ziyaretçilerin hastaneye serbestçe giremeyecekleri süreler için onları güvenli bir alana yönlendirmek,

Hasta yakınlarının medya ile karşılaşma koşullarını yönlendirmek,

İhtiyaç duyulması halinde hastaneyi ziyaret eden ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerini planlamak,

Hastane afet triyaj alanı, acil servis ve hastane servislerinin aşırı kalabalık olmasını önlemek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Ailelere yönelik alan için gereken battaniye, sandalye gibi malzemeleri ekipman ve malzeme kontrol listesine göre hazırlayın,	5 Dk	30 Dk
Ailelere yönelik alanı işaretler ve afişlerle belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Ailelere yönelik alanın güvenli ve emniyetli olmasını sağlayın ve emniyet güçlerinin bulundurulmasının gerekli olup olmadığını değerlendirin,	5 Dk	30 Dk
Hasta yakınlarının bu alanda uzun süre geçirebileceklerini planlayarak asgari düzeyde su ve yiyeceği hazır bulundurun,	5 Dk	30 Dk
İdare personelinin, ailelere yönelik alanı yönetmek üzere görevlendirildiğinden emin olun,	5 Dk	30 Dk
Gerekli görüldüğünde psikososyal destek ekibi personeli bu alanda hasta yakınlarına psikososyal destek vermek üzere görevlendirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
OYE'nin talimatları doğrultusunda aileleri, hastaları hakkındabilgilendirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Kayıp olan veya kayıp olduğu bildirilen kişilerle ilgili bilgi yönetimine katkıda bulunun. Ailesi tarafından aranan ve hastanede olmadığı belirlenen hastalar için ailenin iletişim bilgilerini kaydederek, kayıpla ilgili bilgi geldiğinde kendilerine ulaştırın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastalarla, aileleriyle ve ölümlerle ilgili kayıtların ve bilgilerin uygun şekilde paylaşılmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Ailelere yönelik alanlar güvenlik personeli veya ihtiyaç halinde emniyet güçleri tarafından tamamen güvenlik altına alınmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar		
Kayıtlar		
Kontrol listesi		
Standart Operasyon Prosedürü		
Görev yelekleri, İşaret ve afişler, Odalar (sandalye, battaniye, su, sıhhi tesisatı olan).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		

Ailelere yönelik alanın güvenli olması ve ailelere iklim uygun bir ortam sunulması sağlanır,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelerin acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanması sağlanır (örneğin, hastayı evine geri götürme vb.).	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
OYE'nin bu alanları açma kararı vermesinden sonra başlar, olağan duruma geçildiğinde sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Standart Operasyon Prosedürü.....	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Emniyet güçleri, OYE, Sağlık yetkilileri.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Bulaşıcı hastalık veya kimyasal olay durumunda, hasta ve ölümlerle ilgili olaya özel plan ve uygulamalar konusunda aileleri bilgilendirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hasta ve ölü yakınları ile ilgili bir güvenlik sorunu olması durumunda; hemen emniyet güçlerinden ek destek isteyin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Refakatsiz çocuk, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilerin Sosyal Hizmetler birim sorumlusu ile koordinasyon sağlanarak uygun bir başka alanda bekletilmesi gerektiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
İdare personeli, Psikososyal destek hizmetleri personeli, Hasta bakım personeli, Din görevlileri, Sosyal hizmet personeli, Emniyet güçleri, Hastanenin güvenlik sorumlusu ve personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 2/4/6/7/10/12/13/29/30	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Aksi yönde karar verilmediği sürece 3 saatte bir OYE ile bilgi paylaşımını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Özellikle hasta ve ölümler ile ilgili faaliyetler olmak üzere tüm faaliyetlerin kaydının tutulmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
İş güvenliği ve emniyetin tamamen sağlandığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelerin su, gıda vb. temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ölümlerin teşhisi ve kimlik tespiti için yakınlarına gösterilmesinin, emniyet güçlerinin ve psikososyal personelin tam desteği ile gerçekleştirildiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelere yönelik alanın kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		
Çok fazla ailenin aynı alanda olması farklı beklentiler ve stres düzeyi nedeniyle ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle önceden emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alınmasını sağlayın.		

14 SOP Güvenlik Yönetimi Standart Operasyonu

AMAÇ

Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlamak.

HEDEFLER

Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak,

Hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevki için erişim yollarının açık olmasını sağlamak, Hastane hizmetlerine ve tıbbi bakıma erişimi kolaylaştırmak,

Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin güvenliğini sağlamak,

Hastane afet triyaj alanı, Acil Servis, ayaktan tedavi alanı, kişisel eşyaların bulunduğu oda vb. özel olarak oluşturulan alanların güvenliğini sağlamak,

Hastaları veya personeli afet/acil durum sonucu oluşabilecek güvenlik risklerinden korumak, Acil durum süresince hastanenin ekipman ve malzemelerini korumak,

Oluşabilecek her türlü güvenlik sorununun hastane güvenlik personeli tarafından emniyet güçleri ve OYE ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak,

Söz konusu afet/acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturmaması halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Mevcut afet/acil durumun özelliklerini ve hastanenin işleyişini güvenlik açısından nasıl etkileyebileceğini belirleyin,	5 Dk	30 Dk
OYE’de bir güvenlik sorumlusu belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik Sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtları hızlıca değerlendirin, kullanılacak olanların belirlenmesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik sorumlusu’ndan görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrelenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesini isteyin,	5 Dk	30 Dk
Güvenlik sorumlusu’nun mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemesini sağlayın,	5 Dk	30 Dk
Hastanenin olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmaları sırasında güvenlik hizmeti sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapın, güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim düzenleyin,	Afet ve Acil Durum Öncesi	30 Dk
Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınmasını sağlayın, güvenliği sürekli olarak kontrol edin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Epidemi ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğinin sağlanması için özel ihtiyaçları belirleyin ve hizmetin sürekliliğini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Bomba ihbarı, yangın gibi hastane içindeki acil durumlarda özel durum işleyişlerine, Olaya Özel Planlara uygun davranılmasını sağlayın, tahliye prosedürlerini gözden geçirin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

Gerektiğinde emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile iş birliği yapmak için gerekli önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı, güvenlik personelinin sürekli olarak yelek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır,		
Eğitim almış ve bilgilendirilmiş yeterli sayıda personelin sürekli görev- de olması sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar		
Standart Operasyon Prosedürü		
Kontrol listesi		
Görev yeleği		
Özel ekipman		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
OYE'nin faaliyete geçmesinden hemen sonra başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Değerlendirilmesi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat

Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Servislere Nakli SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Psikososyal Hizmetlerin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Hastane İçi Yangın SOP'u	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Tahliye SOP'u	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Emniyet güçleri.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hasta yakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Güvenlik hizmetleri personeli, Emniyet güçleri.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 2/4/6/13/24/29/42	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
Gerekli durumlarda, AMP'nin Güvenlik ve Olaya Özel Planların ilgili bölümlerine bakın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik personelinin sağlığını etkileyebilecek risk almadığından emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik konusunda emniyet güçleri ve ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		

15 SOP Çamaşırhane, Temizlik Hizmetleri Ve Atık Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hastanenin tıbbi hizmet kapasitesine katkı sağlamak ve çalışanlar ile hastaların sağlığını korumak amacı ile söz konusu destek hizmetlerin yönetimini organize etmek.

HEDEFLER

Temizlik hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak:

- ✓ Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış,
- ✓ Bulaşıcı hastalık riskinde artış (özellikle insandan insana bulaş),
- ✓ Hastane afet triyaj alanı, hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması,
- ✓ Personel sayısındaki eksikliğe bağlı olarak hizmetin sürdürülmesinde fazla mesai gerekliliği
- ✓ Yeterli miktarda tedarik sağlanması ve sürdürülebilmesi,
- ✓ Pandemi veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personelinin enfeksiyon riskleri açısından korunması.

Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak:

- ✓ Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış,
- ✓ Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış,
- ✓ Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen kısıtlılıklar (örneğin, çalışanlar, ekipman kapasitesi).

Atık yönetiminde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak

- ✓ Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örneğin, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler),
- ✓ Hastane atıklarının toplanmasına, depolanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması,
- ✓ Afet durumunda atık taşıma hizmetinin yapılamaması gibi hastane dışı zorlukların hastanenin kısıtlılıklarıyla birleşmesi.

Bu alanlardaki sorunları önlemek için gereken Olay Eylem Planını oluşturmak,

Lojistik yönetimi için koordinasyonu sağlamak,

Söz konusu hizmetler için personel desteğini sağlamak, Çalışanların ve ekipmanların emniyetini ve iş güvenliğini sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin SOP'ları ve İşAT'ları OYM'de değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelini görevlendirin,	5 Dk	30 Dk
Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Servis Müdahale Prosedürü (ya da SOP'ları) faaliyete geçirin ve bu hizmetlerin mev- cut duruma uygun hale getirilip getirilmediğini değerlendirin; gerektiği takdirde düzeltici faaliyetlerde bulunun,	5 Dk	30 Dk
Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın,	5 Dk	30 Dk
İhtiyaca bağlı olarak uygun personeli yeniden görevlendirin,	5 Dk	30 Dk
Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin,	5 Dk	30 Dk
İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğini dikkate almasını sağlayın, gerekli eğitimleri verin,	5 Dk	30 Dk
Hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin,	5 Dk	30 Dk
Öngörülen bir eksiklik (personel, malzeme, ekipman vb.) durumunda gereken Olay Eylem Planını oluşturun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Bilgi yönetiminin (raporlama sistemi, izleme) işlevsel olmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alınmalıdır,		
Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlık riskleri ve güvenlik prose- dürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olunmalıdır,		
Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine tam olarak uyduğundan emin olunmalıdır (kontamine ya da bulaşıcılarla çalışırken).		
Pandemi ve epidemi durumunda faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulandığından emin olunmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Kayıtlar,		
Formlar,		
Standart Operasyon Prosedürü,		
Ekipman ve malzemeler.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Gerekli hizmetlerin doğru zamanda yeterli miktarda verilmesini sağlayın	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Çalışan personelin eğitim aldığından emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
AMP'nin aktive edilmesiyle başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Standart Operasyon Prosedürü	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kimyasal bir olayda ya da insandan insana bulaşma ihtimali olan hastalık durumlarında, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Kimyasal bir olay yaşanması halinde, kanalizasyon sisteminin mümkün olduğunca atık su ile kontamine olmasını engellemek amacıyla dekontaminasyon alanının sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Destek hizmetler personeli, Dış paydaşlar.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 2/4/9/16/17/20/23/29	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
Bilgi yönetimine ilişkin ilkelerin ve prosedürlerin AMP'de açıklandığı şekliyle uygulanmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Temizlik hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri ve atık yönetimi hizmetlerinin yeterli ve zamanında verildiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		

16 SOP Ölü Ve Kayıplar İlgili Süreç Yönetim Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hastane içinde ölümlerle ilgili sürecin yönetiminin etkili bir biçimde organize edilmesini sağlamak.

HEDEFLER

Ölümlerini ihtiyaç halinde güvenli bir şekilde (geçici morg) muhafaza edilmesini sağlamak,

Ölen kişilerin kişisel eşyalarının güvenli bir yerde korunmasını, muhafaza edilmesini ve ailelerine teslim edilmesini sağlamak, Ölümlerin kimliğini tespit etme sürecine aktif şekilde katkı sağlamak Yakınlarını kaybeden veya teşhis etmek üzere hastanede bulunan ailelere psikososyal destek sağlamak,

Ölümlerin saklama koşullarının uygun olmaması gibi durumlardan kaynaklanabilecek halk sağlığı sorunlarını önlemek

Kayıp kişilerin aranması esnasında emniyet güçlerine hastalar ve ölümler hakkında bilgi vererek kayıp yönetimine katkıda bulunmak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	raporlama zamanı
Beklenen ölü sayısı hastanenin morg kapasitesinin üzerinde ise hemen, cesetlerin bir süre muhafaza edilebileceği geçici morg alanı açın/oluşturun:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Emniyet güçlerinin yardımıyla bu alanın güvenliğini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Bu alana yetkisiz kişilerin girmesini ve cesetlerin alan dışından görülmesini engelleyin	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Alanı emniyet güçleri ile iş birliği kurarak, psikososyal destek ekibinin önerileri doğrultusunda, yakınları tarafından ölümlerin kimliklerinin tespit edilmesini kolaylaştırabilecek şekilde hazırlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İhtiyacı olanlara psikososyal destek sağlayın	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölen kişilere ait tüm eşyaların emniyet güçleri kontrolünde güvenli halde muhafaza edilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tüm faaliyetlerde emniyet güçleri ile koordinasyon halinde olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölümlerin fotoğrafını çekin (mümkünse dışları görünecek şekilde ikinci bir fotoğraf).	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Çeşitli Servisler, Acil Servis, triyaj alanı vb. için, ölümlerle ilgili sürecin yönetimine ilişkin bilgileri hazırlayın. Bu bilgilerde geçici morga nakil, kimlik tespitine yardımcı olabilecek her türlü bilginin kayıt altına alınması vb. prosedürlerin yer almasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölümlerle bağlantılı her türlü toksikolojik ve enfeksiyon riski olan durumlarda özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Geçici morgda, emniyet güçleri ile iş birliği içinde yeterli sayıda personelin çalışmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölümlerin dini kurallara uygun şekilde ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölü ve kayıplar konusunda ilgili kurumlarla bilgi paylaşımı yapın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Gereken durumlarda din görevlileriyle iş birliği yapın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ölümlerin hastaneden çıkışına ilişkin resmi bir prosedür oluşturun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Geçici morga bütün girişlerin ve çıkışların kaydı tutun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Ceset torbası vb. lojistik ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Gerekli olduğu takdirde cenaze hizmeti veren ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçin.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Geçici morg alanının tamamen emniyet altına alındığından ve sadece yetkisi bulunan kişilerin girişine izin verildiğinden emin olunmalıdır,		
Ölümlere ait kişisel eşyaların doğru bir şekilde toplanıp muhafaza edildiğinden emin olunmalıdır,		
Ölümlerle ilgili halk sağlığı konularının dikkate alındığından emin olunmalıdır,		

Sürece dahil olan personelin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaması için koruyucu tedbirlere uyması sağlanmalıdır,		
Gerekirse sürece dahil olan personele sağlık kontrolü yapılmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar,		
Kayıtlar,		
Standart Operasyon Prosedürü,		
Fotoğraf makinesi ve fotoğraflar,		
Halatlar, mahremiyet sağlanması için çadırlar, yönlendirme tabelaları,		
Görevyelekleri.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Ölülerin mahremiyet ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
OYE görerek teşhis etmeyi kararlaştırdıysa bu sürecin mahremiyete saygı çerçevesinde ve psikososyal destek eşliğinde gerçekleşmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Emniyet güçlerinin ölü yönetimi sürecine dahil olmasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Psikososyal Hizmetlerin Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi SOP'u.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Ölüm sebebi bir kimyasaldan dolayı zehirlenme ya da bulaşıcı hastalığa yakalanma ise, sürece dahil olan personelin sağlığını korumak için derhal koruyucu önlemler alın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Ölülerin çeşitli nedenlerle bir günden fazla muhafaza edilmesi gereken durumlarda, süreç dahilinde ilgili toplama alanına nakilleri için dış paydaş kurumlarla acilen işbirliği sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Güvenlik personeli, Emniyet güçleri, Destek personeli, İdari personel, Psikososyal Destek Personeli.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 1/2/4/16/24/29	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Ölülerin ailelerine teslim edildiğinden ya da ilgili toplama alanına nakledildiğinden ve ilgili formların doldurulduğundan emin olun (ölüler hastanenin geçici morgunda 48 saatten fazla bırakılmamalıdır),	Tesliminden 5 Dk Sonra	6 Saat
Ölen kişiye ait tüm kişisel eşyaların emniyet güçleri gözetiminde ailelere teslim edildiğinden emin olun.	Tesliminden 5 Dk Sonra	6 Saat
Güvenlik Konuları		

17. SOP Teknik Bakım Hizmetlerinin Kritik Ekipmanın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Tıbbi bakım hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için kritik ekipman ile temel hastane demirbaşlarının kullanılabilir durumda ve daima koruma altında olmasını sağlamak.

HEDEFLER

Kritik ekipmanın hazır ve çalışır durumda kalmasını sağlamak,

Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halinde derhal tamir edilmesini sağlamak,

Elektrik, su, haberleşme vb. kritik altyapıların sürekli çalışması için ilgili dış paydaşlarla işbirliği sağlamak,

Dış kaynaklarda bir sorun yaşanması halinde, jeneratörler, su tankları vb. yedek sistemlerin devreye girmesini sağlamak

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Lojistik görevi kapsamında cihaz ve araç/gereç sorumlusu ile operasyon görevi kapsamında altyapı sorumlusu görevlendirilmeli ve şu tali- matlar verilmelidir:	5 Dk	30 Dk
Teknik bakım hizmetleri personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü , iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve kullanılacak olanların seçilerek mevcut duruma uyarlanmasını sağlayın	5 Dk	30 Dk
Servis Sorumluları ile kritik ekipmanın faaliyet düzeyini belirleyin. Eksik ya da aşırı kullanım gibi sorunları ön görebilmek için bir izleme sistemi oluşturun (AMP’de tanımlanan porosedür ve kontrol listelerini kullanın),	5 Dk	30 Dk
Servis Müdahale Prosedürlerinde açıklanan şekilde rehberleri ve kontrol listelerini kullanarak, kritik sistemlerin güvenliğinin sürdürülebilir olup olmadığını değerlendirin. Öncelik elektrik ve su gibi kaynaklar olsa da atık yönetimi gibi diğer konuları da dikkate alın,	5 Dk	30 Dk
Kritik ekipmanın etkili bir şekilde işleyişi ve kritik sistemlerin erken dönemde bakım ve iyileştirilmesi için katkı sağlayabilecek harici paydaşları, tedarikçileri, uzmanları belirleyerek, gerektiğinde protokoller yapın,	5 Dk	30 Dk
Dış kaynaklı bir olayda hastanenin de etkilenmesi (örneğin, hastane binasının zarar görmesi, kritik ekipmanın kısmi ya da tamamen hasar görmesi veya kullanım dışı olması gibi) durumunda OYE aşağıdaki adımları izlemelidir:	5 Dk	30 Dk
Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4),	5 Dk	30 Dk
Hemen teknik bakım ve güvenlik birimlerinden hasar tespiti yapmalarını isteyin, Bölüm 4’te açıklandığı üzere, prosedür ve kontrol listelerini kullanın. Hastane dışından ihtiyaç duyulan ek teknik uzmanlık hizmetlerini belirleyin,	5 Dk	30 Dk
Her Servis Sorumlusundan, kritik ekipman ve kritik sistemlerin işleyişi ile ilgili tüm sorunları bildirmesini isteyin,	5 Dk	30 Dk
Hasarlı yapıların güvenliğine ilişkin karar alma sürecine katkı sağlayabilecek taraflarla acil toplantı yapın (hastanenin tahliyesi her zaman son seçenek olarak değerlendirilmelidir, yüksek risklerin olması halinde tedbir amaçlı tahliye önerilmektedir),	10 Dk	30 Dk
Toplum (kamu) hizmeti veren kurum ve kuruluşlarla, kritik ekipman ve sistemlerin eski haline getirilmesi için işbirliği sağlayın ve eylem planı oluşturun,	10 Dk	30 Dk

İzleme yöntemleri oluşturun.	10 Dk	30 Dk
Hastane içinde yangın çıkması halinde OYE aşağıdaki adımları izlemelidir:	10 Dk	30 Dk
Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4),	1 Dk	30 Dk
Güvenlik ve teknik bakım hizmetleri personelinin, ortak durum değerlendirmesi yapmasını ve tedbir amaçlı tahliye yönelik ilk durum tespit raporu hazırlamasını isteyin,	5 Dk	30 Dk
Yangınla mücadeleye yardımcı olabilecek tüm personeli seferber edin,	1 Dk	30 Dk
Temel teknik hizmetlerin sunulmasının önemini göz önünde bulundurun, en kötü senaryoyu düşünün, buna uygun bir eylem planı oluşturun.	5 Dk	30 Dk
Teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olabilmek için seferber edilecek araçları belirleyin:		
Mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetleri sağlayan personeli, gerek görüldüğünde teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olmak üzere eğitin,	Afet ve Acil Durum Öncesi	6 Saat
Güvenlik hizmetleri personeliyle iş birliği yapın,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Gerektiğinde hastane dışından yardımcı olabilecek uzman ve teknisyenlerin listesini hazırlayın.	Afet ve Acil Durum Öncesi	6 Saat
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Kritik ekipman önceden belirlenen prosedürlere ve kontrol listelerine göre kullanıma uygun hale getirilmelidir,		
Kritik ekipmanın işleyişinin, ilgili dış hizmet sağlayıcıları ile işbirliği içinde yürütüldüğünden emin olunmalıdır,		
Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye atmamalıdır,		
Kritik altyapı ya da kritik ekipmanın kaybı Bölüm 4'teki Olaya Özel Planlara göre ele alınmalıdır,		
Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalı ve epidemik vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Formlar		
Kayıtlar		
Standart Operasyon Prosedürü		
Görev yelekleri		
Özel ekipman		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her serviste güvenle kullanılabilmesini sağlayın,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat

Hastanenin kritik altyapısının çalışır durumda olmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Kritik ekipmanın zarar görülebilirlik riskinin en aza indirildiğinden emin olun.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Zaman Dilimi		
OYE faaliyete geçtiğinde hemen başlar ve olağan duruma geçildiğinde sona erer.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Güvenlik Yönetimi SOP'u,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Servislere ait Müdahale Prosedürleri,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
İş Sürekliliğine ilişkin SOP.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Zarar gören kritik ekipmanın hemen yerine konulamaması, hasta bakım hizmet kalitesi ve sayısında azalmaya neden oluyorsa, Bölüm 4'te yer alan İş Sürekliliğine ilişkin Olaya Özel Planı faaliyete geçirin.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, OYM personeli, Teknik bakım hizmetleri personeli, Güvenlik personeli, Temel dış paydaşlar (kritik altyapıyla ilgili, tamirden sorumlu teknisyenler, yedek parça tedarikçileri ve/veya ekipmanın yenisiyle değiştirilmesini sağlayan kişiler).		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: 1/2/3/4/13/16/18/29/39/41/43	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
AMP ve ilgili Olaya Özel Plana (faaliyete geçirilmişse) görehazırlanır.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun,	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Kritik altyapının veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		

18. SOP Hastanede Oluşabilecek Kalabalığın Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hastanenin kalabalık anında kargaşayı azaltıp, genel işleyişin devamını sağlamak.Hasta, hasta yakınları ve personelin panik durumunu engelleyip olağan işleyişe geri dönmek.

HEDEFLER

Durumu değerlendirmek, Kalabalığın durumuna göre Hastane Yöneticiliğine ve kolluk kuvvetlerine haber vermek, Hastanenin olağan hizmet akışının devamlılığını sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Gerekli tüm güvenlik tedbirlerini alın. (AMP de belirtildiği gibi)	5 Dk	15 Dk
Olay Yönetim Ekibi müdahale yönetimini üstlenir:		
✓ Kalabalık kaosa dönüşmeden güvenlik görevlileri tarafından kontrol altına alınır.	5 Dk	15 Dk
✓ Emniyet şeridi kullanılarak kargaşa olan yerlerde kişilerin sıraya geçmesi sağlanır.	5 Dk	15 Dk
✓ Muayene alanlarında personellere ihtiyaç duyulduğunda gerekli destek sağlanır.	5 Dk	15 Dk
✓ Personele, hasta ve hasta yakınlarına hastanenin anons sistemi kullanılarak duyuru yapıp kargaşa önlenmeye çalışılır.	5 Dk	15 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hastanede tüm hasta, hasta yakınları ve personelin panik yapması engellenmelidir		
Kullanılacak Materyaller		
Emniyet şeridi, Megafon, çalışıyorsa anons sistemi, Tahliye gerektiği durumda hastane tahliye için yataklar, sedyeler, Mevcut durumun çok hızlı bir tahliye gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler,		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
AMP'nin aktive edilmesiyle başlar ve AMP aktif olduğu sürece devam eder.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		

Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli,hastaları, hasta yakınlarınıveyahastanemalzemeveekipmanlarınıitehditederse,dışpaydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek alınır.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Güvenlik hizmetleripersoneli, Emniyet güçleri.		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: İlgili formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
Gerekli durumlarda, AMP'nin Güvenlik ve Olaya Özel Planların ilgili bölümlerine bakın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve işgüvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlikpersonelinininsağlığınıetekileyebilecekriskalmadığındanemin olun,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik konusunda emniyet güçleri ve ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olduğundan emin olun.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Güvenlik Konuları		

19. SOP Mor Kod Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Meydana gelebilecek afet ve acil durumlar neticesinde hasta, hasta yakınları ve personelin zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirleri belirlemek ve afet ve acil durumdan etkilenen kişilere en sistemli ve hızlı şekilde tıbbi destek sağlamaktır.

HEDEFLER

İhtiyaç halinde acil müdahale planını aktive etmek

Acil müdahale planının aktivasyonu yapıldıktan sonra OYE açmak OYE nin aktif olarak çalışmaya başlamasını sağlamak.

Acil Durum veya Afeti en organize şekilde müdahale etmek,

En kısa sürede hastaneyi normal çalışma düzenine döndürmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Hastane afet ve acil durumda doğrudan etkilendiyse veya hastanenin bulunduğu ilçede afet durumu ilan edilmişse HAP Başkanı tarafından duruma göre uygun seviyede Hastane Afet ve Acil Durum Planı aktive edilir.	HEMEN	Olay Bitimi
Olay Yönetim Merkezi açılır ve görev dağılımı yapılır.	HEMEN	Olay Bitimi
Operasyon Şefi, Planlama Şefi ve Lojistik Şefi derhal hastanenin durumu hakkında bilgi toplar ve HAP Başkanı'na iletir.	5 dk	Olay Bitimi
Operasyon şefinin sorumluluğunda hasar gören bölümler var ise elektrik, su ve gaz kesilir.	HEMEN	Olay Bitimi
Hasarın boyutuna göre HAP Başkanı tarafından tahliye kararı verilir.	HEMEN	Olay Bitimi
Eğer binada çatlak ve hasar varsa ve o bölüm için yatay tahliyeye karar verilmişse, hastaların nereye gönderileceğine Operasyon Sorumlusu karar verir.	HEMEN	Olay Bitimi
Binada büyük oranda hasar varsa ve tamamen boşaltılması gerekiyorsa, hastalar uygun diğer hastanelere nakledileceklerdir.	EN KISA SÜREDE	Olay Bitimi
Her iki halde de tüm ilgili kurumlarla iletişim Kurumlararası Koordinasyon Şefi tarafından sağlanır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Tahliye işlemi esnasında Güvenlik Sorumlusu; genel olarak güvenliği sağlar ve toplanma alanlarının güvenliğini sağlar.	TahliyeBaşlayınca	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hasar gören yerlerde gerekli önlemler alınmalıdır.		
Tahliye alanları ve tahliye yolları kontrol edilmeli		
Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (OlayYönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,		
Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiç bir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir,		
Ortaya çıkan her hangi bir tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Olay		

Yönetim Ekibi'ne rapor edin,		
Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.		
Kullanılacak Materyaller		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Zaman Dilimi		
OYE'nin faaliyete geçmesinden hemen sonra başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tüm SOP lar ve İş Akış Talimatları	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Verilen Mor Kod sebebine göre karşılaşılabilecek özel durumlar belirlenir ve duruma özel müdahale başlatılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Güvenlik, Emniyet güçleri		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
İzleme		
Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay bitimine kadar
Güvenlik Konuları		

20. SOP Grikod Standar Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hastanede meydana gelebilecek silahlı saldırı yada tehdit durumlarında çalışan, hasta ve hasta yakınlarının olay yerine girişlerini engellemek ve güvenliği sağlamak.

HEDEFLER

Saldırgan kişinin, silahlı olması aktif ateş edilme ve rehine durumuna müdahale etmek Saldırganı etkisiz hale getirmek

Emniyet teslim etmek

Gri kodun sona ermesini sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Hastanede hasta/hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehdide maruz kalmaları halinde olaya şahit olan hastane personeli en yakın dahili telefondan 0155 nolu numarayı arar ve gri kod anonsu verilir.	1 Dk	30 Dk
Alarm verildikten sonra güvenlik görevlileri hızla olay yerine gelir.	5 Dk	30 Dk
Olay Yönetim Merkezinde Olay Yönetim Ekibi toplanır. Olaya Özel önlemler hakkında karar verir.	5 Dk	30 Dk
Güvenlik görevlileri olay yerine girişi engellemek amacı ile bölgeyi emniyet şeridi içine alarak suç mahallini korur.	5 Dk	30 Dk
Güvenlik amiri tarafından emniyet güçleri aranır ve gerekli bilgiler verilir.	5 Dk	30 Dk
Bölge genel kolluk kuvvetleri gelene kadar koruma altına alınır, içeriden hiçbir şey alınmaz veya yer değiştirilmesi yapılmaz.	5 Dk	30 Dk
Saldırganın olduğu mahele girilmez dışarıdan dikkatinin dağıtılması içi psikiyatri uzmanından destek alınır.	5 Dk	30 Dk
Silahlı saldırı gerçekleşmiş ise yaralı kişiye müdahale etmek üzere en yakın klinik /poliklinikten hekim çağrılarak güvenlik tedbirleri eşliğinde ilk müdahalenin yapılması sağlanır.	5 Dk	30 Dk
Kolluk kuvvetlerinin gelmesi ve saldırganın etkisiz hale getirilmesi ile gerekli kontrollerin yapılması sonucu (perekirse bina çevresi ve içinin araştırılması) ile Gri Kod sonlandırılır.	5 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hastane güvenlik görevlilerine gerekli talimatlar verilerek hastanenin sürekli olarak kontrol edilmesi sağlanır.		
Güvenlik odasından da bulunan kameralardan şüpheli durumlarda olaylara müdahale edilebilmesi amacıyla sürekli olarak izlenmesi sağlanır.		
Kullanılacak Materyaller		
Telsiz, telefon		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		
Gri kod sona erdirilene kadar olay yerinden ayrılmamalıdır.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, İş Güvenliği Uzmanı, Güvenlik, Hastane Müdürü, Kalite Direktörü, Başhemşire, kolluk kuvvetleri		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: İlgili kayıtlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar: İlgili formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Güvenlik Konuları		

21. SOP Turkuaz Kod Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Doğal afetler, trafik kazaları, kimyasal, biyolojik ve nükleer saldırılar, toplu eylemler, terör saldırıları, spor karşılaşmaları vb. olaylar neticesinde hastane içinde veya hastane dışında meydana gelen çoklu yaralanmalara en sistemli ve hızlı şekilde müdahalede bulunabilmek için verilen alarmdır.

HEDEFLER

Toplu yaralanma olduğu öğrenildiğinde turkuaz kodun aktivasyonunu sağlamak.

Çoklu yaralanmalara en sistemli ve hızlı şekilde müdahale edebilmek için Acil Servis Ünitesini ünitesinin aktif hale getirmek.

Konuyla ilgili personelin bilgilendirilmesini sağlamak. OYE yi harekete geçirmek.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Çoklu yaralanma ile neticelenen olayların ve afetlerin meydana gelmesi ya da meydana gelme olasılığının ortaya çıkması halinde HAP Başkanı tarafından Turkuaz kod verilir.	1 Dk	30 Dk
Alarm verildiğinde triaj alan sorumluları Acil Servis’teki ilgili yerlere gider. Acil Servis, HAP Acil Ünitesi Sorumlusu tarafından çoklu yaralanmalara müdahale için hazır hale getirilir.	5 Dk	30 Dk
Acil Servis’e hasta alımı durdurulur (Çok aciller hariç).	1 Dk	30 Dk
Acil Servis’te bulunan hastalardan taburcu edilebilecek olanlar ivedilikle taburcu edilir, taburcu olamayacak olanlar hastanenin ilgili bölümlerine sevk edilerek Acil Servis boşaltılır.	5 Dk	30 Dk
Afet triaj sistemine geçilir.	1 Dk	30 Dk
Afet triajına uygun olarak yeşil, sarı, kırmızı ve siyah bakım alanları düzenlenir; triaj alanı, psikiyatri alanı, aile bekleme ve taburculuk alanı ile gönüllü kabul ve başvuru alanı oluşturulur.	5 Dk	30 Dk
Triaj alanında ilk triaj işlemi yapılan hastalar, triaj kartları takılarak uygun bakım alanlarına yönlendirilirler.	1 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Acil Serviste ve Triaj Alanlarında gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.		
Personelin koruyucu ekipman kullanılması sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
İlk andaki hazır oluşluk açısından arka depoya ek bir ön depo olarak kriz dolabı oluşturulur. Düzenli olarak check- listlerle kontrolleri yapılan bu dolabın içerisinde acil durumda kullanılacak tüm tıbbi malzemelerin yanında dekontaminasyonda gerekli malzemeler, triaj kartları ve kol bantları bulunur	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Zaman Dilimi		
Turkuaz kod verilmesiyle başlar kod sonlanınca biter.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Dış toplu yaralanma sonucu hastaneye gelen hastalarla ilgili oluşabilecek özel durumlara uygun hareket edilmesini sağlamak,	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Sürece Dahil Kişiler		
OYE, Acil seviş personeli, Güvenlik		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:		
AMP’de belirtilen ilgili Formlar	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Güvenlik Konuları		

22 SOP Yeşil Kod Stansart Oprasyon Prosedürü

AMAÇ

Hastaneyi etkileyen iç ve/veya dış afet durumlarında aktive edilen Hastane Afet Planı'nın, olağanüstü durumun ortadan kalkması halinde sonlandırılmasını sağlar.

HEDEFLER

Tamamen ya da kısmen aktif hale getirilmiş Hastane Afet Planı'nın sonlandırmak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Acil durum sonlandırma sorumlusu tarafından acil durumun sonlandığı bilgisi verilir.	OYM Kararından sonra hemen	Olay Bitimi
Acil Durumun ortadan kalkması ile HAP Başkanı tarafından Afet Yönetiminin sonlandırılmasına karar verilir.	Hemen	Olay Bitimi
Yeşil Kod anonsu verilir.	30 Dk	Olay Bitimi
Normal işleyişe dönüş için gerekli hazırlıklar başlatılır.	1 Saat	Olay Bitimi
Olay Yönetim Ekibi olay sonrası genel bir değerlendirme toplantısı yaparak faaliyet raporu düzenler.	Olay Bitiminde	Olay Bitimi
Tüm birimler tarafından Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu (Form – 32) doldurularak OYM teslim edilir.	Olay Bitimi	Olay Bitimi
Gerekli hallerde basın toplantısı düzenlenerek kamuoyu bilgilendirilir.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Bulunduğunuz görev gereği gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasını sağlayın ve kendinizi güvene alın.		
Kullanılacak Materyaller		
Telsiz, Telefon		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		
Yeşil Kod ilanına karar verilmesi ile başlar, Yeşil Kod ile edilmesi ile sona erer.	Yeşil Kod İlanı ile başlar ve tüm işlemler yapılır biter	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Tüm SOP lar ve İş Akış Talimatları	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		

Sürece Dahil Kişiler		
OYE, olaya dahil olan personeller		
Ekler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Formlar:	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Raporlama Mekanizması:	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hizmetin devam etmesi için gerekli önlemleri alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları		

23. SOP Siyah Kod Standart Operasyon Prosedürü

AMAÇ

Hastanede ve hastane çevresinde, bomba tehdidi oluşturabilecek herhangi bir şüpheli paket / çanta vb. fark edilmesi durumunda paketin bulunduğu bölgenin ve çevresinin güvenliğini sağlamak için verilen alarmdır

HEDEFLER

Bomba tehdidinin olduğu öğrenildiğinde siyah kodun aktivasyonunu sağlamak.

Konuyla ilgili personelin bilgilendirilmesi

OYE yi harekete geçirmek

Emniyet güçleriyle iletişime geçmek. Onların direktifleri doğrultusunda hareket etmek.

Eğer mümkünse hasta ve hasta yakını ve personelleri güvende tutmak, güvenli bir bölgeye taşımak. Hastane çevresindeki güvenlik önlemlerini artırmak

Hastane tahliyesi sağlamak.

Sırası İle Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemin gerçekleştirilme zamanı	Eylemin raporlama zamanı
Hastanede hasta/hasta yakını ve hastane çalışanlarının silahlı saldırı ya da tehdide maruz kalmaları halinde olaya şahit olan hastane personeli en yakın dahili telefondan 0155 nolu numarayı arar ve siyah kod anonsu verilir.	1 Dk	30 Dk
Alarm verildikten sonra güvenlik görevlileri hızla olay yerine gelir.	5 Dk	30 Dk
Güvenlik görevlileri olay yerini boşaltır, gerekirse hastane tahliyesi yapılır.	5 Dk	30 Dk
Emniyet şeridi çekerek bölgeye girişi engeller ve riskli bölgeyi kontrol altına alır.	1 Dk	30 Dk
Güvenlik amiri tarafından emniyet güçleri aranır ve gerekli bilgiler verilir.	5 Dk	30 Dk
Bölge, genel kolluk kuvvetleri gelene kadar koruma altında tutulur, şüpheli paket / çanta hareket ettirilmez.	5 Dk	30 Dk
Riskli bölge yakınlarındaki çabuk alev alan maddeler bölgeden uzaklaştırılır.	1 Dk	30 Dk
Olay yerine ulaşan emniyet güçlerine ve bomba imha ekiplerine gerekli destek verilir.	5 Dk	30 Dk
Gerekli durumlarda Güvenlik Amirleri, görevli polis memuru ile ikinci bir hastane araştırmasını organize eder. Bu araştırma, bu kez bina ve bina dışarısını da kapsar. Araştırma sonucunda hazırlanan detaylı rapor Hastane Yönetimi ile paylaşılır.	5 Dk	30 Dk
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Hastanedeki güvenlik görevlilerine gerekli talimatlar verilerek bölgelerin sürekli olarak kontrol edilmesi sağlanır.		
Monitör odasından şüpheli durumlarda olaylara anında müdahale edilebilmesi amacıyla, sürekli kamera izlemesi yapılır.		
Hastane Ana Giriş kapılarında 24 saat güvenlik görevlisi bulundurularak, girişlerin kontrollü olarak yapılması sağlanır.		
Kullanılacak Materyaller		

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Zaman Dilimi		
Siyah kod sona erdirilmesine kadar olay yerinden ayrılmamalıdır		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon		
Yangın Önleme ve Söndürme SOP	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Tesis Tahliye SOP	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	30 Dk
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Sürece Dahil Kişiler		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Formlar:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
Raporlama Mekanizması:	Olayın Başlamasından Bitimine Kadar	6 Saat
İzleme		
Güvenlik Konuları		

90. SOP EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLANIN UYGULANMASI

EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLANIN UYGULANMASI	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Acil Müdahale Planı'nın (AMP) işlevsel olmasını sağlamak. Personelin AMP doğrultusunda harekete geçmesi ve eylemde bulunması için hazır olmasını sağlamak.		
Hedefler		
Eğitim programları ve tatbikatların AMP'nin tam anlamıyla bir parçası olmasını ve sistematik olarak organize edilmesini sağlamak,		
Tatbikatları (masa başı/fonksiyonel) düzenli aralıklarla ve farklı senar- yolarla gerçekleştirmek.		
Tatbikatlar aşağıdaki şekilde hazırlanmalıdır.		
1. Adım: Tatbikat İçeriğinin Tanımlanması: AMP'ye ve Olaya Özel Planlara göz atın; tatbikat yapılmasına yönelik ihtiyaç değerlendirmesi yapın, hastane- nin tatbikat yürütme kapasitesini değerlendirin, tatbikatın amaç ve hedefle- rini tanımlayın, tatbikat türünü seçin, maliyet ve sorumlulukları değeren- dirin, tatbikat dokümanı oluşturun ve tatbikatın yapılacağını duyurun.		
2. Adım: Tatbikatların Geliştirilmesi: Tatbikat için gereken kaynakları belirleyin, senaryoyu ve görev alacak personeli içerecek tatbikat planını yapın. Simü- lasyon materyalini ve diğer görselleri hazırlayın ya da bir vaka çalışması geliştirin. Tatbikatı ilgili tüm departman/servis/birim ve paydaşlara uygun yöntemlerle, doğru zamanda duyurun. Hastaneyi hazırlayın ve lojistik ih- tiyaçları değerlendirin. Tatbikata katılacak personel, kontrol sorumlusu, si- müle hastalar ve değerlendiriciler gibi tatbikatı yürütecek kişileri belirleyin. Gerekli görüldüğünde tatbikatta görev alacak katılımcılara eğitim verin.		
3. Adım: Tatbikatın Gerçekleştirilmesi: Tatbikatın yapılış şekli tatbikat türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Briefing düzenleyerek katılımcılara tali- matları verin; tatbikatın senaryosu, pratik bilgiler, güvenlik, zamanlama, görevler ve komuta sistemi vb. konularda bilgilendirme yaparak, ilgili mal- zeme ya da ekipmanları dağıtın. Katılımcıların aktif katılım göstermelerini ve kendilerinden bekleneni yerine getirmelerini sağlayın.		
4. Adım: Değerlendirme ve Geribildirim: Tatbikatın amacına ulaşp ulaşmadığını belirlemek üzere hastanenin tatbikat performansını değerlendirmek zorun- ludur. Mevcut AMP'nin işlevselliği, uygulanan afet/acil durum müdahale yönetim sistemi, eğitimler, personelin performansı, kullanılan ekipmanın durumunu değerlendirerek güçlü yönler ve güçlendirilmesi gereken alanla- rı belirleyin iyileştirme ve geliştirme aktivitelerini planlayın.		
5. Adım: İzleme: Takip yapılmadan verilen tavsiyeler, hastanenin tatbikatlardan en iyi şekilde faydalanmasına engel olacaktır. Takip, tatbikatın en çok ihmal edilen alanlarından biridir. - Amaç ve hedeflere göre (AMP'nin hangi bölümünün ve hangi fonksi- yonunun test edileceğine bağlı olarak) farklı konularda ve farklı yön- temlerin uygulandığı tatbikatlar planlayın (örneğin masa başı tatbikatı, fonksiyonel tatbikat vb.).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		

HAP Planlama Komisyonu yıllık faaliyet planında eğitim ve tatbikatları belirlemeli ve bir takvime bağlamalıdır,		
Acil Müdahale Planı (AMP) tatbikatı yapılırken OYE tarafından aşağıdaki tavsiyeler göz önüne alınmalıdır. Plan tatbikatı yapıldığı sırada, aşağıdakilerin kontrol edilmesi gerekir:		
- OYE		
* OYE'nin yapısı, görevi, sorumlulukları, temel faaliyetleri ve yetki alanı,		
* Her OYE üyesinin temel sorumlulukları,		
* Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) bulunduğu yer ve ekipmanlar,		
* SOP'lar, İş Akış Talimatları ve bulundurulması gereken Formlar ve diğer belgeler (karar almaya yönelik tüm kritik bilgiler),		
* OYE'nin hastane içi ve hastane dışı haberleşmesi,		
* Yılda en az iki defa OYE'nin faaliyete geçirilmesi ile ilgili tatbi- kat yapılmalıdır.		
- Triyaj ve Hasta Kabul: Hastane afet triyaj alanının bulunduğu yerin erişim, güvenlik, asgari çalışma koşulları, hava şartları vb. açısından uy- gunluğunun değerlendirilmesi önemlidir. Alanın açılması ve kurulması konusunda da tatbikat yapılması gerekmektedir. AMP'de yer alan tüm prosedürler, iş akış talimatları ve kaynakların seferber edilmesi ile ilgili tedbirlerin alınması; bilgi yönetimi ve koordinasyon ile ilgili önlemlerin alınması sağlanmalıdır.		
- Acil Servis ve Hastane İçi Trafik Akışı: AMP'nin farklı seviyelerinde hangi kaynakların ne zaman ve nasıl seferber edileceği belirlenmelidir. Meydana gelen afet ve acil durum esnasında Acil Servis'in yatak, per- sonel ve ekipman açısından nasıl işleyeceği ve ilave edilmesi gereken ekipman, ilaçlar ve kritik malzemelerin nereden temin edileceği belirlen- melidir. Özellikle Acil Servis için hazırlanan rehberler, prosedürler ve iş akış talimatları, kayıtlar ve diğer formların neler olduğu ile Acil Servis'in nasıl organize edileceği, bilgi yönetiminin nasıl yapılacağı tanımlanmalı- dır. Günlük acil prosedürlerinin, hasta kabulünün ve olağan ayakta tedavi konsültasyonlarının afet/acil durumda nasıl yönetileceği belirlenmelidir. Afet/acil durumlara müdahalede kullanılacak malzeme ve ekipmanların hastane içinde nerede ve nasıl muhafaza edileceği (afet stoku, SOP ve İşAt) belirlenmelidir.		
- İnsan Kaynakları Yönetimi: Personelin emniyeti, sağlık güvenliği ve hastaneye erişimi sağlanmalıdır (hastanenin giriş noktalarının sayısı sınır- lı tutulmalıdır). Haberleşme sistemleri ve araçları düzenli test edilmelidir. Personelin geri dönüşü ile ilgili özel prosedür (örneğin, kreş açılması vb.) belirlenmelidir. Epidemi ve pandemi gibi özel durumlar tartışılmalıdır (örneğin, personele yönelik kişisel koruyucu kıyafet ve donanım ile ilişkin talimatlar verilmelidir)		
- Lojistik Yönetimi: Bütün rehberler, prosedürler, protokoller, iş akış ta- limatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ile malzemeler hazır edil- melidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir.		
- Bilgi Yönetimi: Tüm prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer ka- yıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındakipaydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir.		
- Güvenlik: Hastane içinde meydana gelebilecek acil durumlar (örne- ğin yangın) başta olmak üzere, müdahale etmeye yönelik güvenlik prosedürlerini düzenli olarak (yılda en az üç defa önerilir) kontrol edin. Güvenlik hizmetlerinin kullanacağı ekipmanı uygunluk ve kul- lanılabilirlik açısından test edin. Emniyet güçleri, itfaiye ve diğer paydaşlarla ortak tatbikatlar hazırlayın. Herhangi bir olay, öğrenil- miş dersler açısından incelenmelidir.		

- Bakım ve Kritik Altyapı: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edil-melidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içeri-sinde yürütülmelidir. Dış paydaşlarla düzenli tatbikatlar yapılması ve gerekli ekipmanın uygunluğunun test edilmesi gerekmektedir.			
- Eczane, Laboratuvar ve Kan Merkezi, Temizlik Hizmetleri ve Atık Yönetimi, Psikososyal Destek, Ailelere Yönelik Alanlar, Ölüme Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi: Bütün rehberler, prosedür- ler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malze- meler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla iş birliği içerisinde yürütülmelidir.			
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları			
Tatbikatların ziyaretçi/personel/hasta sağlığı ve ekipman açısından teh-like oluşturmadığından emin olunmalıdır,			
Tatbikatların mümkün olduğunca ilgili dış paydaşların katılımıyla ger-çekleştiğinden emin olunmalıdır.			
Kullanılacak Materyaller			
OYE ve/veya tatbikat hazırlama komisyonu tarafından belirlenecektir.			
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri			
OYE ve tatbikat hazırlama komisyonu tarafından tanımlanacaktır.			
Zaman Dilimi			
AMP’de yazılanlara göre belirlenecektir.			
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon			
OYE ve tatbikat hazırlama komisyonu tarafından kararlaştırılacaktır.			
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar			
•			
Sürece Dahil Kişiler			
Olay Yönetim Ekibi,			
Eğitim verilen personel,			
Tatbikatlara dahil olan personel (hastane dışı ve hastane içi),			
Dış paydaşlar.			
Ekler			
•			
Eylemlerin Kaydedilme Şekli			
Kayıtlar:			
Formlar:			
Raporlama mekanizması:			
Tatbikatları değerlendirin ve analiz edin,			
Eğitim faaliyetlerini değerlendirin ve analiz edin.			
İzleme			
AMP’nin işlevsel olduğundan emin olun.			
Güvenlik Konuları			
•			
İlk Yayınlanma Tarihi Revizyon			

90. SOP Risk İletişimi Ve Hap Konusunda Personel Ve Toplumun Bilgilendirilmesi

RİSK İLETİŞİMİ VE HAP KONUSUNDA PERSONEL VE TOPLUMUN BİLGİLENDİRİLMESİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Afet öncesi başta olmak üzere, afet risk azaltma ve afet yönetimi amaçlarının bütünü kapsayacak biçimde, tüm paydaşlar ile risk iletişimi faaliyetlerini etkili bir şekilde yürütebilmek; Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) hakkında bilgilendirilmesini sağlayarak, afete hazırlık ve afet durumlarında müdahale yönetiminin katılımcı ve etkili şekilde yürütülmesini sağlamak.		
Hedefler		
Tüm hastane personelinin HAP hakkında yeterli bilgiye sahip olmasını sağlamak,		
Personelin HAP yaklaşımı ve faaliyetlerine ilişkin görüş, öneri ve katkılarını sunabilme mekanizmalarını oluşturmak,		
Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP'tan haberdar olmasını sağlamak,		
Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP'ın afet risk yönetimi yaklaşımına destek olması ve planın amacına uygun davranışları benimsemesini sağlamak,		
Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak,		
Medya veya diğer risk iletişimi paydaşları ile afet öncesi dönemde gerekli ilişkilerin kurulması sureti ile afet sırası ve sonrasında hastane, toplum ve medya arasında daha sağlıklı ve kolay bir bilgi akışını sağlamak,		
Medya veya diğer risk iletişimi paydaşlarına afet öncesi dönemde gerekli bilgilerin aktarılması ile afet öncesi, sırası ve sonrasında topluma doğru bilginin uygun yöntem ve şekillerle iletilmesine katkı sağlamak.		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
HAP'ın hazırlanma ve/veya güncellenme sürecinin başlaması ile birlikte bir risk iletişimi planlaması yapılmalıdır.		
İlk etapta hedef kitle ve özellikleri belirlenmelidir. Hedef kitle temel olarak üç ana gruptan oluşmaktadır.		
- Hastane personeli		
- Toplum		
- Medya		
Daha etkin ve alt gruplara uygun iletişim için söz konusu hastane ve bulunduğu bölgeye uygun olacak şekilde, yukarıda belirtilen ana grupların alt grupları oluşturulmalıdır.		
Hastane personeli: Hastanedeki personel sayısına ve personel özelliklerine göre, personel gruplara ayrılmalıdır. Bu gruplar ve özellikleri göz önüne alınarak HAP'ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlandığı bilgisi uygun içerik, biçim ve araçlarla personele duyurulmalıdır. HAP'ın hazırlanması veya güncellenmesi sonrasında şekillenecek Plan, oluşturulan alt gruplara yönelik toplantılarda, personel ile paylaşılmalıdır		

Toplum: Hastanenin fonksiyonunun, bulunduğu il, bölge, semt vb. yerel özellikler değerlendirilerek hedef kitlelerinin ve alt gruplarının (hasta, hasta yakını ve ziyaretçisi gibi) tanımlanması ve bu hedef kitlelere ulaşım mekanizmaları (mahalle dernekleri, hasta dayanışma dernekleri vd. yerel örgütlenmeler) belirlenerek yılın belirli dönemlerinde afiş, duyuru, kampanya gibi farklı ve hedef gruplara uygun yöntemler aracılığı ile toplum ile paylaşılmalıdır.		
Medya: Yerel ve ulusal medya olmak üzere paydaşlar belirlenmeli, gerçekli ilişkiler önceden kurulmalı ve HAP söz konusu paydaşlara tanıtılmalıdır; bu yaklaşım bir afet/acil durumda medyanın doğru bilgiye dayalı, destekleyici katkısını sağlayıcıdır. Toplumu bilgilendirme için medya ile düzenli işbirliği yapılmalıdır.		
Gazete, radyo, TV gibi geleneksel medya kanalları dışındaki sosyal medya vb. sürekli gelişen iletişim kanalları da gözönünde bulundurulmalı, uygun bulunduğu bu kanallar da bir risk iletişimi aracı olarak kullanılmalıdır,		
Lodos, fırtına gibi doğa kaynaklı tehlikelerin mevsimi, 17 Ağustos, 12 Kasım deprem yıldönümleri gibi bölge ve iller için afetler bakımından anlamlı tarihler, tatbikat dönemleri HAP’a yönelik risk iletişimi için değerlendirilmelidir.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Risk iletişimi çalışmalarının hastane işleyişi, hasta, refakatçi, ziyaretçi ve personel güvenliğini sekteye uğratmadan yürütülmesi sağlanmalıdır,		
Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır,		
Kritik verilerin ve paylaşılması uygun olmayan plan kısımlarının ilgili-ler dışında paylaşılmaması sağlanmalıdır,		
Yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması gereken verilerle ilgili işleyişe dikkat edilmelidir,		
Topluma ya da medyaya yönelik bilgilendirmenin afet öncesi, sonrası ve sonrasındaki süreçlerde yetkilendirilmiş birim veya kişilerce planlı bir şekilde yapılması sağlanmalıdır,		
Personele yönelik çalışmalar planlanırken, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel de (part-time, nöbet usulü, uzaktan ve benzeri çalışanlar) göz önüne alınmalıdır, onların da bu bilgilendirmelere ve çalışmalara dahil edilmesi sağlanmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
HAP Hazırlama Komisyonu tarafından belirlenecektir.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
Toplumdan ve personelden gelen geri bildirimler derlenerek HAP Hazırlama Komisyonu’na sunulur,		
Bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinin öncesi ve sonrasında değerlendirme anketleri veya görüşmeleri yapılır,		
Dağıtılan ve kullanılan broşür, afiş benzeri malzemenin sayı ve çeşitleri raporlanır.		
Zaman Dilimi		
HAP’ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlaması ile başlar; yıl boyunca bir sonraki HAP güncellemesine kadar devam eder.		

