****

**T.C.**

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**

**HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİLİĞİ**

**HEMŞİRE UYUM EĞİTİMİ REHBERİ**

**SİVAS**

**2024**

**İÇİNDEKİLER**

**GİRİŞ**

**HASTANEMİZİN TARİHÇESİ**

**TANITIM BİLGİLERİ**

* **Hastanemizin Fiziki Yapısı Ve Sunulan Hizmetler**
* **Ulaşım**
* **Yönetsel Yapı Ve Yöneticiler**

**MİSYONUMUZ**

**VİZYONUMUZ**

**KALİTE POLİTİKAMIZ**

**DEĞERLERİMİZ**

**ORYANTASYON/UYUM EĞİTİMİNİN AMACI**

**GENEL BİLGİLER**

* **Personel Durumu**
* **Yazışma Kuralları**
* **Özlük Hakları ve İzinler**
* **İletişim**
* **Hasta İletişim Birimi**
* **Otomasyon Sistemi**
* **Jeneratör Sistemi**
* **Banka Ve Atm Ler**
* **Asansör Kullanımı**
* **Güvenlik(0155)**
* **Hastane Ziyaret Saatleri**
* **Hastane Girişleri**
* **Yemek Hizmetleri**
* **Hastanemizin Çalışma Koşulları**
* **Bölümde Çalışan Hemşirelerin Görev Yetki Ve Sorumlulukları**
* **Uyulması Gereken Disiplin Kuralları**
* **Personel Gizlilik Sözleşmesi**
* **Nöbet Teslimleri**

**HASTA KABULÜ**

**HASTA KİMLİK BİLEKLİĞİ UYGULAMA VE KİMLİK DOĞRULAMA**

**HEMŞİRE HASTA BAKIM PLANI**

**HEMŞİRELİK SÜREÇ BİLGİLERİ**

**AMELİYAT ÖNCESİ YAPILAN HAZIRLIKLAR**

**CERRAHİ GÜVENLİK**

**BUZDOLABI VE ORTAM SICAKLIK TAKİBİ**

**HBTC KULLANIMI**

**GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMA/İLAÇ GÜVENLİĞİ**

**( Hekim tedavi istem planı ve uygulama, Sözel İstem, Advers Etki, Birimlerde Bulunan İlaç Listeleri, İlaç Hataları İlaç yerleşimleri, İlaç ve Sarf Malzeme Stok Takibi, Psikotrop ve narkotik ilaçlar, Hastanın Evde Kullandığı ve Yanında Getirdiği İlaçlar)**

**KAN ve KAN ÜRÜNLERİ TRANFÜZYONU**

**HASTA TRANSFERİ**

**DÜŞME RİSKİ ve TAKİBİ**

**BASINÇ YARASI /ÜLSERİ (DEKÜBİTÜS) RİSKİ ve TAKİBİ**

**HASTA KISITLAMASI**

**HASTA ve HASTA YAKINI EĞİTİMİ**

**HASTA MAHREMİYETİ**

**KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI**

**ACİL DURUM AFET PLANLARI**

**RENKLİ KODLAR**

**TIBBİ CİHAZ BAKIM ve KALİBRASYONU**

**HASTANE ve BÖLÜMLERİN TEMİZLİĞİ**

**BİLGİLENDİRME ve ONAM ALINMASI**

**İZOLASYON ÖNLEMLERİ**

**EL HİJYENİ**

**ATIK YÖNETİMİ**

**ÖRNEKLERİN ALINMASI ve TRANSFERİ**

**KALİTE YÖNETİM ÇALIŞMALARI**

**KALİTE HEDEFLERİ**

**GÜVENLİ RAPORLAMA SİSTEMİ İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ**

**İÇ TETKİK ve ÖZ DEĞERLENDİRME**

**GÖSTERGELERİN İZLENMESİ**

**HASTA ve ÇALIŞAN ANKETLERİ**

**UYUM (ORYANTASYON) EĞİTİMLER**

**BEBEK DOSTU HASTANE**

**HASTANE TÜTÜN KONTROLÜ**

**GİRİŞ**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi; hasta hakları ve etik ilkeler doğrultusunda hastanın günlük yaşam gereksinimlerinin karşılanması, yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve yakınlarının memnuniyetinin sağlanması için gerekli sağlık uygulamalarını belirli bir sistem dahilinde kesintisiz aynı nitelikte yapılmasını çalışmalarında esas alır.