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Bilgi Yönetimine ilişkin SOP 9 başta olmak üzere tüm SOP'lar,		
• Diğer üst planlar (il planları).		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
•		
Sürece Dahil Kişiler		
• HAP Hazırlama Komisyonu,		
• Hastanenin tüm personeli,		
• Hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçiler,		
• Hastanenin hizmet sunduğu toplum,		
• Dış paydaşlar.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• Yapılan çalışmaları mutlaka raporlayın, bir sonraki risk iletişimi çalış- masında kullanılmak üzere değerlendirin, en geç bir sonraki HAP gün- celleme sürecinde ele alın.		
İzleme		
• Yapılan risk iletişimi çalışmalarına ilişkin geri bildirim mekanizmaları oluşturun,		
• Çalışma raporlarını veya çalışmaları değerlendirme amaçlı yapılan an- ket, görüşme ve kontrol listelerini analiz edin,		
• Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun,		
• Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla veri- len bilgilerin basit, anlaşılır ve doğru olduğundan emin olun,		
• Tüm personelin çalışmalara dahil edildiğinden emin olun (Sağlık per- soneli, destek hizmetler personeli, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel),		
• Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
* Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

92. SOP İş Sürekliliği Standart Operasyon Prosedürü

İŞ SÜREKLİLİĞİ STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ		Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet			
Hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/ veya harici olaylara, işleyişi etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna (elektrik, su, doğal gaz, tıbbi gazlar vb.) karşı hazırlıklı olması; bu durumlarla önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde baş edebilmesini sağlamak.			
Hedefler			
- Hastanenin su kullanımının devamlılığını sağlamak - Elektrik hizmetinin kesintiye uğramadan devamlılığını sağlamak Hastanenin haberleşme gereklerinin devamlılığı. - Hastane binalarının ısıtılması görevinin sağlanması. Havalandırma fonksiyonun yerine getirilmesinin sağlanması. Tıbbi gaz ihtiyacının karşılanmasının sağlanması. - Olası elektrik kesintilerine karşı jeneratör sisteminin faal olmasını sağlamak. Yangın algılama ve söndürme sistemlerinin çalışır durumda olmasının sağlanması. Atık su kanalizasyon hizmetlerinin sağlanması - Acil çıkış Yollarının ve kapılarının çalışır vaziyette olmasını sağlamak.			
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler			
Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde: - Kritik hizmetler ve birimler için yedek sistemler olsa da, enerji kesintisi hastane için her zaman bir sorundur. Bu nedenle Olay Yönetim Ekibi aşağıdakilerin gerçekleştirilmesi için derhal harekete geçmelidir: - Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar. - Sorun halinde Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planını geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir). - Olay Yönetim Ekibi altyapı sorumlusu atar ve aşağıdakilerin yapılması için talimat verir: Teknik bakım hizmetleri personeli ile birlikte mevcut yönetim araçları (Standart Operasyon - Prosedürü, Olay Eylem Planı, Formlar, Kontrol Listeleri ve Kayıtlar) tespit edilir ve kullanılacak olanlar seçilir. - Belirlenen yönetim araçlarının mevcut duruma uyarlanması sağlanır. Bu tür yönetim araçları yoksa bu durumda, Olay Yönetim Ekibi söz konusu durumun yönetilmesi için gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dâhil).		Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi

• Departman/servis/birim sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersizlik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak). • Derhal kritik sistemlerin güvenliği ve gelecek birkaç saat ve gün için bunların sürdürülebilirliği değerlendirilir (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak). • Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur. • Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır. • Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür. • Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planının ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir. • Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir. • b) Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda: Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir: • Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklandığı şekilde ilgili kılavuzları, prosedürleri ve kontrol listelerini kullanarak, derhal zararın değerlendirilmesini istemek. • Hastane dışından gerekecek teknik uzmanlık ihtiyacını tespit etmek ve teminini sağlamak. Her departman/servis/birimin raporlama formunu kullanarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin çalışması ile bağlantılı her türlü sorunu rapor etmelerini istemek. • Zarar görmüş binaların güvenliği ve/veya kaybı ile ilgili kararların alınmasına katkıda bulunabilecek başlıca taraflar ile acil toplantı yapmak. • Gerektiğinde tahliye yönetimini gerçekleştirmek (Tahliye, her durumda son çare olmalıdır; ancak ciddi şüphelerin olduğu durumlarda tedbir amaçlı (ihtiyati) tahliye önerilmektedir. Bu durumda tahliye, Tahliyeye ilişkin Olaya Özel Plana göre gerçekleştirilmelidir). • Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman işbirliği içinde olarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin onarımına yönelik Olay Eylem Planları oluşturmak.		

- İzleme mekanizmaları oluşturmak, ilgili form ve bilgi yönetimi kayıt sistemini kullanarak operasyon veya eylemdeki ilerlemeyi düzenli kayıt altına almak ve izlemek. - Olay Yönetim Ekibi teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personeline destek amacıyla aşağıdakileri temin edecektir: - Önceden belirlenmiş Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, kılavuz ve kontrol listelerinin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamak (müdahalenin boyutlarını, seyrini ve güvenilirliğini geliştirmek için güvenli yöntemdir). - Teknik bakım hizmetlerine yardım etmeleri için mutfak ve çamaşırhane gibi yardımcı hizmetlerden personel görevlendirmek. - Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatta olmak. - Gerektiğinde hastane dışından uzman ve teknisyen temin etmesi		
Hastane İdaresi olayla ilgili rapor ve formları İl Sağlık Müdürlüğüne sunar.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Gerekli hallerde basın toplantısı düzenlenerek kamuoyu bilgilendirilir.	Olay Bitimi	Olay Bitimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Tüm çalışmalarda iş güvenliği kurallarına uyulmalı, personel tarafından iş güvenliği kapsamında gerekli kişisel malzeme ve teçhizat kullanılmalıdır.		
KULLANILACAK MATERYALLER Formlar..... Standart Operasyon Prosedürü..... Elektrik, telefon, bilgi işlem sistemi, tıbbi gaz, su ve alt yapı yedek malzemeleri		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
*		
Zaman Dilimi		
Herhangi bir işin aksaması ile başlar, olay tamamen bitinceye kadar devam eder.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi Prosedürü Altyapı Sorumlusu İş Akış Talimatı,	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
*		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
Kimyasal riske karşı önlem alınıp, Enfeksiyon Kontrol Komitesi çalışmalarına başlar.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Elektrik ve gaz kaçaklarına karşı dikkatli davranılır.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Sürece Dahil Kişiler		

Yetkili Firma ve servisler		
Teknik Servis Personeli		
Bilgi İşlem Personeli		
Ekler		
Tahliye yolları için harita/kroki,		
Raporlama için kayıtlar ve formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Arazi Durum ve tamirat kaydı	HAP aktive edilmesi ile (1-10 dk)	Olay Bitimi
Formlar: Tesis Sistemleri Durum Formu (Form – 5)	HAP aktive edilmesi ile (1-10 dk)	Olay Bitimi
Raporlama mekanizması:		
Teknik Servisten OYM ‘ye	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
OYM ‘den İl Sağlık Müdürlüğü’ne	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
İzleme		
Tüm olan ve olabilecek olayları takip edin ve gerekli önlemleri alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Hizmetin devam etmesi için gerekli önlemleri alın.	Olayın başlamasından bitimine kadar	Olay Bitimi
Güvenlik Konuları - Paratonerlerin bakım periyodlarının zamanında yapılması, Hidroforun bakımının yapılması, - Jenaratörün bakımının yapılması, - Tıbbi gaz sistemimin bakımının yapılması, Elektrik sistemlerinin uygunluğunun kontrolü, - Elektrik kablolarının, priz, ve elektronik cihazların vb. Uygun koşul ve yükseklikte bulunmaları.		

EK-1C FORMLAR

1. HAP AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ ORGANİZASYON GÖREVLENDİRME FORMU
2. BRİFİNG FORMU
3. OLAY BİLDİRİM FORMU
4. OPERASYON KAYIT FORMU
5. TESİS SİSTEMLERİ DURUM FORMU
6. OLAY EYLEM PLANI STANDART FORMU
7. OLAY EYLEM PLANI TAKİP KAYIT FORMU
8. HASTANE GİRİŞ KAYIT FORMU
9. HASTA DOSYASI FORMU
10. HASTA TAKİP LİSTESİ FORMU
11. HASTANE OLAY İSTATİSTİK FORMU
12. HASTA SON DURUM LİSTESİ
13. DURUM RAPOR (İdari Birimler) FORMU
14. DURUM RAPOR (yataklı servisler) FORMU
15. HASTA EŞYASI TESLİM FORMU
16. MEVCUT PERSONEL KAYIT FORMU
17. GÖREVE GELEN PERSONEL KAYIT FORMU
18. PERSONEL MESAİ TABLOSU FORMU
19. OLAY EYLEM PLANI İŞ GÜVENLİĞİ ANALİZİ FORMU
20. ALANDA PERSONEL GÖREVLENDİRME TAKİP FORMU
21. ALANA MALZEME (DEMİRBAŞ, İLAÇ, TIBBİ SARF VB.) GÖNDERME TAKİP FORMU
22. İLAÇ, TIBBİ SARF, DEMİRBAŞ VB. TALEP FORMU
23. MALZEME TAKİP FORMU
24. ÖZEL ALANLAR FORMU
25. FİNANS YÖNETİMİ KAYIT FORMU
26. LOJİSTİK YÖNETİMİ KAYIT FORMU
27. HAP YÖNETİMİ KAYIT FORMU
28. BİLGİ YÖNETİMİ GENEL TAKİP FORMU
29. HASTANE İÇİNDE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU
30. SAĞLIK YETKİLİLERİYLE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU
31. PSİKOSOSYAL RİSK ANALİZİ FORMU
32. AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU
33. HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU
34. DİYALİZ BİLGİ FORMU
35. HASTANE YATAK / ODA BİLGİSİ FORMU
36. PERSONEL BİLGİ FORMU
37. HEKİM UZMANLIK ALANLARI BİLGİ FORMU
38. SAĞLIK PERSONELİ UNVAN DAĞILIMI FORMU
39. TEKNİK HİZMETLER UNVAN DAĞILIMI FORMU
40. SÖZLEŞMELİ PERSONEL UNVAN DAĞILIMI FORMU
41. FİRMALAR VE KRİTİK TEDARİKÇİLER BİLGİ FORMU
42. HAP AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ ORGANİZASYON İLETİŞİM FORMU
43. KURTARMA - SÖNDÜRME - İLK YARDIM EKİBİ İLETİŞİM FORMU
44. HAP YILI EĞİTİM - TATBİKAT PLANI FORMU
45. HAP YILI EĞİTİM RAPOR FORMU
46. HAP YILI TATBİKAT RAPOR FORMU
47. AFET VE ACİL DURUM KURUM REHBERİ
48. YAPISAL RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU
49. YAPISAL OLMAYAN RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU
50. TAHLİYE EDİLEN MALZEME / EKİPMAN TAKİP FORMU
51. BİRİMİ hasta TAHLİYE TAKİP FORMU
52. BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU
53. İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI FORMU
54. HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM
55. TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU



T.C

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-01	HAP AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ ORGANİZASYON GÖREVLENDİRME FORMU	547 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
MAYIS 2023		00

Olay Adı:		Tarih	Saat	Operasyonel Dönem- Tarih/Saat
		.../.../....	../..	.../.../.... ../..
Pozisyon	Olay Yönetim Ekibi Ad-Soyad/Kurum			
HAP Başkanı				
Halkla İlişkiler Sorumlusu				
Kurumlararası Koordinasyon Yetkilisi				
İş Güvenliği Sorumlusu				
Tıbbi/Teknik Danışman (...)				
Tıbbi/Teknik Danışman (...)				
HAP Sekreteryası				
Operasyon Bölümü				
Operasyon Şefi				
Alan Sorumlusu				
Tıbbi Bakım Sorumlusu				
Altyapı Sorumlusu				
Güvenlik Sorumlusu				
İş Sürekliliği Sorumlusu				
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu				
Psikososyal Destek Sorumlusu				
Planlama Bölümü				
Planlama Şefi				
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu				

Durum Değerlendirme Sorumlusu				
Dokümantasyon Sorumlusu				
Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu				
Lojistik Bölümü				
Lojistik Şefi				
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu				
İnsan Kaynakları Sorumlusu				
Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu				
İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu				
Finans Bölümü				
Satınalma Sorumlusu				
Faturalama/ Maliyetlendirme Sorumlusu				
Hukuk/Tazminat Sorumlusu				
Tahakkuk Sorumlusu				
Dış Kurum Temsilcisi (Hastane Afet Yönetim Merkezinde)				
Hastane Temsilcisi (Dış Kurumda)				
Görev Yeri				
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.				



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-02		549 / 794
YAYIN TARİHİ	BRİFİNG FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı :

Tarih /Saat:

Olayın Hikayesi ve Mevcut Faaliyet Özeti

Organizasyon

Notlar (Aşılan sorunlar, devam eden sorunlar, uyarılar, direktifler)

Düzenleyen (Ad-Soyad/Pozisyon)

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-03		550 / 794
YAYIN TARİHİ	OLAY BİLDİRİM FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

İl /İlçe Adı:

Tarih / Saat:

Olayın Tanımı:

Yapılan ilk müdahale bilgisi:

Yaralı Sayısı:

Ölü Sayısı:

Bilgi Veren (İlgili Kişi):

112 AÇM Müdürlüğü Tel. No:

Sağlık Komuta Kontrol Merkezi Tel No : Sağlık Komuta Kontrol Merkezi Faks No : İl SAKOM Tel No:

İl SAKOM Faks No:

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Olayı haber alan kişi tarafından doldurulur.
- 3) OYE tarafından uygun görülen birim ve kişilere gönderilir.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-05		552 / 794
YAYIN TARİHİ	TESİS SİSTEMLERİ DURUM FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Tarih -Saat :	Görevli Adı-Soyadı:	
Sistem Adı	Durum	Eğer tamamen fonksiyonel değilse bu bölümde yeri, sebebi ve tamirat için gerekecek yaklaşık zamanı yazınız.
İnternet	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
Video Tele Konferans (VTC) Kablolu	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
ALT YAPI		
Tesise Ulaşım (Yollar, kaldırımlar, köprüler..)	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
Yangın Uyarı Sistemi	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
Yangın Söndürme Sistemi	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
Yiyecek Hazırlama Malzemeleri	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
Buz Makinesi	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
Çamaşırhane / Çamaşır Ekipmanları	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
Yapısal Unsurlar (BinaBütünlüğü)	Tamamen kullanılıyor Kısmen kullanılıyor Kullanım dışı Yok	
HASTA BAKIMI		

DekontaminasyonSistemi (Arındırma Ünitesi)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Dijital Röntgen SistemiDigital (Radyoloji ünitesi, rutin PACS, CT, MRI, diğer)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Buharlı /KimyasalSterilizatörler	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
İzolasyon Odaları (Pozitif/Negatif Hava)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
GÜVENLİK		
Tesis Kilit Sistemleri (Kapı/anahtar karterişimi)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Kampüs Güvenliği (Harici Panik Alarmlar)	Tamamen kullanılıyor	
	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Kampüs Güvenliği(Işıklıandırma)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Panik Alarmları (Dahili ve diğercihazlar)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
KRİTİK HİZMETLER		
Elektrik Enerjisi (Öncelikli Servisler)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Elektrik Enerjisi (Yedek Jeneratör)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	

Yakıt Deposu	Kullanım dışı	
	Yok	
Sanitasyon Sistemleri	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Su	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Doğal Gaz	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Hava Kompresörü	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Asansör(ler)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Tibbi Atık YönetimiSistemi	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Isıtma, Havalandırma,Klimalar	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Oksijen	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Medikal Gazlar, Diğer	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Pünomatik TaşımaSistemi	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Buhar Kazanı	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Arındırma Ünitesi AtıkSu Sistemi	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	

	Yok	
Su Arıtma Sistemi(Varsa)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Vakum (Aspire etmek için)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Su Isıtıcı ve Dolaştırıcısı	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Harici Aydınlatma	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Harici Depo(Ekipman)	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Harici DepoAraçlar	Tamamen kullanılıyor	
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	
Araç Otoparkı	Tamamen kullanılıyor	(güç, panik butonu, ışıklar, giriş, çıkış kontrolü)
	Kısmen kullanılıyor	
	Kullanım dışı	
	Yok	

Kontrol Eden 1: Onaylayan: Bildirimi Yapılan Birim: Kontrol eden 2:

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Hastanenin olaya maruz kalması durumunda kullanılır.2) Olaydan etkilenen departman/servis/birim tarafından doldurulur.
3) Alt yapı sorumlusuna gönderilir.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-07		556 / 794
YAYIN TARİHİ	OLAY EYLEM PLANI STANDART FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı:	
Tarih/saat (olayın meydana geldiği):	
Aktivasyon Tarihi:	
Olay Eylem Planının (OEP) Geçerlilik Süresi:	
OEP Hazırlayan/Hazırlayanlar	
OEP Onaylayan (Görevi Adı ve Tarih):	
OEP'in Adı :	
Mevcut durumun kısa özeti (temel zorluklar, problemler, kısıtlamalar, olası gelişmeler, düzenlenecek operasyonlar vb.)	
OEP'in hazırlanmasına dahil olan bölümler (görevleri ve isimleri)	
Müdahale / yönetimin amacı	
Ana hedefler (en fazla 6) önceliklerine göre numaralandırarak listeleyiniz.	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatme yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatme yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/ iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU

DOKÜMAN ADI

SAYFA NO

CÜH.KYS.FR.72-07

557 / 794

YAYIN TARİHİ

OLAY EYLEM PLANI STANDART FORMU

REV.TARİHİ /NO

EYLÜL 2022

00

Haberleşme Planı
(teknik detaylar; örneğin sıklık, cep telefonu numaraları vb.)

Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi
(Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)

Önemli notlar:

OLAY EYLEM PLANI: Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde müdahale, hedef ve stratejilerin belirlenmesi gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşama- da gidişata göre geliştirilmesi, kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır.

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) OYE ve departman/servis/birimler tarafından kullanılır.
- 3) OYE' ye gönderilir. HAP başkanı tarafından onaylanmadan kullanılmaz.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-07	OLAY EYLEM PLANI TAKİP KAYIT FORMU	558 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

[illegible]



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-08	HASTANE GİRİŞ KAYIT FORMU	559 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı:

[illegible]

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.Olay adı değiştiğinde Hastane Giriş Kayıt Formu yeniden oluşturulacaktır. 2) Triyaj alanında doldurulacaktır. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-09		560 / 794
YAYIN TARİHİ	HASTA DOSYASI FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı:							
Tarih:		Saat:			Hasta Kayıt No:		
Triyaj Kodu:							
Protokol No:		Tc Kimlik No:			Adı-Soyadı/Eşgali:		
<u>Şikayeti</u>	<u>Vital Bulgular</u>					<u>Muayene Bulguları</u>	
	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Saturasyon		Ateş
<u>İstenilen Tetkikler</u>	<u>Yönlendirildiği Yer</u>				<u>Sonuç</u>		
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.Kullanılan bir form yok ise kullanılacaktır.Hastanenin kullandığı hasta takip formunun üzerine bakıldığında ilk görülecek şekilde hasta kayıt no'su büyük puntolarla muhakkak yazılacaktır. Hastanın ilk geldiği yerde doldurulmaya başlanır, hasta ile birlikte nakledilir ve doldurulmaya devam edilir. 2) Hasta ile karşılaşılan tüm alanlarda doldurulur 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.							



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-11		562 / 794
YAYIN TARİHİ	HASTANE OLAY İSTATİSTİK FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı:							Tarih: Saat:	
	***Acil Servis		***Ayaktan Tedavi		***Morg		Toplam	
	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)
Muayene Edilen Hasta Sayısı								
Yatışı Yapılan Hasta Sayısı								
Bekleyen Hasta Sayısı (Gözlemde olan hasta sayısı)								
Ameliyatta Olan Vaka Sayısı								
Yoğun Bakımda Yatan Hasta Sayısı								
Dahili ve Cerrahi Branşlarda Yatan Hasta Sayısı*								
Taburcu Edilen Hasta Sayısı								
Sevk Edilen Hasta Sayısı (Erişkin/Pediyatrik)								
Ölü Sayısı								
Düzenleyen (Durum Değerlendirme Sorumlusu)								
**Özel Durum Açıklaması								
Operasyon aşamasında kullanılacaktır. * Hastanın yoğun bakımda hangi klinik adına yatırıldığı değil nerde yattığına göre kayıt yapılacaktır. ** Olayın özelliğine göre istenilen farklı bilgiler bu bölüme yazılacaktır (Mesleki bilgileri , genel durumları, yaş ve cinsiyet dağılımı vb.). ***Bilgiler gelen hasta son durum formundan kontrol edilerek alınacaktır. Durum değerlendirme sorumlusu tarafından doldurulur/doldurtulur. Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.								



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-12		563 / 794
YAYIN TARİHİ	HASTA SON DURUM LİSTESİ FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı:

Olay Başlangıç Tarih ve Saati - Olay Bitiş Tarih ve Saati:

Sıra No	Protokol No	Ad Soyad/Eşgal	TC Kimlik No	Cinsiyet (K/E)	Yaş	Triyaj Kodu	İstnilen Tetkikler (USG, CT, Anjio vb.)	Ameliyata Sevk Saati	Sonuç ve saati (Taburcu, Yatış, Sevk, Morg)	Açıklama
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
DÜZENLEYEN AD SOYAD ÜNVAN							ONAYLAYAN AD SOYAD ÜNVAN			
İMZA							İMZA			

Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Bu Form farklı birimler tarafından doldurulan Hasta Takip Listesi Formlarının birleştirilmesi ile oluşturulur. Hastane Olay İstatistik Formu ile uyumlu olmalıdır.

Durum değerlendirme sorumlusu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-13		564 / 794
YAYIN TARİHİ	DURUM RAPOR (İDARİ BİRİMLER) FORMU	REV.TARİHİ/NO
EYLÜL 2022		00

Olay adı		Tarih:
Alan/Birim/Bölüm Adı		Saat:
Hazırlayan Adı Soyadı		Ad-Soyad /İmza:
İrtibat Bilgileri (Telefon, E-posta)		
Mevcut Personel Durumu		Mevcut Malzeme Durumu ve İhtiyaçlar
Çalışan Personel Sayısı		
İhtiyaç Duyulan Personel Sayısı		
Uygun Görülen Çalışma Süresi		
Bölüm Dışı Destek Personel Sayısı		
Yorumlar		
Talepler ve Takibi		Talep Eden Birim

Operasyon aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır. Aynı zaman da ihtiyaçları bildirmek amacıyla kullanılır. İdari birimler tarafından doldurulur/doldurtulur. İlgili yerlere iletilmek üzere OYE' ye gönderilir.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-15		1 / 1
YAYIN TARİHİ	HASTA EŞYASI TESLİM FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Adı-Soyadı:	Telefon:

Adres:

Alınan Eşyanın

Sıra	Cinsi	Renk	Miktarı	Açıklama
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Yukarıda cinsi , miktarı ve birimi belirtilen malzemeler.....
tarafından isimli (Hastane Polisi/Sağlık Personeli/Hastane Nöbetçi Memuruna/
Hasta yakınına) teslim edilmiştir.

Tarih : / /

Saat :

Teslim Eden	Teslim Eden	Teslim Alan	Teslim Alan

) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

) Hasta girişinin olduğu tüm alanlarda doldurulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-16	MEVCUT PERSONEL KAYIT FORMU	1 / 1
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

[illegible]

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Olay anında hastanede bulunan personel listesidir. 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.

3) OYE 'ye gönderilir.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.17	GÖREVE GELEN PERSONEL KAYIT FORMU	1 / 1
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ/NO
EYLÜL 2022		00

[illegible]

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Olay anında hastanede bulunan personel listesidir. 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.

3) OYE 'ye gönderilir.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-18		1 / 1
YAYIN TARİHİ	PERSONEL MESAİ TABLOSU FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı:

Başlangıç Tarihi:

Bitiş Tarihi /Saat:

Servis/Birim:

SıraNo	Ad-Soyad	Kadrolu (K) Görevlendirme (G)	Kimlik No	Görevi	Başlangıç Tarih/Saat	Bitiş Tarih/Saat	İmza	ToplamSüre	Servis Sorumlusu Adı-Soyadı/ İmzası
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

Teslim Tarihi/Saati:

Onaylayan :

- 1) Operasyon aşamasında ve sonrasında kullanılacaktır (diğer form kategorisi). Olay sürecinde hastanede çalışan personel mesai listesidir.
- 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-19	OLAY EYLEM PLANI İŞ GÜVENLİĞİ ANALİZİ FORMU	570 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ / NO
EYLÜL 2022		00

[illegible]

İş Güvenliği Yetkilisi.:

1) Operasyon aşamasında ve sonrasında kullanılacaktır (diğer form kategorisi). 2) İş güvenliği yetkilisi tarafından doldurulur.

3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-21		572 / 794
YAYIN TARİHİ	ALANA MALZEME (DEMİRBAŞ, İLAÇ, TIBBİ SARF VB.) GÖNDERME TAKİP FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı :					Başlangıç Tarihi :		
Olay Yeri :							
Sıra No	Tarih ve Saat	Malzemenin Adı	Türü (İçeriği, özelliği vb.)	Miktarı	Teslim Eden	Teslim Alan	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Kitlesel yaralanmalı olaylarda müdahale aşaması 1 ve 2 de kullanılır. 2) Lojistik şefi tarafından görevlendirilen ilgili sorumlular tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.							



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-22	İLAÇ, TIBBİ SARF, DEMİRBAŞ VB. TALEP FORMU	573 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Sıra No	Malzemenin Adı	Türü (İçeriği, Özelliği vb.)	Miktarı	Hesap Kodu	Birim Stok Mevcudu	Açıklama
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

TALEP TARİHİ		ONAY TARİHİ	
TALEP SAATİ		ONAY SAATİ	
TALEP EDEN AD SOYAD GÖREVİ		ONAYLAYAN AD SOYAD GÖREVİ	
İMZA		İMZA	

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-23	MALZEME TAKİP FORMU	574 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı:		Birim:					
Tarih:							
Teslim Edilen /Alınan Malzeme :							
Saat	Malzemenin Cinsi	Malzemenin Durumu	Teslim Eden	Teslim Alan	Geri Teslim Zamanı (Tarih/Saat)	Malzemenin Durumu	İmza
Onaylayan			Formun Teslim Tarihi/Saati				
1) Operasyon aşamasında ve sonrasında kullanılacaktır (diğer form kategorisi) 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.							



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-24		575 / 794
YAYIN TARİHİ	ÖZEL ALANLAR FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Sıra No	Alan	Alan m ²	Su		Elektirik		Telefon		Telsiz		Fax		İnternet		Bilgisayar		Olağan Günde Kullanım Amacı
			Evet	Hayır	Evet	Hayır	Gsm	Sabit	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
1	Başheki mlik HAP Ofisi	130 m2	x		x		x		x		x		x		x		Başhekimlik toplantı alanı
2	Acil triaj	53 m2	x		x		x			x		x	x		x		Hasta bakım alanı
3	Ç.Acil Triaj	38 m2	x		x		x			x		x	x		x		Hasta bakım alanı
4	Sivil savunma birimi	21 m2		x	x		x		x			x	x		x		Hap ofisi
5	Acil Servis Önü	600 m2		x		x	x			x		x		x		x	Hasta yakınları bekleme alanı ve personel dinlenme alanı
6	Onkoloji binası		x		x		x	x		x		x	x		x		Ayaktan tedavi alanı

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-25		576 / 1
YAYIN TARİHİ	FİNANS YÖNETİMİ KAYIT FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı	:	Başlangıç Tarihi:		
Olay Yeri	:			
Sayfa Numarası :				
Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, boyutu, olası sonuçları)	Müdahaleler (Fon kaynağı, niteliği, erişim sağlanan yer, kim karar veriyor, kim ne yapıyor, ne zaman, nasıl, zaman çizelgeleri)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)	İzleme, Takip ve Durum (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)
Kayıt Sorumlusu:				
) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.				
) Olay Yönetim Ekibi tarafından tarafından doldurulur/doldurtulur.				
) OYM 'de bulundurulur ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.				



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-29		580 / 1
YAYIN TARİHİ	HASTANE İÇİNDE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay Adı :				Başlangıç Tarihi:
Olay Yeri :				
Sayfa Numarası :				
Tarih ve Saat	Paylaşılan Bilgiler, Kim Tarafından ve Kiminle (OYE, Departman, Servis ve Birim: Ad, görev, irtibat bilgileri)	Paylaşılan Bilgi Unsuru (Yalnızca temel unsurlar)	Kararlaştırılan Eylemler (Ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)	Faaliyetlerin Takibi ve İzlenmesi (Nasıl, ne zaman, kim, ne)
) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.) OYE, Departman, Servis ve Birim tarafından doldurulur/doldurtulur.) OYM 'de bulundurulur ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.				



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-31		582 / 1
YAYIN TARİHİ	PSİKOSOSYAL RİSK ANALİZİ FORMU	REV.TARİHİ/NO
EYLÜL 2022		00

Ad Soyad	
Yaşınız / Cinsiyetiniz	
İkametgah Adresiniz	
Ev Telefonu / Cep Telefonu	
ACİL BİR DURUMDA ULAŞILACAK KİŞİLERİN BİLGİLERİ	
İsim Soyisim / Telefon	
Medeni Durumunuz	Bekar Evli Ayrı yaşıyor Dul Boşanmış Birlikte yaşıyor
Tedavi gerektiren psikolojik bir hastalık geçirdiniz mi?	Hayır Evet (belirtiniz.....)
Kronik ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?	Hayır Evet (belirtiniz.....)
Sürekli kullandığınız bir ilaç veya özel bir gereksiniminiz var mı?	Hayır Evet (belirtiniz.....)
Kendinize zarar verici davranışlarınız oldu mu (bedeninize, kollarınıza kesiler atmak gibi)?	Hayır Evet (belirtiniz.....)
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi aldınız mı?	Hayır Evet Kullanmıyorum
Herhangi bir engeliniz var mı? Varsa engel türünü belirtir misiniz?	Yok Duyma Görme Fiziksel Zihinsel Varsa ihtiyaç belirtiniz.....
Hanenizde engelli birey var mı? Varsa engellilik türünü belirtiniz	Yok Duyma Görme Fiziksel Zihinsel Varsa ihtiyaç belirtiniz.....
1) Planlama ve operasyon aşamasında kullanılabilir (diğer form kategorisi) 2) Çalışan tüm personel tarafından doldurulur. 3) Hastanenin insan kaynakları biriminde bulundurulur, HAP 'ın ekine konmaz .	



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-32		583 / 794
YAYIN TARİHİ	AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olayın Adı:		
Açıklama: Görevli pozisyonların aktivasyonu sona erdirildiğinde ve tüm kaynakların kullanımı sonlandığında doldurulacaktır. Görevli pozisyonların aktivasyonunun sona erdirilmesi ve tüm kaynakların kullanımının sonlandırılması; sadece aşağıdaki kutucuklar doldurulduğunda, tüm malzemeler bakımları yapılmış şekilde teslim edildiğinde ve tüm dokümanlar Dokümantasyon Sorumlusu'na iletilindiğinde mümkün olacaktır. Bölüm sorumluları, afet/acil durum sonlandırıldığında, formda kendilerine ayrılmış bölümü imzalamalıdır	Tarih/...../..... -/...../..... Saat:/..... -/.....	
HAP BAŞKANI	NOT	PARAF
Tüm birimler, dallar ve servisler tahliye edildi.		
Tüm evraklar rapor oluşturulması için toplanarak gözden geçirildi.		
Personele, paydaşlara ve medyaya yönelik sonuç raporu hazırlanarak dağıtımı yapıldı.		
Tüm klinik operasyon normale/olay öncesi rutinine geri döndü.		
Hastane Olay Yönetim Merkezi ve Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı devre dışı bırakıldı.		
BASIN VE HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU	NOT	PARAF
Medya sonuç brifingi hazırlandı, onaylandı ve dağıtıldı.		
Personel ve hasta sonuç brifingleri hazırlandı onaylandı ve dağıtıldı.		
Sosyal medya son gelişmelere göre güncellendi.		
KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm paydaş ve harici kurumlara Hastane Olay Yönetim Merkezi ile Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planının devre dışı bırakıldığı ve rutin operasyon prosedürlerine dönüldüğü bilgisi verildi.		
İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Bina güvenliği son denetimi tamamlandı ve raporlandı.		
Tüm olası tehlikeler belirlendi ve çözüldü.		
Tüm mekanlar/tehlikeler güvenli bir şekilde tekrar kullanım için onarıldı /azaltıldı.		
Tüm ilgili düzenleyici kurumlar bilgilendirildi.		
Tüm güvenlik özellikli evraklar tamamlanarak onaya sunuldu.		



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-32	AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU	584 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	NOT	PARAF
Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
Müdahaleye özel dokuman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU.....(Branş)	NOT	PARAF
Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
Müdahaleye özel dokuman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
ALAN SORUMLUSU		
Müdahalede kullanılan tüm araç ve gereçler depoya veya müdahale öncesindeki yerine geri gönderildi.		
Tüm personel bilgilendirildi ve günlük çalışmalarına geri döndü.		
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm hasta işlemleri ve randevular tekrar takvimlendirildi.		
Tahliye edilen tüm hastalar ve aile üyeleri bilgilendirildi.		
Tüm klinik bilgilendirme/işlemler/görüşmeler elektronik sisteme kayıt edildi.		
Alternatif bakım üniteleri devre dışı bırakılarak müdahale öncesi işleyişe geridöndü.		
Müdahale sürecinde kullanılan medikal malzemeler ve ekipmanlar müdahale öncesi işleyişe geri döndü.		
Personel şefleri müdahale öncesi işleyişe tekrar geri döndü.		
Bölmülerdeki tüm birimler bilgilendirildi ve devre dışı bırakıldı.		
ALTYAPI SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm hasar tespiti tamamlanarak, sonuç raporu operasyon ve planlama sorumlularına aktarıldı.		
Operasyon Bölüm Şefi tarafından alt yapı sistemleri ve ekipmanlar onarımdan geçirilmesi sağlandı ya da yeni bir hazırlık yapıldı.		
Tüm üniteler/birimler müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
Kritik sistemler kontrol edildi.		
Bölmülere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
GÜVENLİK SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tesis ve/veya kampüsün giriş ve çıkışlarının kapatılması işlemi askıya alındı.		
Güvenlik nedeniyle sayısı arttırılan güvenlik personeli bilgilendirilerek, güvenlik personeli sayısı olay öncesi sayısına indirildi.		
Müdahale süresince ek olarak kullanılan güvenlik tedbirleri artık devre dışı bırakıldı.		
Bölmülere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-32	AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU	585 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU	NOT	PARAF
Dekontaminasyon işleyişi sonlandırılarak tüm malzeme, ekipman ve personel müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
Dekontaminasyon sürecinde toplanan su güvenli bir şekilde toplanarak güvenli bir şekilde kontrol altına alındı.		
Tüm yetkililer dekontaminasyon sürecinde toplanan suyun uygun şartlarda tahliye edilmesi hakkında bilgilendirildi.		
Dekontaminasyon işlemine dahil olan personel tıbbi kontrolleri yapılarak, izlem altına alındı.		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
İŞ SÜREKLİLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bilgi girişindeki aksaklıklar giderildi ve veriler kurtarıldı.		
HASTA YAKINI DESTEK SORUMLUSU		
Yeri değiştirilen servislerde kullanılan tüm malzeme ve ekipman geri yerleştirildi.		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm izlem araçları toplanarak depoya gönderildi.		
DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm izlem araçları istiflenerek depoya gönderildi.		
DOKÜMANTASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
Müdahale esnasında oluşturulan veya kullanılan tüm evraklar teslim alındı.		
Tüm evraklar incelenmek üzere ilişkilendirildi ve kategorize edildi.		
ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
Onaylanmış afet ve acil durum sonlandırma formunda içeren evraklar, Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm iletişim ekipmanı hazırlıklı olma sürecine geri döndü. Telsizler ve bataryalar şarj merkezlerine yerleştirildi. Yedek afet telefonları depoya gönderildi. Uydu telefonları toplandı ve şarja yerleştirildi. Hastane Olay Yönetimi Merkezi iletişim ekipmanları depoya gönderildi.		
Yerleştirilen tüm bilgi teknolojisi ekipmanları toplandı, incelendi; olaya özgü tüm veriler kaldırılarak arşivlendi.		



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-32	AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU	586 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Tüm yiyecek/su stokları günlük işleyiş seviyesine çekildi.		
Tek kullanımlık yiyecekler ve besinler menüden çıkarıldı.		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Müdahalede kullanılan tüm malzeme ve ekipmanlar incelendi, temiz- lendi ve günlük kullanıma ya da depoya geri gönderildi.		
Kalibrasyon veya tamir gereken tüm ekipmanlar bakım sürecine girdi.		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
SATINALMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
FATURALAMA / MALİYETLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm zaman çizelgeleri ve diğer dökümantasyon araçları toplanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm sigorta formları tamamlandı ve poliçelere başvuruldu (var ise).		
TAHAKKUK SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm maliyet raporları tamamlandı.		
Tüm ödenmemiş harcamalar, faturalar, satın alma talimatları, çekler, banka kartları çözümlendi.		
BÜTÜN POZİSYONLAR	UYARILAR	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Rolünüze ilişkin kullanılan tüm yanıt ve iyileşme ile ilgili tüm cihaz ve aletlerin tamiri yapıldı, şarj edildi, eksikleri tamamlandı ve depoya gönderildi.		
Günlük supervisore günlük işleyişe tekrar dönülmesiyle ilgili bilgi verildi.		

Hazırlayan
Ad Soyad: İMZA
Görevi: Uzmanlık Alanı:
Tarih/Saat: Tesis Binası:

-) Operasyon aşamasında kullanılacaktır (diğer kategorisinde yer alan form).
) Formda yer alan sorumlular tarafından doldurularak imzalanır. Bu işlemin sekreteryası acil durum sonlandırma sorumlusu tarafından yürütülür.
) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-33	HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU	587 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Olay:
(Bu bölüme bir veya iki cümle ile bilgi notunun hangi olay ve duruma istinaden hazırlandığı yazılacak.)

Bilgiler:

Olay;

a) Meydana geldiği tarih ve saat:

b) Bildirilme tarih ve saati:

c) İhbarı yapan kişi /Birim:

d) Meydana geldiği yer /Birim:

e) Meydana geliş şekli*:

* (Eğer olay hastane kaynaklı ise; nerede, hangi nedene/ kime /nasıl ve neye bağlı olarak meydana geldiği ile nasıl geliştiği yazılacaktır.)

Olaya Müdahale Bilgisi

a) Aktivasyon bilgileri (Buraya, hastanenin hangi birimlerinin sürece nasıl dahil olduğu yazılacaktır.) :

b) Olaya özgü ekipman ve araç kullanımı bilgileri:

c) Olaya müdahil edilen diğer ekip ve paydaşlara ait bilgiler (Buraya, olaya müdahil olan diğer kamu kurumu ve STK bilgileri yazılmalıdır.):

d) Olayın sonuçları:

I. Ölü sayısı (kimlikli ve kimliksiz) (Toplam yazılacaktır.):

II. Yaralı (Toplam yazılacaktır.):

III. Başka hastanelere sevk edilen hasta sayısı:

IV. Ameliyat edilen hasta sayısı:

V. Yoğun bakımda yatan hasta sayısı:

VI. Çalışan sağlık personeli sayısı:

VII. Çalışan hekim-uzman hekim sayısı:

VIII. Çalışan destek hizmetleri personel sayısı:

IX. Olaydan etkilenen hastane personel sayısı:

X. Diğer etkiler (Buraya vaka sırasında müdahale eden sağlık personeli, malzeme ve ekipmanların gördüğü zararlar yazılacaktır.)

Alınan Tedbirler

(Planlanan sağlık tedbirleri ve ihtiyaçları yazılacaktır..)

Sonuç

(Buraya olayın başlangıcı, sonlandırılış tarih ve saati yazılarak; toplam müdahale süresi bilgisi girilecektir.)

5.Hazırlayan Personel/Yönetici

Ad-Soyad

Tarih .../.../... ..

Saat İmza

1) Operasyon sonlandırıldığında kullanılacaktır. Raporu hazırlayanlar raporu hazırladıkları tarih ve saati yazarak imza altına alacaklardır. 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.





T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-35		589 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

HASTANE YATAK / ODA BİLGİSİ FORMU

Departman / Servis/Birim Adı	Yatak Sayısı	Arttırılabilir yatak Sayısı	Yer (Blok adı, kaçınıcı kat vb.)	Muayene Oda Sayısı	Ameliyathane Sayıları	Ameliyathane Oda Sayıları	Ameliyathane Masası
Genel Dahiliye	34		D blok 12. kat				
Palyatif Bakım	11		D blok 12. kat				
Dahiliye yoğun bakım	12		D blok 12. kat				
Dermatoloji	17		D blok 11. kat				
Göğüs yoğun bakım	8		D blok 11. kat				
Enfeksiyon Hastalıkları	20		D blok 10. kat				
Göğüs hastalıkları servis	33		D blok 10. kat				
Endokrinoloji	14		D blok 9. kat				
Dahiliye romatoloji	20		D blok 9. kat				
Nefroloji	20		D blok 9. kat				
Psikiyatri	27		D blok 8. Kat				
Hematoloji	13		D blok 8. Kat				
Nöroloji	21		D blok 7. Kat				
Nöroloji yb	8		D blok 7. Kat				
Beyin sinir cerrahi servis	33		D blok 7. Kat				
Beyin sinir cerrahi yb	8		D blok 7. Kat				
Ortopedi servis	35		D blok 6. Kat				



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-35		590 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

HASTANE YATAK / ODA BİLGİSİ FORMU

Plastik cerrahi servis	21		D blok 6. Kat			
Üroloji servis	32		D blok 5. Kat			
Tıbbi onkoloji	15		D blok 5. Kat			
Yanık servisi	16		D blok 5. Kat			
Genel cerrahi	64		D blok 4.kat			
Genel cerrahi yb	8		D blok 4. Kat			
Gastroentoloji	35		D blok 3. Kat			
Kbb servisi	27		D blok 3. Kat			
Organ nakli	12		D blok 2. Kat			
Genel ameliyathane			D lok 1. Kat	11	11	
Göğüs cerrahi servisi	15		Kalp merkezi 3.kat			
Kardiyovasküler cerrahi servisi	15		Kalp merkezi 3. Kat			
Kardiyoloji servis	34		Kalp merkezi 2.kat			
Koroner yb	14		Kalp merkezi 2. Kat			
KVC yb	8		Kalp merkezi 1. Kat			
KVC Ameliyathane			Kalp merkezi 1.kat	2	2	



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-35		591 / 794
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

HASTANE YATAK / ODA BİLGİSİ FORMU

Departman / Servis/Birim Adı	Yatak Sayısı	Arttırılabilir yatak Sayısı	Yer (Blok adı, kaçınıcı kat vb.)	Muayene Oda Sayısı	Ameliyathane Sayıları	Ameliyathane Oda Sayıları	Ameliyathane Masası
Süit 2	9		C blok 6.kat				
Göz servisi	21		C blok 5.kat				
FTR romatoloji	9		B blok 5. kat				
FTR servis	28		B blok 5. kat				
Çocuk servis1	21		B blok 4. kat				
Çocuk servis 2	21		C blok 4. kat				
Çocuk cerrahi	11		C blok 4. kat				
Obsterik servis	26		B blok 3. kat				
Anne bebek servisi	14		B blok 3. kat				
Jinekoloji servis	25		C blok 3. kat				
Yenidoğan yoğun bakım	62		B blok 2. Kat				
Doğumhane	10		C blok 2. Kat				
Pediatric yoğun bakım	14		C blok 1. Kat				

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-36		592 / 794
YAYIN TARİHİ	PERSONEL BİLGİ FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı	Çalıştığı Birim	GSM Tel No	E Posta	Ev Adresi	Açıklama (Özel Durum Belirtilecek. Örn: Hastane UMKE Personeli vb.)

Düzenleyen :

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Not : personelin bilgileri insan kaynaklarında mevcut



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-37		593 / 794
YAYIN TARİHİ	HEKİM UZMANLIK DALLARI BİLGİ FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Aile Hekimliği	Anesteziyoloji	Beyin Cer.	Biyokimya	Çocuk Cer.	Çocuk Hst	Deri-Züh.	Enfeksiyon	FTR	Genel Cer.	Göğüs Cer	Göğüs Hst.	Göz Hst.	İç.Hst	Acil Tıp.	Kadın Hst.	Ortopedi	Diğer	TOPLAM
42	39	9	6	2	18	21	11	27	12	4	17	19	61	30	17	14	160	509

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-38		1 / 1
YAYIN TARİHİ	SAĞLIK PERSONELİ UNVAN DAĞILIMI FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Hemşire	Ebe	Rönt.Tek	Radyoloji Teknikeri	Laborant	Diyetisyen	Biyokog	Sağlık Teknikeri	Sağlık Teknisyeni	Fizyoterapist	Sağlık Memuru(yüksek okul)	Sağlık Memuru(lise)	perfüzyonist	Eczacı	Psikolog	Odyolog	diğer	Toplam
759	20	1	3	6	6	24	211	3	12	39	2	2	4	3	2	6	1108

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-39		1 / 1
YAYIN TARİHİ	TEKNİK HİZMETLER UNVAN DAĞILIMI FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Elektrik Teknisyeni	Sıhhi Tesisat																		
8	4										5							44	61

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-40	SÖZLEŞMELİ PERSONEL UNVAN DAĞILIMI FORMU	1 / 1
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Güvenlik	Temizlik	Veri Giriş	Hasta ve yaşlı bakım elemanı															
67	318	155	181														19	740

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-43		1 / 1
YAYIN TARİHİ	KURTARMA - SÖNDÜRME - İLK YARDIM EKİBİ İLETİŞİM FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı	Görevi	Çalıştığı Birim	Yer Aldığı Ekip	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

NOT : TÜM HASTANEDEKİ ALANLARIN EKİP LİSTE BİLGİLERİ HAP SEKRETERYASINDA MEVCUT VE BÖLÜM KALİTE DOSYASINDA MEVCUT



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-45		1 / 1
YAYIN TARİHİ	HAP EĞİTİM RAPOR FORMU	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Sıra No	Konusu	Katılan Kişi Sayısı	Eğitimi Veren Kişi /Kurum	Eğitimin Yeri

1) Planlama aşamasında kullanılan raporlama formudur. Yılın sonunda hazırlanır. 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-46	HAP YILI TATBİKAT RAPOR FORMU	1 / 1
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

[illegible]



T.C

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-47		1 / 1
YAYIN TARİHİ	AFET VE ACİL DURUM KURUM REHBERİ	REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Sıra no	Kurum Adı	Telefon	Faks
1	Sivas Valiliği	0346 224 45 45	0346 224 45 45
2	İL EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ	0346 215 11 00 112	0346) 215 1138
3	İL JANDARMA KOMUTANLIĞI	0346 215 10 14-15 112	
4	İL AFAD MÜDÜRLÜĞÜ	0 346 224 66 96 112	
5	İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	0346 221 51 85 112	
6	İTFAİYE MÜDÜRLÜĞÜ	112	
7	SİVAS BELEDİYESİ	0346 221 01 10	
8	AKSA DOĞAL GAZ	444 4 187	0346 211 59 62
9	ÇEDAŞ ELEKTRİK	(346) 858-5858	(346) 858-6100
10	SİVAS NUMUNE HASTANESİ	0346 215 08 33 - 0346 215 08 44	0346 223 95 30
11	SİVAS SAĞLIK VE AFET KORDİNASYON MERKEZİ (SAKOM)	0346 22540 41 0501 732 2387	

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-49	YAPISAL OLMAYAN RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU	1 / 1
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
EYLÜL 2022		00

Bulunduğu Yerleşim Birimi				
İnceleme Tarihi				
İnceleyen				
İnceleme Tarihi İtibariyle Durum Bilgisi				
Sıra No	Bölüm Adı (sistem/eleman)	Sorunlar (Öncelik Sırasıyla)	Önlem/Düzenleme (Uygulama birimi, tarih)	Açıklama (Değerlendirme)
1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.				
2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.				



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-50		1/1
YAYIN TARİHİ		REV.TARİHİ /NO
ŞUBAT 2024	 BİRİMİ MALZEME TAHLİYE FORMU	00

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat			Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati						
Tahliye Kararının Tarih ve Saati			Tahliye Bitiş Tarih ve Saati						
Sıra No	Malzeme/Ekipman Adı	Miktarı	DURUMU			Tahliye Edildiği Yer	Teslim Eden	Teslim Alan	Açıklama
			Kullanılır	Hasarlı Kullanılır	Kullanılamaz				
1									
2									
3									
4									
5									
6									

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-51		1/1
YAYIN TARİHİ	 BİRİMİ HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU	REV.TARİHİ /NO
ŞUBAT 2024		00

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat				Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati					
Tahliye Kararının Tarih ve Saati				Tahliye Bitiş Tarih ve Saati					
Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Protokol Numarası	Tanısı	Kısa Tedavi Protokolü	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Hastayı Teslim Eden	Hastayı Teslim Alan	Öneriler/Birlikte Gönderilen Ekipmanlar, Kişisel Eşyalar vb.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.

3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU

SAYFA NO

CÜH.KYS.FR.72-52

1/1

YAYIN TARİHİ

REV.TARİHİ /NO

ŞUBAT 2024

..... BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU

00

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat

Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati

Tahliye Kararının Tarih ve Saati

Tahliye Bitiş Tarih ve Saati

Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Unvanı	Görevi	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Telefon Numarası	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.

3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



JıVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi

DOKÜMAN KODU

DOKÜMAN ADI

SAYFA NO

CÜH.KYS.FR.72-53

1/1

YAYIN TARİHİ

İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI FORMU

REV.TARİHİ /NO

ŞUBAT 2024

00

Olay(Ad/kod)

Yer konum

Tahmini süre:	
Etkilenen Birim(ler)/İşlevler:	
Göreve Çağrılan Kurtarma Ekibi(leri):	
Olay Eylem Planı'nın uygulamaya geçirilmesinde genel sorumluluk kime ait:	
Olay Eylem Planı'nı hazırlayan: işlev/ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nı onaylayan: işlev/ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nın adı:	
DURUM ÖZETİ	
Olay Yönetiminin Amacı ve Hedefleri (paydaşlar dâhil)	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle baş etme yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle baş etme yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Haberleşme planı (Teknik detaylar, irtibat listeleri)	
Tahmini maliyet	

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi



DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
CÜH.KYS.FR.72-54		1/2
YAYIN TARİHİ	HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM	REV.TARİHİ /NO
ŞUBAT 2024		00

Olayın Niteliği:

Tarih ve saat:

Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:

Sıra	Konu	Açıklamalar	Bilgi Kaynağı
1	Acil durumun niteliği		
2	Etkileyen/neden olan faktörler		
3	İşin sekteye uğraması maksimum kesinti süresini aşarsa ve hedeflenen kurtarma süresine uyulamazsa; oluşması beklenen sağlık sorunları (bkz. etkinleştirilen iş sürekliliği prosedürü)		
4	Tesislerin, ekipmanın ve malzemelerin gördüğü hasarlar (fiziksel/yapısal)		
5	Hastane hizmetleri sunmak için gerekli olan sistemlerin gördüğü hasarlar (özellikle lojistik yönetimi sistemi; nasıl; ne kadar; kaç tane)		

6	Gelecek saatlerde ya da günlerde gerçekleşmesi tahmin edilen olası eğilimler		
7	Mevcut temel kısıtlamalar (personel, haberleşme, lojistik, güvenlik)		
8	Özellikle kritik iş fonksiyonlarının kurtarılması ve temel hastane hizmetlerinin sağlanmasına yönelik eylem öncelikleri (öncelik sırası ya da zaman içindeki sıralamaya göre listeleyin)		
9	Departman ve birim düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
10	Genel hastane düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
11	Hasarın yeniden değerlendirilmesi ve sağlık ihtiyaçlarının tespiti için uygulanacak olan izleme mekanizmaları ve prosedürleri (sıklık, kim, nasıl, ne zaman, kime rapor edilecek)		
12	İhtiyaç duyulan dış kaynaklara ilişkin ilk değerlendirme (ne, kim, nasıl, ne zaman)		

Bu formu dolduran Olay Yönetim Ekibi / Departman (Bölüm) üyelerinin isimleri ve görevleri*:

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Eylemlere yönelik Öneriler / Kararlar (tüm temel eylemleri belirtin; ne, ne zaman, kim, nasıl, nerede) doğrudan ve/veya ilgili Departman/ Servis/ Birimler ile koordineli olarak OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi

DOKÜMAN KODU

DOKÜMAN ADI

SAYFA NO

CÜH.KYS.FR.72-55

1/1

YAYIN TARİHİ

TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU

REV.TARİHİ /NO

ŞUBAT 2024

00

Olay Adı:

Yer (Konum):

Başlangıç Tarihi:

Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:

Sayfa Numarası:

BİLGİ PAYLAŞILAN KİŞİ /KURUM

BİLGİ

Tarih/Saat

Bilgi Veren (Olay Yönetim Ekibi)

Bilgi Verilen

Konusu

Karar Verilen Eylemler
(ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)

Eylemlerin Takibi ve İzlenmesi (ne, nasıl, kim, ne zaman)

1) Operasyon aşamasında, 'İş Sürekliliği Olaya Özel Planında' kullanılacaktır.

2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. Bu kayıt, yalnızca ana paydaşlar için kullanılmaktadır (ilk müdahale edenler, diğer hastaneler, ana tedarikçiler). Bu kayıt belgesi, her zaman “Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu ” (Form 28) ile birlikte doldurulmalıdır.

3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK -1D DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ

1. ERİŞKİN ACİL SERVİS DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRÜ
2. PSİKİYATRİ DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRÜ

ERİŞKİN ACİL SERVİS DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ

AS DMP hazırlanmasındaki amaç, hastane Acil Servisi'nde afet ve acil durum risklerinin önlenmesi ve azaltılması, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olunması; personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğinin korunması, yatırım ve donanımın zarar görmesinin önlenmesi, faaliyetin ve iş sürekliliğinin kesintiye uğramaması, müdahalenin zamanında ve etkili biçimde gerçekleştirilmesi için gerekli planlama ve uygulamalara, HAP çerçevesinde, yol gösterilmesidir.

2. KAPSAM

AS DMP,Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hastanesi Acil Servisi'nin, HAP çerçevesinde, afet risk azaltma, afet ve acil durumları için müdahale hazırlıklarını kapsamaktadır.

3. AFET VE ACİL DURUM RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Hastanenin olağan işleyişinde karşılaşılabilecek meslek, iş güvenliği ve diğer risklerin yönetiminin yanı sıra, afet risklerinin yönetimi de hastanenin tüm birim ve fonksiyonları bakımından temel bir görevdir. Acil Servis Departman Müdahale Prosedürü, HAP bütünlüğü içerisinde, Departmana özel afet ve acil durum risk değerlendirmesini esas almaktadır. Bu çalışmalarla öncelikle mevcut yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi hedeflenmektedir.

3.1. Yapısal elemanların güvenliği

Erişkin acil servis birimimiz tek katlı olup yapısal olarak herhangi bir risk yoktur

3.2. Yapısal olmayan elemanların güvenliği

Acil Servis'te yapısal olmayan elemanlarla ilgili afet ve acil durum risk değerlendirmesinde öncelikle dikkat edilmesi gerekenler

- Ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergahlarının güvenliği, tahliye güzergahı açık olup giriş kısmında güvenlik birimide aktif olarak bulunmaktadır.
- Kritik sistemlerin yangın tüpü, yangın hortumu, elektrik tesisatı çalışır durumdadır.
- Ekipman ve malzeme güvenliği kliniğin kendine ait deposu ve depo personeli ile güvenliği sağlanmıştır.

3.3. Fonksiyonel kapasitenin sürekliliği

- Afet ve acil durumlarda Acil Servis fonksiyonel kapasitesi, iş ve faaliyet sürekliliği güvence altında olması her zamankinden önemlidir. Bu çerçevede öncelikle planlama yapılması gereken konular: Acil Servis kapasitesinin (yatak, personel, ekipman ve malzeme) artan talebi karşılayabilecek şekilde artırılması ve sınırlı kaynakların etkili biçimde kullanımına hazırlık;
- Departman olay yönetimi organizasyon şemasının belirlenmesi; organizasyon şemasına göre departman içi görevlerin tanımlanması,
- Ulaşım, haberleşme ve iletişimin etkili koordinasyonu ve sürekliliğinin sağlanması, vd.

4. MEVCUT DURUM

Afet ve acil durumlara hazırlık kapsamında, Acil Servis'in personel ve işleyiş (fonksiyon) özellikleri tam olarak tanımlanmalı ve sürekli güncellenmelidir:

– Toplam Personel Sayısı ve Dağılımı

Bölüm Sorumlu Hocaları: 4 Hemşire: 27 Asistan: 32 Destek Personel: hasta bakım: 13
Temizlik personeli: 9

– Günlük Nöbet Tutan Personel Sayısı ve Dağılımı

Hemşire: 08-16: 7 Asistan: 6 Destek Personel: hasta bakım: gündüz:4 gece: 3
16-24: 7 Temizlik personeli: gündüz:3 gece: 2
24- 08: 4

– Mevcut Ekipman ve Malzeme Listesi

Sedye : 41 tekerlekli sandalye: 10 monitör: 21

oksijen tüpü: 9 portable mekanik ventilatör: 6 acil çantası : 3
infüzyon pompası : 4 aspiratör: 3 defibrilatör: 4

5. DEPARTMAN OLAY YÖNETİMİ ORGANİZASYON ŞEMASI



6. DEPARTMAN GÖREV TANIMLARI

6.1. Acil Servis Departman Sorumlusu

Afet ve acil durumlarda Acil Servis'in yönetimi ile ilgili tüm stratejik direktifleri verir ve yapılmasını or- ganize eder. Ekip çalışmalarını denetler, bölümler arası haberleşmeyi sağlar, Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordineli olarak çalışır.

6.2. Operasyon Görevlisi

Acil Servis'te tüm hasta bakım alanlarının organizasyonu yapar, acil servis içi hasta trafik akışını organize eder ve iş sürekliliğini sağlar.

6.3. Planlama Görevlisi

Acil Servis'te görevli tüm personelin çalışma düzenini organize eder, gerektiğinde ek personel planlamasını yapar ve Acil Servis Departman Sorumlusuna iletir. Tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini sağlar.

6.4. Lojistik Görevlisi

Acil Servis'te hasta bakımı için gerekli olan malzeme ve ekipmanın devamlılığını sağlar, personel için gıda ve barınma ihtiyacını organize eder ve yönetir.

7. ERTELENEBİLİR/VAZGEÇİLEBİLİR EYLEMLERİN BELİRLENMESİ

Acil Servis'te rutin olarak yapılan enjeksiyon ve pansuman işlemleri sonlandırılabilir. Yeşil alan hastalarının bakımı ertelenebilir.

8. MÜDAHALEDE EYLEMLERİN SIRASI

8.1. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu

AMP aktivasyonu ile başlar.

8.2. Özel Alanların açılması

OYE'nin özel alanları açma kararı ile açılır.

Acil servisin yetmediği zamanlarda açılacak özel alan kadın doğum acil ve onkoloji binasında acil servis hizmet verecektir.

8.3 Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi

Departman Planlama görevlisi acil serviste bulunan mevcut personeli tespit edip, ek personel ihtiyacı hakkında Departman Sorumlusuna durum raporu verir.

OYE, Acil Servis'e nitelikli personelin naklini sağlar.

8.4 . Triyaj

Trijaj ekibi acil serviste afet triyajı kodlamasına geçerek hastaların triyaj kartı doldurulurak doğru alana yönlendirilmesini sağlar .

8.5 Hastaların Acil Servis tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması

Hastaların, uygun görülen yerlere personel eşliğinde nakilleri yapılır.

8.6. Kayıt ve rapor tutulması

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) kullanılmadığında alternatif kayıt sistemleri kullanılarak kayıt ve raporlama işlemi gerçekleştirilir. Alternatif kullanılacak kayıt ve raporlama bu bölümde belirtilmelidir.

8.7 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün Sonlandırılması

Afet ve acil durumdan olağan işleyişe geçilmesi renk kodu/anons ile duyurulur. Durum raporları hazırlanarak OYE'ye iletilir.

8.8 Tahliye (Gerekirse)

Acil Servis kullanılmaz duruma geldiğinde personel, hasta/yaralı, malzeme ve ekipmanın önceden belirlenmiş alternatif bakı alanına tahliyesi gerçekleştirilir.

Acil servis kullanılmaz olduğu zamanlarda acil servis kadın doğum acil, çocuk acil ve onkoloji binasında hizmet verebilir.

9. MÜDAHALE SÜRECİNDE EYLEM ZAMAN ÇİZELGESİ

EYLEMLER	ZAMAN (Hastane tarafından uygun süreler yazılacaktır)
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu	10dk
Alanların açılması	30dk
Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi	30dk
Trijaj	10dk
Hastaların Acil Servis tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması	30dk
Kayıt ve rapor tutulması	Olayın başlamasından bitimine kadar
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün sonlandırılması	

10. HABERLEŞME/İLETİŞİM

Afet ve acil durumlarda Acil Servis içinde iletişim, telefon ile sağlanacaktır.

11. HİZMET NİTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Afet ve acil durumlarda Acil Servis hizmetinin, HAP çerçevesinde ve Acil Müdahale Planı'na (AMP) uygun olarak, yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, AS Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir

- Hastane Afet Triyaj Alanının açıldığından emin olun,
- Hastanenin iç ve dış trafik akışının düzenlendiğinden emin olun,
- Afet triyaj alanının ve Acil Servis'in güvenliğinin sağlandığından emin olun.

12. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURALLARI

Afet ve acil durumlarda Acil Servis hizmetinin İş Güvenliği kuralları ve kontrol bakımından yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, AS Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir,

- Personelin kişisel koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır.
- Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir.
- Acil Servis'e ve hastane Afet Triyaj Alanına erişim görevli personel ile sınırlandırılmalıdır.
- Hasta güvenliğini sağlamak

13. KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR

Afet ve acil durumlarda Acil Servis'in yeni alan ihtiyacı, izinsiz refakatçi izdihamı, epidemi, kontaminasyon vd. özel durumlarla karşılaşabileceği öngörülmelidir,

- Acil servis kullanılmaz olduğu zamanlarda acil servis kadın doğum acil, çocuk acil ve onkoloji binasında hizmet verebilir. Hastanenin hiçbir binası hizmet veremediği durumlarda sahra hastanesi kurularak sahra hastanesinde hizmet verilir.
- Nitelikli personel eksikliği durumunda düzeltici önlemleri alın. Departman sorumlusu HAP Yönetici ekibinde tıbbi teknik danışma kurulu ile iletişime geçerek alan personel takviyesini direk olarak gerçekleştirir.
- İlaç, tıbbi malzeme ve ekipman eksikliğinde karşı departmanın lojistik şefi departman sorumlusuna iletimini yapar ve departman sorumlusu HAP yönetim ekibi ile iletişime geçerek malzeme teminini sağlar.
- Alan da kontrolsüz ziyaretçi durumunu engellemek ve duruma birlikte hastaların kontamine olmasını engellemek çalışan güvenliğini sağlamak amacı ile operasyon sorumlusu güvenlik ekibi desteğinde bulunur.

14. KULLANILACAK SOP'LAR

Tedavi Kapasite Ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi (SOP)

Olay Yönetim Ekibi (OYE), Olay Yönetim Merkezi (OYM) Ve Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi (SOP)

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu (SOP)

İnsan Kaynakları Yönetimi (SOP)

Lojistik Ve Malzeme Yönetimi (SOP)

Güvenlik Yönetimi(SOP)

Acil servis Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

15. KULLANILACAK İŞAT'lar

Operasyon Şefi İşAT'I

Planlama Servisi İşAT'I

Lojistik Şefi İşAT'I

16. SÜRECE DAHİL OLABİLECEK DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM /KİŞİLER

Afet ve acil durumlarda OYE tarafından etkilenmeyen klinik ve alanlardaki kişiler yönlendirilir.

17. KULLANILACAK FORM VE KAYITLAR

-Hastane İçinde Bilgi Paylaşım Formu

-Hasta Tahliye Formu

-Personel Tahliye Formu

18. MÜDAHALE SÜRECİNİN SONLANDIRILMASI

Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından aktivasyonunun sonlandırılması.

EKLER:

Hastane İçinde Bilgi Paylaşım Formu

-Hasta Tahliye Formu

-Personel Tahliye Formu

Operasyon Şefi İşAT'I

Planlama Servisi İşAT'I

Lojistik Şefi İşAT'I

Tedavi Kapasite Ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi (SOP)

Olay Yönetim Ekibi (OYE), Olay Yönetim Merkezi (OYM) Ve Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi (SOP)

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu (SOP)

İnsan Kaynakları Yönetimi (SOP)

Lojistik Ve Malzeme Yönetimi (SOP)

Güvenlik Yönetimi(SOP)

Acil servis Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

PSİKİYATRİ DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ

Psikiyatri Servisi departman müdahale prosedürü hazırlanmasındaki amaç, hastane **Psikiyatri Servisi** da afet ve acil durum risklerinin önlenmesi ve azaltılması, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olunması; personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğinin korunması, yatırım ve donanımın zarar görmesinin önlenmesi, faaliyetin ve iş sürekliliğinin kesintiye uğramaması, müdahalenin zamanında ve etkili biçimde gerçekleştirilmesi için gerekli planlama ve uygulamalara, HAP çerçevesinde, yol gösterilmesidir.

2. KAPSAM

Psikiyatri Servisi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Servisi HAP çerçevesinde, afet risk azaltma, afet ve acil durumlar için müdahale hazırlıklarını kapsamaktadır.

3. AFET VE ACİL DURUM RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Hastanenin olağan işleyişinde karşılaşılabilecek meslek, iş güvenliği ve diğer risklerin yönetiminin yanı sıra, afet risklerinin yönetimi de hastanenin tüm birim ve fonksiyonları bakımından temel bir görevdir. **Psikiyatri Servisi** Departman Müdahale Prosedürü, HAP bütünlüğü içerisinde, Departmana özel afet ve acil durum risk değerlendirmesini esas almaktadır. Bu çalışmalarla öncelikle mevcut yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi hedeflenmektedir.

3.1. Yapısal elemanların güvenliği

Hastanenin yapısal dayanıklılık incelemeleri kapsamında düzenli kaydedilmeli ve rapor edilmelidir.

3.2. Yapısal olmayan elemanların güvenliği

Psikiyatri Servisi Yapısal olmayan elemanlarla ilgili afet ve acil durum risk değerlendirmesinde öncelikle dikkat edilmesi gereken konular:

Ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergâhlarının servisin özelliği gereği kitli konumda bulunması gerekmektedir fakat alanda bulunan personelin ulaşım yollarını hızla açmasında bir engel bulunmamaktadır.

Kritik sistemlerin güvenli ve çalışabilir durumda olması (elektrik, telekomünikasyon, su tedariki, yangın söndürme, kanalizasyon,) sistemleri çalışmakta

Ekipman ve malzeme güvenliği (kliniğin kendine ait malzeme ve ekipman içi ayrı deposu bulunmakta).

Departmanın yapısal olmayan riskleriyle ilgili dolapların sabitliği sağlandı.

4. MEVCUT DURUM

– Toplam Personel Sayısı ve Dağılımı

Bölüm Sorumlu Hocaları: 4 Hemşire: 10 Asistan: 7

Destek Personel: 4 Güvenlik:4

– Günlük Nöbet Tutan Personel Sayısı ve Dağılımı

Hemşire: 2 Asistan: 1 Destek Personel: 1 güvenlik: 1

– Mevcut Ekipman ve Malzeme Listesi

Sedye: 1 tekerlekli sandalye:1 monitör:1

oksijen tüpü: 1 acil çantası :1 sahra sedye:1

5. DEPARTMAN OLAY YÖNETİMİ ORGANİZASYON ŞEMASI



6. DEPARTMAN GÖREV TANIMLARI

6.1. Psikiyatri Servisi Departman Sorumlusu

Afet ve acil durumlarda **Psikiyatri Servisi** yönetimi ile ilgili tüm stratejik direktifleri verir ve yapılmasını organize eder. Ekip çalışmalarını denetler, bölümler arası haberleşmeyi sağlar, Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordineli olarak çalışır.

6.2. Operasyon Görevlisi

Psikiyatri Servisi tüm hasta bakım alanlarının organizasyonu yapar, çalışma alanını organize eder ve iş sürekliliğini sağlar.

6.3. Planlama Görevlisi

Psikiyatri Servisi görevli tüm personelin çalışma düzenini organize eder, gerektiğinde ek personel planlamasını yapar ve **Psikiyatri Servisi** Departman Sorumlusuna iletir. Tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini sağlar.

6.4. Lojistik Görevlisi

Psikiyatri Servisi hasta bakımı için gerekli olan malzeme ve ekipmanın devamlılığını sağlar, personel için gıda ve barınma ihtiyacını organize eder ve yönetir..

7. ERTELENEBİLİR/VAZGEÇİLEBİLİR EYLEMLERİN BELİRLENMESİ

Vital takip, Servis genel düzeni, jimnastik, çay saati, iş uğraşı yöneltme toplantısı afet anında ertelenebilir.

8. MÜDAHALEDE EYLEMLERİN SIRASI

8.1. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü' nün aktivasyonu

AMP aktivasyonu ile başlar.

8.2 Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi

Departman Planlama görevlisi **Psikiyatri Servisi** bulunan mevcut personeli tespit edip, ek personel ihtiyacı hakkında Departman Sorumlusuna durum raporu verir.

8.3. Triyaj

Psikiyatri Servisi hastaları tamamı T2 triaj sınıfına girmektedir.

Psikiyatri Servisi hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması Hastaların, uygun görülen yerlere personel eşliğinde nakilleri yapılır.

8.4. Kayıt ve Rapor Tutulması

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) kullanılmadığında alternatif kayıt sistemleri kullanılarak kayıt ve raporlama işlemi gerçekleştirilir. Alternatif kullanılacak kayıt ve raporlama bu bölümde belirtilmelidir.

8.5. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün Sonlandırılması

Afet ve acil durumdan olağan işleyişe geçilmesi renk kodu/anons ile duyurulur. Durum raporları hazırlanarak OYE'ye iletilir.

8.6.Tahliye (Gerekirse)

Psikiyatri Servisi kullanılamaz duruma geldiğinde personel, hasta/yaralı, malzeme ve ekipmanın önceden belirlenmiş alternatif bakım alanına tahliyesi gerçekleştirilir. Kullanım durumuna göre afet anında yangın merdivenleri yerine uygunluk durumuna bağlı olarak bina içi merdivenler kullanılabilir.

Tahliye planı, kat krokilerine bağlı kaçışın uygun olduğu yoldan gerçekleşir. Hastane içi tahliyede onkoloji binasına tahliye edilir. Hastane içi tahliye mümkün değilse Kurumlar arası koordinasyon sorumlusunun aracılığı ile 112 ile görüşülerek sevki sağlanır

9. MÜDAHALE SÜRECİNDE EYLEM ZAMAN ÇİZELGESİ

EYLEMLER	ZAMAN (Hastane tarafından uygun süreler yazılacaktır)
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu	10 dk
Alanların açılması	30 dk
Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi	30 dk
Triyaj	10 dk
Hastaların Psikiyatri Servisi tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması	15 dk
Kayıt ve rapor tutulması	Başlamasından bitimine kadar
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün sonlandırılması	

10. HABERLEŞME/İLETİŞİM

Afet ve acil durumlarda **Psikiyatri Servisi** içinde iletişim telefon ile sağlanacaktır; **Psikiyatri Servisi** personeli amaca uygun iletişim gerekleri, işleyiş ve raporlama bilgisine sahip olmalıdır. Kullanılacak yöntemler ve nasıl işletileceği belirtilmelidir.

11. HİZMET NİTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Afet ve acil durumlarda hizmetinin, HAP çerçevesinde ve Acil Müdahale Planı'na (AMP) uygun olarak, yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, **Psikiyatri Servisi** Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir,

12. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURALLARI

Görevli personelin kişisel koruyucu kıyafet kullanması sağlanmalıdır,

Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir,

13. KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR

Psikiyatri Servisi kullanılmadığı durumlarda hastaların tedavisi kardiyoloji poliklinik takip edilir. Hastane tamamen kullanılamaz hale geldiğinde tedavisi hastanede devam etmesi gereken hastalar departman sorumlusu tarafından belirlenir ve Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu tarafından 112 ile iletişime geçilerek hastaların uygun yerlere sevkı sağlanır.

Personel eksikliğinde Departman sorumlusu tıbbi teknik danışma ile iletişime geçerek alana nitelikli personel çağırmasını sağlar

İlaç, tıbbi malzeme ve ekipman eksikliğinde karşı departmanın lojistik şefi departman sorumlusuna iletimini yapar ve departman sorumlusu HAP yönetim ekibi ile iletişime geçerek malzeme teminini sağlar.

Alan da kontrolsüz ziyaretçi durumunu engellemek ve afet ve acil durum olaylarında psikiyatri hastalarının ajitasyonları vereceği tepkiler sebebiyle güvenlik personeli sayısını artırmak gerekebilir.

Yangın merdivenleri binanın fiziki koşullarının psikiyatri hastalarının tahliyesine uygun olmaması intihar girişimi ve hasta kaçması gibi durumlara sebebiyet verebilir bu nedenle tahliye sırasında olağandan daha fazla destek personele ihtiyaç duyulabilir.

14. KULLANILACAK SOP'LAR

Tedavi Kapasite Ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi (SOP)

Olay Yönetim Ekibi (OYE), Olay Yönetim Merkezi (OYM) Ve Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi (SOP)

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu (SOP)

İnsan Kaynakları Yönetimi (SOP)

Lojistik Ve Malzeme Yönetimi (SOP)

Güvenlik Yönetimi(SOP)

Yatan hasta Tahliyesi Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

15. KULLANILACAK İŞAT'lar

Operasyon Şefi İşAT'I

Planlama Servisi İşAT'I

Lojistik Şefi İşAT'I

16. SÜRECE DAHİL OLABİLECEK DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM /KİŞİLER

Afet ve acil durumlarda OYE tarafından etkilenmeyen klinik ve alanlardaki kişiler yönlendirilir.

17. KULLANILACAK FORM VE KAYITLAR

-Hastane İçinde Bilgi Paylaşım Formu

-Hasta Tahliye Formu

-Personel Tahliye Formu

-Malzeme Tahliye Formu

18. MÜDAHALE SÜRECİNİN SONLANDIRILMASI

Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından aktivasyonunun sonlandırılması.

EK-1E RADYASYON ONKOLOJİSİ ACİL DURUM VE TAHLİYE PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ: Bu plan, Radyasyon Onkolojisi Birimi meydana gelebilecek yangın, deprem ve Sel gibi acil durumlarda, hasta, personel ve çevre güvenliğini sağlamak; can kaybını önlemek, olaylara etkin, hızlı ve kontrollü bir şekilde müdahale etmek amacıyla hazırlanmıştır.

2. KAPSAM: Radyasyon Onkolojisi Birimi personeli, hastalar, refakatçiler ve ziyaretçileri kapsar.

3. KISALTMALAR:

3.1. NDK: Nükleer Düzenleme Kurumu

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

5.1. Birim Sorumlusu: Müdahaleyi başlatır, tahliyeyi yönetir.

5.2. Güvenlik Görevlisi: Alanı izole eder, çıkış yolunu açık tutar.

5.3. Afet ve Acil Durum Yönetim Ekibi: Genel koordinasyonu sağlar.

5.4. İlgili Destek Birimleri: (Teknik servis, temizlik, vb.) müdahale destek ekipleridir.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. TAHLİYE, TAHLİYE YOLU VE TOPLANMA NOKTASI

6.1.1. Tahliye :

- Kendi başına yürüeyebilen hastalar, sağlık personelinin yönlendirmesiyle hızlı ve güvenli bir şekilde en yakın tahliye çıkışına yönlendirilir. Panik oluşmaması için personel tarafından sakinleştirilmeli ve toplu hareket etmeleri sağlanmalıdır.
- Yatağa bağımlı veya hareket kabiliyeti kısıtlı hastaların tahliyesi sağlık personeli veya destek ekipleri tarafından gerçekleştirilir. Bu hastalar sedye, tekerlekli sandalye veya özel tahliye cihazları ile taşınır. Öncelik sırasına göre hareket edilir ve yaşam desteği gerektiren ekipmanların taşınması da sağlanır.

6.1.2. Tahliye Yolu: Birimde yalnızca iki adet acil çıkış kapısı bulunmaktadır. Çıkış önceliği engelli, yaşlı ve hasta bireylere verilir. Bu alanlar acil durum yön levhaları asılarak belirtilmiştir.

6.1.3. Toplanma Alanı: Onkoloji Binasının önündeki toplanma alanıdır.

6.2. YANGIN DURUMU

6.2.1. Yangını gören kişi yangın alarmını çalıştırır ya da 0110 dahili numaralı hattı arayarak Kırmızı Kod'u aktive eder.

6.2.2. Personel, hastaları güvenli şekilde tek çıkış kapısından tahliye eder.

6.2.3. Yangının bulunduğu bölgeye müdahale edilebiliyorsa yangın söndürücüler ile ilk müdahale yapılır.

6.2.4. Alanda karbondioksit ve kuru kimyevi tozlu yangın söndürücü tüpler bulunmaktadır. Elektrik sistemi ve elektronik cihazların söndürme işleminde karbondioksit tüp öncelikli olarak kullanılır. Oluşabilecek diğer yangınlara müdahale için Kuru Kimyevi Tozlu Yangın Söndürücü cihaz bulunmaktadır.

6.2.5. Elektrik anahtarı kapatılır.

6.2.6. Cihazlar yangından hasar görmüş ise NDK aranarak haberdar edilmelidir.

6.2.7. Sorumlu kişi ayrıntılı raporları hazırlayarak NDK'ya göndermelidir.

6.2.8. Olay sonrası cihaz çalıştırılmadan önce genel bakımdan geçmeli, kalite kontrol ve doz ölçümleri yapılmalıdır.

6.2.9. Tüm personel belirlenen toplanma alanına geçer. Yoklama alınır.

6.2.10. Yangın tamamen söndürüldüğünde birim, güvenlik kontrolünden ve gerekli iyileştirici çalışmalar yapıldıktan sonra tekrar kullanıma açılır.



6.3. DEPREM DURUMU

6.3.1. Tüm çalışanlar deprem anında yapılacak işlemler konusunda eğitilmelidir.

6.3.2. Depremi tedavi sırasında olması halinde; çalışan kişiler asla paniğe kapılmamalıdır.

6.3.3. Işınlama hemen durdurulmalıdır. Bu işlem sırasında sadece ışın kesilmeli, sistemin elektriği kesilmemelidir. Aksi halde cihaza müdahale etmek imkânsız hale geleceğinden hasta masası hareket ettirilemez.

6.3.4. Hastaya sakin olması söylenmelidir.

- 6.3.5. Güvenli bir yerde sarsıntının geçmesi beklenmelidir.
- 6.3.6. Sarsıntı geçer geçmez hasta derhal tedavi odasından dışarı alınmalı ve ana şalterden elektrik kesilmelidir.
- 6.3.7. Sorumlu kişilere haber verilmelidir.
- 6.3.8. Hasar tespiti yapılmalıdır.
- 6.3.9. Cihazın koruyucu zırhı hasar görmüş ise NDK' dan yardım istenmelidir.
- 6.3.10. Herhangi bir hasar yoksa ilgili firma elemanlarıyla birlikte cihazın tüm parametreleri kontrol edilmelidir.
- 6.3.11. Deprem sonrası ayrıntılı rapor hazırlanarak NDK' ya gönderilmelidir.
- 6.3.12. Depremin tedavi saatleri dışında meydana gelmesi durumunda; hasar tespiti yapılır, cihaza ait parametreler kontrol edilir, durum NDK' ya rapor edilir.



6.4. SEL

- 6.4.1. Tedavi odasının zemin ve kablo kanallarına su girmiş, kablolar ıslanmış ise cihaz kesinlikle çalıştırılmamalıdır.
- 6.4.2. Elektrik ana şalterden kesilmelidir.
- 6.4.3. Suyun boşaltılmasını takiben sorumlu teknik personel tarafından cihazın kontrolleri yapılmalıdır.
- 6.4.4. Hasta tedavi odasında iken su basarsa cihaz hemen kapatılmalı ve hasta dışarı alınmalıdır.
- 6.4.5. Elektrik ana şalterden kesilmelidir.
- 6.4.6. Sorumlu kişilere, hastane sorumlusuna ve yetkili firma elemanlarına haber verilmelidir.
- 6.4.7. Hasar tespiti yapılarak ve gerekli raporlar hazırlanmalı ve NDK' ya gönderilmelidir.

EK-1F NÜKLEER TIP ACİL DURUM VE TAHLİYE PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ: Bu plan, nükleer tıp biriminde meydana gelebilecek yangın, deprem ve radyolojik dökülme (nükleer saçılma) gibi acil durumlarda, hasta, personel ve çevre güvenliğini sağlamak; can kaybı ve radyasyon yayılımını önlemek; olaylara etkin, hızlı ve kontrollü bir şekilde müdahale etmek amacıyla hazırlanmıştır.

2. KAPSAM: Nükleer tıp birimi personeli, hastalar, refakatçiler ve ziyaretçileri kapsar.

3. KISALTMALAR:

3.1. NDK: Nükleer Düzenleme Kurumu

3.2. AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

5.1. Birim Sorumlusu: Müdahaleyi başlatır, tahliye yönetir.

5.2. Radyasyon Güvenlik Görevlisi (RSG): Radyasyon kaynaklarını güvenli hale getirir, kontaminasyonun yayılmasını engeller.

5.4. Güvenlik Görevlisi: Alanı izole eder, çıkış yolunu açık tutar.

5.5. Afet ve Acil Durum Yönetim Ekibi: Genel koordinasyonu sağlar.

5.6. İlgili Destek Birimleri: (Teknik servis, temizlik, vb.) müdahale destek ekipleridir.

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1. TAHLİYE YOLU VE TOPLANMA NOKTASI

Birimde yalnızca bir adet acil çıkış kapısı bulunmaktadır. Bu çıkış, tahliye planının merkezini oluşturur ve hastane genel tahliye koridoruna açılmaktadır.

Toplanma Alanı: Hastane Onkoloji Binasıdır.

Eğer bina içi alan kullanılamayacak durumdaysa, Onkoloji Binası arka kısmında yer alan açık alanda toplanma sağlanacaktır.

Tahliye sadece tek çıkış kapısından yapılacağından, çıkış önceliği engelli, yaşlı ve hasta bireylere verilir.

6.2. YANGIN DURUMU

6.2.1. Yangını gören kişi yangın alarmını çalıştırır ya da 0110 dahili numaralı hattı arayarak Kırmızı Kod'u aktive eder.

6.2.2. Personel, hastaları güvenli şekilde tek çıkış kapısından tahliye eder.

6.2.3. Yangının bulunduğu bölgeye müdahale edilebiliyorsa yangın söndürücüler ile ilk müdahale yapılır.

6.2.4. Alanda karbondioksit ve kuru kimyevi tozlu yangın söndürücü tüpler bulunmaktadır. Elektrik sistemi ve elektronik cihazların söndürme işleminde karbondioksit tüp öncelikli olarak kullanılır.

6.2.5. Oluşabilecek diğer yangınlara müdahale için Kuru Kimyevi Tozlu Yangın Söndürücü cihaz bulunmaktadır.

6.2.6. Elektrik anahtarı kapatılır.

6.2.7. Radyonüklid içeren cihazlar stand-by konumuna alınır, açık kaynak varsa kapatılır.

6.2.8. Tüm personel belirlenen toplanma alanına geçer. Yoklama alınır.

6.2.9. Yangın tamamen söndürüldüğünde birim, güvenlik kontrolünden ve gerekli iyileştirici çalışmalar yapıldıktan sonra tekrar kullanıma açılır.



6.3. DEPREM DURUMU

- 6.3.1. Sarsıntı başladığında, personel ve hastalar güvenli bir şekilde ÇÖK – KAPAN – TUTUN yöntemi ile sabit cisimlerin yanında çömelerek başlarını ve boyunlarını koruyacak şekilde pozisyon alır.
- 6.3.2. Camlardan, dolaplardan ve devrilebilecek eşyalardan uzak durulur.
- 6.3.3. Sarsıntı sona erdiğinde, hastalar ve personel düzenli şekilde tek çıkış kapısından tahliye edilir.
- 6.3.4. Elektrik ve gaz sistemleri kapatılır.
- 6.3.5. Radyoaktif materyallerin güvenliği kontrol edilir.
- 6.3.6. Toplanma alanına geçilir ve yapısal hasar varsa ilgili birimlere bildirilir.



6.4. RAYOLOJİK DÖKÜLME (NÜKLEER SAÇILMA)

- 6.4.1. Olayı gören kişi, 5555 numaralı dahili hattın Turuncu Kod'u aktive eder ve durumu Radyasyon Güvenlik Görevlisine bildirir.
- 6.4.2. Dökülme bölgesi derhal boşaltılır ve izole edilir.
- 6.4.3. Dökülen materyalin;
 - 6.4.3.1. Dökülen sıvının üzerine hemen emici bez veya kağıt konularak yayılmasını önlenir, çevresi işaretlenir ve üzerinden geçişler engellenir. Temizlik bulaşmanın yayılmasını önlemek için dıştan içe doğru olacak şekilde yapılır.
 - 6.4.3.2. Temizlik esnasında mutlaka eldiven giyilir ve bulaşmış malzemelerin ve ıslak kağıtların içine konulabileceği, plastik bir torba bulundurulur.
 - 6.4.3.3. Kontamine bezin/kağıdın kontaminasyonu cihaz ile veya sayaç ile ölçülür.

6.4.3.4. Temizleme işlemine ortam dekontamine olana dek devam edilir.

6.4.3.5. Bulaşmış malzemelerin konulduğu torba ölçüm alınarak radyoaktif atık bekletme odasına konulur.

6.4.4. Dökülmede kişi veya kişiler yaralandıysa ;

6.4.4.1. Kontaminasyon ölçüm cihazı veya el ayak monitörü kullanılarak, ortamda bulunan kişilerin özellikle el ve ayaklarına dikkat edilerek, tüm vücut ölçümleri yapılır.

6.4.4.2. Bulaşmış giysiler hemen çıkarılır ve büyük plastik torbalara konularak radyoaktif atık işlemi uygulanır.

6.4.4.3. Kontamine kısım sabun ve bol su ile yıkanır, sert fırça ve tahriş edici temizleyiciler kullanılmaz. Yıkandıktan sonra tekrar ölçüm alınır. Dekontaminasyon sınırının altına düşünceye kadar yıkanma ve ölçme işlemi tekrarlanır.

6.4.5. Radyoaktif madde göze sıçramış ise, bol su ile durulanır. Temizlik sağlandıktan sonra göz tahrişi için önlem alınır.

6.4.6. Temizlik işlemi sadece eğitimli ve kişisel koruyucu ekipman kullanan personel tarafından yapılır.

6.4.7. Kontamine malzemeler, radyoaktif atık prosedürüne uygun şekilde toplanarak etiketlenir ve geçici radyoaktif atık alanına taşınır.

6.4.8. Gerekli durumlarda NDK veya AFAD bilgilendirilir.

6.4.9. Alan tamamen güvenli hale getirildikten sonra tekrar kullanıma açılır.

EK-1G FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON BİNASI ACİL MÜDAHALE PROSEDÜRÜ

- 1. AMAÇ:** Bu planın amacı, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Sıcak Çermik Binası olası bir doğal afet, yıkım veya yangın esnasında personel ve hastaların binalardan nasıl tahliye edileceğini, tahliye sonrası toplanma yerlerini, öncelik sırasına göre evrak ve cihazların ne şekilde tahliye edileceğini belirlemektir.
- 2. KAPSAM:** Bu plan, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Sıcak Çermik Binası'nda bulunan binalardan tahliye edilecek tüm personeli kapsar
- 3. HUKUKİ DAYANAK:** 10/07/2018 tarih ve 30474 Sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hak- kında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 356 ve 508'inci maddeleri Sağlık Bakanlığı'na acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlama ve yürütmeye, ayrıca yetki ve sorumluluk alanına giren ve önceden kanunla düzenlenmiş konularda idari düzenlemeler yapma yetkisi vermiştir. İlgili mevzuat uyarınca Bakanlık tarafından hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum (HAP) Uygulama Yönetmeliği 18 Mart 2020 tarih ve 31072 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Mevzuat ile ilgili güncellemeler Sağlık Bakanlığı web sayfası Mevzuat bölümünden takip edilebilir

4. KISALTMALAR

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

5. TANIMLAR

ACİL DURUM: Büyük, fakat genellikle yerel imkanlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hallerdir. 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da (2009), "Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi

gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hali” olarak tanımlanmıştır. (AFAD, 2014). Acil Durum ifadesi, örneğin, biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler veya sağlıkla ilgili olaylar kapsamında afet terimi yerine kullanılabilirdiği gibi, toplumun işleyişini ciddi biçimde kesintiye uğratmayan tehlikeli olaylarla ilişkili de kullanılabilir. Bu şekilde, acil durumların yerelde sınırlı ya da geniş alanlarda yıkıcı sonuçlara yol açabilen farklı boyutlarda etkileri olabilmektedir (UNISDR, 2017). Acil Durum bir dizi istenmeyen sonuç yaratan ya da yaratma potansiyeli olan ve genellikle acil, çoğu kez rutin dışı koordine hareket gerektiren olay ya da yakın tehlike olarak da ifade edilmektedir (WHO, 2019).

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

AFET: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur.

“Afet, tehlikeli olayların maruz kalma, zarar görülebilirlik ve kapasite koşullarıyla etkileşiminin insani, maddi, ekonomik ve çevresel kayıp ve etkilerden biri ya da daha fazlasına yol açması sonucunda, bir topluluğun ya da toplumun işleyişinin herhangi bir ölçekte ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır” (UNISDR, 2017).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. İŞLEYİŞ

6.1. Tahliye

Tahliye, iç veya dış olumsuz etkiler nedeniyle hastaları ve hasta yakınlarını korumak, hasta bakımını sürdürmek ve personelin güvenliğini sağlamak amacıyla, hastanenin bir bölümünün veya tamamının boşaltılarak hastaların, hasta yakınlarının, personelin, gerekli durumlarda ekipman, tıbbi kayıt ve ilaçların güvenli bölgelere nakledilmesidir

Tahliye Yöntemleri

İnternal tahliye: Hastaların hastane içinde güvenli başka bölümlere naklidir, kısmen (parsiyel) tahliyedir.

Eksternal tahliye: Hastaların hastane dışında güvenli bir yere naklidir, kısmen (parsiyel) ya da tamamen (total) tahliye olabilir

Tahliye Triyajı

Tahliye için hastalar yürüeyebilirliklerine göre dört grupta kategorize edilir. Hastaları kategorize ederken 'Tahliye', 'T' ile kısaltılarak T0, T1, T2 ve T3 olarak ifade edilmiştir.

- ✓ T0 Yürüeyebilen Hastalar: Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.
- ✓ T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar: Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.
- ✓ T2 Yürüyemeyen Hastalar: Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.
- ✓ T3 Kompleks ve Obez Hastalar: Yatağı ve ekipmanıyla en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.

Fizik tedavi çermik hastanesi için yatay tahliye mevcut olmayıp sadece eksternal tahliye mevcuttur. Hastane konum itibarıyla 1. Basamak yataklı hizmet vermektedir. Tahliye triajında hastaların sıralaması T0 ve T1 grubu hastalara hizmet

vermektedir. Hastane tahliye gerektiren olaylar gerçekleştiğinde tahliye sonrasında bina normal günlük işleyişine dönemiyorsa hastaların taburculukları sağlanır ve konum itibarıyla merkeze uzaklığı sebebiyle hastaların şehir merkezine nakli sağlanır. Tahliye, Acil Durum ve Afet sırasında yaralanan hastaların tedavisi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ana yerleşkede devam edecektir.

Acil durum yönetimi için durum tespiti ve mevcut riskler nedir?

1. Yangın
2. Deprem
3. Sel
4. Sabotaj

6.2. YANGIN

Maddenin, ısı ve oksijenle birleşmesi sonucu oluşan kimyasal olaya Yanma denir. Yanma olayının oluşabilmesi için yanıcı madde, ısı ve oksijenin bir arada bulunması gerekir. Bu olaya "**Yangın Üçgeni**" adı verilir.

Yararlanmak amacı ile yakılan ateş dışında oluşan ve denetlenemeyen yanma olayına **YANGIN** denir.



6.2.1. YANGINLARIN SINIFLANDIRILMASI Yangının türü yanmakta olan maddeye göre değişir. Bu nedenle yangınları beş sınıfta toplayabiliriz.

A Sınıfı Yangınlar: Alevli ve korlu yanabilen katı madde yangınlarıdır. Söndürme prensibi soğutma veya yanıcı maddenin uzaklaştırılmasıdır. (Ör: Odun, kömür, kağıt, rulo kumaş, rulo kağıt, kauçuk, plastik vb.)

B Sınıfı Yangınlar: Yanabilen sıvılar bu sınıfa girer. Söndürme prensibi soğutma (sis halinde su), köpük ve boğma ile söndürülebilir. (benzin, mazot, gazyağı, alkol, tiner, makine yağları, laklar, yağlı boyalar, solvent vb)

C Sınıfı Yangınlar: Yanabilen gazların sebep olduğu yangınlardır. C sınıfı yangınlar alevlidir ve patlama şeklinde büyük yangınlara sebep olurlar. Söndürme prensibi gazı kaynağından kesme, (Kuru Kimyevi Toz) KKT, CO₂, kaçak ve sızıntıda ortam havalandırılmalıdır. (Ör. LPG, doğalgaz, metan, propan, asetilen, hidrojen vb.)

D Sınıfı Yangınlar: Yanabilen hafif metallerin ve alaşımların yanmasıyla meydana gelir. D sınıfı yangınlara karşı Su, CO₂, KKT kullanılmaz. Söndürme prensibi ısıyı emebilen kuru kum, toprak, döküm talaşı hafif metal söndürme tozu (d tozu) (Ör :Magnezyum, alüminyum, sodyum, potasyum, lityum ve bunlarla karışımli maddeler).

E Sınıfı Yangınlar: Elektrik ve elektrik tesisatına bağlı yangınlar CO₂ ile söndürülür

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

6.2.2. YANGININ NEDENLERİ

6.2.2.1. Korunma önlemlerinin alınmaması En önemli nedendir. Yangın, elektrik kontağı, ısıtma sistemleri, doğalgaz, LPG tüpleri, parlayıcı-patlayıcı maddelerin yeterince korunmaya alınmamasından doğmaktadır. Elektrik enerjisi aksamının teknik koşullara göre yapılması, LPG tüplerinin ve doğalgazın doğru kullanılması, bacaların temizlenmesi ve parlayıcı-patlayıcı maddeler için gerekli önlemin alınması halinde yangın afetinde büyük ölçüde azalma olacaktır.

6.2.2.2. Bilgisizlik Yangına karşı önlemlerin nasıl alınacağını bilmek gerekir. Elektrikli aletlerin doğru kullanımını bilmemek, soba ve kalorifer sistemlerini yanlış yerleştirmek, tavan arasına ve çatıya kolay tutuşabilecek eşyalar koymak yangını davet eder. Yangının oluşumunu önlemek ve yangını söndürmek için, yangın konusunda

6.2.2.3. İhmal Söndürülmeden atılan bir kibrit veya sigara izmariti, kapatılması unutulmuş LPG tüpü, ateşi söndürülmemiş ocak, fişi prizde unutulmuş her ütü büyük yangınlar çıkartabilir. Bu nedenle, yangına karşı daha dikkatli ve titiz olmak gerekir

6.2.2.4. Kazalar İstem dışı olayların bazılarında yangın çıkabilir. Yangın konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmek, bu tür olaylarda nasıl hareket edeceğimize yardımcı olur.

6.2.2.5. Sıçrama Kontrol altındaki bir ateşin, ihmal veya bilgisizlik sonucu yayılarak veya parlayıp-patlayarak sıçraması her zaman mümkündür.

6.2.2.6. Sabotaj Bazı insanlar, çeşitli amaç ve kazanç uğruna kasıtlı olarak yangın çıkarırlar. Bu tür olaylara karşı gerekli önlem alınmalıdır

6.2.2.7. Doğa olayları Rüzgarlı havalarda kuru dalların birbirine sürtmesi sonucu, yıldırım düşmesi ve benzeri doğa olayları sonucu yangınlar çıkabilir.

6.2.3. SÖNDÜRME PRENSİPLERİ

Su İle Soğutarak Söndürme: Soğutarak söndürme prensipleri içerisinde en çok kullanılandır. Suyun fiziksel-kimyasal özelliği, yanıcı maddeyi boğar ve yanıcı maddeden ısı alarak yangının sönmesini sağlar.

Yanıcı Maddeyi Dağıtma: Yanan maddelerin dağıtılmasıyla yangın nedeni olan yüksek ısı bölünür, bölünen ısı düşer ve yangın yavaş yavaş söner. Akaryakıt yangınlarında bu tip söndürme uygulanmaz.

Havayı Kesme

- Örtme: Katı maddeler veya kimyasal bileşikler kullanarak yanan madde ile oksijenin kesilmesi olayıdır. Akaryakıt yangınlarında, örtü oluşturan kimyasal bileşikler kullanılmaktadır.
- Boğma: Yangının oksijenle ilgisinin kesilmesi veya azaltılması olayıdır.

Yanıcı Maddelerin Ortadan Kaldırılması:

- Yanmakta olan maddelerin ortadan kaldırılması halinde, yanma üçgeni oluşamaz. Bu nedenle de yangın sönmüş olur.

- Söndürme Cihazlarının Kullanımı



KULLANILMIŞ SÖNDÜRÜCÜLERİ YERİNE ASMAYIN TEKRAR DOLUM İÇİN İLGİLİLERE BİLDİRİN VE ASLA DEPOLAMAYIN

6.2.4. Yangına müdahalede genel ilkeler

- Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- Yangın süresince, alarmla ilgili arama/görüşmelerin dışında tüm telefon konuşmalarını derhal sonlandırın.
- Sizin için tehlike arz etmiyorsa, kendi güvenliğinizi sağladıktan sonra:
- Doğrudan tehlikede olanları kurtarın ve kapıları kapatarak yangını/dumanı izole edin.
- Yangından etkilenen ve riskli olan alanlardaki tüm oksijen kaynaklarını ve elektrikli ekipmanı hasta güvenliğini sağladıktan sonra kapatın ve mümkünse izole edin.
- Yangını söndürmeye çalışın; yangın kontrol altına alınamıyorsa zaman kaybetmeyin, tahliyeyi başlatın (bkz: Tesisahliye Planı), binayı boşaltın.
- Alanın güvenliğinden sorumlu kişinin vereceği talimatları izleyin.
- Tüm sağlık personeli (yöneticiler dahil) ve destek personel güvenlik sorumlularının talimatlarını izlemeli ve kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmamalıdır.
- Yangın sırasında giysileriniz alev alırsa, Dur, Yat, Yuvarlan prensibini uygulayın. Paniğe kapılmayın ve koşmayın, alev büyür. Hemen, nispeten tehlikesiz bir yerde durun ve üzerinizde yanan kısım yere gelecek şekilde yere yatın.
- Alevlerden kurtuluncaya kadar yuvarlanın. Karşınızdakinin giysisi alev alırsa, aynı şekilde durdurun, yatırın/düşürün, yuvarlanmasını sağladıktan sonra alevli, dumanlı yerden uzaklaştırıp sağlık müdahalesinde bulunun (yangın söndürücü battaniye kullanılabilir).
- Yangına müdahale **Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç prensibine** dayalıdır.
- **Alarm Ver** :Hemen bakım sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (güvenlik amiri, birim sorumlusu vb).
- **Kurtar** :Personel, yangının başladığı oda ve bitişik odalardan hastaları çıkarma ve yangınla mücadele etmeye yardımcı olur.

- Tüm hastalar dumansız bir alana tahliye edilinceye kadar ilk kurtarılan hastalar en yakın güvenli yangın kapısının hemen dışına taşınır..
- Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir. Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye, pike vb. verilmelidir.
- Boşaltılan odanın/alanın görsel ve sesli taramasından sonra, odanın içinde kimsenin olmadığından emin olunduktan sonra odanın/alanın girişi/kapısı X işareti ile işaretlenmelidir. Tahliyeden sonra hastaların yönlerini şaşırtarak tekrar aynı birime girmelerini engelleyebilmek için bu işaretler güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde yazılı olmalıdır.
- Bulunamayan hastalar için dolapların içi, yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.
- **Kontrol Altına Al :**
- Yangınla mücadele profesyonel yardım ulaşınca kadar Yangın başlangıç yangını ise yangın söndürücü tüpler ile ilk müdahaleyi yapınız.(İlk 1-2 dk içerisinde)
- Eğitim almamış personel taşınabilir yangın söndürücüler veya yangın dolaplarını kullanarak yangına müdahale etmemelidir.
- Alevler kontrol altına alınamadığında yangınla mücadele etmeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir. Yangının meydana geldiği odanın kapı ve pencerelerini kapatarak yangını kontrol altına alınmalıdır.
- Tıbbi gaz vanaları ve havalandırma sistemi kapatılmalıdır. Kapılar tekrar açılmamalı, böylece yangının odadaki oksijeni tüketerek sınırlı kalması sağlanmalıdır. Kapıyı açmak içeriye doğru ani bir hava akışına sebep olabilir, bu da oksijensiz kalmış aşırı sıcak gazların alev almasına yol açar. Bu durum, koridora alev topu şeklinde yayılacak bir patlamaya neden olabilir.
- Elektrik ve oksijen vanaları kapatılmalı, tehlikeli maddeler bölümden uzaklaştırılmalıdır.
- Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirlidir.
- Tutuşabilir maddeler ve malzeme alandan uzaklaştırılmalıdır.
- **Tahliye Et / Kaç:**
- Hastanenin alanlarında her zaman yangına müdahale için eğitimli personel bulunur. Yangın halinde güvenlik personeli olay yerinde bulunur ve yangın bölgesinin güvenliğini düzenler.
- Tahliye yapılacaksa, tahliye haritaları/krokilerine uyulmalıdır.
- Tehlikenin geliştiği alandaki hastaları başka bir alana tahliye ediniz. Bunu yaparken asansörlerin ve merdivenlerin kullanılmasını engelleyiniz. Acil çıkış kapılarını kullanınız.
- Hastaların kendi başlarına hareket etmesi engellenmeli, personel eşliğinde çıkarılacakları ve panik yapmamaları konusunda uyarılmalıdır.
- Yangın bir bölümdeki hastaların tahliye edilmesini imkansız hale getirebilir, bu durumda hastalar odalarında tutulmalıdır. Tüm kapı ve pencereler kapatılmalı (Kapı Altına ıslak çarşaf konulabilir)ve koridorda, itfaiye ekiplerinin kurtarma işlemlerini zorlaştıracak olan engeller kaldırılmalıdır. Bu durumda personel kendi servisinin dışından veya tam donanımlı itfaiye ekiplerinden gelecek yardımı beklemelidir.
- Binadan çıkış olanaksızsa, yatak altlarına dolaplara saklanılmamalı, pencereden dışarıdakilerle iletişim kurulmaya çalışılmalıdır,
- Dumandan boğulmamak için yardım gelene kadar eğilerek hareket edilmeli, ağız ve burun ıslak bez ya da mendille kapatılarak nefes alınmalıdır,
- İtfaiye ekipleri olay yerine ulaştığında onların çalışmalarını zorlaştıracak müdahalelerden kaçının.
- Bunları yaparken kendinizi ve başkalarını tehlikeye atmayınız,
- Görevlilerden başkasının yangın sahasına girmesine mani olunuz,

- Yaşam fonksiyonları tıbbi cihazlarla sağlanan hastaların yaşam bulgularının devamı için gereken tıbbi tekniklerinin kullanılmasını sağlayınız.
- Binada bulunan yangın ve acil durum mücadele ekiplerinin uyarılması ve itfaiyeye haber verilmesi için sesli ve ışıklı uyarı cihazları ve direkt hatlar veya diğer iletişim ortamları üzerinden data iletişimi, ile yapılır.

6.2.5. Yangın esnasında yapılacaklar

6.2.5.1. Mesai saati içerisinde

- Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve Duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.
- Yangını 112 ye kurum yetkili amiri haber verir ve aynı zaman da yangın bilgisi kurumun bağlı olduğu üst yöneticiye haber verir
- İtfaiye ekipleri gelene kadar kurumdaki söndürme ekipleri müdahale eder, İtfaiye ekipleri gelince kurumdaki söndürme ekipleri itfaiyenin emrine girer.
- Elektrik birimi personelleri tarafından elektrik kesilir, oksijen ve gaz sistemleri varsa yangın alarmı ile direk kapatılır
- İkaz ile birlikte hastaların tahliyesine başlanır (yatay tahliye bina konumu itibariyle uygun değildir.
- Tahliye işlemi bittikten sonra hasta sayısı ve kişiler kontrol edilir, binadan tüm hastaların tahliyesi sağlanır
- Tahliyesi sağlanan hastanalar ön bahçe toplanma alanında toplanır
- Söndürme işlemi bittikten ve soğutma işlemi yapılır, bina yetkilileri tarafından hasar raporu hazırlanır ve üst yönetime sunulur.
- Bina kullanılmaz durumda ise hastaların taburculukları yapılır ve evlerine nakli sağlanır.

6.2.5.2. Mesai saati dışında

- Yangını gören kişi, birim/servis içine yangını sesli olarak etrafına duyurur ve Duvarda bulunan Yangın ihbar butonuna basar.
- Yangını 112 ye kurum yetkili amiri haber verir ve aynı zaman da yangın bilgisi kurumun bağlı olduğu nöbetçi amirine haber verir
- İtfaiye ekipleri gelene kadar kurumdaki söndürme ekipleri müdahale eder, İtfaiye ekipleri gelince kurumdaki söndürme ekipleri itfaiyenin emrine girer.
- Elektrik birimi personelleri tarafından elektrik kesilir, oksijen ve gaz sistemleri varsa yangın alarmı ile direk kapatılır
- İkaz ile birlikte hastaların tahliyesine başlanır (yatay tahliye bina konumu itibariyle uygun değildir.
- Tahliye işlemi bittikten sonra hasta sayısı ve kişiler kontrol edilir, binadan tüm hastaların tahliyesi sağlanır
- Tahliyesi sağlanan hastanalar ön bahçe toplanma alanında toplanır
- Söndürme işlemi bittikten ve soğutma işlemi yapılır, bina yetkilileri tarafından hasar raporu hazırlanır ve üst yönetime sunulur.
- Bina kullanılmaz durumda ise hastaların taburculukları yapılır ve evlerine nakli sağlanır.

6.3. Deprem

6.3.1. Depremde Acil Müdahale (Genel İlkeler)

- Depremle karşılaşıldığında derhal faaliyete geçirilecektir.
- Mesai saatleri içerisinde hastanenin yetkili amiri üst amirine bilgi verir, mesai saati dışında ise güvenlik tarafından nöbetçi amire bilgi verir.
- Hastanedeki bulunan tüm personel koordineli çalışır

6.3.2. Panik yapmadan tüm süreçlerin yönetilmesini sağlamaktır.

- Depremde acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:
- Kurtar, Kontrol Et, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın,
- Tıbbi gazları mümkün olan en kısa sürede kapatın (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun),
- Tahliye kararı alınmış ise öncelikle depremde hasar görmüş olan alanlardan hastaları çıkarmaya başlayın ve depremin tekrar artçı depremler olması ile ilgili düşünerekten hastaları tahliyenin devamını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,
- Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin.
- Personel ve hastanenin önemli ekipmanlarının güvenliğine ve emniyetine ağırlıklı öncelik verilir.

6.3.3. Personelin Bilmesi Gerekenler

- Deprem öncesinde yapısal olmayan malzemelerin yani binadan değil de eşyalardan kaynaklanacak hasarlardan korunmak için günlük kullandığımız eşyalarımızın hastane içerisine yerleştirilmesinde gerekli önlemler alınmalıdır.
- Deprem sırasında ve sonrasında panik ve kargaşaya neden olacak hareketlerde bulunmayın.
- Deprem başladığında nerde olursanız olun hemen kendinizi korumaya alın ve sarsıntı durana kadar orada kalın.
- Eğer bina içindeyseniz orada kalın, dışarıya koşmayın.
- *Öncelikle alanınızda yaşam üçgeni oluşturabileceğiniz bir alan belirleyin ve bu alanda cenin pozisyonunda başınızı koruyarak depremin geçmesini bekleyin.*
- *Sağlam bir masa, mobilya, çelik kasa, vb. eşya altına ya da yanında kendinizi korumaya alın ve ona tutunun. Altına veya içine girmeyin.*
- Eğer koridordaysanız; duvarın dibine sinin, eşikte durmayın, kapı çarpacak ve yaralanmanıza neden olacaktır. Başınızı ve yüzünüzü koruyun. Pencereler, cam bölmeler, aynalar, ocaklar, kitaplıklar, yüksek mobilyalar ve gevşek yapı elemanlarından uzak durun.
- Baş iki el arasına alınarak veya bir koruyucu (yastık, kitap vb) malzeme ile korunmalıdır. Sarsıntı geçene kadar bu pozisyonda bekleyin.
- Merdivenlere ya da çıkışlara doğru koşulmamalıdır.
- Balkona çıkılmamalıdır.
- Balkonlardan ya da pencerelerden aşağıya atlanmamalıdır.
- Asansör kullanmayın.
- *Deprem sırasında asansördeyseniz; Kat çıkış düğmelerine basarak katta durun ve en seri biçimde asansörü terk edin.*

- Eğer açık havadaysanız; Olduğunuz yerde kalın.
- Pencereleden, binalardan, elektrik tellerinden ve direklerden uzak, güvenli bir noktaya doğru gitmeye çalışın.
- Binalardan düşebilecek baca, cam kırıkları ve sıvalara karşı tedbirli olunmalıdır.
- Eğer araçtaysanız; güvenli bir yere yanaştırmaya çalışın. Yolu kapatmamaya özen gösterin. Köprülerden, alt ve üst geçitlerden ve binalardan olabildiğince uzağa park etmeye çalışın
- Eğer kalabalık bir topluluktaysanız; ezilmeyeceğiniz bir noktaya sığınmaya çalışın. Yüksek yapıların bulunduğu yaya yolları özellikle tehlikelidir.
- Eğer içerdeyseniz, devrilen kolonlar vb. çarpacağı için dışarıya koşmayın.
- Yüzünüzü pencereden uzak tutun.
- Her nerede olursanız olun, zeminin şiddetli hareket etmesi olasılığına hazır olun.
- Örtünün, kendinizi sağlam bir nesnenin korumasına alın. Bunu yapamıyorsanız, yere çökün, başınızı ve yüzünüzü koruyacak biçimde kapanın.
- İlk sarsıntıyı izleyecek diğer sarsıntılara da hazır olun.
- Telefonları gereksiz yere kullanmayın.
- Kibrit, çakmak yakılmamalı, elektrik düğmelerine dokunulmamalıdır.
- Depremlerden sonra çıkan yangınlar oldukça sık görülen ikincil afetlerdir. Bu nedenle eğer gaz kokusu alırsanız, gaz vanasını kapatın.
- Dökülen tehlikeli maddeleri temizleyin.
- Yerinden oynayan telefon ahizelerini telefonun üstüne koyun.



6.3.4.

Yıkıntı altında mahsur kaldıysanız;

- Paniklemeden durumunuzu kontrol edin.
- Hareket kabiliyetiniz kısıtlanmışsa çıkış için hayatınızı riske atacak hareketlere kalkışmayın. Biliniz ki kurtarma ekipleri en kısa zamanda size ulaşmak için çaba gösterecektir.
- Enerjinizi en tasarruflu şekilde kullanmak için hareketlerinizi kontrol altında tutun. Enerjinizi boşa harcayacak hareketler yapmayın.
- El ve ayaklarınızı kullanabiliyorsanız su, kalorifer, gaz tesisatlarına, zemine vurmak suretiyle varlığınızı duyurmaya çalışın.
- Sesinizi kullanabiliyorsanız kurtarma ekiplerinin seslerini duymaya ve onlara seslenmeye çalışınız. Ancak enerjinizi kontrollü kullanın.

6.3.5. Teknik altyapının korunması için yapılabilecekler

- Yangın algılama sistemlerinin kontrolü,

- Yangın dolapları ve yangın söndürme cihazlarının kontrolü,
- Acil aydınlatma ve yangın merdivenlerinin uygunluğunun sağlanması.
- Tahliye yollarının açık olması,
- Elektrik sistemlerinin uygunluğunun kontrolü,
- Elektrik kablolarının, priz ve elektronik cihazların vb. uygun koşul ve yükseklikte bulunmaları.
- İtfaiye vb. araçlar için gerekli düzenlemelerin yapılması.
- Medikal gazların güvenliğinin sağlanması.

6.3.6. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

Deprem sarsıntıları geçer geçmez hemen faaliyete geçirilir.

Kurtarma

- Yaralı olup olmadığı kontrol edilir. Personellerin yaralanmadığı teyit edilir.
- Yaralı ve hastaların tahliye triyajları yapılır.
- Personel, hastalar ve hasta yakınları tahliye triajına uygun tahliye edilir.
- Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir.
- Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye verilmelidir.
- Bir oda boşaltıldığında, odanın içinde kimsenin olmadığı yönünde hiçbir şüphe kalmaması için oda açıkça işaretlenmelidir.
- Yönünü şaşırان bir hasta tahliyeden sonra birime tekrar girebileceğinden dolayı, bu işaret yazılı işaret olmalıdır. İşaret güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde olmalıdır.
- Bulunamayan hastalar için yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.

Tahliye Et/Kaç

- Hastane yöneticisi tahliye kararını verir ve tahliye yapıldıktan sonra sonlandırır.
- Personel, hastalar ve hasta yakınları tahliye triajına uygun tahliye edilir.
- Protokol yapılan kurumlardan tahliye konusunda yardım istenebilir.
- Gönderilen hastalar dosyaları ile birlikte dokümantasyon sorumlusu tarafından kayıt altına alınarak gönderilir.

Kontrol Et

- Kaçış yönündeki odalar masa altları, açık olan gazlar, yanmaya sebep olacak maddeler, vanalar, dolaplar yatak altları kontrol edilir.
- Çıkış yönlerine yüksek sesle “Sesimi Duyan Var mı?” diye bağırılır.
- Hastanenin tüm noktaları gözden geçirilip çıkılır.
- Hasta ve personel kalmadığı kontrol edilir.
- Hastaların evraklarının da tahliye edildiği kontrol edilir.
- Kullanılacak olan kritik ekipman ve malzemelerin de tahliye edildiği kontrol edilir.

6.3.7. Deprem esnasında yapılacaklar

- Deprem sarsıntıları geçer geçmez, bina yetkilisi tarafından hemen faaliyete geçilir.
- Deprem mesai saatleri içerisinde olmuş ise kurum amiri üst yöneticisine bilgi verir, mesai saatleri dışında ise güvenlik nöbetçi amire bilgi verir.
- Deprem şiddetine göre ve kontrol edilemez panik haline binanın tahliyesine mesai saatleri içerisinde kurum amiri karar verir, mesai saatleri dışında ise güvenlik ve nöbetçi hemşire tahliye karar verir.
- Tahliye kararı alındığında bütün hasta ve personel toplanma alanına tahliye edilir, binanın içinde kontroller sağlanır.
- Bina durumu değerlendirilir, binada tehlike arz edecek bir durum yoksa normal işleyişine devam eder.
- Binada hasar var ise hastaların taburculukları ve nakli sağlanır
- Deprem sonrasında bina yıkıntı ve ya çökmeler mevcut ise kurum amiri 112'ye ve AFAD birimine çağrıda bulunur.
- Depremde mahsur kalan yaralıları kurtarıldıktan sonra tedavileri için tam teşekküllü bir hastaneye sevk edilir.
- Olay raporları tutulur hasta tahliyesine yönelik formlar doldurulur kurum amiri tarafından üst amirine sunulur.

6.4. SEL

Yeryüzünde depremden sonra en fazla can ve mal kaybına neden olan afet sel/su baskınlarıdır. Sel bir bölgede toprağı belirli bir süre için tamamen veya kısmen su altında bırakan ani, düzensiz ve büyük su akıntılarına verilen isimdir.

Sivas ili sınırları dâhilinde 6 akarsu, 11 göl, 83 gölet, 38 sulama göleti, 22 baraj bulunmaktadır. İlde sel baskını afetinden etkilenmiş kayıtlı 73 yerleşim birimi bulunmaktadır. Hastanemiz ise Kızılırmak havzasında bulunmaktadır bu nedenle olası sel/su baskınlarının can ve mal kaybına yol açabileceği için mevsimsel meteorolojinin takip edilmesini gerektirmektedir. Seller ile mücadelede öncelikle oluşum süreleri ve yerlerinin önceden tahmin edilebilir olması gerekmektedir.

Seller oluşma süreleri bakımından 2 ye ayrılır;

Sel: (1 hafta veya daha uzun bir süre içinde oluşabilir)

Ani seller: 6 saat içinde oluşabilir. Hastane bölgemiz ani seller açısından büyük risk altındadır.

Hastanemizde olası sel/su baskınlarında olayın boyutuna bağlı olarak tahliye yapılır.

Hastanenin durumu değerlendirir ve olayın boyutuna göre AFAD, 112 KKM veya İtfaiye ile irtibata geçilir.

Eğer büyük boyutlu bir sel/su baskını meydana geldi ise;

- Haberleşme araçları ile herkes uyarılır.
- Sel/su baskını gibi ani durumlarda birim sorumluları kendi alanlarında tahliye kararı verir.
- İlk önce hastalar ardından da uygun şartlarda ekipmanlar kurtarılır.

Küçük çaplı ve hastane genelini kapsamayan bir sel/su baskınlarında;

- Haberleşme araçları (whatsapp veya anons) ile ilgili birimin tahliyesi için harekete geçilir.
- Birim sorumlusu hastalarını, ekipmanını ve personelini gözden geçirir.
- İhtiyaç halinde personel veya ekipman talep eder.
- Hastane temizlik personellerinden yardım alınmalıdır.
- Su tahliyesi tamamlanana kadar gerekli olacak güvenlik tedbirleri alınmalıdır.

- Kazalara neden olabilecek elektrik tehlikeleri giderilmelidir.
- Dış alandan gelebilecek su tahmin edilerek suyun giriş yerleri kapatılmalıdır.
- Dış alanda suyun tahliyesini yapabilecek olan giderlerin temizlikleri yaptırılır ve her daim temiz ve bakımlı olması sağlanır.
- Anlık olabilecek şiddetli yağışlar sonrasında baskınlar düşünülmelidir.
- Hastanenin alt kotları her zaman eğitimli ve bilgili olması sağlanmalıdır.
- Sel ve su baskınlarında, oluşan suların içinde insanları yaralayabilecek keskin cam, metal vb. parçalar olabilir.
- Su baskınlarında atık sular da diğer sulara karışacağı için dikkatli olunmalı, kişisel koruyucular kullanılmalıdır. Personellerin açık yaralarından enfeksiyon kapması oluşabilir.

Teknik servis tarafından;

- Elektrik ve su tesisatı kontrol edilir ve gerekiyorsa kademeli olarak kapatılır.
- Kazan dairesi kontrol edilir.
- Tıbbi gazlar kontrol edilir.
- Hidrafor çalışılır hale getirilir (benzinli veya mazotlu).
- Suyun yönünü değiştirmek için kum torbası yerleştirilir.
- Mazgallar açılır.
- İtfaiye ile hastane yönetiminin görevlendirdiği kişiler su tahliyesini yapmaya başlar.
- Su tahliyesi için kullanılmak üzere vidanjör talep edilir ve hastanede ilgili alanlardan su çekmesi sağlanır.
- Su tahliyesi tamamlandıktan sonra hastane normal işleyişine geri döner.
- Sel/su baskının meydana geldiği birim enfeksiyonel açıdan değerlendirilir, gerekli temizlik ve düzenlemeler yapıldıktan sonra birimde eski işleyişine dönmeye başlar ve hastalarını yerleştirir.
- Elektrik kesilen alanlarda aydınlatma sorunları oluşacağı için acil durum aydınlatması veya el feneri kullanılmalıdır.
- Su dolu alanlarda tabanın durumu bilinmediği için birden derinleşme veya çukur vb. alana düşme olabilir. Bu nedenle tedbirli olunmalıdır.
- Su basan alanlarda çalışmalarda öncelikle personeller kendilerini tehlikeye atmamalıdır. Alt kotlarda sel olaylarında su seviyesi birden yükselebilir. Bu nedenle su girişleri sıkıca kapatılmalıdır. Alt kotlardan üst kotlara çıkılmalıdır.

6.5. Sabotaj

Harp sanayi dahil, sınai, ticari, zirai, üretim tesislerinin, araçlarının ve ürünlerinin enerji üretim ve ulaştırma tesislerinin, her türlü ulaştırma ve haberleşme sistem ve araçlarının, milli ekonomiye, milli kültüre, sağlık tesislerinin, eğitim tesislerinin, her türlü faaliyeti gerçekleştiren özel sektör fabrika, tesis işyerlerinin geçici bir süre için faaliyet dışı kalmasını sağlamak amacı ile tahribine yönelik saldırgan bir yıkıcı faaliyet şekline denir.

6.5.1. Sabotajdan önce yapılması gerekenler

- Sabotaj yapmaya elverişli yerler ve bu yerlerde alınan tedbirler belirlenmelidir.
- Fiziki güvenlik sistemleri ve güvenlik kameraları uygun yerlere takılmalıdır.

- Girilmesi yasak yerlere, yasağı bildiren levhaların ilk bakışta görülebilir biçimde konulması bu gibi yerlerin dış ve iç kapı, merdiven ve pencerelerinde alınan emniyet tedbirleri güvenlik görevlileri tarafından belirli aralıklarla devriye yaparak kontrolleri sağlanır.
- Rutin Kontroller kamera sistemi ile gerçekleştirilir.
- Güvenlik birimine bildirilen şüpheliler hakkında emniyet ile temasa geçilerek gerekli tedbirleri alınması sağlanır.
- Kurumda varsa çalışan, yabancı uzmanların ad ve soyadları, uyrukları ve ne şekilde kontrol edildikleri kayıt edilir.
- Yangın ikaz, ihbar ve söndürme sistemleri kurulmalıdır.
- Zeminden düşük seviyede olan yer pencerelerinde gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır

6.5.2. Sabotaj gerçekleşiyorsa

Öncelikle sabotajın şeklini belirle;

Aktif Sabotajlar :

- ✓ Yangın
- ✓ Patlayıcı Madde,
- ✓ Mekanik,
- ✓ Bakteriyolojik ve Kimyasal,

Pasif Sabotajlar:

- ✓ Fikri,
- ✓ Psikolojik
- Hastaneye karşı bir sabotaj saldırısı mevcut ise şeklini belirledikten sonra mesai saatleri içindeyse kurum amiri 112 ye ve üst kurum yöneticisine sabotajın durumu ile ilgi bilgi verir.
- Mesai saatleri dışında gerçekleşiyor ise güvenlik tarafından 112'ye ve üst kurumun nöbetçi amirine hemen bilgi verilir.
- Sabotajın şekline göre faaliyete geçilir olaya müdahaleye başlanır.
- Olay sonunda tüm raporlar tutulur ve kurumun üst yöneticisine rapor sunar.

7. EKLER

7.1. CÜH.KYS.FR.72-50-HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU

7.2. CÜH.KYS.FR.72-70-HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU

7.3. CÜH.KYS.FR.72-71- PERSONEL TAHLİYE FORMU

7.4. CÜH.KYS.FR.72-72-MALZEME TAHLİYE FORMU

EK -1İ KOD TALİMATLARI

1.Mavi kod uygulama talimatı

1. **AMAÇ:** Hastanemizde acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulan hallerde; mavi kod ekibinin zamanında olay yerine ulaşmasını ve hastaya müdahale ederek hastanın hızlı ve güvenli biçimde değerlendirilmesini sağlamaktır.
2. **KAPSAM:** Bu talimat hastanede temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) risk altında olan veya durmuş olan hastaların yaşama döndürülme hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlamak amacıyla, tüm birimleri kapsar.
3. **KISALTMALAR:**
4. **TANIMLAR:**
 - 4.1. **Mavi Kod:** Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetimidir
 - 4.2. **Mavi Kod Çağrı Numarası:** 2222
5. **SORUMLULAR:** Hastane yönetimi ve tüm çalışanlar.
6. **FAALİYET AKIŞI:**
 - 6.1. Mavi Kod ekibi, 24 saat kesintisiz hizmet verir.

Mavi Kod Ekibi Acil Tıp AD ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD hekim, hemşire/teknisyen/teknikerlerinden oluşmaktadır.
 - 6.2. Mavi Kod Ekibinde; Anestezi Uzmanı/Anestezi Kıdemli Asistanı/Nöbetçi Anestezi Kıdemli Asistanı, Anestezi Teknisyeni (Anestezi Teknisyeninin olmadığı durumlarda ikinci bir Anestezi Asistanı),veya Acil Tıp Uzmanı/Acil Kıdemli Asistanı/Nöbetçi Acil Kıdemli Asistanı, Hemşire / Acil Tıp Teknisyeni ve Taşıma Personeli hizmet verir.
 - 6.3. Mavi Kod çağrılarında hastane zemin katı, bodrum katı, hastane bahçesi, onkoloji merkezi, kalp hastanesi poliklinik ve hastane ana bina birinci kattan yapılan çağrılarda Acil Servis Mavi Kod Ekibi, kalp hastanesi ikinci-üçüncü kat ve ana binada ikinci- üzeri katlarda Anestezi Mavi Kod Ekibi görev alır.
 - 6.4. Sıcak Çermik Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon merkezinde yaşanan mavi kod durumlarında ilk müdahaleyi merkezin doktorları yaparak 112 ambulans hizmeti aranarak hastanın en yakın sağlık kuruluşuna naklini gerçekleştirir.
 - 6.5. Mavi kod uygulamasında servisin kendi doktoru, hemşiresi ve personeli müdahaleye aktif olarak katılır ve ekibe yardımcı olur.
 - 6.6. Hastanın yaşam fonksiyonlarının risk altında olduğunu ya da arresti tespit eden hemşire / doktor tarafından hemen gerekli müdahaleye veya temel yaşam desteğine başlanır.
 - 6.7. Mavi Kod ekip için müdahaleye gerek duyulan hallerde ilgili yerlerde çalışan personel tarafından 2222 no' lu telefon aranarak olay yeri ve acil durum bildirisi yapılır. Aynı personel güvenliğe de bilgi vermelidir.
 - 6.8. Mavi kod bildirimi alan mavi kod ekipleri **3 dakika** içinde olay yerine ulaşmak için gerekli tertipte hareket eder.
 - 6.9. Acil servisin müdahale edeceği 1. Kat çağrılarında F-G asansörleri zemin kata gelip hızlı transfere yardımcı olacaktır 1. Kat çağrısında acil servisten mavi kod ekibi çıkarken güvenlik personeline bilgi verecek, güvenlik personeli ise asansör görevlisi ile irtibata geçerek asansörün zemine gelmesini sağlayacaktır.
 - 6.10. Hastane 2. Kattan diğer üst katlarda çalışan mavi kod ekibinde (Anestezi Yoğun Bakım) D asansörü anahtarı bulunacak ve hızlı ulaşım için asansörler ekip tarafından anahtarla yönlendirilecektir.
 - 6.11. Telefonla ulaşılamadığı durumlarda acil durum bildirisini alan santral görevlisi anons sistemini kullanarak ekibin olay yerine gitmesi için anons yapacaktır.
 - 6.12. Mavi kod ekibi acil çantasını olay yerine getirir, ihtiyaç durumunda beraberinde defibrilatörü de götürür.

6.13. Mavi kod müdahale ekibinde bulunan doktor olay yerine geldiğinde ekip liderliğini dvralır.

6.14. Mavi kod formunda bulunan Müdahale edilen kişiye ait bilgiler,yapılan uygulama, müdahalenin yeri, çağrının yapıldığı zaman, ekibin olay yerine ulaşma zamanı, müdahalenin sonucu, müdahale ekibinde yer alanların bilgileri eksiksiz olarak doldurulur.Formun aslı hasta dosyasına konulur. En geç 24 saat içerisinde formun bir nüshası Kalite Yönetim Birimine teslim edilmeli ve bir nüshası da mavi kod ekibinde kalmalıdır.

6.14. Hasta başka bir üniteye transfer edilecekse servis doktoru tarafından düzenleme yapılır.

6.15. Mavi Kod müdahalesinde kullanılacak acil çantaları birimlerdeki diğer acil çantalarından ayrı olarak tanımlanır, çanta içindeki ilaç ve malzemelerin stok ve miyat takipleri talimatlarda belirtildiği gibi takip edilir.

6.16. Mavi kod ekipleri müdahale sırasında yaşadıkları sorunlarla ilgili düzeltici işlem yapar ve kalite birimine bilgi verir.

7. EKLER:

7.1. CÜH.KYS.FR.02-25 - Mavi Kod Olay Bildirim Formu

2. Pembe Kod Uygulama Talimatı

1. AMAÇ: Hastanemizde doğan veya yatarak tedavi görmekte olan bebek ve çocukların doğumlarından veya hastaneye yatışlarından itibaren hastaneden resmi çıkışları yapılana kadar güvenliğini sağlamaktır.
2. KAPSAM: Bu talimat hastanemizde doğan ve tedavi gören veya başka amaçla bulunan bebek ve çocukların güvenliğinin sağlanmasında sağlık personeli, yardımcı sağlık personeli ve güvenlik hizmetlerinin alması gereken önlemleri kapsamaktadır.
3. KISALTMALAR:
4. TANIMLAR:
 - 4.1. Pembe Kod: Hastanede servislerde tedavi için bulunan yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarında uygulanan acil durum kodlamasıdır.
5. SORUMLULAR: Hastane yönetimi ve tüm çalışanlar.
6. FAALİYET AKIŞI:
 - 6.1. Pembe kod ile ilgili sorumlu bir ekip oluşturulur. Ekipte idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, teknik servis elemanı, güvenlik amiri, çocuk hastalıkları, yeni doğan, kadın doğum ve doğumhane servis hemşiresi-ebesi ve kalite yönetim temsilcisi bulunur.
 - 6.2. Pembe kod ekibi; pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapar. Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her yıl en az bir defa tatbikat yapılır. Çalışanlara pembe kod farkındalığı için eğitimler verilir.
 - 6.3. Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılır.
 - 6.4. Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar tutulur. Pembe Kod Formu kullanılır. Pembe Kod Formunda; Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler, olayın gerçekleştiği bölüm, başlangıç-bitiş zamanı, olayın sonucu ile ilgili bilgiler bulunur.
 - 6.5. Kayıtlar Kalite Yönetim Birimine gönderilir.
 - 6.6. Sezaryen amacıyla ameliyathaneye gönderilen gebelerin malzeme hazırlığında; cinsiyet kimliğini belirlemek amacıyla doğum sonrası hemen takılması gereken anne – bebek kol bantları cinsiyet belli olsa da olmasa da gebelik sayısına göre pembe ve mavi renkte aynı seri numaralı ve kimlik bilgileri içerecek şekilde ameliyathaneye gönderilmelidir.
 - 6.7. Doğum salonu ya da ameliyathanede gerçekleşen doğumun hemen ardından bebeğin cinsiyetine göre uygun renkte anne – bebek kol bandı aynı anda; anneye anestezi teknisyeni tarafından bebeğe de bebeğin canlandırmasından sorumlu çocuk sağlığı ve hastalıkları ekibi tarafından takılmalıdır. Bebeğin cinsiyeti en az iki kişi tarafından kontrol edildikten sonra kol bantları birbirinden ayrılarak aynı anda anne ve bebeğe takılmalıdır (Bebek doğmadan önce kesinlikle kol bantları birbirinden ayrılmalıdır).
 - 6.8. Anneden parmak izi bebekten ayak izi alınır. Ayak izi alınırken bebeğin her iki ayak izi iki nüsha şeklinde, anneden parmak izi alınırken sağ el başparmak izi iki nüsha şeklinde alınmalıdır. Alınan bu kayıtlardan biri aileye verilir, diğeri hasta dosyasında muhafaza edilir.
 - 6.9. Yenidoğan canlandırmasından sorumlu olan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ekibi tarafından doğum öncesi sırası ve sonrasında kontrol edilerek kullanılan yeni doğan yoğun bakım ünitesi “Sezaryende Malzeme ve Bebek Takip Formu” anne dosyasında kalacak şekilde kadın doğum ekibine teslim edilmelidir.
 - 6.10. Yenidoğan bebeğin hasta dosyasında ayrıca bebeğin ağırlık-boy-baş çevresi ölçümleri, doğum odası muayene bulguları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Araştırma Görevlisi tarafından ayrıntılı olarak kayıt edilir.
 - 6.11. Hastanemizde bulunan bebeklerin bakım, tedavi ve güvenliğinin sağlanmasından sorumlu olan tüm sağlık personeli, yardımcı sağlık personeli ve güvenlik personelinin mesai saatleri içerisinde mutlaka kurum kimliklerini takmaları gerekmektedir.
 - 6.12. Büyük çantalarla hastaneye gelen hasta ve yakınları çıkarken güvenlik tarafından kontrol edilir.
 - 6.13. Yakını olmayan hastanın işlemlerinin yapılması için mutlaka bir sağlık personeli görevlendirilir.
 - 6.14. İlgili servis hemşiresi tarafından hasta güvenliği konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilir (Hasta ve yakınlarının şüphelendikleri kişiler hakkında hemşireye-ebeye bilgi vermesi, odada bebeğin tek başına bırakılmaması gibi).

6.15. Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibi için, anne hemşire bankosuna yakın bir yerde yatırılır ve bebeğin riskli durumunu ortaya koyacak ve sadece ilgili personeller tarafından fark edilecek şekilde oluşturulmuş olan (pembe kelebek figürü) hasta başına asılır.

6.15.1. Pembe kelebek figürü ile tanımlanmış bebek olduğunda ilgili servisin sorumlu hemşire-ebesi tarafından hastane güvenlik amiri aranarak bilgi verilir.

6.15.2. Serviste tanımlanan riskli bebek/çocuk olması durumunda güvenlik amirliği personel sayısını çoğaltarak ilgili serviste gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

6.16. Hastanede pembe kod alarmı durumunda aranması gereken güvenlik telefon numarası 3333 no'lu telefondur.

6.17. Pembe kod alarmı durumunda güvenlik birimi telsizle haberleşir, tüm hastane çıkış kapıları tutulur. Şüpheli kişi/kişiler yakalanarak derhal emniyet güçlerine haber verilir.

6.18. Bebek kaçıran kişilerin genel özellikleri:

- Genellikle 15-48 yaşları arasında kadınlardır.
- Genellikle şişman görünümlü ve normalden kalın giyinirler.
- Genellikle hızlı ve telaşlı hareket etmeleri dikkati çeker.
- Genellikle ellerinde bir çanta veya torba vardır.
- Daha önce hastane işleyişini öğrenici çaba göstermiş olabilirler.
- Eski bir hastane personeli olabilirler.
- Sık sık hastane ziyaretleri yapmış olabilirler.
- Hastane personeli ile arkadaşlık kurma gayreti göstermiş olabilirler.
- Genellikle sabıkları yoktur.

3. Beyaz Kod Uygulama Talimatı

1. AMAÇ: Kurum Personeline yönelik, mesai saatleri içinde ve dışında hastane içerisinde ve bahçesinde oluşabilecek olası bir saldırı ya da taciz olaylarına karşı güvenliği sağlamaktır.
2. KAPSAM: Sivas Cumhuriyet Üniversite Hastanesinin tüm çalışan personelini ve güvenlik görevlilerini kapsar.
3. KISALTMALAR:
4. TANIMLAR: Beyaz Kod, sağlık çalışanlarına görevleri başında fiziksel, psikolojik ya da cinsel olarak şiddet uygulanması durumudur.
5. SORUMLULAR: Hastane yönetimi ve tüm çalışanlar.
6. FAALİYET AKIŞI:
 - 6.1. Hastane içinde görevini uygulayan personel, fiziksel, sözel ve cinsel saldırı ile karşılaşmaları halinde 1111 nolu telefonu arayarak Beyaz Kod bildirimini yapar.
 - 6.2. Bu sayede güvenlik şefinin elindeki alıcıya beyaz kod hali ve beyaz kod veren yerin adresi bildirilir.
 - 6.3. Güvenlik Şefi olayı güvenlik ekiplerine telsizle haber vererek, en yakın kişinin hızlıca olay yerine ulaşmasını sağlar.
 - 6.4. Güvenlik personeli olay yerine en geç 3 dk. içerisinde ulaşır. Olay yerine ulaşan güvenlik personeline, olaya maruz kalan kişi ya da kişiler olay hakkında bilgi verir.
 - 6.5. Bu görevlendirme için güvenlik şefi olay yerinden gelen geri bildirim doğrultusunda ek personel takviyesi yapabilir.
 - 6.6. Olay yerine en az iki güvenlik görevlisi giderek biri olaya müdahale ederken, diğeri çevre ile ilgili düzenlemeleri yapar.
 - 6.7. Kolluk kuvvetlerine ihtiyaç duyulduğu zamanlarda hastane polisine haber verilir.
 - 6.8. Büyük çaplı hırsızlık, taciz ve şiddet olaylarında, olayın gerçekleştiği bölüme göre Güvenlik Görevlileri acil eylem planına göre işlem yapar.
 - 6.9. Tüm olaylar sonunda “Beyaz Kod Olay Bildirim Formu” doldurularak ve gerekiyorsa ayrıntılı tutanak tutularak bir nüshası Başhekimliğe bir nüshası Kalite Yönetim Birimine bir nüshası da güvenlik biriminde muhafaza edilir. Beyaz Kod bildirimini, Başhekimlik tarafından Sağlık Bakanlığı 113 sayfasına yapılır ve yasal süreç takip edilir.
 - 6.10. Üst Yönetim, gerçekleşen şiddet olaylarının hastane hukuk bürosuna ve adli mercilere intikal ettirilmesi sağlar.
 - 6.11. Gerekli durumlarda Hukuk bürosu hukuksal açıdan yönlendirme yapar.
 - 6.12. Beyaz Kod analiz sonuçları Çalışan Güvenliği Komitesi’nde değerlendirilir.
 - 6.13. Olay sonrası şiddete veya tacize maruz kalan personelin psikolojik (Sosyal Hizmet Uzman ya da Psikolog) destek alması sağlanır.
7. EK: CÜH.KYS.FR.77-01 Beyaz Kod Olay Bildirim Formu

4. Kırmızı Kod Uygulama Talimatı

1.AMAÇ: Kırmızı kod; hastanemizde çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amaçlı oluşturulan acil uyarı kodudur.

2.KAPSAM: Bu talimat oluşabilecek yangına karşı tüm hastaneyi, hastane çalışanları ve hasta/hasta yakınlarını yangına karşı korumayı ve bu kapsamda yapılacak çalışmaları kapsar.

3.KISALTMALAR HAP : Hastane Afet Planı

4.TANIMLAR:

5.SORUMLULAR:

Kırmızı kod ekibi ve tüm hastane personeli sorumludur.

KIRMIZI KOD YÖNETİM EKİBİ

Kırmızı Kod Yönetim Ekibi
- Tıbbi Hizmetler Yöneticisi - İdari Hizmetler Yöneticisi - Sivil Savunma Birimi - Hastane Güvenlik Birimi - İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi - Tıbbi Cihaz Yönetim Sorumlusu - Teknik Hizmetler Yöneticisi - Hemşirelik Hizmetler yöneticisi - Acil Servis Sorumlu Hekimi - Kalite Koordinatörlüğü

KIRMIZI KOD MÜDAHALE EKİBİ			
Mesai Saati İçerisinde	Mesai Saati İçerisinde Yedek	Mesai Saati Dışında	Mesai Saati Dışında Yedek
Olay Yeri Sorumlu Yangın Müdahale Ekibi	Olay Yeri Sorumlu Yangın Müdahale Ekibi	Olay Yeri Sorumlu Yangın Müdahale Ekibi	Olay Yeri Sorumlu Yangın Müdahale Ekibi
Güvenlik Vardiya Şefi	Güvenlik Görevlisi (Vakaya en yakın)	Güvenlik Vardiya Şefi	Güvenlik Görevlisi (Vakaya en yakın)
Sivil Savunma Uzmanı	İSG uzmanı	Gece İdari Amiri	Süpervizör hemşire
Tıbbi Cihaz Sorumlusu (Biyomedikal Teknikeri)	Elektrik işleri sorumlu teknisyen	Elektrik işleri nöbetçi teknikeri	Elektrik işleri nöbetçi teknikeri

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1-Sorumlu Ekiplerin belirlenmesi:

Kırmızı Kod Ekibi Mesai saati içinde Güvenlik ekipleri ve tüm personel ekiplerden oluşur. Mesai saati dışında nöbetçi güvenlik ekibi ve nöbetçi personellerden oluşur. Kesintisiz hizmet verir. Yangının Durumuna göre Tüm yangın Müdahale ekipleri devreye girer.

6.2- Kırmızı Kod Çalışma Kuralları:

- Kırmızı kod noktası; olayın meydana geldiği ve müdahale edilen yerdir.
- Kırmızı kod durumunu tespit eden personel Hastanede meydana gelmiş herhangi bir yangın tehlikesi halinde; en yakın yangın ihbar butonuna basılarak kırmızı kod durumu başlatılır. Alarm durumu başlar başlamaz yangın ihbar sistemi ile dijital ekranda adres bilgileri görülür ve güvenlik birimi **kırmızı kod** alarmı verir ve ya santrali **(0110)** arayarak “... Birimi **Kırmızı kod**” diyerek çağırıp başlatır. Ekibin olay yerine intikali sağlanır.

Eğer yangın müdahale edilebilecek ölçüdeyse ekip müdahaleye başlar. Yangın büyük boyutlarda ise 112 itfaiye aranarak yangının çıktığı yer ile ilgili adres bilgileri eksiksiz verilir.

Görevli Teknik Servis Personeli bölgede elektrik, doğal gaz, medikal gaz, vb. tehlike arz edebilecek durumlar için gerekli tedbirleri alır

Kırmızı kod uyarısını alan Güvenlik Görevlisi telsiz ile yangının meydana geldiği yeri tüm güvenlik personeline telsiz ile anons geçer ve güvenlik önlemlerinin alınmasını sağlar.

Olay yerine intikal eden idare, hastanenin veya ilgili bölümün tahliyesine karar verir. Daha sonra tahliye işleri Hastane Afet Planı'na uygun yapılır. Hastane Afet Planında belirtilen görevliler olay sevk ve göndüşatını belirler

6.3-Yangın Durumu Mesai Saati İçerisinde Oluşmuş ise:

- HAP başkanı (Başhekim) , İdari Hizmetler Yöneticisi olay yerine intikal eder. Durumu değerlendirir.
- Teknik servis hemen ilgili yerin elektriğini, doğal gaz ve medikal gazı keser ardından olay yerine intikal eder.
- Olay Yerine İntikal eden **Kırmızı kod** ekibi Hastanenin veya ilgili bölümlerin tahliyesine karar verir. Daha sonra Tahliye işleri “ **Hastane Afet Planına**” uygun yapılır. Hastane Afet Planında Belirtilen görevliler olay sevk ve göndüşatını belirler.
- Güvenlik hasta asansörlerini tahliye eder. Kontrol dışı kullanılmasını engeller. Hastaneyi boşaltan hastaların güvenli tahliyesini sağlar.

6.4- Yangın Durumu Mesai Saati Dışında Olmuş ise:

- Durumu Tespit eden personel **Kırmızı kod** durumunu tespit eden personel Hastanede meydana gelmiş herhangi bir yangın tehlikesi halinde; en yakın yangın ihbar butonuna basılarak kırmızı kod durumu başlatılır. Alarm durumu başlar başlamaz yangın ihbar sistemi ile dijital ekranda adres bilgileri görülür ve güvenlik birimi **kırmızı kod** alarmı verir ve ya santrali **(0110)** arayarak “... Birimi **Kırmızı kod**” diyerek çağırıp başlatır. Ekibin olay yerine intikali sağlanır. (saat 17.00 dan sonra santral nöbetçi amirlik ve acil servisin hasta kabulüne bağlanmaktadır).
- Telefona cevap veren santral görevlisi derhal acil nöbetçi ekibine ardından icap nöbetçisi teknisyene ve Afet Planında belirtilen HAP başkanı (Mesul Müdür), Hastane Müdürüne haber verir.
- Nöbetçi doktor ve güvenlik olay yerine intikal eder.
- Teknisyen gelene kadar bölgenin veya birimin elektriğini nöbetçi hizmetli personel keser.
- Nöbetçi güvenlik personeli asansörleri kontrol eder, güvenliğini sağlar.
- Nöbetçi Amir olay yerine intikal eder. Durumu değerlendirir.
- Olay yerine intikal eden idare, hastanenin veya ilgili bölümün tahliyesine karar verir. Dah sonra tahliye işleri Hastane Afet Planı' na uygun yapılır. Hastane Afet Planında belirtilen görevliler olay sevk ve göndüşatını belirler.
- Tüm kod uygulamalarımızda verilen kod ile ilgili “**Kırmızı Kod Olay Bildirim Formu**” doldurularak kalite birimine birim sorumluları tarafından teslim edilir.

5. Turuncu Kod Uygulama Talimatı

1. **AMAÇ:** Kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) kazalar neticesinde kontamine olarak hastaneye başvuran hastaları ve hastanemizde içinde yaşanan KBRN kazalarında kişileri en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine edilerek gerekli tıbbi desteği sağlamaktır.
2. **KAPSAM:** Tüm hastane, hastane bahçesi, çevresi, hastane çalışanları, hasta ve hasta yakınlarını kapsar.
3. **KISALTMALAR:**
 - 3.1. KBRN: Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer tehditler
 - 3.2. HAP: Hastane Afet planı
 - 3.3. OYM: Olay Yönetim merkezi
 - 3.4. AMP: Acil Müdahale Planı
 - 3.5. OYE: Olay Yönetim Ekibi
4. **TANIMLAR:**
 - 4.1. **Turuncu Kod:** Kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik kazalar neticesinde kontamine olarak hastaneye başvuran hastaları ve hastanemizde içinde yaşanan KBRN kazalarında kişileri en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine etmek ve gerekli tıbbi desteği sağlamak amacıyla oluşturulan kod sistemidir.
 - 4.2. **Turuncu Kod İhbarı:** Turuncu kod durumunda çalışanlar tarafından santral üzerinden yapılan bilgilendirme.
 - 4.3. **Turuncu Kod İhbar Numarası:** Turuncu kod sisteminde “5555” olarak önceden tanımlanmış olan dâhili telefon numarasıdır.

5. **SORUMLULAR:** Hastane yönetimi ve tüm çalışanlar

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1.Sorumlu ekiplerin belirlenmesi

Turuncu Kod ekibi mesai saatleri içerisinde ve mesai saatleri dışında belirlenen ekiplerden oluşur.

MESAI SAATİ İÇERİSİNDE
KBRN SORUMLUSU
BAŞHEKİMLİK
İDRAİ YÖNETİCİLİK
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİLİĞİ
İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ ve ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ
SİVİL SAVUNMA SORUMLUSU
GÜVENLİK AMİRİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI BAŞKANI
ACİL SERVİS HEMŞİRESİ

MESAI SAATİ DIŞINDA
NÖBETÇİ İDARİ AMİR
SUPERVİSOR HEMŞİRE
NÖBETÇİ GÜVENLİK AMİRİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI İCAPÇI ÖĞRETİM ÜYESİ
ACİL SERVİS HEMŞİRESİ

6.2.Görev Tanımları

KBRN Sorumlusu: KBRN olaylarına müdahale kapsamında tespit, izleme, dökülme/saçılma yönetimi, maruz kalanların, teknik ve acil dekontaminasyonun yapılması ile hastane ve ekipman dekontaminasyonu çalışmalarının organize edilmesi ve yönetilmesinden sorumludur.

Başhekimlik: KBRN olaylarında müdahale alanlarını organize eder, kaynakları yönetir ve tıbbi bakım, altyapı, güvenlik, tehlikeli madde sorumlusu ve psikososyal destek birimi ile ilgili görevlendirmeleri yapar.

İdari Yöneticilik: KBRN olaylarında dış paydaşlarla iletişimi sağlaması, müdahale alanlarına ihtiyaç olan malzemenin lojistiğini sağlaması ve işleyişin devamlılığı için alanda kendine bağlı çalışan personelin koordinasyonunu sağlamaktan sorumludur.

Hemşirelik Hizmetleri Yöneticiliği: KBRN olaylarında tıbbi tedavinin devamlılığı esas alındığında alanda kendine bağlı çalışan sağlık personelinin koordinasyonundan sorumludur.

İş Sağlığı Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Birimi: KBRN hastane içi olayları kapsamında oluşan iş kazaları durumunu değerlendirir gerekli tutanakları tutar. KBRN kazaları sonra erdiğinde olay yerindeki İş Sağlığı ve Güvenliği açısından son kontrolleri sağlayarak yazılı raporunu hastane yetkilisine teslim eder. Aynı zamanda KBRN hastane içi ve dışı olaylarında ise HAP organizasyonunda görevinin devamlılığını sağlar.

Sivil Savunma Sorumlusu (HAP Sekreteryası): Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, Olay Yönetim Merkezinin (OYM) açılması, Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından istenilen bilgilerin toplanması, kayıt altına alınması vb. talimatları yerine getirir.

Güvenlik Sorumlusu: Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle iş birliği vb.) yürütür ve koordine eder. KBRN vakalarında olay yerine yetkisiz kişilerin giriş çıkışını engeller

Acil Servis Bölüm Başkanı: KBRN olayları kapsamında etkilenen kişi ve ya kişilerin dekontaminasyonu ve tıbbi tedavisinin planlanmasında rol alır

Acil Servis Hemşiresi: KBRN olayları kapsamında etkilenen kişi ve ya kişilerin dekontaminasyonu ve tıbbi tedavisinin rol alır

6.3.Turuncu Kod çalışma kuralları

- Turuncu kod noktası; olayın meydana geldiği ve müdahale edilen yerdir.
- Kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik kazalar gibi acil afet durumlarında olay yerindeki çalışan “5555” numaralı telefonu tuşlayarak “**Turuncu Kod Çağırısı Başlatılmıştır**” şeklinde sesli mesaj alındıktan sonra telefon kapatılarak turuncu kod çağırısını başlatır.
- Çağırısı alan Güvenlik görevlisi telsiz anonsu ile turuncu kod çağırısı yapar ve olay yerini tarif eder. Aynı anda Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimini mutlaka bilgilendirir.
- Turuncu kod çağırısını duyan önceden belirlenmiş olan ekip görevlerini yerine getirmek üzere hızlı olarak hareket eder.
- Güvenlik görevlisi veya turuncu kod müdahale ekibi olay yerine ulaşmaya kadar çağırısı başlatan kişi olay yerinden ayrılmaz.
- En yakın güvenlik görevlisinin olay yerine ulaşması ile telsizden olayın tam yeri, şekli ve büyüklüğü ile ilgili anons yapar. Olay yerine güvenlikten ilk önce ekibin diğer üyeleri gelmiş olsa bile aynı anons yapılır.

6.4. Turuncu Kod Mesai Saati İçerisinde Oluşmuş ise:

- KBRN Sorumlusu, İş Sağlığı Güvenliği Sorumlusu, Sivil Savunma Sorumlusu ve Güvenlik Amiri hemen olay yerine intikal eder ve gereği halinde acil servis doktor ve acil servis hemşiresinden destek ister.
- Olay yerine ulaşan turuncu kod müdahale ekibi çalışanın ve ortamın güvenliğini sağladıktan sonra olaya müdahale ederek sonlanmasını veya yavaşlatılmasını sağlar
- Olayın durumuna göre 112 ye haber verilir

- Yaşanan KBRN Olayı idareye bildirilir. Hastane idaresi tahliye karar verirse tahliye işleri Hastane Afet Planı'na uygun başlatılır. Hastane Afet Planında belirtilen Olay Yönetim Ekibi (OYE) toplanır ve Hastane Afet Planında yer alan KBRN olaylarına özel planlar yer alan **Standart Olay Prosedür'üne** göre hareket eder.
- Mesai saatleri içerisinde acil durum sonlandığında turuncu kod müdahale ekibi, mevcut iz ve delilleri muhafaza eder.
- Turuncu kod müdahale ekibi olaya maruz kalan kazazedelere gerekli bilgilendirmeleri yapar ve transferini sağlar.
- Turuncu kod uygulaması bittikten sonra turuncu kod lideri gerekli güvenlik önlemlerini alarak olay yerini hastane yetkilisine teslim eder.
- Konu ile ilgili diğer komisyon ve ekiplerle (**Tesis Güvenliği Kurulu vb.**) işbirliği yapılır **Turuncu kod** uygulaması bittikten sonra **Turuncu Kod Olay Bildirim Formu** Doldurularak arşivlenir

6.5. Turuncu Kod Mesai Saati Dışında Olmuş ise:

- Durumu tespit eden personel Kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik kazalar gibi acil afet durumlarında olay yerindeki çalışan **"5555"** numaralı telefonu tuşlayarak **"Turuncu Kod Çağrısı Başlatılmıştır"** şeklinde sesli mesaj alındıktan sonra telefon kapatılarak turuncu kod çağrısını başlatır.
- Telefona cevap veren santral görevlisi derhal nöbetçi idari amir, süpervizör hemşire ve nöbetçi güvenlik amiri olay yerine intikal eder ve gereği halinde acil servis doktor ve acil servis hemşiresinden destek ister.
- Olayın durumuna göre 112 ye haber verilir
- Yaşanan KBRN Olayı idareye bildirilir. Gereği halinde hastaneye çağrılmasını sağlar.
- Yaşanan KBRN Olayı idareye bildirilir. Hastane idaresi tahliye karar verirse tahliye işleri Hastane Afet Planı'na uygun başlatılır. Hastane Afet Planında belirtilen Olay Yönetim Ekibi (OYE) toplanır ve Hastane Afet Planında yer alan KBRN olaylarına özel planlar yer alan **Standart Olay Prosedür'üne** göre hareket eder.
- Mesai saatleri dışında acil durum sonlandığında gece idaresi turuncu kod müdahale ekibi, mevcut iz ve delilleri muhafaza eder.
- Turuncu kod müdahale ekibi olaya maruz kalan kazazedelere gerekli bilgilendirmeleri yapar ve transferini sağlar.
- Turuncu kod uygulaması bittikten sonra turuncu kod lideri gerekli güvenlik önlemlerini alarak olay yerini hastane yetkilisine teslim eder.
- Turuncu kod uygulaması bittikten sonra **Turuncu Kod Olay Bildirim Formu** doldurularak arşivlenir ve mesai saatleri içerisinde HAP ofisine teslim edilir.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

7.1. CÜH.KYS.PL.72-01 HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI

7.2. CÜH.KYS.FR.02.71-TURUNCU KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ RISK ÇERÇEVESİ

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi⁹

Dünya çapında ülkelerin karşı karşıya olduğu halk (kamu) sağlığına yönelik acil durum/afet riskleri yaygın ve çok çeşitlidir; bu kapsamda, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar, güvenli olmayan gıda ve su, kimyasal ve radyasyon kirliliği, doğa ve teknoloji kaynaklı tehlikeler, çatışmalar, iklim değişikliği, plansız kentleşme ve diğer etkenlerle ilişkili sağlık riskleri ve sonuçları belirtilebilir. Ülkeler ve toplumların söz konusu sağlık riskleri ve sonuçları ile baş edebilmeleri ise, ulusal, yerel ve kurumsal düzeylerde, afet ve acil durumların önleme, zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik önlemleri içeren, sağlık acil durum ve afet risk yönetimi kapasitelerini güçlendirmeleri ile mümkündür.

Günümüzde sağlık sistemleri, acil durum ve afet halinde “hayat kurtarmaya” odaklı, reaktif müdahale anlayışının ötesinde, olağan ve acil sağlık hizmetleri açısından her türlü tehlike karşısında, tehlikeye maruziyetin ve zarar görebilirliklerin, dolayısıyla risklerin azaltılmasına odaklı, proaktif bir yaklaşımla her düzeyde hayati bir rolü üstlenmektedir.

Birleşmiş Milletler Afet Risk Azaltma Ofisi (UNDRR) üst yönetiminden, Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi’nin (SFDRR/2015-2030) kabulünün 5. yılında, Mart 2020’de COVID-19 salgını ile ilgili yapılan açıklamada afet risk azaltma ve afet yönetimi bakımından şu başlıklara özellikle işaret edilmektedir¹⁰

- Doğa kaynaklı tehlikelerle birlikte, sağlık acil durumlarının da en öncelikli olarak ele alınması,
- Biyolojik tehlikelerin yönetimine, sağlık sistemlerinin hazırlık ve dayanıklılığına öncelik verilmesi,
- Afet risk yönetiminin her düzeydeki sağlık hizmetiyle bütünleştirilmesi (entegrasyonu),
- Afet yöneticileri ile sağlık çalışanları arasında afetleri önlemeye yönelik işbirliğinin geliştirilmesi; sağlık kapsamında odak noktasının “afete müdahale”de kalmayıp, hazırlık, izleme-gözlem ve afet risk yönetimine yönelmesinin desteklenmesi.

Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında afet risk yönetiminin ayrıntılı olarak ele alındığı, uluslararası bağlayıcılığı olan temel bir kaynak Uluslararası Sağlık Tüzüğü’dür¹¹. Tüzük halk (kamu) sağlığının, kökenine ve kaynağına bakılmaksızın tüm hastalık risklerinden korunmasına ilişkin uluslararası işbirliğinin etkili ve kapsamlı bir ifadesidir; yalnızca belirli hastalıkları değil, ileride ortaya çıkabilecek farklı hastalıkları da içermekte ve bu hastalıklarla ilgili alınabilecek tedbirlerin belirlenmesini de düzenlemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), afet ve acil durumlarla ilişkili sağlık risklerini yönetmek amacıyla sağlık sektörü ile diğer sektörlerde ülke ve toplum kapasitelerinin geliştirilmesi için destek sağlamaktadır; bu çalışmalar, Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nün ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve iklim değişikliği Paris Anlaşması’nın sağlıkla ilgili yaklaşım ve önceliklerinin uygulanması ile uyumlu olarak gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi ile sağlık sistemleri geliştirme stratejilerinin, çok-sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi geliştirme stratejileri ve iklim değişikliğine uyum stratejileri ile bütünleştirilmesi (entegrasyonu) amaçlanmaktadır.

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi’nde kapsamlı bir stratejinin oluşturulması yönünde, sağlık sektörü tarafından her düzeyde dikkate alınması gereken alanlar şöyle tanımlanmaktadır: Sürveyans, erken uyarı ve alarm sistemleri; tüm tehlikeler, tüm sağlık sistemi ve tüm sektörler bakımından, operasyonel hazırlık ve kitlesel yaralanmalı olay yönetim sistemleri dahil, acil durum müdahalesine hazırlık; güvenli, emniyetli, sürdürülebilir ve acil durum, afet halinde fonksiyonu devam edebilen dayanıklı hastaneler ve sağlık tesisleri.

⁹World Health Organisation (WHO), Health Emergency and Disaster Risk Management (Health EDRM) Framework, 2019. <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework-eng.pdf?ua=1>

¹⁰ <https://www.undrr.org/news/undrr-urges-disaster-management-agencies-prioritize-biological-hazards>

¹¹ International Health Regulations (IHR), 2005 / T.C. Sağlık Bakanlığı HSSGM, Uluslararası Sağlık Tüzüğü, Türkçe 2. basım (2008)

Ülkelerin sağlık yöneticilerine ve diğer paydaşlara rehberlik sağlamak üzere yayınlanan Çerçeve, her türlü acil durum ve afetle ilişkili sağlık risk ve sonuçlarının azaltılmasında, ülkeler nezdinde sağlık hizmetleri ve diğer sektörleri de içerecek şekilde sistem ve kapasite geliştirilmesini sağlamaya yöneliktir. Çerçeve, bu yönde, afet risk yönetimi temel kavramlarını, yönlendirici ilkeleri, etkili bir uygulama için gereken bileşen- leri ve fonksiyonları tanımlamaktadır.

TEMEL KAVRAMLAR, İLKELER VE YAKLAŞIMLAR

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi şu temel kavram, ilke ve yaklaşımları esas almaktadır:

1. Risk tabanlı (odaklı) yaklaşım
2. Kapsamlı (tüm aşamaları kapsayan) acil durum yönetimi
3. Tüm tehlikeler yaklaşımı (tehlikelere bütüncül yaklaşım)
4. Kapsayıcı, insan ve toplum merkezli yaklaşım
5. Çok-sektörlü ve çok-disiplinli işbirliği
6. Tüm sağlık sistemi temelli sorumluluk
7. Etik hususlar

Çerçeve’de tanımlanan Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (*Sağlık ADARY*) politikaları, stratejileri, programları ve uygulamaları için yönlendirici nitelik taşıyan temel kavram, ilke ve yaklaşımlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Risk Tabanlı (Odaklı) Yaklaşım:

Acil durumların oluşturduğu riskler, toplumların tehlikelere maruz kalması, söz konusu tehlikeler karşısında zarar görebilirlikleri ve olayların öncesi, sırası, sonrasında risk yönetimi kapasiteleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, ülkeler ve toplumlar acil durumların sağlıkla ilgili ve diğer olumsuz sonuçlarını, tehlikeleri önleme/zarar azaltma, tehlikelere maruziyeti azaltma, zarar görebilirliklerini en aza indirme ve/veya kapasitelerini güçlendirme yoluyla, etkili bir şekilde azaltabilir.

2. Kapsamlı (Tüm Aşamaları Kapsayan) Acil Durum Yönetimi:

Kapsamlı yaklaşım, afet ve acil durumların birbiriyle yakından ilişkili önleme/zarar azaltma, acil durum hazırlığı (operasyonel hazırlık dahil), müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik faaliyet ve önlemleri ifade eder. Bu şekilde, önleme ve zarar azaltma faaliyet ve önlemlerinin acil durumların olasılığını ve ciddiyetini azaltabileceği varsayımına dayanmaktadır; sağlam bir hazırlık zamanında ve etkili bir müdahaleyi mümkün kılacak; müdahalenin etkin koordinasyonu, sağlık hizmetlerinin zarar görebilir gruplara odaklanması ve etkilenenlerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunulmasıyla sonuçlanacaktır; ayrıca iyileştirme ve yeniden yapılanma faaliyetleri, gelecekteki acil durumların risklerini azaltacak şekilde tasarlanmalıdır (Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi de dahil olmak üzere eskisinden, öncekinden daha iyi/dayanıklı yapılandırma yaklaşımı).

3. Tüm Tehlikeler Yaklaşımı (Tehlikelere Bütüncül Yaklaşım):

Farklı tehlike türleri (doğa, insan, teknoloji kaynaklı) sağlık hizmetleri açısından benzer risklerle ilişkili olup, sağlık sistemini benzer şekilde zorlarlar. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi fonksiyonları da

birbirine benzer (örneğin: planlama, lojistik, risk iletişimi). Her bir tehlike için, ayrı, bağımsız kapasite geliştirmek ya da müdahale süreçleri ve prosedürleri oluşturmak, verimli olmadığı gibi maliyet etkin de değildir. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi politikaları, stratejileri ve ilgili programlar, bu nedenle ortak sorunları ortak kapasitelerle çözmek üzere tasarlanmalı ve aynı zamanda, riske özel kapasitelerle desteklenmelidir.¹²

¹² Bu yaklaşım çerçevesinde, HAP Hazırlama Kılavuzu’nun birinci ve ikinci bölümünde tüm tehlikeleri kapsayan, zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme evrelerini içerecek biçimde ortak çözüm ve önerilerden oluşmaktadır. Olaya Özel Planlar bölümü ise riske özel kapasitelerin desteklenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

4. Kapsayıcı, İnsan ve Toplum Merkezli Yaklaşım:

Toplumu oluşturan insanlar Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (Sağlık ADARY) bakımından en önemli konumdur, çünkü acil durum ve afetler dahil her tehlikeli olayda onların sağlıkları, geçim kaynakları, mal ve diğer varlıkları risk altındadır. İnsanlar çoğu zaman risklerini kendileri, aileleri ve çevresindekiler için koruma sağlayan eylemlerle yönetmeye uygun konumdur ve bir acil durumda ilk müdahale eden de kendileridir.

Sağlık ADARY erişilebilir ve ayrımcılık yapılmayan katılımı esas alan, kapsayıcı bir yaklaşıma sahiptir. Bu yaklaşım, en büyük risk altında olanlar ve acil durum/afetlerden orantısız olarak etkilenen insanların, özellikle en yoksulların, yanı sıra kadın, çocuk, engelli, yaşlı insanlarla, göçmen, mülteci ve diğer yerinden edilmiş kişiler, kronik hastalıkları olanlar ve toplumun nispeten daha yüksek risk altındaki kesimlerinden insanların ihtiyaçları ve kapasitelerine öncelik vermektedir. Sağlık ADARY kapsamındaki tüm politika ve uygulamalar toplumsal cinsiyet, yaş, engellilik ve kültürel bakış açıları ile bütünleşmeli; bu süreçte kadınların, gençliğin ve diğer riskli grupların yönlendiriciliği desteklenmelidir.

Toplumların dayanıklılığı, ilgili tehlikeler ve zarar görülebilirliklerin belirlenmesi ve zarar azaltma, acil durumlara hazırlık, müdahale ve iyileştirme kapasitelerinin geliştirilmesi desteklenerek güçlendirilebilir. “Tüm Toplum Katılımı” kavramından hareketle, etkili bir Sağlık ADARY ancak yerel yönetimlerin, sivil toplum ve gönüllü oluşumların, özel sektörün ve bireylerin aktif katılımı ile mümkün olabilir.

5. Çok Sektörlü ve Çok Disiplinli İşbirliği:

Acil durumların sağlık için oluşturduğu risklerin etkili bir şekilde yönetimi sektörler arasında güçlü, sü- rekli bir işbirliğini gerektirmektedir. Örneğin, “Tek Sağlık” yaklaşımı insan-hayvan-çevre etkileşimli bir sağlık tehdidine karşı, insanlar ve hayvanlar için en uygun sağlık sonuçlarını sağlamak amacıyla, kamu sağlığı, hayvan sağlığı ve diğer ilgili sektör ve disiplinler arasında işbirliği, iletişim ve ortak çalışmayı esas almaktadır. Sağlık sektörü bulaşıcı hastalık riskini yönetmede teknik olarak yönlendirici role sahip- ken, tehlikeler ve olayların pek çoğunda diğer sektörler teknik yönlendirici konumda olacaktır (örneğin, güvenli olmayan gıda için tarım, fırtınalar için erken uyarıda meteoroloji hizmetleri, sellere karşı acil müdahalede sivil korunma). Sağlığı korumaya yönelik çok sayıda Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi faaliyeti de diğer sektörler tarafından gerçekleştirilmektedir (örneğin, kritik altyapının bakımı, insan ihtiyaçları ve sağlık tesislerinin çalışması için gerekli su ve sanitasyon, taşıma, lojistik, acil hizmetler ve gıda güvenliği).

Sağlık sektörünün acil durumların sağlığa yönelik risklerini yönetmede rolü olan, farklı disiplinlerden çok sayıda uygulayıcıyla güçlü ilişkiler kurmaya ihtiyacı vardır. Bunlar arasında şehir plancıları, inşaat mühendisleri, tehlikeli tesislerin işletmecileri, iklim bilgisi sağlayıcılar, hayvan sağlığı profesyonelleri, medya ve acil hizmetler sayılabilir. Aynı zamanda, sağlık sistemine dahil çok sayıda disiplin arasında da etkili koordinasyon gereklidir (örneğin, acil tıp, afet sürveyansı, akıl sağlığı, beslenme, su ve sanitasyon, sağlık enformasyon yönetimi ve diğerleri).

6. Tüm Sağlık Sistemi Temelli Sorumluluk:

Genel sağlık sistemini güçlendiren çok sayıda tedbir Sağlık ADARY bakımından en etkili uygulamalar arasındadır. Temel sağlık hizmetlerinde yüksek kapsayıcılık oranının, örneğin “Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı”¹³ politikalarının uygulanmasıyla sağlanması, genel sağlık durumunu iyileştirecek, salgınların önlenmesine katkıda bulunacak ve acil durumların sağlık sonuçlarındaki olumsuzlukları azaltacaktır. İyileştirilmiş temel sağlık ve beslenme koşulları toplumun dayanıklılığına katkıda bulunan en önemli faktörlerdendir. Sağlık ADARY ilkeleri ve uygulamalarının ulusal ve yerel sağlık politikaları, planları, programları ve Sağlık ADARY bileşenleri ve fonksiyonlarıyla ilgili hizmetlerle bütünleştirilmesi, acil durumların ve afetlerin sağlıkla ilgili risklerini ve sonuçlarını azaltmak bakımından yaşamsal önemdedir.

7. Etik Hususlar:

Sağlık ADARY süreçlerinde çok kaynaklı etik çelişkiler ortaya çıkmaktadır. Riskleri azaltma ya da afet- lere müdahalede önceliklerle ilgili kararlar, sağlığın bir insan hakkı olarak korunmasını, etik yönleri, pragmatik, ekonomik, politik ve diğer hususları içermektedir. Sağlık ADARY etik standartlar ve uluslararası sağlık hukuka uygunluk içerisindedir; insanlara saygı, adalet, dayanışma ve kültürel duyarlılık ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkeler Sağlık ADARY politika, uygulama, iletişim, değerlendirme ve araştırmalarında etik davranışı sağlayıcı ve etkilenen toplumlarla karşılıklı ilişkilerde güven geliştiricidir.

Hükümetler, hükümetler arası (örneğin, BM kuruluşları) ve hükümet dışı örgütler (STK’lar) toplum kesimlerinin, özellikle zarar görülebilirlik düzeyleri daha yüksek olan ve kendilerini etkileyen hizmetlerin planlanması, tasarımı ve sağlanması

¹³ Universal Health Coverage-UHC.

süreçlerine katılımcı yaklaşımlarla dahil edilmeleri gereken nüfusun, farklılık gösteren ihtiyaçlarını dikkate almalıdır. Halk acil durum riskleri ve duruma uygun yerel ve bireysel davranışlarla ilgili doğru, güncel ve kolayca anlaşılır bilgiye, her zaman erişebilmelidir. Politikaların ve eylemlerin planlanması, uygulanması, etkinliği ve etkisinin değerlendirilmesinde, özellikle zarar görebilir gruplarla ilgili gereken düzeltmelerin zamanında yapılabilmesi için, mümkün olan en iyi bilimsel ve sosyoekonomik kanıtlar, analizler ve ayrıştırılmış veriler kullanılmalıdır.

TEMEL FONKSİYONLAR VE BİLEŞENLER

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi politika, uygulama ve araştırmalarının da kayda değer artışla önem kazandığı süreçte, Dünya Sağlık Örgütü önemli ölçüde örgütsel değişime yönelmiştir. Organizasyonun acil durumları yönetme kapasitesini geliştirmek amacıyla, 2017 yılında DSÖ Sağlık Acil Durumları Programı başlatılmış, çok sayıda ve farklı acil durum riskleri için kurumsal yapıya çeşitli fonksiyonlar entegre edilmiştir.

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi, esas olarak sağlık sektörüne odaklanırken, sağlık riskleri ve sonuçlarını azaltmada önemli katkılarda bulunan çok sayıda diğer sektörle işbirliği ihtiyacı ve gerekliliğinin de altını çizmektedir. Çerçeve’de, yerel ve ulusal düzeylerde, ülkelerde uygulamanın başarısında çok-sektörlü yaklaşımla, sağlık bakanlıkları ve diğer bakanlıkların, ulusal afet yönetimi kurumu, özel sektör, yerel topluluklar ve toplum temelli kuruluşların ortak planlama ve işbirliği içerisinde hareketinin belirleyici önemi vurgulanmaktadır.

Çerçeve, temel olarak şu fonksiyon ve bileşenlerden oluşmaktadır:

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar
2. Planlama ve Koordinasyon
3. İnsan Kaynakları
4. Finans Kaynakları
5. Enformasyon ve Bilgi Yönetimi
6. Risk İletişimi
7. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği
8. Sağlık ve İlgili Hizmetler
9. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri
10. İzleme ve Değerlendirme

Çerçeve kapsamında, ülkelerin sağlık sektörü ve diğer sektörlerinde sağlık acil durum ve afet risklerinin her düzeyde ortak yönetimini sağlayıcı sistemlerin oluşturulmasına yönelik temel fonksiyonlar ve bileşenler ana hatlarıyla şöyle tanımlanmaktadır¹⁴

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar:

Sağlık ADARY kapsamında hükümetlerin ve diğer katılımcıların/paydaşların yapıları, rolleri ve sorumluluklarının tanımlanması:

Sağlık ADARY ile ilgili hususlar, uygun yasal düzenlemelerle desteklenerek, ilgili politikalar ve stratejilerle bütünleştirilmelidir: Ulusal sağlık politikalarına dahil edilmeli, ulusal planlama ve bütçe döngüleriyle ilişkilendirilmeli, ulusal ve yerel sağlık programlarında kapsamlı biçimde yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık ADARY ile ilgili ulusal politika ya da strateji kamu, özel, sivil toplum paydaşlarının tüm tehlikeleri dikkate alan Sağlık ADARY bileşenleriyle ilgili rol ve sorumluluklarını belirlemeli ve planlama, koordinasyon, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005), sürveyans ve erken uyarı, acil durum hazırlığı ve müdahale, iyileştirme, güvenli hastaneler ile sağlık ve ilgili hizmetlerden sorumlu olanlar dahil edilmelidir. Aynı şekilde, çok sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi ile ilgili politikalar ve yasal düzenlemelerde, halk sağlığının korunması ve tüm sektörlerin eylem amaçları ve hedefleri bakımından sağlıkla ilgili sonuçların en aza

¹⁴ Bu çalışmada özetlenen temel yaklaşım ve tanımlara ek olarak, Çerçeve ana metnin Ekler bölümünde (WHO Health EDRM Framework-An- nexes) saha uygulayıcıları için, bileşenler başlıkları altında gruplanan fonksiyonlar ve başlıca paydaşlarla ilgili öneriler ayrıca yer almaktadır

indirgenmesi özellikle yer almalıdır. Sağlıkla ilgili konular sektörler arası politika ve stratejilerde çoğu zaman yeterli biçimde yer almamaktadır, bu durumda önem taşıyan çok sektörlü politika, strateji ve girişimlerde sağlık için merkezde bir konumlanmanın sağlanması güçlü bir savunuculuk gerektirebilir.

2. Planlama ve Koordinasyon:

Sağlık ADARY planlaması ve operasyonları için etkili koordinasyon mekanizmalarının öneminin vurgulanması:

Sağlık ADARY hayata geçirilirken, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST/2005) ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi'nin ulusal düzeydeki uygulamalarını desteklemek üzere geliştirilenler dahil, bir dizi planlama gereklidir. Bu planlar hazırlanırken, özellikle ulusal düzeyde tüm tehlikeleri esas alan çok sektörlü afet risk yönetimi kapsamında ve UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi'ne uygun olarak gerçekleştirilen, risk ve kapasite değerlendirme, tatbikat ve gözden geçirme bulgularından yararlanılmalıdır. Sağlıkla ilgili hususlara sağlık planlarında ve çok sektörlü planlarda, örneğin ulusal sağlık güvenliği planları, ulusal afet risk azaltma planları, hazırlık, müdahale ve iyileştirme planları ve olay yönetim sistemlerinde, tam olarak yer verilmelidir.

Ulusal ve yerel, farklı düzeylerde ve yetki alanlarında geliştirilen planlar arasında tutarlılık ve süreklilik olmalıdır. Acil duruma hazırlık ve müdahale planları düzenli olarak test edilmeli ve gözden geçirilmelidir. Bir acil durum esnasında yaşamsal fonksiyon ve hizmetlerin devamlılığını sağlamak üzere kamu ve özel sektör kuruluşlarının iş sürekliliği planlarının da hazır olması gerekecektir. Sağlık ADARY koordinasyon mekanizmaları ve/veya görevli birimler, sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında her düzeyde gerekli koordinasyonu sağlamak üzere, oluşturulmalıdır. Ulusal kapasiteleri aşan büyük ölçekli acil durumlarda uluslararası sağlık ortaklarıyla ilgili talepte bulunma, kabul ve koordine etme prosedürleri de hazır olmalıdır. Bu hazırlığa, ortak çalışma için kabul, görüntüleme, kayıt ve görevlendirme ile ihtiyaç duyulan ilaç ve ekipman bağışlarının tahmini, talep ve kabul edilmesi için gerekli sistemler dahildir.

3. İnsan Kaynakları:

Sağlık ADARY'nin kapasiteler yelpazesi içinde her düzeyde kadrolaşma, eğitim, mesleki bilgilendirme ve personelin iş sağlığı ve güvenliği dahil planlama:

Sağlık ADARY stratejilerini ve ilişkili programlar yönetmek ve faaliyetleri gerçekleştirmek üzere ulusal ve yerel düzeylerde, göreve uygun personel gereklidir. İnsan kaynakları yönetiminde kadro gereklerine uygun planlama (acil müdahalede hasta akını kapasitesi dahil), yeterliği geliştirme için eğitim ve mesleki bilgilendirme ile iş sağlığı ve güvenliği temel hususlar arasındadır. Vasıflı insan kaynakları Sağlık ADARY stratejilerini ve ilişkili programlarının etkili olabilmesi için ana önemdedir; Sağlık ADARY'nin geniş kapasite yelpazesi içinde, acil durum planlaması, olay yönetimi, epidemiyoloji, laboratuvar tanıları, enformasyon yönetimi, risk ve ihtiyaç analizleri, lojistik, risk iletişimi, sağlık hizmeti sunumu vb. teknik alanlarda spesifik ve uzun dönemli eğitim ve mesleki bilgilendirme yatırımları gerektirir.

4. Finans Kaynakları:

Sağlık ADARY faaliyetlerinin uygulanması, kapasite geliştirme ve olası acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanı için destek:

Kapasite geliştirmek, program ve faaliyetleri gerçekleştirmek için Sağlık Bakanlığı dahil, hükümetlerden ve diğer kaynaklardan mali tahsislerin yeterli olması gereklidir. Sağlık ADARY için, önleme ve hazırlık tedbirleri dahil, tekrarlayan maliyet söz konusudur ve nüfusun güvenliği ve emniyeti ile ilgili diğer sektörlerde olduğu gibi, tam olarak dikkate alınmalı ve karşılanmalıdır. Finansal mekanizmalar beklenmedik acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanını da içermelidir. Ulusal bütçeleme sistemleri bir acil durum sonrasında süratle mali destek sağlamak üzere yeterli esnekliğe sahip olmalıdır. Görüşlerin savunulması ve planlamada kullanılmak amacıyla, geçmiş afetlerin sağlık ve sağlık sistemlerine ekonomik etkilerinin belgelendirilmesi, potansiyel acil durum ve afetlerle ilgili maliyet tahminlerinin yapılması önemlidir.

5. Enformasyon ve Bilgi Yönetimi:

Risk değerlendirme, sürveyans, erken uyarı, enformasyon yönetimi, teknik rehberlik ve araştırma kapsamında:

Enformasyon ve bilgi yönetimi kapasitelerinin risk/ihtiyaç analizlerini, afet sürveyansı ve diğer erken uyarı sistemlerini ve kamuyla (halkla) iletişimi desteklemek üzere güçlendirilmesi gerekecektir. Enformasyon toplama, analiz ve yayma, ilgili sektörler arasında uyum sağlanması ve "doğru enformasyonun doğru insanlara doğru zamanda ulaşması"nı sağlayacak mekanizmaların var olması önemlidir. Araştırma kanıt, bilgi ve uygulamanın evrimini ve yeni ilaçlar, aşılar ve risk yönetiminde yenilikçi önlemlerin geliştirilmesini destekleyicidir. Kanıta dayalı teknik rehberlik, mesleki bilgilendirme programları ve sağlık sistemlerinde iyileştirmeler yoluyla, kapasite oluşturma için gereklidir.

6. Risk İletişimi:

Etkili iletişimin sağlık ve diğer sektörler, hükümet yetkilileri, medya ve halk için kritik öneminin farkında olunması:

Risk iletişimi dahil olmak üzere, iletişimin etkili biçimde gerçekleştirilmesi, özellikle diğer sektörlerle, hükümet yetkilileriyle, medya ve halkla ilgiliyse, *Sağlık ADARY* bakımından kritik bir fonksiyondur. Enformasyona, tavsiye ve görüşlere gerçek-zamanlı erişim ve karşılıklı paylaşım sağlanması, risk altındaki herkesin durumdan haberdar olarak karar verebilmesi ve potansiyel acil durumlara karşı önleme, zarar azaltma, müdahale için harekete geçebilmesi bakımından yaşamsal önem taşımaktadır. Kamuyu (halkı) bilgilendirme faaliyetleri, çelişen bilgilerin yayılmasını önlemek amacıyla, paydaşlar arasında koordine edilmeli ve zarar görülebilirlik düzeyleri daha yüksek olanlar dahil risk altındaki grupların farklı risk ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır.

7. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği:

Sağlık ADARY'ni desteklemek üzere güvenli, sürdürülebilir, emniyetli ve hazırlıklı sağlık tesisleri, kritik altyapı (su, enerji vb.), lojistik ve tedarik sistemlerine odaklanma:

Hastaneleri, sağlık tesislerini ve ilgili altyapıyı güvenli ve emniyetli, acil durumlara hazırlıklı ve enerjiyi verimli kullanarak hale getirmek, ortamdaki kullanıcıların hayatını koruyacak, sağlıkla ilgili müdahale ve iyileştirmenin etkili biçimde gerçekleştirilmesini sağlayacak, kamu ve özel sektör yatırımlarını muhafaza edecek, sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlayacak, iklim ve çevre üzerindeki etkisini azaltacaktır. Sağlık ve sağlık bakım hizmetleri için gerekli olan çok sayıda temel hizmet, örneğin su, sanitasyon ve enerji, bir olay öncesi, sırası ve sonrasında mevcut ve kullanılabilir olmalıdır. Lojistik destek kapsamına, ilaçlar ve gereçlerin stoklanması ve ön konumlandırılması, tedarik zincirlerinin etkinliği, ulaştırma ve telekomünikasyon sistemlerinin güvenilirliği dahil edilecektir.

8. Sağlık ve İlgili Hizmetler:

Sağlık ADARY için geniş çaplı sağlık bakım hizmetleri ve ilgili tedbirlerin tanınması:

Kamu sağlık, hastane öncesi ve tesis tabanlı klinik hizmetleri sağlık sonuçları olan bir acil duruma etkili müdahale edebilmek için iyi hazırlanmalıdır; bu kapsamda, artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamak (örneğin, yatak kapasitesini artırma, geçici tesis ya da seyyar klinikler oluşturma, aşılama kampanyaları) üzere hizmet ölçeğini büyütme ve belirli tehlikelerle ilgili spesifik önlemleri (örneğin, bulaşıcı vakaların izolasyonu) alma kapasitesine sahip olmalıdır.

Sağlık bakım hizmetleriyle ilgili çok sayıda disiplin, riski önleme ve zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme dahil olmak üzere, Sağlık ADARY'ne, toplumlarda ve ülkelerde dayanıklılığın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Farklı disiplinlerin temsilcileri risk ve kapasite değerlendirmelerine, planlama, uygulama, izleme ve değerlendirmeye olabildiğince katkı sağlamalıdır.

9. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri:

Yerel sağlık işgücü kapasitelerinin güçlendirilmesi ve kapsayıcı toplum merkezli planlama ve eylem üzerinde odaklanma:

Toplum üyelerinin yerel tehlikeleri ve zarar görülebilirlikleri belirlemek üzere risk değerlendirmelerine katılmaları, sağlık risklerini acil durum meydana gelmeden önce azaltabilecek eylemlerin saptanmasını sağlayacaktır. Acil durumun ilk saatlerinde, dışarıdan yardım henüz ulaşmadan, etkili bir yerel müdahaleyle çok sayıda hayat kurtarılabilir. Yerel nüfus iyileştirme ve yeniden inşa gayretlerinde de öncü rol oynayacaktır. Toplum kapasiteleri ve faaliyetleri -birinci basamak sağlık hizmeti dahil- ve yerel sağlık çalışanları, sivil toplum ve özel sektörün rolleri, etkili bir Sağlık ADARY için belirleyici öneme sahiptir. Sivil toplum topluluk düzeyi surveyans, hane düzeyi hazırlık, yerel depolama, ilkyardım eğitimi ve acil müdahaleye katkıda bulunabilir. Bakanlıklar ve özel sektör kritik altyapının (örneğin, su tedariki, elektrik, ulaştırma, telekomünikasyon) yönetiminden sorumlu olabilir ve sivil faaliyetleri destekleyebilir. Sağlık ADARY'nin tüm yönleriyle ilgili faaliyetlere aktif katılımlar bu nedenle yaşamsaldır.

10. İzleme ve Değerlendirme

Riskler ve kapasitelerin izlenmesi, stratejilerin ve ilişkili program ve faaliyetlerin uygulanmasıyla ilgili değerlendirmeler dahil, Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik ilerlemeyi izleme süreçleri:

Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve çekirdek kapasiteler ile ilgili gelişmeleri izleme süreçleri sağlık sektöründe mevcut izleme sistemleri ile bütünleştirilmelidir. Riskleri, kapasiteleri ve program uygulamalarını, hepsini izleme için standartlaştırılmış göstergeler gereklidir. Konuyla ilgili gösterge kaynakları arasında, Sendai Çerçevesi İzleme hedefleri ve göstergeleri, UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi, Dünya Sağlık Örgütü Sağlık ADARY için ülke kapasiteleri konulu küresel araştırma ve DSÖ bölgesel izleme ve değerlendirme mekanizmaları bulunmaktadır. Sürmekte olan izlemeler belirli aralıklarla yapılacak ve özellikle hazırlık (örneğin, simülasyonlar), müdahale ve iyileştirme faaliyetleriyle ilgili değerlendirmelerle tamamlanabilir.

EK-2B GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

GİRİŞ.....	687
BÖLÜM 1:.....	
HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	689
BÖLÜM 2:.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ	695
MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler	695
MODÜL 2: Yapısal Güvenlik	706
MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik.....	708
MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi	723 Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

GİRİŞ

Afet, doğa ya da teknoloji kaynaklı tehlikenin, insan faaliyetiyle olumsuz etkileşimi ile ortaya çıkan veya doğrudan insan marifetiyle meydana getirilen (siyasi, sosyal, ekonomik parametrelerle ilgili) durumların sonucunda, tehlikeye maruz kalan varlıkların baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı koşullarda, olağan yaşantının ve faaliyetlerin fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik bakımdan ağır kayıp ve zarar nedeniyle tamamen durması ya da ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır.

Günümüzde afetler tür, sayı ve kayıplar bakımından artış göstermektedir. Bu artışta, afetlerin günümüzde daha düzenli izlenebilmesi ve kaydedilebilmesi rol oynamakla birlikte, esas olarak dünya nüfusunundaki artışa paralel olarak, hızlı şehirleşme ve iklim değişikliğinin, fiziksel, sosyal, ekonomik ve idari süreçlerle olumsuz etkileşimi sonucunda ortaya çıkan, istikrarsız ve güvenli olmaktan uzak koşullar belirleyici rol oynamaktadır. Afetlerin meydana gelmesinde olduğu gibi önlenmesinde de insan faaliyeti etkilidir. Bu çerçevede, afet risklerinin yönetilmesi tehlikenin riske, riskin afete dönüşmesini önleyici, engelleyici, değilse zarar azaltıcı tüm eylem, işlem ve süreçler bütününe kapsar.

Risk Yönetimi, bir sağlık kurumunun tüm faaliyetlerinin risk içerdiği dikkate alındığında, sağlık kurumlarında olağan işleyişin her alanı ve aşamasının temel bir bileşenidir. Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, önleme ve güncelleme uygulamaları mevzuatla belirlenmiş, olağan faaliyet ve hizmet standartları kapsamındadır ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir.

Sağlık kurumlarında olağan risklerin yanı sıra afet risklerinin yönetimi, hastanelerin afet yönetiminin tüm süreçlerindeki yeri bakımından, başka hiçbir kurumla karşılaştırılamayacak derecede önemlidir:

- Sağlık hizmetinin olağan ve olağandışı tüm durumlarda etkili ve kesintisiz sürmesi hayati önemdedir.
- Hastanelerde her zaman çok sayıda zarar görebilir insan bulunmaktadır.
- Hastaneler, düzenli korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanımla hizmet vermektedir.

Bu çerçevede, uluslararası kabul gören Güvenli Hastaneler yaklaşımı, gerek yeni hastanelerin tasarımında gerekse mevcut hastanelerin güvenliğini geliştirmede dört temel hedefi esas almaktadır:

1. Hastanelerin acil durum ve afetler sırasında ve sonrasında fonksiyonlarını sürdürebilmesi, gereken sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sağlayabilmesi;
2. Sağlık çalışanları, hastalar ve ailelerin korunması;
3. Hastane binalarının, donanımın ve kritik hastane sistemlerinin fiziksel bütünlüğünün korunması;
4. Hastanelerin, iklim değişikliği dahil gelecekteki risklere karşı güvenli ve dayanıklı hale getirilmesi.

Ülkemiz hastanelerinde afetlerden korunma ve afetlere hazırlık çalışmaları 1990'lerden itibaren, BM Uluslararası Doğal Afetleri Azaltma On Yılı (IDNDR) uygulamalarının da etkisiyle gelişmeye başlamış, 1999 Marmara ve Düzce depremlerinden sonra hız kazanmıştır. Sağlık kurumlarında afet güvenliği ve afete hazırlık kapsamında sürdürülmekte olan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ve İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı geliştirme ve uygulama çalışmaları önem taşımaktadır. Bu çalışmalarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından desteklenen Güvenli Hastaneler yaklaşımı ve diğer ilgili uluslararası bilgi ve tecrübe paylaşımına önem verilmektedir.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan Amerikan (Amerika Kıtası) Sağlık Örgütü (PAHO) tarafından, özellikle 1970'ler sonrası Orta ve Güney Amerika ülkelerinde hastanelerin karşılaştığı ağır afet kayıp ve zararları dikkate alınarak, hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve müdahaleye daha hazırlıklı olmasını desteklemek amacıyla başlatılan ve uluslararası katılımı geliştirilen Hastane Güvenlik Endeksi2 çalışmasında kullanılan değerlendirme formlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının amacı, ülkemizde Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) uygulamaları çerçevesinde, standart kontrol listesi uygulamalarının geliştirilmesine yardımcı olmak, hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğinin, dolayısıyla afet risklerinin azaltılması ve afet halinde müdahaleye hazırlık çalışmalarının mevcut durumuyla ilgili bir ön değerlendirme yapabilmelerine imkan sağlamaktır. Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının uygulama alanı aşağıdaki açıklamalar ve ilgili formlarda yer alan tanımlarla sınırlıdır; bu çalışmanın mevcut yasal düzenleme, daha kapsamlı araştırma ve denetim görev ve uygulamalarının yerine kullanılması söz konusu değildir. Güvenli Hastane Kontrol Listesi uygulaması kurum yöneticilerine afet güvenliği konusunda hastanenin güçlü ve takviye gereken yönlerini, iyileştirmede öncelikleri hızlıca belirlemeye yardımcı ve düşük maliyetli bir araç olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmanın Bölümleri

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması 2 bölümden oluşmaktadır:

Bölüm 1: Hastane ile ilgili genel bilgiler

Bu bölüm hastane ile ilgili genel bilgiler ile fiziksel durumu, olağan ve genişletilebilecek operasyonel kapasite bilgilerini içermektedir. Bu ilk bölümde yer alan 14 maddelik form, 2. Bölümde yer alan kontrol listeleri çerçevesinde gerçekleştirilecek değerlendirmeler öncesinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Başkanı ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından tamamlanmalıdır.

Bölüm 2: Güvenli Hastane kontrol listesi

Bu bölümde dört başlık (modül) yer almaktadır:

- 1) Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler,
- 2) Yapısal Güvenlik,
- 3) Yapısal Olmayan Güvenlik,
- 4) Afet ve Acil Durum Yönetimi.

Modül 1, hastanenin coğrafik konumu ve sorumluluk bölgesindeki nüfus dikkate alınarak, doğa ve in- san kaynaklı tehlikelerin belirlenmesi çerçevesinde, ilgili kamu kurumları ve yerel yönetim birimleriyle işbirliği içerisinde yapılması gereken bir ön çalışmadır.

Diğer üç modül (Modül 2, 3 ve 4) yapısal ve yapısal olmayan unsurlarla ilgili güvenlik ve afet yönetimi bakımından hastanenin fonksiyonel kapasitesi ile ilgili değerlendirme bölümlerini içermekte ve toplam 151 maddeden oluşmaktadır. Bu şekilde, hastanenin sırasıyla yapısal elemanları, yapısal olmayan elemanları bakımından zarar görebilirlik düzeyi ile afet/acil durum yönetimi bakımından fonksiyonel kapasitesinin etkili kullanım düzeyinin belirlenmesi için, mevcut uygulamaları geliştirerek katkıda bulunacak şekilde, hızlı bir ön değerlendirme yapılabilmektedir.

Uluslararası uygulamalarda değerlendirme ekipleri kurum yönetici ve personelinin yanı sıra, sağlık profesyonelleri, mühendis, mimar ve alan uzmanları ile ilgili kamu kurum ve yerel yönetim birimleri temsilcilerinin katılımıyla oluşturulmaktadır. Ekipler uzmanlık alanlarına göre en az 2 kişilik alt ekiplere de ayrılabilir. Değerlendirmelerin özellikle en titiz yapılmasına dikkatli edilen hastane bölümleri afet/acil durum halinde sağlık hizmeti talebinin en yoğun olacağı kritik alanlardır. Her modül ile ilgili inceleme sonrasında, formun en altında değerlendirenin adı, soyadı, imzası ve gözlem/açıklama notları yer almaktadır.

Kontrol listesinin üç modülünün (Modül 2, 3 ve 4) toplam olarak değerlendirilmesinde ise, sismik hareketlilik ve kuvvetli rüzgarlar bakımından daha yüksek riskle karşı karşıya olan bölgelerde, yapısal güvenlik bölümü yüzde 50, yapısal olmayan güvenlik bölümü yüzde 30 ve fonksiyonel kapasite bölümüne yüzde 20 ağırlık verilmektedir (Deprem ve kuvvetli rüzgar riski olmayan ülkelerde üç modül de eşit ağırlığa sahip olarak değerlendirilmektedir).

BÖLÜM 1:

HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. Hastanenin adı: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hasatensi

2. Adresi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi 58140 KAMPÜS/SİVAS

3. Hastane üst yöneticilerinin ad, soyad ve unvanları:

Adı Soyadı	Ünvanı	İletişim Bilgileri
Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN	BAŞHEKİM	Telefon : 0 505 241 71 98
Prof.Dr. Çağlar YILDIZ	BAŞHEKİM YRD.	Telefon : 0346 219 10 10
Doç.Dr.Sinan SOYLU	BAŞHEKİM YRD.	Telefon: 0346 219 10 10
Doç.Dr.Ahmet KARADAĞ	BAŞHEKİM YRD.	Telefon : 0346 219 10 10
Dr.Öğr.Üyesi Mürşit HASBEK	BAŞHEKİM YRD.	Telefon : 0-533-551 39 93
Gülseren KARABEY	İDARİ YÖNETİCİ:	Telefon: 0346 258 00 00

4. Hastane afet/acil durum yöneticilerinin ad, soyad, unvan ve irtibat bilgileri: Madde 3 ile aynı liste geçerlidir

5. Hastane telefonu (il koduyla birlikte): 0(346) 258-00 00

6. Hastane web-site ve e-posta adresi: hastanehib@cymhuriyet.edu.tr

7. Hastanenin toplam yatak sayısı: 1081

8. Olağan durumlarda doluluk oranı: %76.6

9. Toplam personel sayısı:

a) Klinik personeli sayısı (hekim, hemşire, medikal teknisyen ve diğer) 1617

b) Yönetici, idari, teknik, destek personel sayısı 1079

10. Hastanenin genel tarifi:

(Ait olduğu kurum, kuruluş türü, sağlık hizmetleri ağındaki yeri, afet ve acil durum halinde rolü, yapı türü, hizmet verilen toplam nüfus, olağan durum/afet ve acil durum bakımından hizmet bölgesi vb.)

*Ait olduğu kurum: Yüksek Öğretim Kurumuna bağlı Üniversite hastanesi (Kamu kurumu)

* Sağlık hizmetleri ağındaki yeri: Ayaktan muayene ve Yataklı tedavi Hizmetleri (24 saat kesintisiz sağlık hizmeti.)

* Afet ve Acil Durumlarda; HAP uygulamaya koyması.

* Yapı türü: Betonarme yapı.

* Poliklinik Hizmetleri; Gündüz 08:00-17:00

- * Acil: 24 saat
- * Klinikler: 24 saat
- * Tetkik Ve Görüntüleme Üniteleri: (Acil servis Radyoloji ünitesindekiler 24 saat, diğerleri 08:00-17:00 saat)

1. Hastanenin fiziksel dağılımı:

Hastanedeki ana binaların listesini yaparak, özelliklerini kısaca belirtiniz. Hastanenin yeri ve yerleşimi, mini, hizmetlerin fiziksel dağılımı dahil, ilgili harita ve şemaları sağlayarak, aşağıdaki kutuda çizimle gösteriniz. Gerekirse sayfa ekleyebilirsiniz.

Hastanenin İmkan ve Kabiliyetleri		Var	Yok
Hastane Binasının Fiziki özellikleri		X	
Tıbbi evsel nitelikli, tehlikeli radyoaktif vb. Atık depoları		X	
Hastanede hizmet veren birimler		X (57)	
Günlük vaka kabul sayısı		X(2689)	
Mevcut ekipman malzeme ve diğer kaynaklar		X	
Jeneratör sayısı ve gücü –tank kapasitesi		Anabina 2x1000kw +2x650kw Yakıt deposu 10 ton Kadın doum binası 3x1100 kw +2x80kw +2x250kw	
Su deposu kapasitesi		X(1500 ton)	
Oksijen tank kapasitesi		X	
Afet deposu ve kapasitesi			X
Heliport alanı		X	
Morg kapasitesi		X (15 kişilik)	
Nakil Ambulans sayısı		X (1 tane)	
Hizmet araç sayısı ve kapasitesi		X (2 tane)	
İleri tetkik görüntüleme kapasitesi		X (376427)	
Protokol	Bina, su,gıda,tıbbi malzeme, Yakıt,güvenlik,diğer	X	
Kroki	Kat,tahliye yolları,tahliye alanı, Giriş çıkış nok. sahra hast. diğer	X	
Haberleşme	Telli, telsiz, faks, diğer	X	
Dekontaminasyon Ünitesi	K.B.R.N		X

12. Hastanenin tedavi ve ameliyat kapasitesi:

Günlük rutin hizmetler bakımından mevcut toplam yatak ve personel sayısını; acil durum ve afetlerde hizmetleri genişleterek hastanenin azami (maksimum) kapasitesine ulaşmak üzere artırılacak kapasiteleri, hastanenin organizasyonunu dikkate alarak (bölüm ya da uzmanlık servislerine göre) belirtiniz.

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözle mler
Genel Dahiliye	34	34			
Pediyatri	42	42			
Kardiyoloji	34	34			
Göğüs Hastalıkları	33	33			
Nöroloji	21	21			
Endokrinoloji	14	14			
Hematoloji	13	13			
Gastroenteroloji	35	35			
Dermatoloji	17	17			
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	23	23			
Psikiyatri/Psikoloji	27	27			
Romatoloji	20	20			
Palyatif Bakım	11	11			
Onkoloji	15	15			
Nefroloji	20	20			
Enfeksiyon Hastalıkları	20	20			
TOPLAM	376	376			

Bölüm ya da Servis		Hastanenin afet/acil durum halinde		Mevcut uygun	

	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	personel sayısı	Gözlemler
Genel Cerrahi	64	64			
Obstetri ve Jinekoloji	51	51			
Ortopedi ve Travmatoloji	35	35			
Üroloji	32	32			
Otolarengoloji (KBB)	27	27			
Oftalmoloji (Göz)	21	21			
Nörocerrahi (Beyin Cerrahi)	33	33			
Plastik Cerrahi	21	21			
Kardiyovasküler Cerrahi	20	20			
Göğüs Cerrahi	15	15			
Organ nakli sevisi	12	12			
Yanık servisi	1	16			
Doğum Cerrahi	10	10			
Pediyatrik Cerrahi	11	11			
TOPLAM	424	424			

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Yoğun Bakım	42	42			
Genel Cerrahi Yoğun Bakım	8	8			
Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	8	8			
Pediyatrik Yoğun Bakım	14	14			
Göğüs hastalıkları yoğun bakım	8	8			
Yenidoğan Yoğun Bakım	62	62			
Dahiliye Yoğun Bakım	11	11			
Koroner yoğun bakım	14	14			
Beyin Sinir Cerrahi Yoğun Bakım	6	6			

Nöroloji yoğun bakım	8	8			
TOPLAM	184	184			

Bölüm ya da Servis	Ameliyathane sayısı (rutin kapasite)	Hastanenin azami ameliyathane sayısı (afet/acil durum için)	Gözlemler
Ortopedi Ameliyathane	1	1	
Beyin Cerrahi Ameliyathane	2	2	
Pediyatrik ameliyathane	1	1	
Kadın Doğum Ameliyathane	1	1	
Acil Durum ameliyathanesi	3	3	
Plastik Cerrahi Ameliyathane	1	1	
Göğüs Cerrahi Ameliyathane	1	1	
Genel Cerrahi Ameliyathane	2	2	
KVC Ameliyathane	1	1	
Göz Ameliyathane	1	1	
Üroloji Ameliyathane	1	1	
KBB Ameliyathane	2	2	
Lokal Odaları	-	-	
TOPLAM	17	17	

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Teşhis hizmetleri	-	-	
Kan bankası hizmetleri	15	15	
Eczane	19	19	

Medikal mühendislik ve bakım	3	3	
Bina/kritik sistemler mühendislik ve bakım	1	1	
Dekontaminasyon	3	3	
Güvenlik	72	72	
Diğer (belirtiniz)	-	-	
TOPLAM	113	113	

13. Operasyon kapasitesini artırabilecek alanlar

Bir afet ya da acil durum halinde hastanenin kapasitesini artırmak üzere kullanılabilecek yer, alan ve boşlukların özelliklerini belirtiniz. Afet ve acil durumlarda hastanenin medikal ve diğer hizmetlerinin alan ve kapasitesini genişletmenin uygunluğunu değerlendirmede kullanılabilecek metrekare ölçüleri, kullanılabilir kritik sistemler ve diğer bilgileri belirleyiniz. Bu bilgiler arasında erişim, güvenlik ve su, enerji, haberleşme, atık yönetimi, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme gibi kritik hizmetlere yer veriniz.

Yerler/ Alanlar	Alan m2	Su		Elektrik/ Enerji		Telefon/ Haberleşme		Gözlemler*
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Başhekimlik HAP Ofisi	130 m2	x		x		x		HAP Ofisi
Acil Triaaj	53 m2	x		x		x		Hasta Bakım Alanı
Ç.Acil Triaaj	38 m2	x		x		x		Hasta Bakım Alanı
Kalite Birimi Toplantı salonu	21m2	x		x		x		HAP Ofisi
Acil Servis Önü	600 m2		x		x		x	Acil Triaaj Alanı
Eski acil girişi	700 m2		x		x		x	Sahra Hastanesi Alanı
Derslik arka alanı	20m2		x		x		x	Geçici morg alanı

BÖLÜM 2:

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

Bu bölüm toplam dört modülden oluşmaktadır:

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik (md. 1 - 18)

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik (md. 19- 111)

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi (md. 112 - 151)

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

1.1 TEHLİKELER		TEHLİKE DÜZEYİ				Hastane bu tehlikeye karşı müdahaleye hazırlanmalı mı EVET ise işaretleyin	Gözlemler
		Tehli ke yok	Tehlike düzeyi				
			Düş ük	Or t a	Yüksek		
1.1.1 Jeolojik tehlikeler							
Depremler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili deprem tehlikesi düzeyini jeoteknik zemin etütleri çerçevesinde değerlendirin. Hastanede deprem nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.			*			*	
Volkan aktivitesi ve püskürmesi Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla volkanik tehlike düzeyini değerlendirin. Değerlendirmede hastanenin volkanlara mesafesi, volkanik aktivite, lav akışı, gaz, toz, kül yayılması bakımından tehlikeye maruzluk durumunu dikkate alın. Hastanede volkan aktivitesi ya da püskürmesi nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk		*					

bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
Kuru kütle hareketleri-Heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla heyelan (toprak/ yer kayması) tehlikesi düzeyini değerlendirin. Heyelanlara sağlam olmayan toprak yapısının neden olabileceğini dikkate alın. Hastanede heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
Tsunamiler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla deniz altındaki sismik ya da volkanik hareketin yol açabileceği tsunami tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tsunami nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
Diğer jeolojik tehlikeler (örnek: kaya düşmesi, toprak çökmesi, moloz kayması) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla yukarıda yer almayan diğer jeolojik olayları tanımlayın; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini belirleyin. Diğer jeolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
1.1.2 Hidro-Meteorolojik tehlikeler						
1.1.2.1 Meteorolojik tehlikeler						

Kuvvetli fırtınalar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla bölgesel ve mevsimsel fırtınalar (kuvvetli rüzgar, kuvvetli fırtına, tam fırtına) bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede bölgesel, mevsimsel kuvvetli fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*				
Tornadolar (Hortumlar) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla tornado tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tornado (hortum) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
Yerel fırtınalar Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için çabuk gelişen yerel fırtınalarla birlikte şiddetli yağışın yol açabileceği sel ve diğer hasarlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede yerel fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*				
Diğer meteorolojik tehlikeler (örnek: kum fırtınası, darbeli rüzgar) (Tanımlayın)..... Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için risk oluşturabilecek diğer meteorolojik tehlikelerin tür ve düzeylerini değerlendirin. Hastanede diğer meteorolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
1.1.2.2 Hidrolojik tehlikeler						
Akarsu taşkınları Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili akarsu taşkın tehlikesi düzeyini (dere ve nehir selleri) değerlendirin. Hastanede akarsu taşkınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					

Ani seller Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları da dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından şiddetli yağışların yolaçabileceği ani sel tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede ani sel nedeniyle bir afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
Fırtına dalgası Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuvvetli fırtınaların yol açabileceği fırtına dalgası tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede fırtına dalgası vebuna bağlı seller nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfus itibarıyla) belirleyin.	*					
Islak kütle hareketleri-heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla suya doymuş toprağın yol açabileceği heyelan tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede suya doymuş topraktan kaynaklanan heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
Diğer hidrolojik tehlikeler (örnek: dağlık alan selleri, çığlar, kıyı selleri) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, yukarıda yer almayan diğer hidro-meteorolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer hidrolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
1.1.2.3 Klimatolojik tehlikeler						

Ekstrem sıcaklıklar (örnek: sıcak hava dalgası, soğuk hava dalgası, ekstrem kış koşulları) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından ekstrem sıcaklıklar ya da hava koşullarının oluşturabileceği tehlike düzeyini değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede ekstrem sıcaklıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.		*				
Büyük yangınlar (örnek: ormanlar, tarım alanları, meskun yerler) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından hızla ve çevreye yayılan büyük yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Büyük yangınlar nedeniyle hastanenin afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.				*	*	Hap Oluşturulur
Kuraklık Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuraklık tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanenin kuraklık (ve yol açabileceği kıtlık) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yetersiz beslenmenin tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	*					
Diğer klimatolojik tehlikeler- İklim değişikliğiyle ilgili olanlar dahil (ör.: deniz suyu seviyesinde yükselme) (Tanımlayın)..... Tehlike haritalarını, geçmişteki olayları ve tehlike modellemelerini dikkate alarak, risk oluşturabilecek diğer klimatolojik tehlikelerin hastane bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer klimatolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.	*					
1.1.3 Biyolojik tehlikeler						

Epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar Tüm risk değerlendirmelerini, hastanedeki geçmiş olayları ve spesifik patojenleri dikkate alarak epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan (emerging) hastalıkların hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu yada enfeksiyon hastalıkları olan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.				*	*	RİSK DEĞERLENDİRME Sİ VE PANDEMİ EYLEM PLANI
Gıda kaynaklı salgınlar Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanenin bulunduğu yerdeki (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için gıda kaynaklı salgınlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede gıda kaynaklı salgınlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*				
Böcek istilası (örnek: enfestasyonlar) Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanedeki geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin böcek-haşere istilası veya enfestasyon (sinek, pire, kemirgenler vb.) nedeniyle tehlikelere maruz kalma düzeyini değerlendirin. Hastanede böcek istilası veya enfestasyona karşı afet/ acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*				
Diğer biyolojik tehlikeler (Tanımlayın)..... Tüm risk değerlendirmelerini dikkate alarak, diğer biyolojik tehlikelerin hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer biyolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da biyolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		*				

İnsan kaynaklı tehlikeler						
1.1.4 Teknolojik tehlikeler						
Endüstriyel tehlikeler (örnek: kimyasal, radyolojik) Endüstriyel tesislerle ilgili bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve endüstriyel tehlikelerin yol açtığı geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin yeri ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonu ile ilgili endüstriyel tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede endüstriyel tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da endüstriyel tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.				*	*	RİSK DEĞER-LEN DİRMESİ TESİS DENETİM
Yangınlar (örnek: bina yangını) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında bina yangını tehlikesiyle ilgili diğer bilgileri ve bina yangınlarıyla ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede bina yangınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık hastalarının tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.				*	*	RİSK DEĞER LEN DİRMESİ HAP
Tehlikeli maddeler (kimyasal, biyolojik, radyolojik) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında tehlikeli				*	*	RİSK DEĞ. HAP

madde tehlikesiyle ilgili (olay, kaza, ortama yayılma) diğer bilgileri ve tehlikeli madde dökülme-saçılma, sızıntısı ile ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için tehlikeli madde kaynaklı tehlikeye ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonunu değerlendirin. Hastanede tehlikeli madde kaynaklı afet/ acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da tehlikeli maddelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.				*	*	RİSK DEĞ. HAP
				*	*	RİSK DEĞ. HAP
Enerji kesintileri Hastanenin bulunduğu yerde enerji kesintisiyle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için enerji kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede enerji kesintisi kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.				*	*	RİSK DEĞ. ELK. MÜH
Su tedarikinde kesinti Hastanenin bulunduğu yerde su tedarikinde karşılaşılan kesintilerle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için su kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede su tedarikinde kesintiden kaynaklanan afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.		*			*	RİSK DEĞ.
Ulaştırma kazaları (örnek: hava, kara, demir, deniz-su yolları taşımacılığı) Geçmişteki büyük ulaştırma kazalarının kayıtlarını dikkate alarak, hastanenin ulaştırma kazaları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*			*	RİSK DEĞ.
Diğer teknolojik tehlikeler (örnek: hava kirliliği, yapı çökmeleri, gıda/su kontaminasyonu, nükleer) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için diğer teknolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede diğer teknolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer teknolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		*			*	RİSK DEĞ.

1.1.5 Toplumsal tehlikeler						
Hastane binasına ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehdidi Risk/tehdit değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi ve çalışanları etkileyen güvenlik(emniyet) olaylarını dikkate alarak, hastane ve çalışanlar için güvenlik tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastane binası ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehlikesi nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.				*	*	RİSKDEĞ. HAP PLANI
Silahlı çatışma a Silahlı çatışmalarla ilgili risk değerlendirme lerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, silahlı çatışma bakımından hastane içi tehlike düzeyini değerlendirin. Silahlı çatışma nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.			*		*	BEYAZ KOD ÖNLEMİ
Toplumsal olaylar (gösteriler dahil) Toplumsal olaylarla ilgili risk değerlendirme lerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, gösteriler ve toplumsal olaylarla ilgili olarak hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Gösteriler ve toplumsal olaylar nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*			*	RİSKDEĞ. BEYAZ KOD
Su tedarikinde kesinti Hastanenin bulunduğu yerde su tedarikinde karşılaşılan kesintilerle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için su kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede su tedarikinde kesintiden kaynaklanan afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.		*			*	RİSKDEĞ.
Ulaştırma kazaları (örnek: hava, kara, demir, deniz-su yolları taşımacılığı) Geçmişteki büyük taşıma kazalarının kayıtlarını dikkate alarak, hastanenin taşıma kazaları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*			*	RİSKDEĞ.

Diğer teknolojik tehlikeler (örnek: hava kirliliği, yapı çökmeleri, gıda/su kontaminasyonu, nükleer) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için diğer teknolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede diğer teknolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer teknolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		*			*	RİSKDEĞ.
1.1.5 Toplumsal tehlikeler						
Hastane binasına ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehdidi Risk/tehdit değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi ve çalışanları etkileyen güvenlik (emniyet) olaylarını dikkate alarak, hastane ve çalışanlar için güvenlik tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastane binası ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehlikesi nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.				*	*	RİSKDEĞ. HAP PLANI
Silahlı çatışma a Silahlı çatışmalarla ilgili risk değerlendirme lerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, silahlı çatışma bakımından hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Silahlı çatışma nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.			*		*	BEYAZ KOD ÖNLEMİ
Toplumsal olaylar (gösteriler dahil) Toplumsal olaylarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, gösteriler ve toplumsal olaylarla ilgili olarak hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Gösteriler ve toplumsal olaylar nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*			*	RİSKDEĞ. BEYAZ KOD
Kitlesel etkinlikler Kitlesel katılımlı etkinlikler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		*			*	HAP

Yerinden Olan Nüfus Risk değerlendirmelerini dikkate alarak, çatışma, toplumsal olay ve diğer sosyo-politik koşullar veya büyük ölçekli göç nedeniyle insanların yerinden olması halinde hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Yerinden olan nüfus nedeniyle hastanede acil afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.			*		*	RİSKDEĞ. HAP
Diğer toplumsal tehlikeler (örnek: patlama,terörizm) (Tanımlayın)..... Risk değerlendirmelerini, bölgesel ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmiş olayları dikkate alarak, diğer toplumsal tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer toplumsal tehlikeler bakımından hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusuya da diğer toplumsal tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.				*	*	RİSKDEĞ. HAP
1.2 ZEMİNİN JEOTEKNİK ÖZELLİKLERİ						
Sıvılaşma Hastanenin kurulu bulunduğu alanın jeoteknik zemin etüdünü dikkate alarak, suya doymuş ve gevşek toprakaltından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.				*	*	RİSK DEĞ.
Killi toprak Zemin haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin killi topraktan kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.		*				
Sağlam olmayan yamaçlar Jeoloji haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yamaçların varlığından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.		*			*	

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik

2.1 HASTANE GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN ÖNCEKİ OLAYLAR	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
1. Hastane binası/binalarında geçmişte görülen ağır yapısal hasar/kusur Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar ve onarım yapılmadı; Orta = Orta hasar ve bina kısmen onarım gördü; Yüksek = Az ya da hiç hasar, veya bina tamamen onarıldı. <i>GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEY- DANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMA- DA BELİRTİN.</i>				
2. Hastane geçerli güvenlik standartlarına uygun yapıldı ve/veya onarıldı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Geçerli güvenlik standartları uygulanmadı; Orta = Geçerli güvenlik standartları kısmen uygulandı; Yüksek = Geçerli güvenlik standartları tam uygulandı			*	
3. Hastanenin yapısal davranışını etkileyecek şekil değişikliği ya da modifikasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının performansını büyük ölçüde etkileyecek büyük çaplı şekil değişikliği veya modifikasyon- lar yapılmıştır; Orta = Yapının performansını az ölçüde etkileyecek orta derecede şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; Yüksek = Önemsiz şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; hiçbir modifikasyon yapılmamıştır; veya büyük çaplı şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapının davranışını güçlendirmek için yapılmıştır ya da hiçbir olumsuz etkisi yoktur.			*	
2.2 YAPI BÜTÜNLÜĞÜ				
4. Yapısal sistem tasarımı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Zayıf yapısal sistem tasarımı; Orta = Orta yapısal sistem tasarımı; Yüksek = İyi yapısal sistem tasarımı.			*	
5. Binanın durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Giriş ve ilk katlarda çatlaklar; hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı önemli bozulmalar var; Orta = Hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı bazı bozulmalar var; Yüksek = Çatlak ya da bozulma gözlenmiyor.			*	
6. Kullanılan yapı malzemesinin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kabuk döküntülü paslanma; 3mm'den büyük çatlaklar (beton), aşırı deformasyon (çelik ve ahşap); Orta = 1 ila 3 mm arası çatlaklar (beton), orta derecede ve gözle görülür deformasyon (çelik ve ahşap) veya paslanma var; Yüksek = 1 mm' den küçük çatlaklar (beton); gözle görülür deformasyon yok; paslanma yok.			*	

7. Yapısal olmayan elemanların yapıyla etkileşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bölme duvarları yapıya esne mez (rijit) biçimde bağlı, asma tavan veya fasatlar yapıyla karşılıklı etkileşimde, (yapısal olmayan) elemandaki hasarın yapı üzerinde önemli etkisi olabilir ; Orta = Yapısal olmayan elemanlardan bazıları yapıyla karşılıklı etkileşimde, hasar yapıyı etkilemeyecektir; Yüksek= Yapıyı etkileyen hiçbir yapısal olmayan eleman bulunmamaktadır.				
8. Binaların yakınlığı (deprem kaynaklı vurma) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5'inden az; Orta=Aralık bitişik iki binadankısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5 ila 1.5'i arasında; Yüksek = Aralıkbitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 1.5'inden fazla. <i>HASTANE YÜKSEK/ORTA DERECELİ SİSMİK BÖLGEDE KURULU DEĞİLSE, KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
Binaların yakınlığı (rüzgar tüneli etkisi ve yangın) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık 5 m.den az; Orta= Aralık 5 ila 15 m. arasında; Yüksek = Aralık 15 m.den fazla.				
10. Yapısal yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her yönde üçten az direnç aksıvar; Orta = Her yönde üç direnç aksı var ya da akslar ortogonal oryantasyona sahip değil; Yüksek = Binada her ortogonal doğrultudaüçten fazla direnç aksı var.				
11. Yapı ayrıntıları (bağlantılar dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Mühendislik gördüğüne dair kayıt ve kanıt yok veya eski bir tasarım standardına göre yapılmış; Orta = Önceki tasarım standartlarına göre inşa edilmiş ve geçerli standarda göre bir güçlendirme yok; Yüksek = Geçerli standarda göreinşa edilmiş.				
12. Kolon gücünün kiriş gücüne oranı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kirişlerin gücü kolonların gücünden belirgin biçimde fazla; Orta = Kirişlerin gücü kolon- ların gücüyle benzer durumda; Yüksek = Kolonların gücü kirişlerin gücünden fazla.				
13. Temel güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Temellerin standartlara (temel büyüklüğü, zemin etüdü) uygun tasarlandığını gösteren kanıt yok ve/veya hasar kanıtı var; hiçbir plan bilgisi yok; Orta = Temellerin standartlara uygunluğunu gösteren az sayıda kanıt (çizimler, zemin etüdü) var ve/veya orta derece hasar kanıtı var; Yüksek = Temellerin standartlara uygun tasarlandığını ve hasar olmadığını gösteren güçlü kanıtlar var.				
Bina yapı planındaki düzensizlikler (rijitlik, kütle,direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Şekiller düzensiz ve yapı üni-form değil; Orta = Plan üzerinde şekiller düzensiz ancak yapı üni-form; Yüksek = Plan üzerinde şekiller düzenli, yapının üniform birplanı var ve burulma yaratacak unsurlar bulunmuyor.				

15. Bina yüksekliklerinde düzensizlikler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirgin biçimde süresiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde belirgin farklılıklar var; Orta = Bazı süresiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde bazı farklılıklar var; Yüksek = Süresiz ya da düzensiz eleman yok, bina yüksekliklerinde küçük farklılık var ya da hiç yok.				
Kat yüksekliklerinde düzensizlikler (rijitlik, kütle ve direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kat yüksekliklerindeki farklılık yüzde 20'den fazla; Orta = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 20'den az, yüzde 5'ten fazla); Yüksek = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 5'ten az).				
17. Çatıların yapısal bütünlüğü Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tek tarafa eğimli çatı ya da düz cam çatı ve/veya geniş saçaklar; Orta = Öndökümlü bet-on çatı, az meyilli beşik çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok; Yüksek = Donatıyla güçlendirilmiş beton çatı veya çok yüzeyli cam çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok.				
Çeşitli tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık (deprem ve kuvvetli rüzgar dışındaki diğer tehlikeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bulunduğu yerdeki tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık düşük; Orta = Yapısal dayanıklılık yeterli (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak); Yüksek = Yapısal dayanıklılık iyi (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak).				

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik

3.1 MİMARİ ELEMANLARIN GÜVENLİĞİ	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
19. Yapısal olmayan elemanlarda ağır hasar ve onarım Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar var ve tamamlanmış onarım yok; Orta = Orta hasar var, bina kısmen onarım görmüş; Yüksek = Az hasarlı ya da hasarsız veya bina tümüyle onarım görmüş. <i>GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
20. Kapı, çıkış ve giriş yerlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kapılar, çıkış ve girişler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; giriş genişliği 115 cm'den az; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; veya giriş genişliği 115 cm'den az; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya				

da operasyonları engelleyecek zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; ve giriş genişliği 115 cm. ya da daha büyük.				
21. Pencere ve panjurların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Pencere ve panjurlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir (örnek: pencere camlarının dayanıklı olmaması); Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; kritik servislere koruyucu cam (örnek: polikarbon cam, parçalanmayı önleyici film) takviyesi yapılmış.				
22. Diğer bina zarfı elemanlarının durumu ve güvenliği (örnek: cephe elemanları, dış duvarlar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina zarfı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
23. Çatının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çatı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				

24. Korkuluk ve parapetlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Korkuluk ve parapetler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.			
Bina etrafındaki duvar ve çitlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina çevresindeki duvar ve çitler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevi-ni, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.			
Diğer mimari elemanların durumu ve güvenliği (örnek: pervazlar, süslemeler, bacalar, işaretlemeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Diğer mimari eleman(lar) kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevi-ni, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.			
27. Hastane binalarının dışında hareket güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılamaması veya zarar görmesi binalara ulaşımı engelleyecek ya da yayalar için tehlike yaratacaktır; Orta = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılamaması veya zarar görmesi yaya ulaşımını engellemeyecek ancak araç ulaşımını engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, yaya ya da araç ulaşımını sekteye uğratan bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.			
Hastane binası içinde hareket güvenliği (örnek: koridor, merdivenler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Engeller ve elemanların zarar görmesi bina içinde hareketi engelleyecek ve bina içindekiler için tehlike yaratacaktır; Orta = Engeller ve elemanların zarar görmesi insanların hareketini engellemeyecek ancak sedye, tekerlekli ekipman hareketini engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, insanların ya da tekerlekli ekipmanın hareketini sekteye uğratan bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.			

29. İç duvarlar ve bölmelerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç duvarlar ve bölmeler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
30. Asma ve alçı tavanların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alçı ve asma tavanlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. HASTANEDE ALÇI YA DA ASMA TAVAN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN; AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
31. Asansör sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Asansör sistemi kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. HASTANEDE ASANSÖR YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
32. Merdiven ve rampaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kötü durumda, zarar görebilir veya kullanım engellerinin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve engellerin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratabilecek engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. HASTANEDE MERDİVEN VE RAMPA YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.			*	
33. Taban döşemelerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Taban döşemeleri kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratabilecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.			*	
3.2 ALTYAPININ KORUNMASI, ERİŞİMİ VE FİZİKİ GÜVENLİĞİ				

Yerel tehlikeler bakımından hastane kritik servislerinin ve donanımının hastane binası içindeki yerleşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir koruyucu önlem yok; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, aksaması ve kesintiye uğraması söz konusu; Orta = Kritik servisleri yerel tehlikelerden korumak üzere kısmen önlemler alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, bazı kesintilere uğraması söz konusu; Yüksek = Kritik servisleri koruyucu çok sayıda önlem alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının büyük olasılıkla kesintiye uğramadan ya da sınırlı ölçüde kesintiyle sürdürülmesi söz konusu.				
35. Hastaneye erişim güzergahları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve engellerin varlığı erişimi, diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve bazı engellerin varlığı erişimi ve işlevi sekteye uğratmaz; Yüksek = Diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel engel ya da zarar söz konusu.			*	
36. Acil çıkışlar ve tahliye yolları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmemiş ve çoğu tıkalı durumda; Orta = Çıkış ve tahliye güzergahlarının bazıları işaretlenmiş ve çoğunda engeller kaldırılmış; Yüksek = Tüm çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmiş ve engelsiz.			*	
37. Bina, donanım, çalışanlar ve hastaların fiziki güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir bir önlem yok; Orta = Bazı fiziksel koruma önlemleri alınmış (örnek: malzeme ve ekipmanın kilitli depolarda olması, mal varlığı izlemeveenvanterdenetimi); Yüksek = Geniş bir yelpazede güvenlik önlemleri bulunuyor (örnek:tasarım ve plan, fiziksel bariyerler, kontrollü erişim ve kapı güvenliksistemleri, kilitli depolar)			*	
3.3 KRİTİK SİSTEMLER				
3.3.1 Elektrik sistemi				
Alternatif elektrik kaynaklarının kapasitesi (örnek: jeneratörler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynak(lar) yok ya da kritik alanlarda talebi karşılama düzeyi yüzde 30'dan az veya sadece elle çalıştırılabilir; Orta = Alternatif kaynak(lar) kritik alanlardaki talebi yüzde 31-70 düzeyinde karşılıyor ve kritik alanlarda 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor; Yüksek = Alternatif kaynak(lar) 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor ve kritik alanlardaki talebi karşılama düzeyi yüzde 70'ten fazla.				
Alternatif elektrik kaynaklarının kritik alanlarda düzenli denetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tam kapasite test aralığı 3 ay ve üzeri; Orta = Tam kapasite test aralığı her 1-3 ay; Yüksek = Her ay en az bir kez tam kapasite test ediliyor.				

40. Alternatif elektrik kaynaklarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; jeneratörler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Jeneratörler kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Jeneratörler iyi durumda, iyi korunuyor ve acil durumlarda düzgün çalışabilir vaziyette.				
Elektrik ekipmanı, kablolar, kablo borularının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları iyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.				
42. Yerel elektrik tedarik sistemi için yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yerel enerji tedarik sistemine sadece bir giriş var; Orta = Yerel enerji tedarik sistemine iki giriş var; Yüksek = Yerel enerji tedarik sistemine ikiden fazla giriş var.				
Kontrol paneli, aşırı yük şalteri ve kabloların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.				
44. Hastanenin kritik alanları için aydınlatma sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aydınlatma düzeyi düşük; koruyucu önlemler yok; Orta = Kritik alanlardaki aydınlatma yeterli, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Aydınlatma iyi düzeylerde ve koruma önlemleri mevcut.				
İç ve dış aydınlatma sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç ve dış aydınlatma sistemleri kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.				
Hastane alanında bina dışında elektrik sağlayan sistemlerin varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin taleplerini karşılamak üzere kurulu destek elektrik birimleri yok; Orta = Hastane alanında kurulu destek elektrik birimleri var, ama zarara veya kesintiye uğrayabilir; hastaneye yeterli enerji sağlamamaktadır; Yüksek = Elektrik destek birimleri var, iyi korunuyor ve hastaneye afet/acil durum halinde yeterli enerji sağlamaktadır.				
Elektrik tedariki ve alternatif kaynaklar için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				

3.3.2 Telekomünikasyon sistemleri				
48. Antenlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Antenler ve bağlantıları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Antenler ve bağlantıları kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Antenler ve bağlantıları iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut. HASTANEDE ANTEN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
Düşük/çok düşük voltajlı sistemlerin durumu ve güvenliği (internet ve telefon) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düşük voltajlı sistemler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Düşük voltajlı sistemler kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Düşük voltajlı sistemler iyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.				
50. Alternatif haberleşme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif haberleşme sistemleri yok, kötü durumda ya da çalışmıyor; Orta = Hastane çapında alternatif haberleşme sistemi kullanılabilir durumda, ama her yıl test edilmiyor; Yüksek = Alternatif haberleşme sistemi iyi durumda, en az her yıl test ediliyor.				
Telekomünikasyon ekipmanı ve kablolarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon ekipmanı ve kabloları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman ve kablolar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor.				
Hastane dışındaki telekomünikasyon sistemlerinin hastanenin haberleşmesine etkisi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastanenin haberleşmesinde önemli ölçüde parazit (interferans) yaratmaktadır; Orta = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastane haberleşmesinde orta derecede parazit yaratmaktadır; Yüksek = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haberleşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.				
Telekomünikasyon sistemlerinin bulunduğu alanların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon sistemlerine ayrılan alanlar kötü durumda; tehlikeler nedeniyle aksama riski yüksek; koruyucu önlemler yok; Orta = Alanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.				
54. Bina içi haberleşme sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç haberleşme sistemleri yok ya da kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = İç haberleşme sistemleri kullanılabilir durumda, ama alternatif sistemler yok; Yüksek = İç haberleşme ve yedekleme sistemleri iyi çalışır durumda.				

Standart ve alternatif haberleşme sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.3 Su tedarik sistemi				
56. Hastane servis ve hizmetleri için gereken su rezervi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süreyle yeterli veya su tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat yeterli.				
57. Su depolama tanklarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Su depolama tankların bulunduğu alanda hizmetin aksama riski yüksek (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Orta = Alan orta derecede aksama riskiyle karşı karşıya (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Yüksek = Alan görsel olarak tanımlanabilen risklere maruz değil (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik). <i>HASTANEDE SU DEPOLAMA TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BİRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
58. Su dağıtım sisteminin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilir durumda; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda.				
59. Ana dağıtım şebekesine alternatif su tedarik sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30'dan azını karşılar; Orta = Afet/ acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30-80'ini karşılar; Yüksek = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 80'denfazlasını karşılar.				
60. İlave (yedek) pompalama sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yedek pompa yok ve faal kapasite günlük minimum talebi karşılamıyor; Orta = İlave pompalar kullanılabilir durumda ama günlük minimum su talebini karşılamıyor; Yüksek = Tüm ilave pompalar ve yedek sistemler faal ve minimum su talebini karşılıyor.				
61. Su tedarik sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.4 Yangından korunma sistemi				

Yangından korunma (pasif) sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi işlevi engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.		*		
63. Yangın/dumanbelirleme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya bakım ve testleri sıklıkla yapılmıyor; Yüksek = Sistem kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor.			*	
Yangın söndürme sistemleri (otomatik ve elle kullanılan) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; denetim yapılmıyor; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya sistem kurulmuş, ama bakım ve test yapılmıyor; denetim eksik ve hükümsüz; Yüksek = Sistem tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.			*	
65. Yangın söndürme için su tedariki Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı yok; Orta = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı var; kullanım kapasitesi sınırlı ve bakım ve test yapılmamış; Yüksek = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli ve kayda değer kapasiteye sahip bir tedarik kaynağı var; düzenli bakım ve sıklıkla test yapılıyor.			*	
Yangından korunma sistemi için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.			*	
3.3.5 Atık yönetimi sistemleri				
67. Tehlikeli olmayan atıksu sistemlerinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli olmayan atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Atıksu bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
68. Tehlikeli atıksu ve sıvı atık güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				

69. Tehlikeli olmayan katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
70. Tehlikeli katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
Hastane atık yönetimi sistemlerinin tüm türleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri (gaz, benzin, dizel vb.)				
72. Yakıt rezervleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süre için yeterli ya da yakıt tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat süreyle yeterli olması te- minat altında.				
Yer üstü yakıt tankları ve/veya silindirlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt tankları kötü durumda; sabitleme ya da çevrili alan yok; tanklar tehlikeler dikate alınarak yerleştirilmemiş; Orta = Yakıt tankları kullanılabilir durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında yetersiz; tankın bulunduğu çevrili alanda bazı güvenlik ve emniyet önlemleri var; Yüksek = Yakıt tankları iyi durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında iyi durumda; tankın bulunduğu çevrili alanda uygun güvenlik ve emniyet önlemleri var. HASTANEDE BU HİZMETLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
Hastane binalarının uzağında güvenli yakıt depolama yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt depolama erişimi mümkün olmadığı ve güvenli olmayan bir yerde yapılıyor; Orta = Depolama alanının durumu ve tehlikeler bakımından yerikabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu ve yeri iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; yakıt tanklarına erişim mümkün. HASTANEDE YAKIT TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				

Yakıt dağıtım sisteminin durumu, güvenliği (vana, hortum, bağlantı) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı güvenli hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 90 düzeyinde iyi hizmet verebilir ve otomatik kapatma vanaları var; Yüksek = Sistemin yüzde 90'dan fazlası iyi çalışır durumda ve otomatik kapatma vanaları var. HASTANEDE YAKIT DAĞITIM TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
76. Yakıt rezervleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.7 Tıbbi gazlar				
77. Tıbbi gaz depolama alanlarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi gazların depolanması için önceden belirlenmiş yerler yok, ya da tıbbi gaz depolama alanlarında tehlikeler nedeniyle hizmetin aksaması riski yüksek; koruyucu önlemler yok ve depolama alanına erişim mümkün değil; Orta = Ayrılan alanların durumu ve yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; depoya erişim mümkün.				
Tıbbi gaz tankları ve/veya tüpleri için güvenli depolama yerleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; personelin tıbbi gaz ve yangın söndürme ekipmanı eğitimi yok; Orta = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; personele ekipman kullanma eğitimi verilmiş; Yüksek = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede; tıbbi gaz ve yangın söndürücü ekipman kalifiye personel tarafından kullanılıyor.				
Tıbbi gaz dağıtım sisteminin durumu ve güvenliği (vana, hortum, bağlantılar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Sistemin yüzde 80'den fazlası iyi çalışır durumda.				
Tıbbi gaz tankları, tüpleri ve ilgili ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; Orta = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede.				

81. Alternatif tıbbi gaz kaynaklarının varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; Orta = Alternatif kaynaklar var ancak malzeme tedarik süresi 15 gün-den fazla; Yüksek = Kısa sürede (15 günden az) devreye girecek yeterli alternatif kaynaklar var.				
82. Tıbbi gaz sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.8 Isıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri / HVAC (Heating, Ventilation, Air-Conditioning)				
83. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin uygunluğu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan yerlerde bulunuyor; koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, bulundukları yerler güvenli; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, bulundukları yerler güvenli ve tehlikelere karşı korunuyor.				
84. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanına erişim mümkün değil; ekipmanın güvenli çalışması ve bakımı için koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanına erişim mümkün, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanına erişim mümkün, geniş bir yelpazede koruyucu önlemler mevcut.				
HVAC ekipmanlarının güvenliği, çalışma durumu (ör: kazan, boşaltım) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı kötü durumda, bakım yapılmıyor; Orta = HVAC ekipmanı kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, düzenli bakım yok; Yüksek = HVAC ekipmanı iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış); bakım, denetim ve ikaz sistemi testleri düzenli yapılıyor.				
Sistem kanallarının uygun destekli, bina bölüm geçişlerinde kanal ve boru esnekliklerinin denetimli olması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Destek önlemleri yok ve bağlantılar esnek değil; Orta= Destekler kabul edilebilir durumda veya bağlantılar esnek; Yüksek = Destekler iyi durumda ve bağlantılar esnek.				
87. Borular, bağlantılar ve vanaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Boruların yüzde 60'ından azı iyi durumda; tehlikelere karşı sınırlı koruma var; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi durumda; tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelere karşı korunuyor.				

İklimlendirme (air-conditioning) ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İklimlendirme ekipmanı kötü durumda, emniyet altında değil; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut (örnek: sabitleme ve destek kalitesi yetersiz); Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış).				
İklimlendirme (air-conditioning) sisteminin çalışması (negatif basınç alanları dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Air-condition sisteminin hastanede bölge (zone) kurma kapasitesi yok; Orta = Air-condition sistemi bölge oluşturabilir, ancak hastanenin yüksek risk alanları ile diğer alanları arasında hava sirkülasyonunu ayırabilecek kapasitesi yok; Yüksek = Air-condition sistemi hastanenin yüksek risk alanlarından gelen havayı izole edebilir; negatif basınç odaları mevcuttur.				
90. HVAC sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.4 EKİPMAN VE MALZEME				
3.4.1 Ofis ve depo mobilyası ve bilgisayar donanımı dahil (seyyar, sabit) ekipman				
91. Raflar ve raf malzemesinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Raflar güvenli biçimde yerleştirilmemiş (veya deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde rafların yüzde 20'sinden azı duvara sabitlenmiş); Orta= Raflar güvenli biçimde yerleştirilmiş (ve deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde raflar duvara sabitlenmiş) ve rafardaki malzeme yüzde 20 ila 80 düzeyinde emniyete alınmış; Yüksek = Rafların yüzde 80'den fazlası ve raflardaki malzeme güvenli biçimde yerleştirilmiş, duvara sabitlenmiş ve malzeme emniyet altında.			*	
92. Bilgisayar ve yazıcıların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bilgisayarları tehlikeden korumak için alınan önlem yok; Orta = Bilgisayarların yerleri güvenli, tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Bilgisayarların yerleri güvenli, emniyet altında ve yeterli koruma önlemleri mevcut.			*	
3.4.2 Teşhis ve tedavide kullanılan kullanılan tıbbi ekipman, laboratuvar ekipmanı, malzemesi				
93. Ameliyathane ve post-op uyandırma odasındaki tıbbi ekipmanın güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ameliyathanelerin yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				

94. Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipmanın yeri güvenli, kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipmanın yeri güvenli ve iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
95. Laboratuvar ekipman ve malzemesinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Biyogüvenlik önlemleri zayıf, laboratuvar ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
96. Acil Servis ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
97. Yoğun bakım ve ara yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
98. Eczane bölümündeki ekipman ve mobilyanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eczane ekipmanı eksik yada kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
99. Sterilizasyon ünitelerindeki tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
100. Acil obstetrik müdahale ve yenidoğan bakım ünitesindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				

Yanıklarda acil bakım için gerekli tıbbi ekipman ve malzeme- nin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
Nükleer tıp ve radyasyon terapisi ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
Diğer servislerdeki medikal ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipmanın %30'dan fazlası materyal ya da fonksiyon kaybı riski altındadır ve/veya ekipman tüm servisin faaliyeti için doğrudan ya da dolaylı risk oluşturmaktadır; Orta= Ekipmanın %10-30 kadarı kayıp riski taşımaktadır; Yüksek = Ekipmanın %10'dan azı kayıp riski taşımaktadır.				
104. İlaçlar ve malzemeler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek= Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktarteminat altında.				
105. Steril enstrüman ve diğer materyal Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek= Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktarteminat altında.				
Özellikle afet/acil durum halinde kullanılan tıbbi ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterlimiktar teminat altında.				
107. Tıbbi gaz mevcudu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İhtiyacı karşılama süresi 10 günden az; Orta = İhtiyacı karşılama süresi 10 ila 15 gün; Yüksek= İhtiyacı karşılama süresi en az 15 gün.				
108. Mekanik volüm ventilatörleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek= Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				
109. Elektro-medikal ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek= Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				

110. Yaşam destek ekipmanı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek= Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar t teminat altında.				
111. Kardiyopulmoner arrest için malzeme, ekipman veya acil müdahale arabaları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipman (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda, ancak maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipmanın (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda olması teminat altında ve gereken malzeme maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli.				

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi

4.1 AFET ve ACİL DURUM YÖNETİMİ FAALİYETLERİNİN KOORDİNASYONU	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
112. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Komisyonu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok, ya da 1-3 departman ya da disiplin temsil edilmektedir; Orta = Komisyon var, 4-5 departman ya da disiplin temsil ediliyor, ancak fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getirmiyor; Yüksek = Komisyon var, 6 ya da daha fazla departman ya da disiplin temsil ediliyor ve fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getiriyor.			*	
113. Komisyon üyelerinin sorumlulukları ve eğitimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok ya da üyeler bu konuda eğitilmiş değil ve sorumluluklar belirlenmemiş; Orta =Komisyon üyeleri gerekli eğitimi almış ve resmi olarak görevlendirilmiş; Yüksek = Tüm üyeler eğitim almış ve kendi rol ve sorumluluklarını aktif olarak yerine getiriyor.			*	
114. Hastane Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanı (koordinatörü) atanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanede afet/acil durum yönetimi koordinatörü olarak tanımlanmış bir yönetici yok; Orta = Afet/acil durum yönetimi koordinasyon görevi bir yöneticiye verilmiş ancak bu onun ana görevi değil; Yüksek = Ana görevi afet/acil durum yönetimi koordinasyonuyla ilgili görevler olarak tanımlanmış bir yönetici var ve hastanenin hazırlık programının uygulanması rolünü yerine getiriyor.			*	

115. Afet ve acil duruma müdahaleyi ve iyileştirmeyi güçlendirmek için hazırlık programı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program yok ya da varsa da uygulanan hazırlık faaliyeti yok; Orta = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program var ve bazı faali- yetler uygulanıyor; Yüksek = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program HAP komisyonu yönlendiriciliğinde tam olarak uygulanıyor.			*	
116. Hastane olay yönetim sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane olay yönetim siste- mi için bir düzenleme yok; Orta = Olay yönetim sistemi çerçevesinde kilit pozisyonlar için görevlendirme yapılmış ancak fonksiyonla- rın yerine getirilmesi için yazılı prosedürler yok; Yüksek = Hastaneolay yönetim sistemi prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.			*	
117. Acil durum operasyon merkezi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezin yeri tanımlan- mamıştır veya güvenli ya da emniyetli olmayan bir mekandır; Orta = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır, ancak acildurumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesi sınırlıdır;Yüksek = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır ve acildurumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesiye sahiptir.			*	
Yerel afet/acil durum yönetimi kurumları ile koordinasyon me- kanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.			*	
Sağlık hizmetleri ağı ile koordinasyon mekanizmaları ve işbir-liği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyoneldir.			*	
4.2 HASTANE AFET/ACİL DURUM MÜDAHALE VE İYİLEŞTİRME PLANLAMASI				
120. Hastane afet ve acil durum müdahale planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, an- cak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.			*	
121. Hastaneninöluya özel alt planları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Olaya özel müdahale alt planlarıbelgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Planlar belge olarak tamamlanmış- tır, ancak kolayca erişilmemektedir ve güncel değildir (son güncellemetarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Planlarbelge olarak tamamlanmıştır,erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmekte- dir, planınuygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.			*	

122. Planları aktive ve deaktive prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir ama prosedürler güncellenmemekte ya da yıllık olarak test edilmemektedir; Yüksek = Prosedürler günceldir, personele eğitim verilmiştir ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.			*	
Hastane afet ve acil durum müdahale planı tatbikatları, değerlendirme ve düzeltme faaliyetleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı ve alt planlar test edilmemektedir; Orta = Müdahale planı ve alt planlar test edilmektedir, ancak yılda en az iki kez test edilmemektedir; Yüksek = Müdahale planı ve alt planlar yılda en az iki kez test edilmekte ve tatbikat sonuçlarına göre güncellenmektedir.			*	
124. Hastane iyileştirme planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İyileştirme planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/ güncellenmektedir.			*	
4.3 HABERLEŞME ve BİLGİ YÖNETİMİ				
125. Acil durumda iç ve dış haberleşme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezi iç ve dış haberleşme sistemi istikrarsız ya da eksik çalışmaktadır; operatörler acil durum haberleşmesi için eğitilmemiştir; Orta = Sistem düzgün çalışmaktadır, operatörler acil durum haberleşmesi ile ilgili bazı eğitim-ler almıştır, yılda en az bir kez sistem testleri yapılmamaktadır; Yüksek = Sistem tam olarak çalışmaktadır, operatörler acil durum- da kullanım için tam eğitimlidir, sistem testleri yılda en az bir kez yapılmaktadır.			*	
126. Dış paydaş rehberi (telefon-adres) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dış paydaş rehberi yok; Orta = Rehber var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Rehber var, bilgiler güncel ve acil müdahaledeki görevleri olan personel muhafaza ediyor.			*	
127. Halk ve medya ile iletişim prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok, sözcü görevlendirmesi yapılmamış; Orta = Prosedürler var ve görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş; Yüksek = Prosedürler var, görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.			*	
128. Hasta bilgisi yönetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için prosedürler yok; Orta = Acil durumlar için prosedürler var, personel eğitim verilmiş ancak kaynak mevcut değil; Yüksek = Acil durumlar için prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve uygulama için kaynak-lar mevcut.			*	
4.4 İNSAN KAYNAKLARI				

129. Personel irtibat listesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İrtibat listesi yok; Orta = Liste var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Liste var ve bilgiler güncel.			*	
138. Acil ve kritik bakım hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek=Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastane de prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.			*	
139. Temel klinik destek hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta= Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hasta nede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.			*	
Kitlesel yaralanmalı olaylarda kullanılabilir alanın genişletilmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Genişletme için alan tanımlanmamıştır; Orta= Alan tanımlanmıştır, genişletme için donanım, malzeme ve prosedürler mevcuttur ancak test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve alan genişletmek için donanım, malzeme ve diğer kaynaklar mevcut.			*	
141. Büyük çaplı afet ve acil durumlarda triyaj Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Triage için ayrılmış bir yer ya da prosedürler yok; Orta = Triage alanı ve prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş, ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Tanımlı alan ve prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durum halinde hastanenin maksimum kapasitede çalışması için gerekli kaynaklar mevcut.			*	
Kitlesel yaralanmalı olaylar için triyaj kartları, diğer lojistik malzeme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Malzeme yok; Orta = Mal- zeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında.			*	
143. Hasta kademeli sevk, transfer ve kabul sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.			*	

Enfeksiyon sürveyans, önleme ve kontrol prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirlenmiş politika ve pro-sedürler yok; enfeksiyon önleme ve kontrol için standart önlemler rutin olarak uygulanmıyor; Orta = Politika ve prosedürler var, standart önlemler rutin olarak uygulanıyor, personele eğitim verilmiş, ancak epidemiler dahil afet/acil durumda gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Politika ve prosedürler var, enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri tam, personele eğitim verilmişve afet/acildurumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanmasıiçin gerekli kaynaklar mevcut.			*	
145. Psikososyal hizmetler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadecekağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.			*	
Kitlesel ölümlü olaylarda ölüm sonrası (otopsi) prosedürler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kitlesel ölümlü olaylarla ilgili prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/ acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulan-ması için gerekli kaynaklar mevcut.			*	
4.7 TAHLİYE, DEKONTAMİNASYON ve GÜVENLİK				
147. Tahliye planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Plan yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Plan var, personele prosedürlerle ilgili eğitim verilmiş , ancak düzenli test edilmiyor; Yüksek = Plan mevcut, perso- nele eğitim verilmiş ve yılda en az bir kez tahliye tatbikatı yapılıyor.			*	
148. Kimyasal ve radyolojik tehlikeler için dekontaminasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının ge- rektiğinde hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir dekontaminasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapıl- mıyor; Yüksek = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koru- yucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve uygulaması yılda en az bir kez yapılıyor.			*	
149. Bulaşıcı hastalık ve epidemilerde kişisel koruyucu ekipman ve izolasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerekirse hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir izolasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek malzeme var, ama malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altın- da ve tekrar tedarik için alternatif kaynaklar var, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel için yılda en az bir kez prosedür eğitimi ve uygulaması yapılıyor.			*	

150. Acil güvenlik (emniyet) prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta= Yazılı prosedürler var ve personele acil durum güvenlik (em-niyet) prosedürleri eğitimi verilmiş, ancak her yıl test edilmiyor; Yüksek = Personele eğitim verilmiş ve yazılı prosedürler her yıl enaz bir kez test ediliyor.			*	
151. Bilgisayar sistemi ağ güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bilgisayar güvenlik sistemi plan ve prosedürleri yok; Orta = Hastanenin temel siber güvenlik sistemi planı var ama düzenli izlenmiyor ve güncellenmiyor; Yüksek = Hastanenin siber güvenlik planı uygulanıyor ve düzenli güncelleniyor.			*	

EK -2C

KASİER RİSK ANALİZİ

AÇIKLAMALAR:

Her bir tehlike için olay ve yanıt potansiyelini aşağıdaki kategorilerde ve belirtilen ölçüleri dikkate alarak değerlendirin.

OLASILIK aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Bilinen risk
- 2 Geçmişe ait kayıtlar
- 3 Üretici/tedarikçi istatistikleri

Olaya YANIT (müdahale) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Olaya yerinde müdahale için toplanma süresi
- 2 Yanıt yeteneğinin genişliği
- 3 Geçmişteki başarılı yanıt uygulamaları

Olayın İNSANA ETKİSİ aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Çalışanlar için yaralanma veya ölme potansiyeli
- 2 Hastalar için yaralanma veya ölme potansiyeli

Olayın MALA/MÜLKE ETKİSİ aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Yenileme maliyeti
- 2 Geçici olarak yerine koyma maliyeti
- 3 Onarım maliyeti

Olayın İŞE ETKİSİ aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İşin kesintiye uğraması
- 2 Personelin görev başında olamaması
- 3 Hastaların hastaneye ulaşamaması
- 4 Tedarikçilerin anlaşmaları ihlal etmesi
- 5 Cezai yaptırımların (para cezası, hapis veya mahkeme masrafı) uygulanması
- 6 Kritik malzemenin temininde kesintinin olması
- 7 Malzeme dağıtımında kesinti

Olaya HAZIRLIK aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Mevcut planların durumu
- 2 Eğitim ve tatbikatların gerçekleştirilme sıklığı
- 3 Sigorta
- 4 Yedekleme sistemlerinin varlığı
- 5 Toplumun sahip olduğu kaynaklar

İÇ KAYNAKLAR (iç yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Eldeki mevcut malzeme türleri
- 2 Mevcut malzemenin miktarı
- 3 Personel durumu
- 4 Hastanenin tüm tesisleri/bölgeleri ile koordinasyon

DIŞ KAYNAKLAR (dış yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İlgili kurum ve kuruluşlarla karşılıklı anlaşma ve tatbikatlar
- 2 Kamu birimleri ve yerel yönetim kurumlarıyla koordinasyon
- 3 İl Sağlık Müdürlüğü ve bölgedeki sağlık kuruluşlarıyla koordinasyon
- 4 Özel tedavi birimleri olan hastanelerle koordinasyon

Doğa kaynaklı, Teknolojik, İnsana Bağlı (doğrudan insan eliyle yaratılan) tehlikeler ve Tehlikeli Maddeler sayfalarının her birini tamamlayın. Özet bölümü hastanenizin spesifik ve toplu görel riskini otomatik olarak sıralayacaktır.

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
	Meydana gelme olasılığı	İNSANA ETKİSİ Ölüm ya da yaralanma olasılığı	MALA/ MÜLKE ETKİSİ Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	İŞE ETKİSİ Hizmetlerin kesintiye uğraması	HAZIRLIK Önceden planlama	İÇ YANIT Zaman, etkililik, kaynaklar	DIŞ YANIT Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 =Düşük/ Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 =Düşük/ Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 =Düşük/ Yok	0 - 100%
Kuvvetli/Tam fırtına	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hortum	0	0	0	0	0	0	0	0%
Gökgürültülü şiddetli fırtına, sağanak	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kar yükü, çığ	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kar fırtınası (tipi)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Buz fırtınası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Deprem	1	1	1	1	1	1	1	11%
Tsunami, kıyı dalgası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Sıcaklık uç değerleri	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kuraklık	0	0	0	0	0	0	0	0%
Sel (dış)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Büyük yangın (orman, tarım alanı, yerleşim)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Heyelan	0	0	0	0	0	0	0	0%
Baraj taşkını	0	0	0	0	0	0	0	0%
Volkan aktivitesi	0	0	0	0	0	0	0	0%
Epidemi	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	2.28	2.28	2.28	2.28	2.28	2.28	2.28	2%
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.		RİSK = OLASILIK 0,16			* ŞİDDET 0,02 0,15			

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI TEKNOLOJİK OLAYLAR								
OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
	Meydana gelme olasılığı	İNSANA ETKİSİ Ölüm ya da yaralanma olasılığı	MALA/ MÜLKE ETKİSİ Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	İŞE ETKİSİ Hizmetlerin kesintiye uğraması	HAZIRLIK Önceden planlama	İÇ YANIT Zaman, etkililik, kaynaklar	DIŞ YANIT Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük/ Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük/ Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük/ Yok	0 - 100%
Elektrik arızası	1	1	1	1	1	1	1	11%
Jeneratör arızası	1	1	1	1	1	1	1	11%
Ulaştırma sorunu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Yakıt yokluğu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Doğalgaz yokluğu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Su yokluğu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Kanalizasyon arızası	1	1	1	1	1	1	1	11%
Buhar arızası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Yangın alarmı arızası	1	1	1	1	1	1	1	11%
Haberleşme kesintisi	1	1	1	1	1	1	1	11%
Tıbbi gaz arızası	1	1	1	1	1	1	1	11%
Tıbbi aspirasyon arızası	1	1	1	1	1	1	1	11%
İklimlendirme sistemi (HVAC) arızası	1	1	1	1	1	1	1	11%
Bilgi sistemleri kesintisi	1	1	1	1	1	1	1	11%
Yangın (iç)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Sel (iç)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Tehlikeli maddeye maruzluk (iç)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Malzeme/kaynak yokluğu	0	0	0	0	0	0	0	0%
Yapısal hasar	1	1	1	1	1	1	1	11%
ORTALAMA SKOR	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,00	0,9	9%
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.		RİSK = OLASILIK *ŞİDDET						
		0.09	0.3	0.3				

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI İNSANA BAĞLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
	Meydana gelme olasılığı	İNSANA ETKİSİ Ölüm ya da yaralanma olasılığı	MALA/ MÜLKE ETKİSİ Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	İŞE ETKİSİ Hizmetlerin kesintiye uğraması	HAZIRLIK Önceden planlama	İÇ YANIT Zaman, etkililik, kaynaklar	DIŞ YANIT Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük/ Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük/ Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük/ Yok	0 - 100%
Kitlesel yaralanmalı olay (travma)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Kitlesel yaralanmalı olay (tıbbi/enfeksiyöz)	1	1	1	1	1	1	1	11%
Terör olayı, Biyolojik	0	0	0	0	0	0	0	0%
VIP Durumu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Bebek Kaçırılması	1	1	1	1	1	1	1	11%
Rehin Alınma Durumu	1	1	1	1	1	1	1	11%
Toplumsal Olaylar	1	1	1	1	1	1	1	11%
İş Eylemi	1	1	1	1	1	1	1	11%
Adli Başvurular	1	1	1	1	1	1	1	11%
Bomba Tehdidi	1	1	1	1	1	1	1	11%
Göç	1	1	1	1	1	1	1	11%
Savaş	0	0	0	0	0	0	0	0%
ORTALAMA SKOR	0,83	0,83	0,83	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.		RİSK = OLASILIK 0,27	* ŞİDDET 0,07	0,27				

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK-ZARAR AZALTMA)						RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	Göreceli tehdit*
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi	
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Tıbbi Cihazların Sabitlenmemesi	1	1	2	2	1	1	1	15%
Yüksek Mobilyaların Sabitlenmemesi	1	1	1	1	1	1	1	11%
Oksijen Tüplerinin Sabitlenmemesi	1	2	2	1	1	1	1	15%
Buzdolabı fotokopi makinesi vb. malzemelerin sabitlenmemesi	1	0	1	0	0	0	0	2%
Ağır cisimlerin alt raflara yerleştirilmemesi	1	1	1	0	0	0	0	4%
Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik kesilmemesi	1	1	1	1	1	1	1	11%
Jeneratörlerin sarsıntı anında otomatik devreye girmesi	1	1	1	1	1	1	1	11%
Radyoaktif maddelerin koruyucu kaplarda saklanmaması	0	0	0	0	0	0	0	0%
Ağır unsurların çalışma alanlarından uzak yerlere asılması	0	0	0	0	0	0	0	0%
Pencere camlarının kırılmalara karşı koruyucu film kaplanması	1	1	1	0	0	1	0	15%
Acil durum ışıklarının tüm çıkış yollarında bulunmaması	0	0	0	0	0	0	0	0%
ORTALAMA SKOR	0,72	0,72	0,90	0,54	0,45	0,54	0,45	5%
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.								
		RİSK = OLASILIK	* ŞİDDET					
		0,05	0,24	0,2				

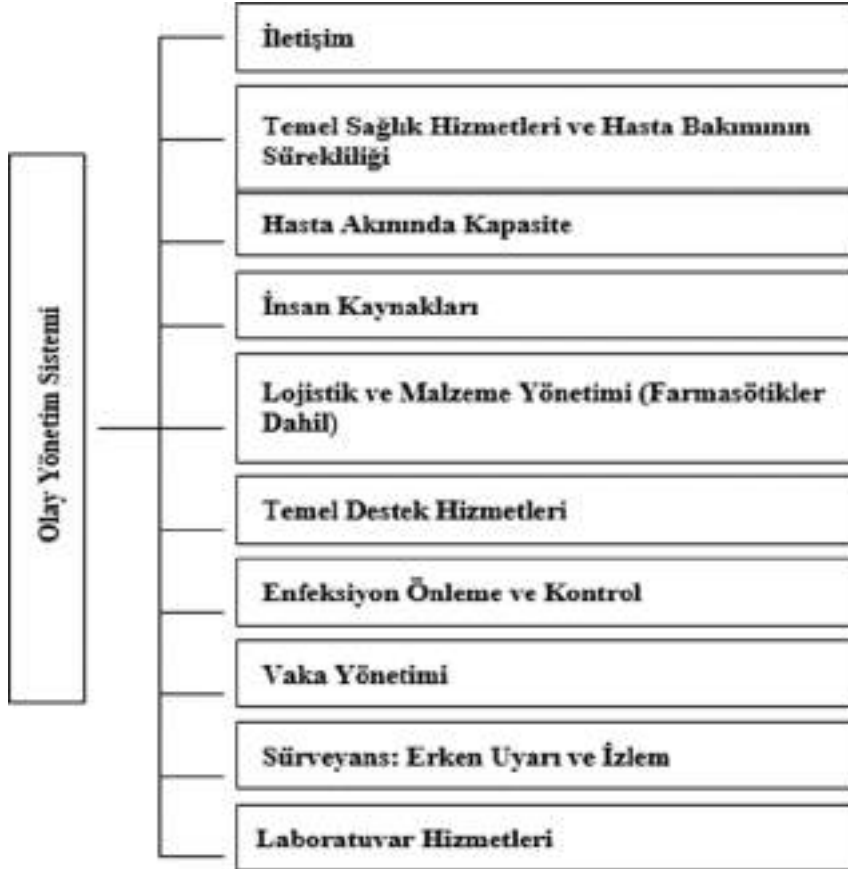
EK- 2D

COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ

Hastanemiz COVID-19 vakalı hastalara da hizmet vermektedir. Çalışan Personel, yatan hasta ve hasta yakınlarında tespit edildiğinde “COVID-19 Pandemisi Olaya Özel Plânı”na göre hareket edilecektir.

Bu kontrol listesi COVID-19 salgınına karşı hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatma- da, hastane yöneticileri ve acil durum planlaması ile ilgili görevlileri desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Kontrol listesi 11 ana bileşenden oluşmaktadır ve her bileşen başlığı altında önerilen eylemlerin uygulanma durumu sorulmaktadır. Bir araç olarak bu kontrol listesinde anahatlarıyla yer verilen ilke ve önerilerin çoğu genel niteliktedir ve olası diğer acil durumlar için de uygulanabilir. Kontrol listesi kapsamlı, tüm tehlikeleri dikkate alan, çok-sektörlü hastane acil durum hazırlık planlaması programlarının yerine değil, onları tamamlama düşüncesiyle hazırlanmıştır.

COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi Ana Bileşenleri:



1. OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

Acil durum operasyonlarının etkili biçimde yönetilebilmesi için hastane Olay Yönetim Sisteminin (OYS) iyi işlemesi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane Acil Müdahale Planınız (AMP) var mı? Cevabınız Evet ise, planı aktive edin. Değilse, geçici çözüm olarak acil durum müdahale operasyonlarını			X
Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM) oluşturun, bu amaçla hastanenin tüm acil durum müdahale faaliyetlerinin bir arada ve koordine biçimde yürütüleceği, sorunsuz çalışan iletişim (haberleşme) donanımına sahip özel bir yer hazırlayın.			X
Bu dokümanda belirtilen her ana bileşen için bir sorumlu belirleyerek ilgili müdahale faaliyetlerinde gereken koordinasyonu ve yönetimi sağlayın			X
Her durumda karar verme ve kaynak yönetimi sürekliliğini güvence altına almak için yöneticiler ve irtibat kişilerinin yerine geçebilecekleri belirleyin.			X
COVID-19 salgını karşısında hastanenin etkili ve sonuç alıcı yönetimini sağlamak için, COVID-19'un yönetimiyle ilgili iç ve dış kaynaklı temel dokümanları önceden inceleyin			X

2. HASTA AKINI DURUMUNDA TIBBİ KAPASİTE ARTIŞI

Hasta akını durumunda tıbbi kapasite artışı, sağlık hizmetinin artan klinik bakım talebini karşılamak üzere normal kapasitesinin ötesinde genişleme kabiliyetidir. COVID-19 vakaları zamana yayılan hızlı bir talep artışına (ani gelişen bir afetle ortaya çıkan “büyük patlama”nın aksine “yükselen gelgit” şeklinde artışa) yol açabilir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Azami vaka kabul kapasitesini hesaplayın, yatak sayısının yanı sıra yararlanılabilir insan kaynaklarını, tesis alanının kritik bakım, izolasyon, özellikli gruplama (kohort) için kullanılabilirliğini, mekanik ventilatörlere erişim ve mevcut diğer kaynakların elverişlilik durumunu dikkate alın.			X

COVID-19 salgını sırasında hastane hizmetlerine yönelik talep artışını tahmin etmek için mevcut planlama varsayımlarını ve araçlarını kullanın			X
Hastanenin yatan hasta kapasitesini (fiziksel alan, personel, malzeme ve işleyiş dahil) artırmanın yollarını belirleyin			X
Sağlık hizmetinin, özellikle kritik bakım hizmetinin, sağlanmasında ortaya çıkabilecek eksiklikleri belirleyin; bu eksikliklerin giderilmesi için yetkililer ve yakındaki hastanelerle koordinasyon sağlayın.			X
Kritik olmayan hastalar için uygun alternatif tedavi yerlerinde (örneğin, hafif rahatsızlıklar için evde, kronik bakım gerektiren hastalar için uzun dönemli bakım kurumlarında) dış kaynaklı bakım sağlayarak, hastane için ek kapasite oluşturun.			X
Yerel makamlarla koordinasyon sağlayarak, hasta bakım ünitesine dönüştürülebilecek ek mekanları (örneğin, oteller, okullar, topluM merkezleri, spor salonları) belirleyin			X
Gereken durumlarda zorunlu olmayan hizmetleri (örneğin, elektif cerrahi vakalar) iptal edin. Kabul ve taburcu kriterlerini belirleyin. Hastalara ve klinik müdahalelere, mevcut tedavi kapasitesi ve talebe göre öncelik verin			X

3. ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL

Hastalara, hastane çalışanlarına ve ziyaretçilere sağlık hizmetiyle ilgili enfeksiyon bulaşma riskini asgariye indirmek için operasyonel bir Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programı gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Sağlık çalışanları, hastalar ve ziyaretçilerin solunum, el hijyeni ve sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyonların önlenmesiyle ilgili bilgisi olduğundan emin olun. Sözlü talimat/açıklama, bilgilendirme afişleri, kartlar vb. sağlayın. Mümkünse, hastanenin stratejik noktalarına el hijyeni noktaları (su, sabun, kağıt havlu, alkollü el temizleyici) ve atık kutuları yerleştirin.			X
Sağlık çalışanlarının standart önlemleri tüm hastalara uygulamasını sağlayın.			X
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 vakaları için önerilen damlacık ve temas önlemleri bulunmaktadır. Bu önlemler hasta asemptomatik duruma gelinceye kadar sürmelidir			X
Hastalar havalandırması yeterli (hasta başına 60 L /saniye) tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Tek kişilik oda yoksa, COVID-19 şüphesi olan hastalar birlikte gruplanmalıdır. Şüpheli ve teyit edilmiş vakaları birbirleriyle karıştırmayın			X
Hastalarda COVID-19 şüphesi olup olmadığına bakıl- maksızın yataklar arasında bir metre mesafe olmasını sağlayın.			X
Ekipmanların tek kullanımlık ve atılabilir olduğundan ya da hastalar için ortak kullanılan ekipmanın (örneğin, stetoskoplar, kan basıncı ölçer bileklikler, termometreler, yemek tepsileri) her hasta için kullanımdan önce temizlendiği ve dezenfekte (örneğin, %70 etil alkol ile) edildiğinden emin olun			X
Hastanın temas ettiği yüzeyleri düzenli temizleyin ve dezenfekte edin. Ambulansların rutin temizliği ve dezenfeksiyonunda COVID-19 için önerilen standart ve kılavuzlara uygun yöntemleri uygulayın			X

Sağlık çalışanlarının şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 hastalarının odasına girmeden önce damlacık ve temas önlemlerini almasını sağlayın			X
Sağlık çalışanlarının trakeal entübasyon, noninvaziv ventilasyon, trakeotomi, kardiyopulmoner resüsitasyon, entübasyon öncesi manuel ventilasyon, bronkoskopi, nazofarengeal sürüntü/aspirasyon ve otopsi gibi aerosola neden olan işlemlerde havayla ilgili önlemleri almasını sağlayın.			X
Mümkünse bulaşma riskini azaltmak üzere, bir sağlık çalışanları ekibini sadece şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 bakımını yapmak üzere görevlendirin. Ekibin (sağlık çalışanları, temizlik personeli) standart, temas, damlacıklar, havayla ilgili önlemler (Kişisel Koruyucu Ekipmanın - KKE- doğru kullanımı, takma ve çıkarma, uygun maskeler, el hijyeni, solunum hijyeni vb) hakkında eğitim almasını sağlayın			X
Çalışanların uygun kişisel koruyucu ekipmana (örneğin, tıbbi/cerrahi ve N95/FFP2 maskeler, eldivenler, önlükler, göz koruyucular) kolayca erişimini sağlayın. Eğer KKE sayısı sınırlı ise vaka bakımı yapanlara öncelik tanıyın			X
Tıbben gerekmedikçe hastaları odalarından ya da bulundukları alandan çıkarmayın ve nakil yapmayın. Belirlenmiş seyyar röntgen (X-ray) donanımı ve/ veya belirlenmiş diğer tanı ekipmanını kullanın. Nakil gerekirse, çalışanlar, diğer hastalar ve ziyaretçiler için maruzluğu asgariye indirecek şekilde önceden belirlenmiş güzergahı kullanın ve hastanın uygunsa medikal maske takmasını sağlayın ya da solunum hijyenini güçlendirin. Hastaların naklini yapan sağlık çalışanlarının el hijyenine dikkat etmesini ve gerekli KKE kullanmasını sağlayın. Hastayı kabul edecek alandakileri almaları gereken önlemler konusunda hasta alana varmadan mümkün olduğunca önce bilgilendirin			X
Ziyaretçi sayısını hastaya destek için gerekli kişilerle sınırlandırın. Ziyaretçilerin damlacık ve temasla ilgili önlemlere uymasını sağlayın			X
Hastanın odasına giren tüm kişilerin, tüm çalışanlar ve ziyaretçiler dahil, kaydını tutun.			X

Laboratuvar örnekleri, çamaşırhane, yemek servis malzemeleri ve tıbbi atıkları Enfeksiyon Önlem ve Kontrol programında belirtilen rutin güvenlik prosedürlerine göre yönetin			X

4. VAKA YÖNETİMİ

COVID-19 akut solunum enfeksiyonunda yeterli tedavinin sağlanması için sonuç alıcı, doğru bir triyaj sistemi ve organize bir yatan hasta yönetimi stratejisi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Trijaj, erken tanı ve kaynak kontrolü için uygulama mekanizmalarını sağlayın (COVID-19 şüphesi olan hastaları izole ederek)			X
Sağlık tesisinin girişinde, eğitilmiş personelin bulunduğu, yeterli donanıma sahip bir triyaj noktası oluşturun. Semptomatik hastaların durumlarını sağlık çalışanlarına bildirmelerini sağlamak amacıyla kamusal alanlarda güncel vaka tanımına göre belirlenen anketlerin kullanımını sağlayın ve bilgilendirici afişler asın			X
Sağlık çalışanlarının klinik şüphe düzeyinin yüksek olmasını sağlayın			X
Solunum semptomları ve/veya ateşi olan kişiler için ayrı bir bekleme ve muayene alanı belirleyin. Bu alan çok iyi havalandırılmalı, geçişler az olmalı ve güvenliği sağlanmalıdır. Bu gruptaki hastalar arasında solunum sıkıntısı semptomları ve önceden mevcut ciddi sorunu olanlara tıbbi değerlendirmede öncelik tanıyın			X
Hastaneye gelen hastaların triyajı için mümkünse hastane dışında, ek alanlar oluşturmayı dikkate alın			X
Tüm triyaj operasyonlarının gözetim/denetiminden sorumlu bir triyaj sorumlusu atayın.			X
Akut solunum enfeksiyonu vakaların belirlenmesini sağlayacak bir triyaj protokolü oluşturun. COVID-19 şüphesi olan vakalar için yeterli mesafenin gözetildiği bir alan gereklidir.			X
Standart ve damlacıkla ilgili önlemlerin her zaman uygulanmasını sağlayın.			X

Yerel sağlık makamlarıyla koordinasyon sağlayarak hastanenin şiddetli akut solunum yolu enfeksiyon hastalarının yatış, iç nakil, sevk ve taburcu stratejisini, ilgili kriterler ve operasyonel protokollere uygun olarak, uygulayın			X
Covid 19 akut solunum yolu enfeksiyonu hafif vakalarda, COVID-19 için ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olmayan kişiler için evde bakımı değerlendirin. Tercihen bir aile üyesini bakım veren olarak belirleyin.			X
Covid 19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarında, COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olanları hastaneye yatırın.			X
COVID-19'un seyrinde ciddiye da ölümcül risk oluşturan komorbiditesine bakılmaksızın destek bakım ve vital bulguların sürekli/düzenli izlenmesini gerektiren ağır COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarının yatışı için yeterli sayıda yatağın hazır olmasını sağlayın			X
Vital bulguların (örneğin; vücut ısısı, kan basıncı, nabız, solunum hızı, bilinç düzeyi, dehidrasyon ya da şokla ilgili klinik işaretler) ve oksijen saturasyonunun (nabız oksimetresi veya kan gazı analizleri) düzenli izlenmesini sağlayın.			X
Entübe hastalar için oksijen desteği araçları ve yeterli sedasyon sağlayın. Oksijen maskeleri ve nazal kanüller tek kullanımlık olmalıdır.			X
Hasta bakımında ulusal ve uluslararası kılavuzları izleyin Tüm çalışanların vaka yönetimiyle ilgili ulusal ve uluslararası kılavuzlardan haberdar olmalarını sağlayın.			X
İlgili hastane personeline, hasta nakledecek hastanelere ,kliniklere, birinci basamak sağlık hizmetlerine, ambulans servislerine hasta kabul kriterleri ve triyaj lojistiği (örneğin, konum, giriş/çıkış yolları) hakkında iletişim kurun.			X

Sağlık personelinin, ilaçların lisans dışı kullanımının ilgili protokollere göre yapıldığını ve çıktılarının standardize değişkenlere göre kayıt edildiğini bildiğinden emin olun.			X

5. İNSAN KAYNAKLARI

İnsan kaynakları yönetimi, belirlenmiş temel hizmetler devam ederken, insan kaynaklarına artan talep karşısında yeterli çalışan kapasitesini ve operasyonların sürekliliğini sağlamak üzere şekillenmelidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Çalışanların temas/iletişim bilgilerini güncelleyin.			X
Çalışanların devamsızlık (görev başında olmama) durumunu önceden tahmin edin ve düzenli olarak izleyin.			X
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 olan ya da teyit edilmiş, olası veya şüpheli COVID-19 hastasıyla karşılaşmış çalışanların izlenmesi ve yönetimi için net bir politika belirleyin (bu politika, maruz kalma seviyelerini tanımlamalıdır.)			X
Her departman/servis/birimin yeterli hizmet vermesini sağlamak için gereken asgari sağlık çalışanı ve diğer çalışan sayısını belirleyin			X
Çalışan ihtiyacını departman/servis/birime göre önceliklendirin ve personel dağılımını da bu şekilde yapın.			X
Öngörülen ihtiyaca göre, mevcut çalışanlara ek çalışanlar (örneğin, emekli personel, ihtiyat askeri personel, üniversite ilgilileri/öğrencileri, toplum gönüllüleri) belirleyin ve eğitim verin			X
Hasta akınında destek olarak, departman/servis/birim çalışanlarını talebin yüksek olduğu alanlarda (örneğin enfeksiyon hastalıkları, acil ve yoğun bakım üniteleri) çalışmaya hazırlayın			X

Çalışanların yetkinliğini ve güvenliğini geliştirmek için, enfeksiyon önleme ve kontrol, klinik yönetimi dahil, ihtiyaç duyulan alanlarla ilgili eğitim ve tatbikatlar düzenleyin			X
Çalışanların vardiyalı ve daha uzun süreli çalışma saatleri için esnek davranabilmelerini sağlamak üzere aile destek önlemlerini (örneğin, seyahat, çocuk bakımı, hasta ya da engelli aile bireylerinin bakımı) belirleyin ve çalışma saatleri dışındaki zamanı iyileştirin			X
Çalışanların aileleri ve hastalar için, sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar, tercümanlar, din görevlileri dahil, multi-disipliner psikososyal destek ekiplerinin hizmet vermesini sağlayın			X
Uzmanlık alanları dışında çalışma durumundaki personelle ilgili yükümlülük, sigorta (mesleki zorunluluk sigortası vb.) ve geçici lisans konularını çözümleyin			X
Gönüllü çalışanların yönetimi (güvenlik araştırması, kabul etme, red etme, yükümlülük konuları vb.) için belirlenmiş politikaların yürütülmesini sağlayın.			X
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu komplikasyonları bakımından yüksek riskli personelin yeniden görevlendirilmesini dikkatle değerlendirin.			X

6. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA BAKIMININ SÜREKLİLİĞİ

COVID-19 salgını temel medikal ve cerrahi bakım (örneğin, acil servisler, acil cerrahi operasyonlar, ana ve çocuk sağlığı) için var olan gereksinimini ortadan kaldırmayacaktır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanenin tüm hizmetlerini öncelik sırasına göre listeleyin.			X
Hastanenizin her zaman ve her koşulda sağlaması gereken hastane hizmetlerini belirleyin ve sürdürün.			X
Tanımlanan temel hastane hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için gereken			X

kaynakları (insan kaynakları ve lojistik) belirleyin.			
Sağlık hizmetine talebin yüksek olduğu diğer olası acil durumları (örneğin, afetler, kitlesel yaralanmalı olaylar) dikkate alarak yerel sağlık hizmetleri ağındaki hazırlık mekanizmaları hakkında bilgi edinin.			X

7. SÜRVEYANS: ERKEN UYARI VE İZLEM

Sağlık tesislerinde olağandışı sağlık olaylarını (örneğin, vaka kümeleri, atipik klinik görünüm vb.) fark eden ve hemen bildiren sağlık çalışanları erken uyarı fonksiyonunun önemli bileşenidir. Erken uyarı fonksiyonuna hizmet etmenin yanı sıra, sistematik olarak toplanan ve analiz edilen laboratuvar ve epidemiyoloji verileri, sağlık yöneticilerinin COVID-19'un seyrini izlemesini ve ciddi sonuçlar bakımından en risklilere yönelik yapılması gereken müdahalelerle ilgili bilgilendirmeyi mümkün kılmakta ve hastane yöneticilerinin duruma uygun plan yapmasına yardımcı olmaktadır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanede bir epidemiyolojisti erken uyarı ve süreyansla ilgili tüm faaliyetlerden sorumlu olarak sürdürün.			X
Toplanması gereken tüm bilgileri belirleyin ve bilginin kullanım amaçlarını tanımlayın			X
Olağandışı sağlık olaylarının (COVID-19) sağlık çalışanları tarafından rapor edilmesini, hastane içinde ve sağlık yöneticileri ile iletişim kanalları ve prosedürler oluşturarak, geliştirin.			X
Ulusal sağlık politikası ve talimatları doğrultusunda veri toplama ve raporlama mekanizmaları geliştirin			X
Standart vaka tanımlarını, önerilen süreyanskriterlerini, süreyans eskalasyonu ya da deeskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele alın.			X
Sağlık çalışanlarının olağandışı sağlık olayı raporlarını ve/veya izlem faaliyetleri sırasında belirlenen olağandışı bulguları derhal araştırın.			X

İzlem faaliyetleri ve/veya olağandışı sağlık olaylarının ve/veya bulgularının araştırılması ile sağlanan bilginin hastanedeki klinik uzmanlar, ön safta çalışanlar ve diğer ilgili karar vericilerle hemen paylaşılmasını sağlayın			X
COVID-19 için hastaneye yatan kişilere test yapılırken, standart vaka tanımlarını, önerilen süreyans kriterlerini, süreyans eskalasyonu ya da deskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygunluğunu sağlayın.			X
Tüm çalışanların standart vaka tanımlarını, önerilen süreyans kriterlerini, süreyans eskalasyonu ya da deskalasyonu belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele almalarını ve aldıkları eğitimle olağandışı sağlık olaylarını ayırt etmelerini sağlayın			X

8.İLETİŞİM

Doğru ve zamanında iletişim, bilgiye dayalı karar verme, etkili destek ve işbirliği, kamu farkındalığı ve güvenin sağlanması bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane yönetimi, departman/servis/birim sorumluları ve hastane çalışanları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırıcı iletişim mekanizmalarını oluşturun			X
Hastane çalışanlarına OYS çerçevesinde COVID- 19'un yönetimindeki rol ve sorumlulukları hakkında brifing verin			X
İlgili tüm çalışanlar ve paydaşların klinik triyaj, hasta önceliklendirmesi (örneğin, uygulanan yatış ve taburcu kriterleri), enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri, vaka yönetimi ile ilgili politikalar ve hastane epidemiyolojisi hakkındaki tüm kararlardan haberdar olmasını sağlayın			X
Bilgi toplanması, işlenmesi ve üst yönetici paydaşlara (örneğin, sağlık yöneticileri) rapor edilmesi ve onlar aracılığıyla yakındaki hastanelere, özel sağlık çalışanlarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine iletilmesini sağlayın			X

Farklı hedef kitleler (örneğin, hastalar, ziyaretçiler, çalışanlar, toplum, medya) için hazırlanacak COVID-19 ile ilgili çeşitli senaryolarda verilecek ana mesajları önceden belirleyin			X
Kamu, medya ve sağlık makamları ile iletişimi koordine etmek üzere bir kamu bilgilendirme sözcüsü belirleyin			X
Haberleşme sistemlerinin asıl ve yedeklerinin (örneğin, sabit hatlar, internet, mobil cihazlar, çağrı cihazları, uydu telefonları, çift yönlü telsiz ekipmanı, rehberde olmayan numaralar) güvenilirliğini ve sürdürülebilirliğini sağlayın, güncel temas/iletişim listelerini hazır bulundurun. Temas listesini düzenlerken kişileri belirtmek yerine görevleri belirtin.			X
Ulusal düzeyde mevcut sevk mekanizmalarını ve ilgili haberleşme mekanizmalarını öğrenin			X

9.LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ (FARMASÖTİKLER DAHİL)

Hastane hizmetlerinin sürekliliği ve farmasötikler dahil temel ekipman ve malzemelerin hazır olması için kaynak ve tesis yönetimine proaktif bir yaklaşım gerekmektedir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Tüm ekipman, malzemeler ve farmasötikler için güncel bir envanter geliştirin ve kullanın; eksiklikler için ikaz ve yeniden sipariş mekanizması oluşturun			X
Olası bir salgınla ilgili senaryoya dayanarak temel ekipman, malzeme ve farmasötik tüketimini (örneğin, haftalık kullanım miktarını) hesaplayın			X
Temel ilaç ve malzemenin sürekli tedarikini sağlamak üzere (örneğin, kurumsal ve merkezi stoklar, yerel tedarikçilerle acil durum sözleşmeleri, bağışlar) yetkililerle görüşün			X
Olası acil durumlarda kullanılacak malzemeyi satın alırken önce kalitesini kontrol edin, kalitenin belgelendirilmesini isteyin			X

Tedarikçilerle olası acil durumlar için anlaşmalar (örneğin, mutabakat anlaşması, karşılıklı yardım sözleşmesi) yaparak, yokluğu halinde ekipman, malzeme ve diğer kaynakların en kısa sürede temini ve teslimini sağlayın.			X
İlave malzemeyi depolamak ve stoklamak için hastane içerisinde bir fiziki alan belirleyin. Bu alanın, erişilebilirlik, güvenlik, uygun ısı, havalandırma, aydınlatma düzeyi ve nem dahil, özelliklerine dikkat edin. Soğutma gerektiren temel maddeler için kesintisiz soğuk zincir sağlayın.			X
Gerekli malzeme ve farmasötikleri belirtilen talimatlara uygun şekilde depolayın. Stoklanmış maddelerin zamanında kullanımını sağlayın, tüketim tarihinin geçmesi nedeniyle kayıpları önleyin.			X
Hastane eczanesinin evde ya da diğer alternatif tedavi alanlarında/mekanlarında tedavi gören vakalara farmasötik sağlamadaki rolünü tanımlayın.			X
Temel hizmetler için gerekli ekipmanın kullanıma hazır bulunması ve anında onarımı için bir mekanizma oluşturun. Diğer ekipmanın bakım ve onarımını erteleyin.			X
Hasta nakillerinin sürekliliğini sağlamak üzere, ambulans ekipleri belirlemek gibi bir olası acil durum nakil stratejisi oluşturmak üzere hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle koordinasyon sağlayın (salgın büyüdükçe stratejinin değişmesi gerekebilir.)			X
Medikal malzeme, çalışanlar için gıda vb. bağışların yönetimi için politika belirleyin.			X

10. LABORATUVAR HİZMETLERİ

Temel laboratuvar hizmetlerinin sürdürülmesi hem pandemi hem diğer hastalar ve aynı zamanda COVID-19 ile ilgili hastane tabanlı sürveyans için gerekli klinik yönetimi bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Temel laboratuvar testlerinin (örneğin, tam kan testi, biyokimya profili, elektrolitler, kan gazı analizi, kan kültürü ve balgam incelemesi) sürekliliğini sağlayın.			X
Temel laboratuvar malzemeleri ve kaynaklarını belirleyin ve sürekli mevcut olmalarını sağlayın.			X
Laboratuvar personeli için yedekleme yapın ve/veya alternatif laboratuvar hizmetlerini belirleyin.			X
Hastane tabanlı sürveyans için, laboratuvar verilerinin klinik yönetiminden ve sürveyanstan sorumlu hekimlere ve sağlık makamlarına hemen iletilmesi için gerekli mekanizmaları belirleyin.			X
Klinik gereklilik ve hastane tabanlı sürveyans ihtiyaçlarına göre solunum virüsleri (örneğin, COVID-19) testlerinin yapılmasına öncelik verin. Gerektiğinde, farklı tanılar için bir solunum patojenleri paneli kullanın.			X
COVID-19'un belirlenmesi, teyidi ve izlemi için (virüs karakteristiklerinde virülans, bulaş ve antivirüs rezistans gibi değişiklikler dahil) laboratuvar da izlenecek bir yönlendirme yolu belirleyin.			X
Örneklerin sevki konusunda, ulusal ve uluslararası taşıma düzenlemeleri ve gereklerine uygun olarak, paketleme ve taşıma prosedürleri oluşturun ve çalışanları bilgilendirin.			X

11. TEMEL DESTEK HİZMETLERİ

COVID-19 salgını sırasında hasta bakımını optimize etmek için temel destek hizmetlerini (örneğin, çamaşırhane, temizlik, atık yönetimi, beslenme hizmetleri ve güvenlik) belirlemek ve sürdürmek gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın

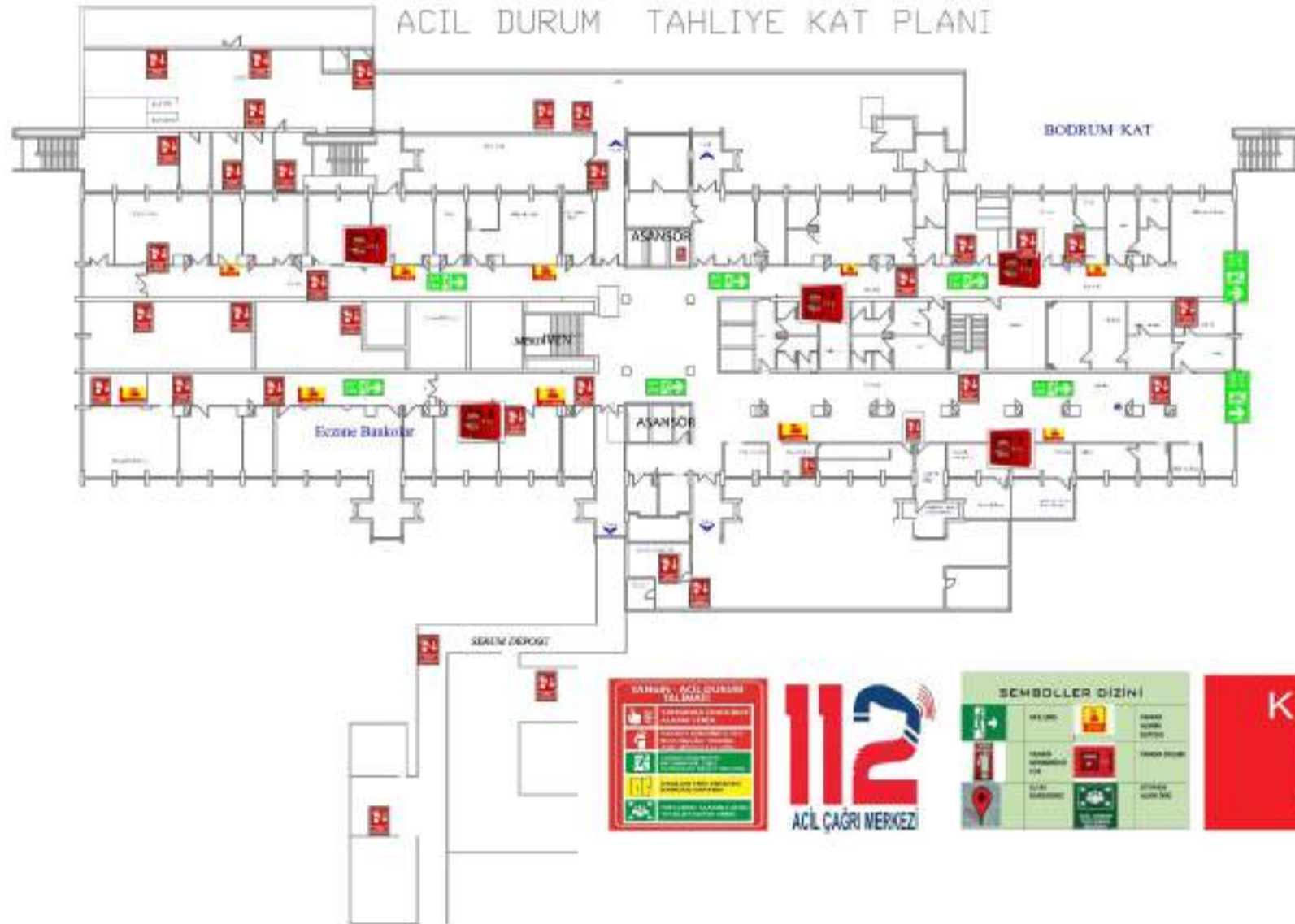
Önemli Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Destek hizmetleri için gereken ilave malzemeleri hesaplayın ve bu malzemelerin sürekli mevcut olması için bir mekanizma geliştirin.			X

Destek hizmetlerini artan taleple baş edebilecek şekilde uyumlu hale getirin.			X
COVID-19'un hastanenin gıda malzemelerine muhtemel etkisini öngörün; gıdanın sürekliliğini sağlamak için pro-aktif önlemler alın.			X
Su, enerji ve oksijen gibi temel alt yapılar için gereken yedekleme/destek düzenlemelerini sağlayın.			X
Potansiyel güvenlik sorunlarını belirlemede ve tesise erişim, temel farmasötik stoklar, hasta akışı, trafik, park konularını optimize etmede hastane güvenliğinin girdilerinden yararlanın.			X
Geçici morg olarak kullanılmak üzere bir alan belirleyin; yeterli sayıda ceset torbası ve kefen/örtü bulunmasını sağlayın.			X
Ölüm sonrası hizmetler konusunda ilgili paydaşlarla (örneğin, cenaze hazırlık ve defin hizmetleri) bir olası acil durum planı yapın.			X

EK -2E KROKİLER

2026 YILI İÇİN GÜNCEL ŞEKİLEDİR.

ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI



KIRMIZI
KOD
0110

ACIL DURUM TAHLİYE KAT PLANI



YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİKLE ALARM VERİN.**
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜYÜ BULUNDUĞU YERDEN ALIP MÜDHAFAZE EDİN.**
- YANGIN İZLENİMİNE İM YAKIN ALIN. LAFS, SAĞIRCIYI İZMİYİ TERS EDİN.**
- ODALARI TERK EDERKEN KAPILARI KAPATIN.**
- TOPLANMA ALANINA GİRİŞİ KONTROLÜNE KAPIN VERİN.**



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACİL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TUP		YANGIN DOLABI
	ŞİLİYİ BURDAKINIZ		ÇIKIŞ ALANI ÇIKIŞ

**KIRMIZI
KOD
0110**

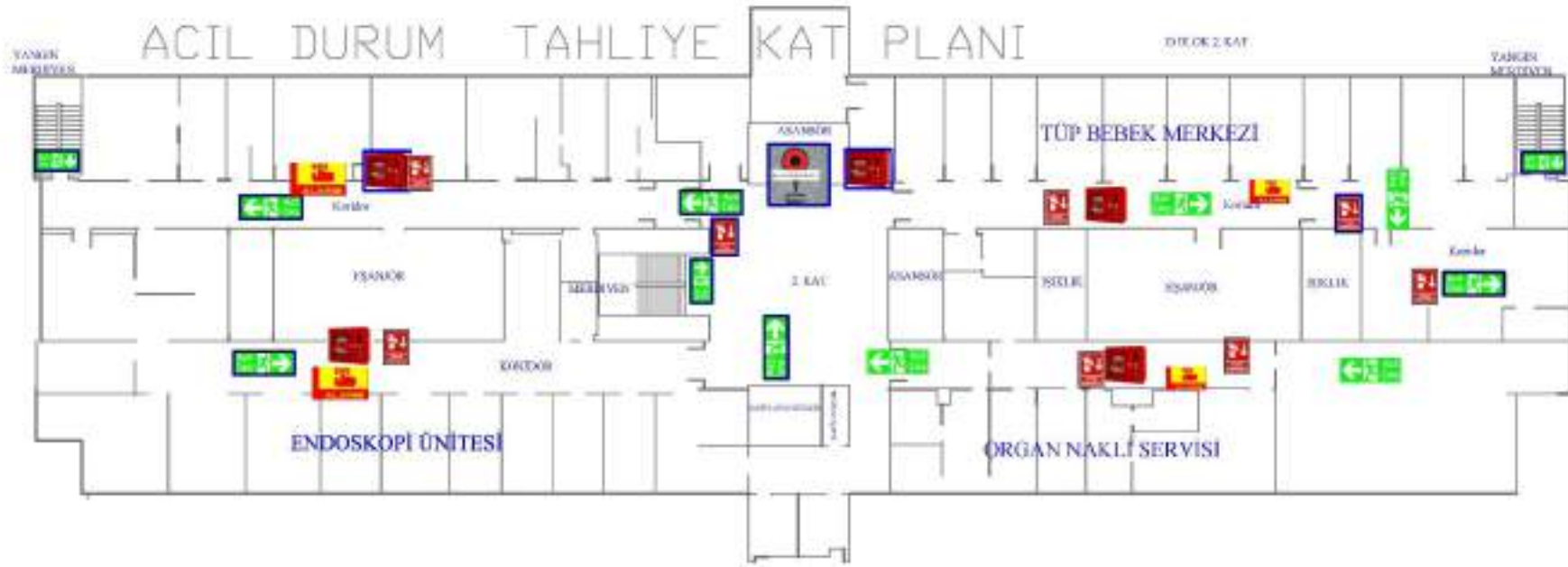
ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI



SEMBOLLER DİZİNİ

	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BİTTİRİCİ
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ		YANGIN DOLABI
	BULAN BİRİNCİ		OTOPARK ALANI ÖZÜ





YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİLE ALARMI VERİN.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ BULUNDUĞU YERDEN ALIP İNDİRİLMELİDİR.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ Kİ YANLI ATEŞ ÇIKIYORSA KAPATILMALI VE ALARMI VERİLMELİDİR.
- ÖZELLİKLE TÖREK İÇERİSİN KAPILARI KAPATILMALI.
- TÖREK İÇERİSİN ALARMI VERİLMELİDİR.



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇAĞRI		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜR		YANGIN DOLABI
	BU AN BULUNUŞU		OTOPARK ALANI ÇIKIŞI

**KIRMIZI
KOD
0110**



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TİP		YANGIN DOLABI
	BAĞIRI BİREKİM		OTOPARK ALANI ÇIKIŞI





SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜR		YANGIN DOLARI
	BURADA SİZİMLERİZ		OTOPARK ALANI ÖNGÖRÜSÜ



ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI

D BLOK 5. KAT



YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİKLE ALARM VERİN.
- YANGIN KÖNDÜRÜCÜSÜ BULUNDURULUŞ YERİNİ ALIP MÜDHALE EDİN.
- YANGIN KÖNDÜRÜCÜSÜ YOKSA YAKIN ACIL ÖLME KÜLTÜRÜMÜZ BİNA YERİNİ KÖNDÜRÜCÜSÜ BULUNDURULUŞ YERİNİ ALIP MÜDHALE EDİN.
- ODALARI TENE KİTAPIN KAPILARI KAPATIN.
- TUTANAKA ALANINA GİRİP HİTULUVE RAPOR VERİN.



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN KÖNDÜRÜCÜ TUP		YANGIN DOLAB
	SİLAH BORDASINIZ		OTOPARK ALARM ÖNÜ

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI

D.BLOK 6. KAT



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACİL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TİPİ		YANGIN DOLAN
	BİZ ARI BULUNDURUZ		İTOMPAK ALANI ÖNE

**KIRMIZI
KOD
0110**



SEMBOLLER DİZİNİ

	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TUP		YANGIN SÖNÜLMÜ
	SU AN BULUNAN		OTOPARK ALANI ÇIKIŞ



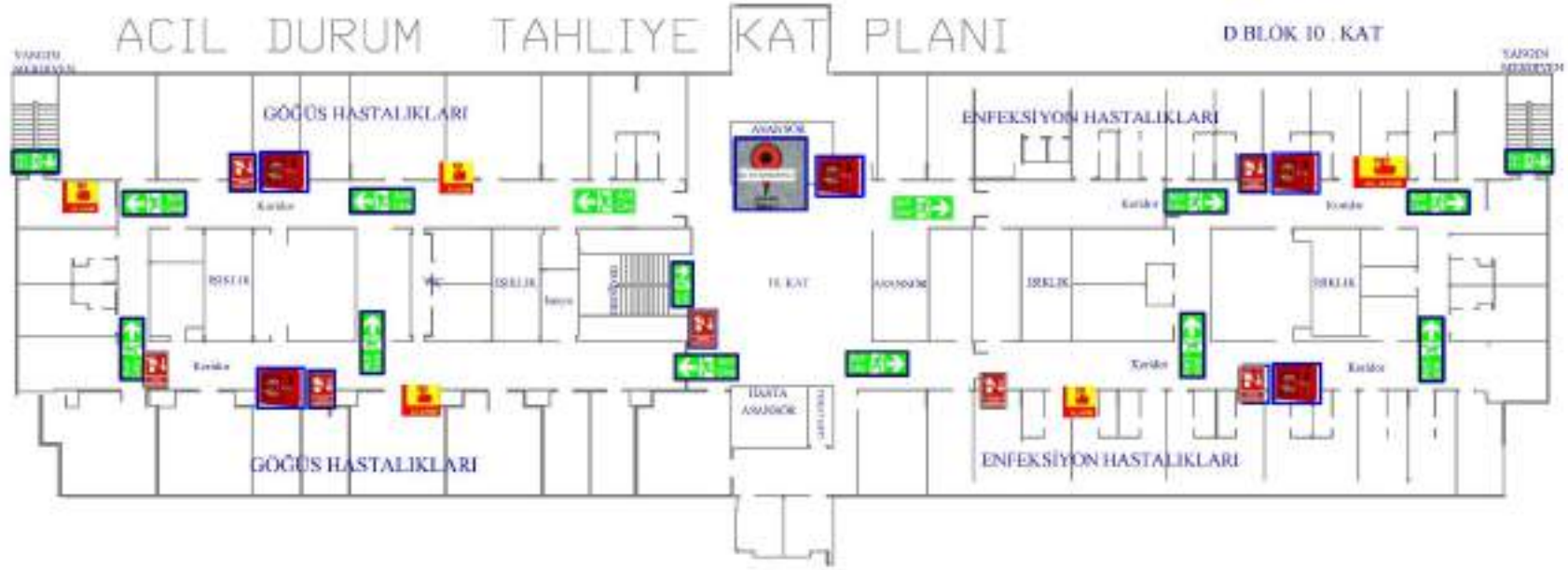
ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI

D BLOK 8. KAT



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACİL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMA BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TEP		YANGIN DOLABI
	30 KM BİRDAŞIŞ		OTURMA ALANI ÖNE

**KIRMIZI
KOD
0110**



SEMBOLLER DİZİNİ

	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜR		YANGIN DOLABI
	ŞU AN BULUNUYORUZ		OTOPARK ALANI DİRE



ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	KANERİ SÖNDÜRÜCÜ YERİ		YANGIN DOLABI
	Şİ RV BURDASINI		OTOPARK ALANI DİĞİ

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLİYE KAT PLANI

A-B BLOKLARI 2.KAT



YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİKLE ALARMI VERİN.**
- YANGINI SÖNDÜRÜCÜYÜ BULUNDUĞU YERDEN ALIP KULLANILABİLİR.**
- YANGINI SÖNDÜRMEYE BİTİRİNCİ ACIL ÇIKIŞ KAPILARINI SÖNDÜRMEK İÇİN KULLANIN.**
- ODALARI TERK EDERKEN KAPILARI KAPATIN.**
- TOPLANMA ALANINA GİRİŞ YITİRLİVE RÂNDOLU VERİN.**



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜRÜ		YANGIN DOLABI
	SUARI BURDAKINIZ		ÖCÜFÂRE ALANI ÖNGİ

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLİYE KAT PLANI

A-B BLOKLARI ZEMİN.KAT



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TEP		YANGIN DOLAN
	31.01.2023		OTOPARK ALANI ÖNÜ



ACIL DURUM TAHLİYE KAT PLANI

C BLOK 1.KAT



YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİKLE ALARMI VERİN.**
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜNE BAKIMINDAĞI YERDEN ALPİ MÜDHAFALE EDİN.**
- YANGIN SÖNDÜRMEDE EN FAZLA ACIL DURUM BÜYÜKLERİNİ ÖNE ALIN.**
- ODALARI TERK EDEREK KAPILARI KAPATIN.**
- TOPLANMA ALANINA GEREK YERİNE GELMEK İÇİN BEKLEYİN.**



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜR		YANGIN DOLABI
	OLAN BURDAK		ÇIKIŞ ALANI ÖNE

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLİYE KAT PLANI

C BLOK ZEMİN KAT



YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİLE ALARM VERİN.
- YANGIN KONTROLÜYÜ KULAKSIZLARLA YERİNE ALIP MÜHÜRLEMEYİN.
- YANGIN ÇIKARILIRSA YA YAKIN ALAN ÇIKIŞ KAPILARINDAN ÇIKIN YA DA KURTULMA YOLUNU TAKİP EDİN.
- ÖZELLİKLE TEŞKİLATI KAPILARI KAPATIN.
- TOPLANMA ALANINA GİRİŞ YERİNE YERLEŞİN.



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜR		YANGIN SÖNDÜRME
	SU AN BULUNAN		İSTİFARAT ALANI

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLİYE KAT PLANI E BLOK 1.KAT



YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİKLE ALARM VERİN.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜYÜ BULUNDUĞU YERDEN ALIP MÜDAHALE EDİN.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ EN YAKIN ACİL ÇIKIŞ NOKTASINDAN BAŞVATTI YERİ KÖR.
- ODALARI TERK EDERKEN KAPILARI KAPATIN.
- TOPLANMA ALANINA GÖRE YETKİLİYE RAPOR VERİN.



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜR		YANGIN DOLABI
	SU AN BULUNUYORSUNUZ		OTOPARK ALANI ÖNÜ

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLİYE KAT PLANI



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ		YANGIN DOLABI
	SU AN BULUNAN		OTOMATİK ALARMI DİĞİ



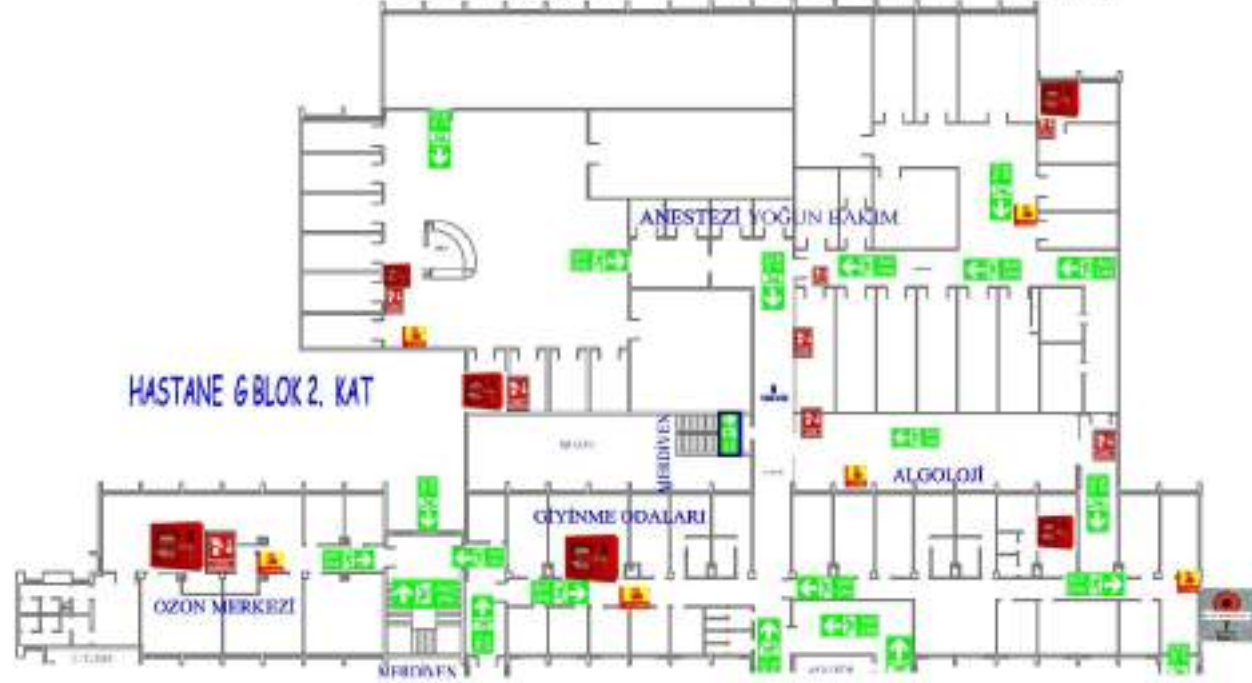
ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI

[illegible]

SEMBOLLER DİZİNİ			
	AKIL ÇOK		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNÜLTÜRÜCÜ TUP		YANGIN DOLAN
	OLASILIK BUREVANE		OTOPARK ALANI ÖNÜ

KIRMIZI
KOD
0110

ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI



YANGIN - ACIL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİLE ALARM VERİN.
- YANGINI SÖNDÜRÜCÜYÜ BULUNDUĞU YERDEN ALIP KULLANABİLİRSİNİZ.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜYÜ EN YAKIN AĞIL ÜNİTE KAPATILANININ İÇİNDEN KULLANABİLİRSİNİZ.
- ODALARI İÇERİSİNDEKİ KAPILARI KAPATIN.
- TOPLANMA ALANINA GEDİN KETKİLİYE BAĞIR YERİN.

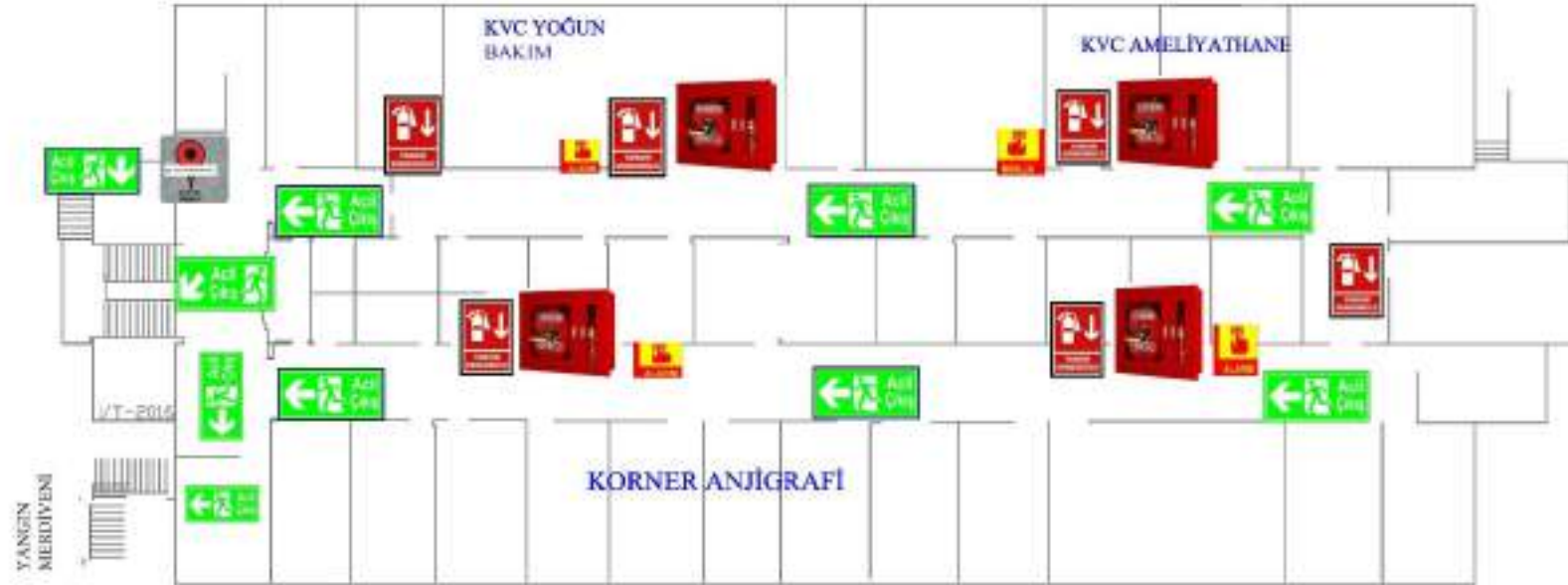


SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACIL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TUP		YANGIN DOLABI
	BULUNURDANIZ		OTOPARK ALANI ÖNGİ

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACİL DURUM TAHLİYE KAT PLANI

KALP HAST. 1. KAT



YANGIN - ACİL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCELİKLE ALARMI VERİN.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ BULUNDUĞU YERDEN ALIP MÜDİREKLE KODU.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ 112 SAKINÇI, ÇOK KAPISINDAN SÖNDÜRÜCÜYÜ TEKA MAH.
- ÖZELARİ TERK EDERKEN KAPILARI KAPATIN.
- YERLERİNE ALAKHNA GİZEM YERİNELENE KAPININ VERİN.

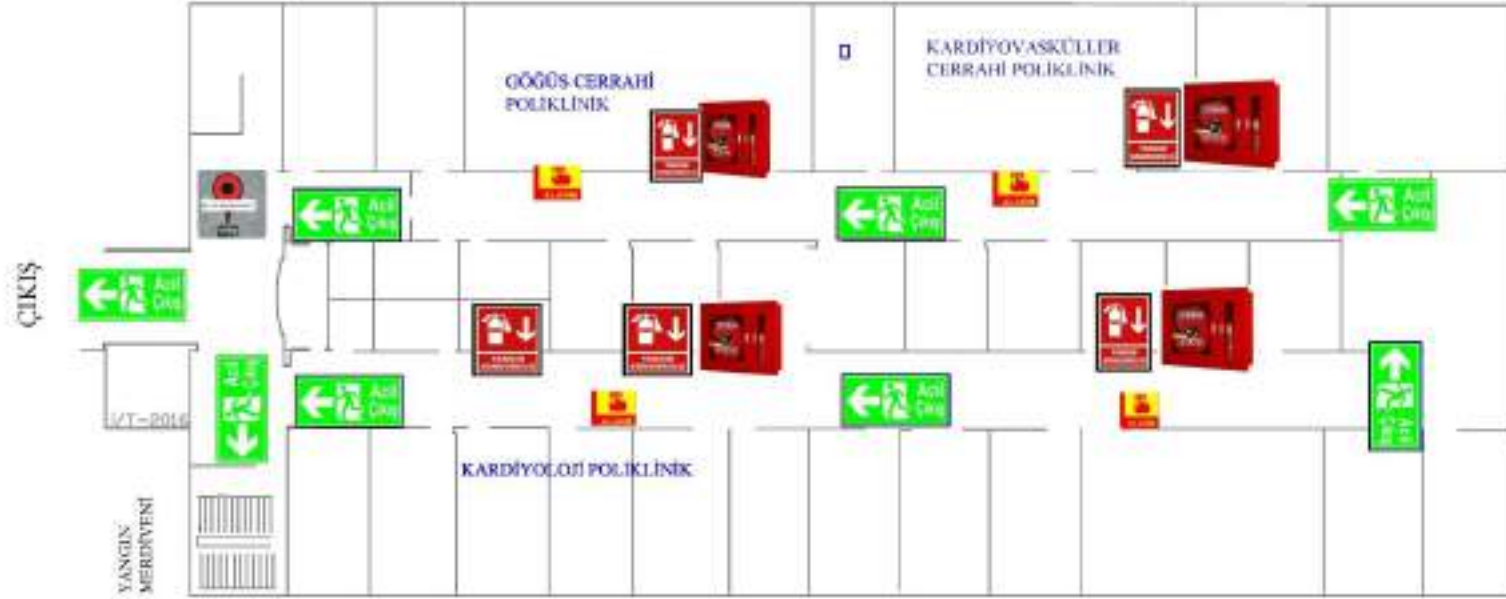


SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACİL ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TÜR		YANGIN DOLARI
	SU AN BULUNULUŞU		OTOPARK ALAN ÇIKIŞI

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACİL DURUM TAHLİYE KAT PLANI

KALP HAST ZEMİN KAT



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACİL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN SÖNDÜRÜCÜ TUP		YANGIN DOLARI
	BAKIM BÜSÜ		OTOPARK ALAN ÇIKIŞ



KALP HAST. 2.KAT



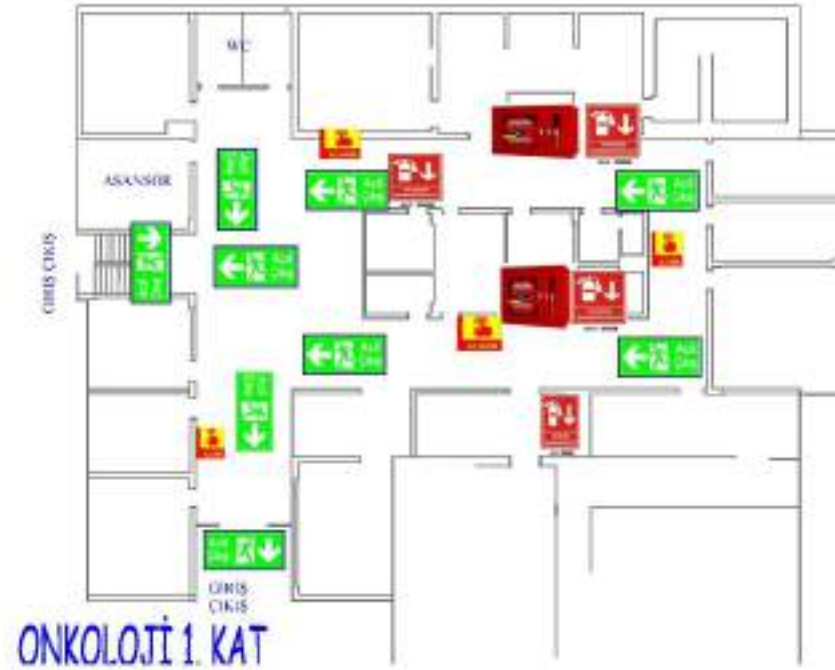
ACİL DURUM TAHLİYE KAT PLANI KALP HAST. 3.KAT



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ACİL ÇIKIŞ		YANGIN ALARM BUTONU
	YANGIN KONTROLÜCÜSÜ		YANGIN DOLABI
	ULAN KURUMU		OTOPARK ALAN DİĞİ

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI



SEMBOLLER DİZİNİ			
	ÇIKIŞ		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN KÖRNEKÇİSİNİ		YANGIN ALARMI BUTONU
	BU AN YERİNDEN		YANGIN ALARMI BUTONU

**KIRMIZI
KOD
0110**

ACIL DURUM TAHLIYE KAT PLANI



SEMBOLLER DİZİNİ			
	AKIL OKU		YANGIN ALARMI BUTONU
	YANGIN KONTROLÜ YIKILMAZ KAYI YERİNE ALINIR		YANGIN DOLAB
	YANGIN KONTROLÜ YIKILMAZ KAYI YERİNE ALINIR		YANGIN DOLAB

**KIRMIZI
KOD
0110**





SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ ZEMİN KAT ACİL DURUM PLANI



YANGIN-ACİL DURUM TALİMATI

- 1. YANGINDA DERİNDİLE ALANA YÖNÜ
- 2. YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ BULUNULAN YERİNE HİT BULUNULAN YERİNE
- 3. YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ KULLANILAN YERİNE HİT BULUNULAN YERİNE
- 4. YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ KULLANILAN YERİNE HİT BULUNULAN YERİNE
- 5. YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ KULLANILAN YERİNE HİT BULUNULAN YERİNE
- 6. YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ KULLANILAN YERİNE HİT BULUNULAN YERİNE

112

ACİL ÇAĞRI MERKEZİ

ACİL DURUM TOPLANMA BÖLGESİ

OTOPARK ALANI ÖNÜ

ZEMİN KAT

SEMBOLLER DİZENİ			
ELEKTRİK PANOSU		ACİL DURUM BUTONU	
DOĞAL GAZ		TAHLİYE YOLU	
YANGIN SÖNDÜRÜCÜ		ACİL ÇIKIŞ	
YANGIN DOLABI		ACİL TOPLANMA ALANI	
SUAN BÜRDASINIZ		HAZIRLAYAN: İNGÖNER TAVERÇİ - 2020	

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ 1.KAT ACİL DURUM PLANI

**ACİL DURUM
TOPLANMA
BÖLGESİ**

OTOPARK ALANI ÖNÜ

SEMBOLLER DİZENİ			
ELEKTRİK PANOSU		ACİL DURUM BUTONU	
DOĞAL GAZ		TAHLİYE YOLU	
YANGIN SÖNDÜRÜCÜ		ACİL ÇIKIŞ	
YANGIN DOLABI		ACİL TOPLANMA ALANI	
ŞUAN BURDASINIZ		HAZIRLAYAN: İSKENDER TAYYUÇU - 2020	



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ 2.KAT ACİL DURUM PLANI



YANGIN-ACİL DURUM TALİMATI

- YANGINCA ÖNCELİLE ALARM YERİN
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜNE BULUNURSA VERİLEN PULP İZDİHALE EDİN
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜNE 10 METER AÇIK ÇIKIŞ YERİNDEN SÖNDÜRÜCÜYÜ YERİN
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜNE KAPALI YERİNDEN
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜNE KAPALI YERİNDEN

112

ACİL ÇAĞRI MERKEZİ

ACİL DURUM TOPLANMA BÖLGESİ

OTOPARK ALANI ÖNÜ

KAT 2

SEMBOLLER DİZENİ			
ELEKTRİK PANOSU		ACİL DURUM BUTONU	
DOĞAL GAZ		TAHLİYE YOLU	
YANGIN SÖNDÜRÜCÜ		ACİL ÇIKIŞ	
YANGIN DOLABI		ACİL TOPLANMA ALANI	
ŞUAN BURDASINIZ		BAZILAYAN İZLENLER TAYYARCI - 201	



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ 3.KAT ACİL DURUM PLANI



YANGIN-ACİL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖNCÜLÜKLE ALARM VERİN.
- YANGIN KONTROLÜCÜSÜ BULUNAMAYAN YERDEN ALIP BULUNAMAZSA KÖŞE.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ KİM YERDEN ALINIR - 112'YE KAPATILAN KAPATILIR YERDE KÖŞE.
- İHAZARİ YERİ KÖŞE KAPATILIR KAPATILIR KAPATILIR.
- TOPLANMA ALANINA ÇIKAR YERİNE KAPATILIR KAPATILIR KAPATILIR.



ACİL DURUM TOPLANMA BÖLGESİ

OTOPARK ALANI ÖNÜ

KAT 3

SEMBOLLER DİZİNİ			
ELEKTRİK PANOSU		ACİL DURUM BUTONU	
DOĞAL GAZ		TAHLİYE YOLU	
YANGIN SÖNDÜRÜCÜ		ACİL ÇIKIŞ	
YANGIN DOLABI		ACİL TOPLANMA ALANI	
ŞUAN BURDASINIZ		HAZIRLAYAN: İKİNCİLER TAVUKÇU - 2020	



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ 4.KAT ACİL DURUM PLANI



KAT 4

KULLANILAN DİĞER			
ELEKTRİK PANHİ		ACİL DURUM BÜYÜME	
DOĞAL GAZ		EMERJEN YOLU	
YANGIN KİNDİRECE		ACİL ÇIKIŞ	
YANGIN DOLABI		ACİL TOPLANMA ALANI	
BAŞKİ BİRDİREME		KULLANILAN BİREYLER TAYINLI - DOK	



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ 5.KAT ACİL DURUM PLANI



YANGIN-ACİL DURUM TALİMATI

- YANGINDA ÖZELİMLE ALARM VERİN.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜYÜ BULUNDURULU YERDEN ALIP BULUNANLA KULLANIN.
- YANGIN SÖNDÜRÜCÜSÜ EN YAKIN ACİL ÇIKIŞ NERESİNDEN BİNAIYI TERK ETİN.
- ODALARIYI TERK EDERKEN KAPILARI KAPATIN.
- TOPLANMA ALANINA GİRİŞ YOLUNU VE KAPILARI VERİN.



SEMBOLLER DİZİNİ			
ELEKTRİK PANOSU		ACİL DURUM BUTONU	
DOĞAL GAZ		TAHLİYE YOLU	
YANGIN SÖNDÜRÜCÜ		ACİL ÇIKIŞ	
YANGIN DOLABI		ACİL TOPLANMA ALANI	
ŞUAN BURDASINEZ		HAZIRLAYAN: İSKENDER TAYYUÇU - 2020	



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ 6.KAT ACİL DURUM PLANI



SİGNEMLER LEGJENDİ			
ELEKTRİK PANOLASI		ACİL DURUM BÜTÜNE	
DOĞAL GAZ		YERLİYE YOLU	
YANGIN SÖNDÜRÜCÜ		ACİL ÇIKIŞ	
YANGIN DOLABI		ACİL TOPLANMA ALANI	
SUAN BURDAŞINIZ		KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ - 240	

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.01.2023-248144



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-030.01-248144
Konu : Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği
Protokolü

02.01.2023

SİVAS BELEDİYE BAŞKANLIĞI

- İlgi : a) 20 Mart 2015 gün ve 29301 sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.
b) Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı için "Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü" Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz tarafından 2 (iki) nüsha olarak düzenlenmiş olup, kurumunuzda kalacak olan 1 (bir) nüshası yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Ek: Protokol (bir nüsha) (2 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BS96TNM2LL Pin Kodu : 49082

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-cbys>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas

Telefon: 0 346 2581326 Faks: 0 346 258 0024

e-Posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Web: www.cumhuriyet.edu.tr

Kep Adresi: cumhuriyetuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Elif KILIÇ

Unvanı: Sağlık Teknikeri

Dahili No: 3462581326



KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas Belediye Başkanlığı arasında yapılan Alternatif Sahra Hastanesi ve Morg protokolüdür.

2) AMAÇ:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, hastane binamızın ve morgun yetersiz kaldığı durumlarda iş birliği yapılarak Alternatif sahra hastanesi ve morg desteği sağlamaktır.

3) KAPSAM:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı ve hastane binamızın ve morgun yetersiz kaldığı durumlarda Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Belediye Başkanlığı arasında yapılan Alternatif Sahra Hastanesi ve Morg protokolü doğabilecek riskleri en az seviyeye düşürmek için karşılıklı yardımlaşma ve işbirliğinin yapılmasına kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Belediye Başkanlığı sorumlu olacaktır.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma İşleri Kalavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.
5. 2009/ 15316 karar sayılı " Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik."

The block contains a handwritten signature in blue ink and a circular official stamp. The stamp is partially legible and appears to be from the Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital.

6. 20 Mart 2015 gün ve 29301 sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.

7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca 18/06/2013 tarih ve 28681 sayılı Resmi Gazetede İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik.

8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.

6) TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ:

1. Afet durumlarında sağlık hizmetinin kesintisiz sürdürülebilmesi adına Sivas Belediye Başkanlığının belirleyeceği bir alan Alternatif sahra hastanesi olarak kullanılacak,
2. Sivas Belediye Başkanlığına ait soğuk hava depolarının morg olarak kullanılması sağlanacak.
3. Kullanılacak araç ve gereçler konusunda destek sağlanacak.
4. Gerek görülmesi halinde müşterek tatbikatların yapılması.
5. Sivas Belediye Başkanlığı Personelleri sağlık hizmetlerinden azami surette faydalanacaklardır.
6. Kurumlar arasında hazırlanan Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolünün yürürlüğe girmesinden kurumların birinci derecedeki amirleri sorumludur.

7) PROTOKOLÜN YÜRÜRLÜĞE GİRİŞİ VE SONA ERMESİ:

1. Protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer. Protokol süresi, imza tarihinden başlamak üzere **5 (Beş) yıldır**. Taraflar her zaman için bu protokol üzerinde anlaşarak maddelerde değişiklikler yapabilirler ve madde koyabilirler. Protokol tarafların arzusu üzerine yeniden uzatılabilir.
2. Taraflar protokolü **1 (bir) ay** öncesinden haber vermek kaydıyla tek taraflı olarak fesih edebilir.

8) Bu protokol bu maddeyle beraber 8 (sekiz) maddeden oluşmuş 2 suret düzenlenmiş
.... / / 2022 tarihinde imza altına alınmıştır.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi

SİVAS BELEDİYE BAŞKANLIĞI

Kahtan ASIK
Belediye Yardımcısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.01.2023-248158



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-030.01-248158
Konu : Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği
Protokolü

02.01.2023

SİVAS BELEDİYE BAŞKANLIĞI
İtfaiye Müdürlüğüne

İlgi : a) 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama
Yönetmeliği.
b) Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı için "Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü" Sağlık
Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz tarafından 2 (iki) nüsha olarak düzenlenmiş olup,
kurumunuzda kalacak olan 1 (bir) nüshası yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Ek:Protokol (bir nüsha) (3 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSR6TNSAZF Pin Kodu : 93201
Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon: 0 346 2581326 Faks: 0 346 258 0024
e-Posta: hastanepacihileri@cumhuriyet.edu.tr Web: www.cumhuriyet.edu.tr
Kep Adresi: cumhuriyetuniversitesi@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.nuskiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-ebys>

İmza için: Elif KILIÇ
Unvanı: Sağlık Teknikeri
Dakik No: 3462581326



KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas Belediye Başkanlığı (İtfaiye Müdürlüğü) arasında yapılan **Yangın Güvenliği** protokolüdür.

2) AMAÇ:

Seferberlik ve Olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil Durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı kılmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve işbirliği protokolü ile hızlı, uygun ve etkin bir şekilde kullanmak üzere personel, araç, gereç, tıbbi malzeme, teçhizat ve her türlü tedbir ve önemin alınmasında ihtiyaç malzemelerinin karşılanmasını ve yardımlaşmayı sağlayacak can ve mal kaybının en aza indirilmesini sağlamaktır.

3) KAPSAM:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü ile hızlı ve etkin bir şekilde kullanmak üzere Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Belediye başkanlığı (İtfaiye Müdürlüğü) arasında karşılıklı yardımlaşma ve işbirliğinin yapılmasını kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi ile Sivas Belediye Başkanlığı adına (İtfaiye Müdürlü) sorumludur.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma işleri Kılavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.

5. 2009/ 15316 karar sayılı “ Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik.”

6. 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.

7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca 18/06/2013 tarih ve 28681sayılı Resmi Gazetede İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik.

8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.

6) TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ:

Olağanüstü Hal ve Savaş, Afet (Deprem, Yangın, Sel Baskını, vs.) Durumlarında:

a. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinin deprem, yangın, sel vs. gibi tehlikelere maruz kalması durumunda İtfaiye araç, gereç ve personelleri ile her konuda yardımcı olmak.

b. Hastanede çıkacak yangınlara karşı hastanemizde teşkil edilmiş olan Kurtarma ve söndürme ekipleri ile birlikte çalışarak müdahale etmek ve söndürmek.

c. Sel baskınlarına müdahale etmek.

ç. Doğal afetler ve olağanüstü durumlarda hastane ekipleri ile birlikte kurtarma çalışmalarına katılmak.

d. Nükleer, Biyolojik, Kimyasal maddeler ile kirlenmiş alanların temizlenmesine yardımcı olmak.

e. Hastanemizde kullanılacak yangın malzemelerinin standart hale getirilmesine yardımcı olmak.

f. Hastanemizde yapılacak olan afet, yangın eğitim ve tatbikatlarında personel, araç ve malzeme yardımında bulunmak.

g. Hastanemizin yapacağı yıllık eğitim ve tatbikatlara İtfaiye Müdürlüğü olarak personel ve araçları ile katılmak.

ğ. Bir afet durumunda Belediye personelleri sağlık hizmetlerinden en geniş şekilde faydalandırılması sağlanacaktır.

h. Kurumlar arasında hazırlanan Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolünün yürürlüğe girmesinden kurumların birinci derecedeki amirleri sorumludur.

7) PROTOKOLÜN YÜRÜRLÜĞE GİRİŞİ VE SONA ERMESİ:

1. Protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer. Protokol süresi, imza tarihinden başlamak üzere **5 (Beş) yıldır**. Taraflar her zaman için bu protokol üzerinde anlaşarak maddelerde değişiklikler yapabilirler ve madde koyabilirler. Protokol tarafların arzusu üzerine yeniden uzatılabilir.
2. Taraflar protokolü **1 (bir) ay** öncesinden haber vermek kaydıyla tek taraflı olarak fesih edebilir.

8) Bu protokol bu maddeyle beraber 8 (sekiz) maddeden oluşmuş 2 suret düzenlenmiş

.... / / 2022 tarihinde imza altına alınmıştır.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi

SİVAS BELEDİYE BAŞKANLIĞI
İTFAİYE MÜDÜRLÜĞÜ

Zekeriya KAYALI
İtfaiye Müdürü



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-010.01-246317
Konu : Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği
Protokolü

02.01.2023

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Numane Hastanesi Baştabipliği

İlgi : a) 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama
Yönetmeliği.
b) Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı için "Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü" Sağlık
Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz tarafından 2 (iki) nüsha olarak düzenlenmiş olup,
kurumunuzda kalacak olan 1 (bir) nüshası yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Ek:

- 1- Protokol (bir nüsha) (3 Sayfa)
- 2- Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü (2 Nüsha)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSMR00RKL Pın Kodu : 79882
Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon: 0 346 2581326 Faks: 0 346 258 0024
e-Posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Web: www.cumhuriyet.edu.tr
Kep Adresi: cumhuriyetuniversitesi@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-ehys>

Bilgi için: Elif KILIÇ
Uyumu: Sağlık Teknoloji
Dahili No: 3462581326



KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesi arasında yapılan Afet ve Acil Durum protokolüdür.

2) AMAÇ:

Hastanelerimiz arasında yapılacak protokol ile ülke genelinde meydana gelebilecek, Seferberlik, Olağanüstü Hal ve Afet ve Acil Durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı kılmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve işbirliği protokolü ile hızlı, uygun ve etkin bir şekilde kullanmak üzere personel, araç, gereç, tıbbi malzeme, teçhizat, ilaç, tedavi, tıbbi cihaz vb. konularda her türlü tedbir ve önlemin alınmasında ihtiyaç malzemelerinin karşılanmasını ve yardımlaşmayı sağlayarak can ve mal kaybının en aza indirilmesini sağlamaktır.

3) KAPSAM:

Bu protokol Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesi arasında yapılan Afet ve Acil Durumlar için karşılıklı yardımlaşma ve iş birliğini kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Numune Hastanesi Başhekimliği sorumlu olacaktır.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma İşleri Kılavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.
5. 2009/ 15316 karar sayılı " Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik."

Prof. Dr. Özgür Kemal Kızılcık
Başhekim

6. 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.

7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca 18/06/2013 tarih ve 28681sayılı Resmi Gazetede İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik.

8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.

9. Yataklı Tedavi kurumları İşletme Yönetmeliği R.G13.1.1983 No: 17927

10. Afet VE Acil Durum Harcamaları Yönetmeliği R.G 06.03.2011 Sayı: 27866

6) TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ:

1. Afet ve Acil durumlardan etkilenmeyen taraf, gerekli görülen ve kendi hastanesini sıkıntıya düşürmeyecek kadar; personel, araç, gereç ve malzemeleri karşı hastaneye gönderir.
2. Yardım için yardım talep eden hastaneye sevk edilen ekipler, yardım talep eden hastaneden, araç, gereç, malzeme, ilaç (aşı, serum vb. sağlık malzemesi), yeme, içme, barınma ve ikmal gibi her türlü ihtiyaçlar için herhangi bir talepte bulunmaz, bu ihtiyaçlarını kendi hastane imkânları ile karşılar.
3. Kurtarma ve yardım faaliyetleri yardım talep eden hastane görevlileri tarafından yürütülebilecek seviyeye geldiğinde, yardıma gelen hastane ekiplerinin görevi sona erer.
4. Yukarıda belirtilen hususlar dışında olabilecek yardım istekleri, mevcut mevzuat hükümleri doğrultusunda değerlendirilir.

7) PROTOKOLÜN YÜRÜRLÜĞE GİRİŞİ VE SONA ERMESİ:

1. Protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer. Protokol süresi, imza tarihinden başlamak üzere **5 (Beş) yıldır**. Taraflar her zaman için bu protokol üzerinde anlaşarak maddelerde değişiklikler yapabilirler ve madde koyabilirler. Protokol tarafların arzusu üzerine yeniden uzatılabilir.
2. Taraflar protokolü **1 (bir) ay** öncesinden haber vermek kaydıyla tek tarafı olarak fesih edebilir.

[Handwritten signature and stamp]

1) Bu protokol bu maddeyle beraber 8 (sekiz) maddeden oluşmuş 2 suret düzenlenmiş
.... / / 2022 tarihinde imza altına alınmıştır.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ

Sivas Numune Hastanesi
Prof. Dr. ... KAYGUSUZ
Üçtebe

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.01.2023-248116



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-030.01-248116
Konu : Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği
Protokolü

02.01.2023

SİVAS BELEDİYE BAŞKANLIĞI
SURTAŞ AŞ.

İlgi : a) 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama
Yönetmeliği.
b) Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı için "Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü" Sağlık
Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz tarafından 2 (iki) nüsha olarak düzenlenmiş olup,
kurumunuzda kalacak olan 1 (bir) nüshası yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Ek:Protokol (bir nüsha) (2 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :JISD6TN70UF Pin Kodu :83072

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-ehys>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58149 Sivas
Telefon:0 346 2581326 Faks:0 346 258 0024
e-Posta: hastanearastiridleri@cumhuriyet.edu.tr Web:www.cumhuriyet.edu.tr
Kay Adresi: cumhuriyetuniversitesi@hsd1.kap.tr

Bilgi için: EİF KILÜÇ
Ünvanı: Sağlık Teknikeri
Dahili No: 3462581326



KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas Surtaş A.Ş. arasında yapılan **Akaryakıt** (Hastane araçları ve jeneratörler için) protokolüdür.

2) AMAÇ:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, hastane binamızın akaryakıt konusunda yetersiz kaldığı durumlarda iş birliği yapılarak Hastane araçları ve jeneratörleri için akaryakıt desteği sağlamaktır.

3) KAPSAM:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı ve Hastanemizin akaryakıt konusunda yetersiz kaldığı durumlarda Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Surtaş A.Ş. arasında Akaryakıt konusunda karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolünü kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Surtaş A.Ş. sorumlu olacaktır.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma işleri Kılavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.
5. 2009/ 15316 karar sayılı " Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik."
6. 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.

A handwritten signature in blue ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "Sivas Cumhuriyet Üniversitesi" and "Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi".

7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca 18/06/2013 tarih ve 28681 sayılı Resmi Gazetede İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik.

8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.

6) TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ:

1. Hastanemiz araçları için afet ve acil durumlarda akaryakıt temin edilmesini sağlamak.
2. Hastanemizde elektrik enerjisinin devamlılığı için afet durumlarında jeneratörlerimize akaryakıt temin edilmesini sağlamak.
3. Sivas Surtaş A.Ş. personelleri sağlık hizmetlerinden azami surette faydalanacaklardır.
4. Kurum ve Şirket arasında hazırlanan Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolünün yürürlüğe girmesinden kurum ve Şirketin birinci derecedeki amiri sorumludur.

7) PROTOKOLÜN YÜRÜRLÜĞE GİRİŞİ VE SONA ERMESİ:

1. Protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer. Protokol süresi, imza tarihinden başlamak üzere **5 (Beş) yıldır**. Taraflar her zaman için bu protokol üzerinde anlaşarak maddelerde değişiklikler yapabilirler ve madde koyabilirler. Protokol tarafların arzusu üzerine yeniden uzatılabilir.
2. Taraflar protokolü **1 (bir) ay** öncesinden haber vermek kaydıyla tek taraflı olarak fesih edebilir.

8) Bu protokol bu maddeyle beraber 8 (sekiz) maddeden oluşmuş 2 suret düzenlenmiş / / 2022 tarihinde imza altına alınmıştır.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi

SİVAS SURTAŞ A.Ş.

 Surtas
MÜHÜRÜLÜK İZLİMİ
KURUM VE ŞİRKETİ
SİVAS SURTAŞ A.Ş.
SİVAS SURTAŞ A.Ş.



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-030.01-248169
Konu : Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği
Protokolü

02.01.2023

BEYAZ SARAY İNŞAAT GIDA SANAYİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ

- İlgi : a) 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.
b) Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı için "Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü" Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz tarafından 2 (iki) nüsha olarak düzenlenmiş olup, kurumunuzda kalacak olan 1 (bir) nüshası yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Ek:Protokol (bir nüsha) (2 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :38516TNJRZL Fia Kodu :57013

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-ehys>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Kampüsü 58140 Sivas

Telefon 0 346 2581326 Faks 0 346 258 0034

e-Posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Web: www.cumhuriyet.edu.tr

Key Adresi: cumhuriyetuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Elif KILIÇ

Unvanı: Sağlık Teknikeri

Dahili No: 3462581326



KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Beyaz Saray İnşaat Gıda Sanayi Ticaret Limited Şirketi arasında yapılan **Yiyecek - İçecek Hizmetleri** (üç öğün gıda, yemek ve ambalajlı su) protokolüdür.

2) AMAÇ:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü ile hızlı ve etkin bir şekilde kullanmak üzere Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Beyaz Saray İnşaat Gıda Sanayi Ticaret Limited Şirketi arasında karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü ile hasta, hasta yakınlarının ve personellerin yiyecek - içecek hizmetlerinin karşılanmasıdır.

3) KAPSAM:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü ile hızlı ve etkin bir şekilde kullanmak üzere Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Beyaz Saray İnşaat Gıda Sanayi Ticaret Limited Şirketi arasında karşılıklı yardımlaşma ve işbirliğinin yapılmasını kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Beyaz Saray İnşaat Gıda Sanayi Ticaret Limited Şirketi sorumludur.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma işleri Kılavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.
5. 2009/ 15316 karar sayılı " Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik."



6. 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.
7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca 18 / 06 / 2013 tarih ve 28681sayılı Resmi Gazetede İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik.
8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.
- 6) **TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ:**

Herhangi bir doğal afet anında, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için; aşağıda belirtilen maddeler halindeki hizmetlerin karşılıklı olarak yerine getirilmesinde;

1. Afete karşı her türlü duyum ve bilginin amirleri arasında doğrudan verileceği.
2. Herhangi bir afet karşısında iş birliği kapsamında kurum veya da şirketin sahip olduğu araç ve gereçlerin kullanımı için teslimini.
3. Afet durumunda çalışan ve alternatif hastane için yiyecek ve içme suyu ihtiyacının karşılanmasına;
4. Beyaz Saray İnşaat Gıda Sanayi Ticaret Limited Şirketi personeli sağlık hizmetlerinden azami surette faydalanacaklardır.
5. Kurum ve Şirket arasında hazırlanan Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolünün yürürlüğe girmesinden kurum ve Şirketin birinci derecedeki amiri sorumludur.

7) **PROTOKOLÜN YÜRÜRLÜĞE GİRİŞİ VE SONA ERMESİ:**

1. Protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer. Protokol süresi, imza tarihinden başlamak üzere **5 (Beş) yıldır**. Taraflar her zaman için bu protokol üzerinde anlaşarak maddelerde değişiklikler yapabilirler ve madde koyabilirler. Protokol tarafların arzusu üzerine yeniden uzatılabilir.
2. Taraflar protokolü **1 (bir) ay** öncesinden haber vermek kaydıyla tek tarafı olarak fesih edebilir.
- 8) Bu protokol bu maddeyle beraber 8 (sekiz) maddeden oluşmuş 2 suret düzenlenmiş / / 2022 tarihinde imza altına alınmıştır.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi

BEYAZ SARAY İNŞAAT GIDA SANAYİ
TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ

(Signature)
KURUMUN ADI: BEYAZ SARAY İNŞAAT GIDA SANAYİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ
KURUMUN ADRESİ: ...
KURUMUN İLETİŞİM BİLGİLERİ: ...
KURUMUN YETKİLİ KİŞİSİNİN ADI: ...
KURUMUN YETKİLİ KİŞİSİNİN GÖRÜŞMEK ZAMANI: ...
KURUMUN YETKİLİ KİŞİSİNİN İMZA YERİ: ...

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.01.2023-248163



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-030.01-248163
Konu : Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği
Protokolü

02.01.2023

SİVAS İL EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 20 Mart 2015 gün ve 29301 sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama
Yönetmeliği.
b) Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı için "Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü" Sağlık
Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz tarafından 2 (iki) nüsha olarak düzenlenmiş olup,
kurumunuzda kalacak olan 1 (bir) nüshası yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Ek:Protokol (bir nüsha) (3 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BS96TNTVTV Pts Kodu : 81103
Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon: 346 2581326 Faks: 346 258 9024
e-Posta: hastaneyonileri@cumhuriyet.edu.tr Web: www.cumhuriyet.edu.tr
Kep Adresi: cumhuriyetuniversitesi@ul01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-ebys>

Bilgi için: EİB KİLİÇ
Uzman: Sağlık Teknikeri
Dahili No: 3462581326



KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas İl Emniyet Müdürlüğü arasında yapılan **Güvenlik Tedbirleri** (asayışı sağlamak, kargaşayı önlemek, yağma ve talan için tedbirler almak, trafik akışını düzenlemek vb.) protokolüdür.

2) AMAÇ:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, Seferberlik ve Olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü ile hızlı ve etkin bir şekilde kullanmak üzere personel, araç, gereç, malzeme, teçhizat ve her türlü tedbir ve önlemin alınmasını, ihtiyaç malzemelerinin karşılanması, emniyet teşkilatı hizmetlerinden en geniş şekilde yardımlaşmayı sağlayarak can ve mal kaybının en aza indirilmesini sağlamaktır.

3) KAPSAM:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü ile hızlı ve etkin bir şekilde kullanmak üzere Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas İl Emniyet Müdürlüğü'nün arasında karşılıklı yardımlaşma ve işbirliğinin yapılmasını kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas İl Emniyet Müdürü sorumludur.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma işleri Kılavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.



5. 2009/ 15316 karar sayılı “ Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik.”

6. 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.

7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca 18/06/2013 tarih ve 28681sayılı Resmi Gazetede İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik.

8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.

6) TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ:

a. Olağanüstü Hal ve Savaş Durumlarında: Kurumlardan birinin hasar görmesi durumunda, her kurum kendi yapılanması içerisinde, Sivil Savunma Planı, Afet ve Acil Durum Planı, Emniyet Asayiş Planı, sabotaj vs. ler gereği her türlü yardımlaşma ve iş birliği içerisinde bulunacaklardır. Sivas İl Emniyet Müdürlüğü personeli anlaşma gereği hastanemiz sağlık hizmetlerinden azami surette faydalandırılacaklardır.

b. Afet (Deprem, Yangın, Sel baskını, Salgın hastalık K.B.R.N. tehlikeleri) Durumunda: Her iki kurum tarafından Sivil Savunma ile Afet ve Acil Durum planlarında görevlendirilmiş bulunan (Arama-Kurtarma, Sosyal Yardım, İl Yardım, İtfaiye, Emniyet Kılavuz, Teknik Onarım) servis personelleri, Kurumlarda mevcut olan araç, gereç ve malzemelerden karşılıklı olarak faydalanacaktır.

c. Sığınaklar: Hastanemiz ile Sivas İl Emniyet Müdürlüğü hizmet birimleri arasında Olağanüstü Hal ve Seferberlik durumlarında savaş tehlikelerine ve silah etkilerine karşı (Nükleer, Radyoaktivite, Biyolojik ve Kimyasal Silahlar.) Müesseselerinde sığınak olarak belirledikleri yerlerden imkânları nispetinde tüm personelin yararlandırılmasına çalışılacaktır.

d. Yangına karşı koruma ve söndürme tedbirleri konusunda: Yardımlaşma ve işbirliği protokolü düzenleyen kurumların herhangi birinde yangın çıkması durumunda yangın çıkan kuruma diğer kurumun sivil savunma ve afet planında görevlendirilmiş olan yangın söndürme ve kurtarma ekiplerindeki personeller araç, gereç ve malzemeleri ile yardım edecektir.

e. Makine, malzeme ve malların korunması veya yedeklenmesi: Her kurum sivil savunma ve afet planının gerektirdiği malzeme ve teçhizatı kendileri temin edecektir. Bakım ve muhafazası kendi personelleri tarafından yapılacaktır. (Afet, savaş maddeleri ile sığınak, servis malzeme ve teçhizatı vs.)



f. Alarm irtibat konusunda: Valilik, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ve İl Emniyet Müdürlüğünden gelecek bir alarm haberinin kurumlar arasında değerlendirilmesi, alarm haberinin içeriği doğrultusunda kurumlar arasında personel, araç ve malzeme iş birliği içerisinde bulunacaklardır.

g. Güvenlik tedbirleri konusunda: İl Emniyet Müdürlüğü bir olağanüstü hal durumunda hastanemizde oluşacak deprem, sel, yangın vs. durumlarda asayişini sağlamak, kargaşayı önlemek, yağma ve talan için tedbirler almak, trafik akışını düzenlemek vs. konularında hastanemiz özel güvenlik personelleri ile ortaklaşa çalışarak birlik ve düzeni sağlayacaktır.

ğ. Diğer servis hizmetlerinde: Kurumlar Arasında seferberlik, yangın, sel, deprem, sabotaj vs. durumunda; sağlık, teknik, tıbbi malzeme, kurtarma ve yangın teçhizatı ve malzemeler ile personeller karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği içerisinde olacaktır.

h. Kurumlar arasında hazırlanan Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolünün yürürlüğe girmesinden kurumların birinci derecedeki amirleri sorumludur.

7) PROTOKOLÜN YÜRÜRLÜĞE GİRİŞİ VE SONA ERMESİ:

1. Protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer. Protokol süresi, imza tarihinden başlamak üzere **5 (Beş) yıldır**. Taraflar her zaman için bu protokol üzerinde anlaşarak maddelerde değişiklikler yapabilirler ve madde koyabilirler. Protokol tarafların arzusu üzerine yeniden uzatılabilir.

2. Taraflar protokolü **1 (bir) ay** öncesinden haber vermek kaydıyla tek taraflı olarak fesih edebilir.

8) Bu protokol bu maddeyle beraber 8 (sekiz) maddeden oluşmuş 2 suret düzenlenmiş

.... / / 2022 tarihinde imza altına alınmıştır.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi


SİVAS İL EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ
Murat Pöten
İl Emniyet Müdürü

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.01.2023-248172



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-030.01-248172
Konu : Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği
Protokolü

SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : a) 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama
Yönetmeliği.
b) Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı için "Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolü" Sağlık
Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz tarafından 2 (iki) nüsha olarak düzenlenmiş olup,
kurumunuzda kalacak olan 1 (bir) nüshası yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Ek:Protokol (bir nüsha) (2 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS95TN9EIV P/a Kodu :98582

Belge Takip Adresi : <https://www.nakliye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-efys>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon:0 346 2581326 Faks:0 346 258 0024
e-Posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Web:www.cumhuriyet.edu.tr
Kep Adresi:cumhuriyetuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: EBF KILIÇ
Unvanı: Sağlık Teknisyeni
Dahili No: 3462581326



KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı arasında yapılan **Alternatif Hastane** protokolüdür.

2) AMAÇ:

Ülkemizde meydana gelebilecek, deprem, yangın, sel, çığ, toprak kayması ve diğer afetlerde, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi hizmet binalarının ve hastane kapasitesinin yetersiz kaldığı şartlarda sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığına bağlı Taha Akgöl Spor Salonunun işleyişini aksatmadan fiziki alanlardan Alternatif Hastane olarak faydalanma ve iş birliği içerisinde çalışmalarını sağlamaktır.

3) KAPSAM:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, kurumlar arasında karşılıklı yardımlaşma ve iş birliği protokolü ile hızlı ve etkin bir şekilde kullanmak üzere Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı arasında karşılıklı yardımlaşma ve işbirliğinin yapılmasını kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı sorumlu olacaktır.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma işleri Kılavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.

A handwritten signature in blue ink is written over a blue circular official stamp. The stamp contains the text "Sivas Cumhuriyet Üniversitesi" and "Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı".

5. 2009/ 15316 karar sayılı “ Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik.”

6. 20 Mart 2015 gün ve 29301sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.

7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca 18 / 06 / 2013 tarih ve 28681sayılı Resmi Gazetede İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik.

8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.

6) TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ:

1. Herhangi bir doğal afet anında, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için; Hastane hizmet binalarının yetersiz kalması durumunda Alternatif Hastane olarak kullanılmak üzere devreye girecektir.

2. Herhangi bir doğal afet anında, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi hizmet binalarının kapasitesinin yetersiz kalması durumunda, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığına bağlı Taha Akgül Spor Salonunu hastane olarak kullanılacaktır.

3. Hastaneye dönüştürülecek fiziki alanları hastane yönetimi ile Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı birlikte belirleyecek ve hastane yönetimince koordine edilecektir.

4. Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı personelleri sağlık hizmetlerinden azami surette faydalanacaklardır.

5. Kurumlar arasında hazırlanan Karşılıklı Yardımlaşma ve İşbirliği Protokolünün yürürlüğe girmesinden kurumların birinci derecedeki amirleri sorumludur.

7) PROTOKOLÜN YÜRÜRLÜĞE GİRİŞİ VE SONA ERMESİ:

1. Protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer. Protokol süresi, imza tarihinden başlamak üzere **5 (Beş) yıldır**. Taraflar her zaman için bu protokol üzerinde anlaşarak maddelerde değişiklikler yapabilirler ve madde koyabilirler. Protokol tarafların arzusu üzerine yeniden uzatılabilir.

2. Taraflar protokolü **1 (bir) ay** öncesinden haber vermek kaydıyla tek tarafı olarak fesih edebilir.



8) Bu protokol bu maddeyle beraber 8 (sekiz) maddeden oluşmuş 2 suret düzenlenmiş
.... / / 2022 tarihinde imza altına alınmıştır.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI

Mustafa HASBEK
Daire Başkanı

KARŞILIKLI YARDIMLAŞMA VE İŞ BİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) PROTOKOLÜN ADI:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile Sivas Belediye Başkanlığı arasında yapılan **Alternatif Sahra Hastanesi ve Morg** protokolüdür.

2) AMAÇ:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı, hastane binamızın ve morgun yetersiz kaldığı durumlarda iş birliği yapılarak Alternatif sahra hastanesi ve morg desteği sağlamaktır.

3) KAPSAM:

Ülke genelinde meydana gelebilecek, seferberlik ve olağanüstü hal durumlarında Afet ve Acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi, azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı ve hastane binamızın ve morgun yetersiz kaldığı durumlarda Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Belediye Başkanlığı arasında yapılan Alternatif Sahra Hastanesi ve Morg protokolü doğa bilecek riskleri en az seviyeye düşürmek için karşılıklı yardımlaşma ve işbirliğinin yapılmasını kapsar.

4) SORUMLULUK:

Bu protokolün uygulanmasından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Sivas Belediye Başkanlığı sorumlu olacaktır.

5) HUKUKİ DAYANAK:

1. 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu.
2. 6/3150 Karar Sayılı Sivil Savunma ile İlgili Teşkil ve Tedbirler Tüzüğü.
3. Daire ve müesseseler için Sivil Savunma işleri Kılavuzu.
4. Seferberlik ve Savaş hali Tüzüğü.
5. 2009/ 15316 karar sayılı "Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik."

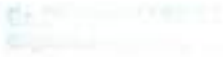
(Signature)
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

EK-3A HAP ONAY SAYFASI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
2026 YILI SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)

Ekte sunulan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (...Sayfa Eklenden oluşan ve dijital ortamda sunulmuş)

EK 1'de sunulan HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri tarafından hazırlanmış, EK 2'de sunulan Standart İnceleme Formuna uygun olarak inceleme makamı tarafından incelenmiş, EK 3'te sunulan Standart Denetim Formuna uygun olarak denetim makamı tarafından hazırlanarak İl Sağlık Müdürü onayını sunulmuştur.

	Adı Soyadı Unvanı/Görevi	Tarih	İmzası
HAZIRLAYAN*	Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN (BAŞHEKİM)	09/01/2026	
İNCELEYEN**	Prof.Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL (REKTÖR)	10/01/2026	
DENETLEYEN**		09/01/2026	
ONAYLAYAN	Uzm. Dr. Ömer Tamer DOĞAN İl Sağlık Müdürü	09/01/2026	

EK1: HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi (...Sayfa)

EK2: Standart İnceleme Formu (İnceleme makamı tarafından doldurulur ve eklenmektedir)

EK3: Standart Denetim Formu (Denetim makamı tarafından doldurulur ve eklenmektedir)

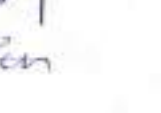
*Hazırlayan bölümü HAP Hazırlama Komisyonu adına HAP Başkanı tarafından imzalanacaktır.

**İnceleyen bölümü kamu ve özel hastaneler için ilgili Bakan, üniversite hastaneleri için Rektör, belediye hastaneleri için Belediye Başkanı tarafından imzalanacaktır.

***Afetlerde Sağlık Hizmetleri Biriminin bağlı olduğu başkan tarafından imzalanacaktır.

EK-3B HAP HAZIRLAMA KOMİSYONU

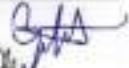
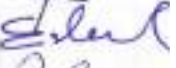
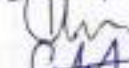
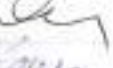
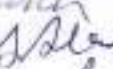
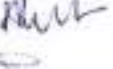
 T.C SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi					
DOKÜMAN KODU		DOKÜMAN ADI		SAYFA NO	
KAD.FR.72-19		HAP AFET VE ACİL DURUM KOMİSYON ÜYLERİ ASİL LİSTELERİ		1 / 2	
YAYIN TARİHİ				REV.TARİHİ / NO	
MAYIS 2023				22.12.2025 / 01	

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı/Görevi	Çalıştığı Birim	İmzası
1	Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN	HAP BAŞKANI	BASHEKİM	
2	Gülseren KARABEY	KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ	
3	Dr. Öğr. Üyesi Münir HASBEK	TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	BASHEKİM YARDIMCISI	
4	Banu ERBAŞ	İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UZMANI	İSG UZMANI	
5	Elif Öge KARAKULLUKCI	SİVİL SAVUNMA SORUMLUSU	SİVİL SAVUNMA BİRİMİ	
6	Demet UZUN	HALKA İLİŞKİLER	HALKA İLİŞKİLER BİRİMİ	
7	Dr. Öğr. Üyesi Münir HASBEK	OPERASYON ŞEFİ	BASHEKİM YARDIMCISI	
8	Prof. Dr. Sinan SOYLU	PLANLAMA ŞEFİ	BASHEKİM YARDIMCISI	
9	Sekide EMBRAHOĞLU	LOJİSTİK ŞEFİ	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
10	Turhan İLTER	FİNANS ŞEFİ	FİNANSAL YÖNETİCİ	
11	Selma KORKMAZ	ALAN SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
12	Dr. Öğr. Üyesi Sefa YURTBAY	TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	
13	Yakup KARATAŞ	ALT YAPI SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
14	Murat YILDEZ	GÜVENLİK SORUMLUSU	GÜVENLİK AMİRİ	
15	Dr. Öğr. Üyesi İsmail Kıvanç CEBEÇİOĞLU	KBRN SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	
16	Prof. Dr. Nesim KUĞU	PSİKOSOSYAL DESTEK SRM.	PSİKİYATRİ DOKTORU	
17	Doç. Dr. Şimşek ÇELİK	ACİL SERVİS BİRİM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	
18	Dr. Öğr. Üyesi Sefa YURTBAY	HASTANE AFET ALANI BİRİM TRAJ SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	
19	Prof. Dr. İzzet ÖZDEMİR KOL	YOĞUN BAKIM BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REANİMASYON DOKTORU	
20	Dr. Öğr. Üyesi Gökhan DOĞAN	LABORATUVAR BİRİM SORUMLUSU	BİYOKİMYA LABORATUVAR DOKTORU	
21	Prof. Dr. İsmail ŞALK	RADYOLOJİ BİRİM SORUMLUSU	RADYOLOJİ DOKTORU	
22	Feride ÇAĞLAR BİÇER	SOSYAL HİZMET BİRİM SORUMLUSU	SOSYAL HİZMET BİRİMİ	
23	Gonca DEVECİ	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİSİ	
24	Prof. Dr. A. Cemil İSBİR	AMELİYATHANE BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REANİMASYON DOKTORU	

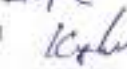
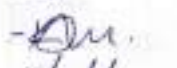
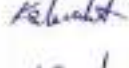
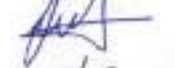
 T.C SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi					
DOKÜMAN KODU		DOKÜMAN ADI		SAYFA NO	
KAD.FR.72-19		HAP AFET VE ACİL DURUM KOMİSYON ÜYLERİ ASİL LİSTELERİ		2 / 2	
YAYIN TARİHİ				REV. TARİHİ / NO	
MAYIS 2023				22.12.2025 / 01	

25	Ümmügülüm OFLAZ	DOKÜMANTASYON SORUMLUSU	KALİTE KOORDİNATÖRÜ
26	Derya DEDE	DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YARDIMCISI
27	Yakup Emre DUMAN	PERSONEL VE MALZEME YÖNETİM SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI
28	Arzu Anıl AÇIL ÖZDEMİR	ACİL DURUM SONLANDIRMA SRM.	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİ YARDIMCISI
29	Yakup Emre DUMAN	SAĞLIK OTELÇİLİK HİZMETLERİ SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI
30	Ebru AZİMET	İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU	İNSAN KAYNAKLARI BİLGİSAYAR İŞLETMENİ
31	Sultan UZUN	İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU	ECZANE SORUMLUSU
32	Ali Erkan ÖNEM	CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	TIBBİ CİHAZ SORUMLUSU MÜHENDİS
33	Sevim DASTAN	GEDA HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	DİYETİSYEN
34	Elmas Hümeysra ÖZBÖLÜK	ATIK YÖNETİMİ BİRİM SORUMLUSU	ÇEVRE MÜHENDİSİ
35	Feride YURT KUZU	STERİLİZASYON BİRİM SORUMLUSU	STERİLİZASYON SORUMLU HEMŞİRESİ
36	Sekide AKGÜN	SANTRAL VE BİLGİ İŞLEM BİRİM SORUMLUSU	BİLGİ İŞLEM BİRİMİ MÜHENDİSİ
37	Mustafa MOĞOLKOÇ	SARF DEPO SORUMLUSU	TIBBİ MALZEME BİRİMİ
38	Devgü ACAR	ECZANE BİRİM SORUMLUSU	BAŞ ECZACI
39	Ziya YILMAZ	FATURALANDIRMA VE MALİYETLENDİRME SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİ YARDIMCISI
40	Uğur OCAK	HUKUK/TAZMİNAT VE TAHAKKUK SRM.	FİNANSAL YÖNETİCİ YARDIMCISI
41	Dönay AYAN İREM	SATIN ALMA SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİLİK BİLGİSAYAR İŞLETMENİ

 T.C SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi					
DOKÜMAN KODU		DOKÜMAN ADI		SAYFA NO	
KAD.FR.72-19		HAP AFET VE ACİL DURUM KOMİSYON ÜYLERİ YEDEK LİSTELERİ		1 / 2	
YAYIN TARİHİ				REV. TARİHİ/NO	
MAYIS 2023				22.12.2025 / 01	

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı/Görevi	Çalıştığı Birim	İmzası
1	Prof.Dr. Çağlar YILDIZ	HAP BAŞKANI	BAŞHEKİM YARDIMCISI	
2	Mehmet Oğuz PERÇİN	KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
3	Dr. Öğrt. Üyesi Mesut PARLAK	TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	BAŞHEKİM YARDIMCISI	
4	Ebrar EYİNCİ	İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UZMANI	İSG UZMANI	
5	Burak AYCAN	SİVİL SAVUNMA SORUMLUSU	İSG UZMANI	
6	Nilgün ECEVİT	HALKA İLİŞKİLER	HALKA İLİŞKİLER BİRİMİ	
7	Prof.Dr. Ahmet KARADAĞ	OPERASYON ŞEFTİ	BAŞHEKİM YARDIMCISI	
8	Doç.Dr. Onur AVCI	PLANLAMA ŞEFTİ	BAŞHEKİM YARDIMCISI	
9	Serap BAŞER	LOJİSTİK ŞEFTİ	AYNIYAT SAYMANI	
10	Adem DUMAN	FINANS ŞEFTİ	FİNANSAL YÖNETİCİLİK	
11	Hası GÜL	ALAN SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
12	Doç.Dr. Y.Kenan TEKİN	TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	
13	Hakan AYDIN	ALT YAPI SORUMLUSU	ELEKTRİK ATÖLYESİ SORUMLUSU	
14	Mihaili TORAMAN	GÜVENLİK SORUMLUSU	GÜVENLİK AMİRİ	
15	Hayma SARITEPE	KBRN SORUMLUSU	ACİL SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ	
16	Doç.Dr. Yavuz YILMAZ	PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU	PSİKİYATRİ DOKTORU	
17	Prof. Dr. İlhan KORKMAZ	ACİL SERVİS BİRİM SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	
18	Doç.Dr. Y.Kenan TEKİN	HASTANE AFET ALANI BİRİM TRAJ SORUMLUSU	ACİL SERVİS DOKTORU	
19	Prof.Dr. Sinan GÜRSOY	YOĞUN BAKIM BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REAMİNASYON DOKTORU	
20	Prof.Dr. Halil Okan DOĞAN	LABORATUVAR BİRİM SORUMLUSU	BİYOKİMYA LABORATUVAR DOKTORU	
21	Dr. Öğrt. Üyesi Bülent YILDEZ	RADYOLOJİ BİRİM SORUMLUSU	RADYOLOJİ DOKTORU	
22	Serkan KARABULLUT	SOSYAL HİZMET BİRİM SORUMLUSU	SOSYAL HİZMET BİRİMİ	
23	Halice BULUT	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
24	Prof. Dr. Kanun KAYGUSUZ	AMELİYATHANE BİRİM SORUMLUSU	ANESTEZİ VE REAMİNASYON DOKTORU	

 T.C SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi 		
DOKÜMAN KODU	DOKÜMAN ADI	SAYFA NO
KAD.FR.72-19		2 / 2
YAYIN TARİHİ	HAP AFET VE ACİL DURUM KOMİSYON ÜYLERİ YEDEK LİSTELERİ	REV.TARİHİ / NO
MAYIS 2022		22.02.2025 / 01

25	İkmar VERGİ	DOKÜMANTASYON SORUMLUSU	KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ	
26	Pınar KARAPINAR	DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİSİ YARDIMCISI	
27	Fatih KESKİNBALTA	PERSONEL VE MALZEME YÖNETİM SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
28	Kobra DEMİR	ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
29	Fatih KESKİNBALTA	SAĞLIK OTELCİLİK HİZMETLERİ SORUMLUSU	İDARİ YÖNETİCİ YARDIMCISI	
30	Handan ÇAYKUŞ	İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU	İNSAN KAYNAKLARI BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	
31	Seda ASLAN	İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU	ECZACI	
32	Ebru AYNA	CIHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	BİYOMEDİKAL TEKNİKLERİ	
33	Çağla KÖKSAL	GIDA HİZMETLERİ BİRİM SORUMLUSU	DİYETİSYEN	
34	Zeynep KARAHAN	ATIK YÖNETİMİ BİRİM SORUMLUSU	ZİRAAT MÜHENDİSİ	
35	Meltem YAZICI	STERİLİZASYON BİRİM SORUMLUSU	STERİLİZASYON BİRİMİ HEMŞİRESİ	
36	Harun ÇAYKUŞ	SANTRAL VE BİLGİ İŞLEM BİRİM SORUMLUSU	BİLGİ İŞLEM TEKNİKLERİ	
37	Veli KARAÇORLU	SARF DEPO SORUMLUSU	SARF DEPO	
38	Merve MERT	ECZANE BİRİM SORUMLUSU	ECZACI	
39	Çetin KAVAK	FATURALANDIRMA VE MALİYET SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİLİK BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	
40	Büker GÖKTAŞ	HUKUK/TAZMİNAT VE TAHAKKUK SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİLİK BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	
41	Gülhan FERAT ALBULUT	SATIN ALMA SORUMLUSU	FİNANSAL YÖNETİCİLİK SAĞLIK TEKNİKLERİ	