Hazırlanan bu rehber; kurumumuzda yeni göreve başlayan tüm hemşire, ebe ve  sağlık memuru çalışanlarımızı; hastanemizin hemşirelik mesleği ile ilgili işleyişi (çalışma saatleri, nöbet hizmetleri, hemşirelikte kullanılan mesleki formlar, dikkat edilmesi gereken hususlar vs.), hemşire görev yetki ve sorumlulukları gibi konularda bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Aynı zamanda bu rehber; kurumumuza yeni başlayan çalışanlarımızın uyum sürecini kolaylaştırmasının yanında hastanemizde halen görev yapan çalışanlarımıza da çalışmalarında rehberlik edeceği düşünülmektedir.

**HASTANEMİZİN TARİHÇESİ**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Cumhuriyetimizin 50.yılı anısına, 5 Nisan 1973 tarihinde yayınlanan 1071 sayılı yasanın 5/b maddesi gereğince, Sivas’ta kurulmuştur. Cumhuriyet Üniversitesi’nin kurulması, dönemin Milli Eğitim Bakanı Orhan CENGİZ tarafından, Hacettepe Üniversitesi’ne teklif edilmiştir. Hacettepe Üniversitesi senatosunda 20 Ekim 1973 tarihinde alınan kararla, Cumhuriyet Üniversitesi’nin desteklenmesi ve Tıp Fakültesinin Hacettepe Üniversitesi’ne bağlı olarak kurulup geliştirilmesi, oy birliği ile kabul edilmiştir. Tıp Fakültesi’nin kurucu dekanlığına, Hacettepe   
Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Profesörü Yılmaz SANAÇ atanmıştır.

ekran görüntüsü, harita, multimedya yazılımı, yazılım içeren bir resim

Açıklama otomatik olarak oluşturuldu

1973-1974 akademik yılında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenime başlanmıştır. 1974 yılı sonlarında Cumhuriyet Üniversitesi Rektörü Muvaffak AKMAN, Tıp Fakültesi Dekanı Yılmaz SANAÇ, Sivas Valisi Celal KAYACAN ve Sivas Belediye Başkanı Orhan EKENEL Sivas’ta bulunan sağlık kuruluşlarında yapmış oldukları incelemeler sonucunda bir protokol hazırlamış ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi’nin Tıp Fakültesi’ne devredilmesini sağlamışlardır. Tıp Fakültesi 1992 yılına kadar, bu binada faaliyetlerini sürdürmüştür. Halen kullanılmakta olan kampüs içerisindeki hastane binasının temeli ise 11 Eylül 1975’te atılmış ve 1992 yılı sonunda, yeni hastane binasına taşınılmıştır.

**TANITIM BİLGİLERİ**

**Hastanemizin fiziki yapısı ve sunulan hizmetler**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma  Hastanesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü’nün de bulunduğu kampüs yerleşkesi içerisinde 88047m²lik alanda yer almakta olup, 7 blok ve 14 kattan oluşmaktadır. 1061 yatak kapasiteli Hastanemiz başta Sivas olmak üzere Tokat, Erzincan, Yozgat ve diğer komşu illerden gelen hastalara hizmet vermektedir. Hastanemizde günlük ortalama  2500-3000 hasta poliklinikte tedavi görmektedir. 28 Anabilim Dalı, 29 poliklinik ile tedavi, eğitim ve araştırma çalışmalarını yürütmektedir.  Kampus içerisinde 2008 yılında açılan; 100 yatak kapasiteli Kalp Merkezi, 8 yatak kapasiteli Acil  Tıp Merkezi ve 42 yatak kapasiteli Yoğun Bakım Ünitesi ve Onkoloji Merkezi yeni binalarında hizmet vermektedir.2019 yılında hizmet vermeye başlayan Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi 6 katlı ve 271 yatak kapasitelidir. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, şehir merkezinden  30 km.  uzaklıktaki Sıcak Çermik mevkiinde hizmet vermektedir. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, 5 katlı olup 100 yatak kapasitelidir. Hastanemizde hizmet veren bölümlerimizin çoğu bölgesel olarak ilk ve tek olma özelliği göstermektedir.

**Ulaşım**

Hastanemiz şehir merkezine yaklaşık 5 kilometre mesafede bulunmaktadır. Şehir merkezindeki tüm noktalardaki otobüs duraklarından hastanemize rahatlıkla ulaşılabilmektedir. Toplu taşımanın yanı sıra, özel araçlar ile gelen hastalarımız için de yeterli park alanımız bulunmaktadır.

Hastanemizde 16-24 nöbetinden çıkan veya 24-08 nöbetine gelen personelimiz için servis imkânı sağlanmaktadır. Gündüz mesaisindeki personellerimiz için ise Şehirden-Üniversiteye, Üniversiteden-Şehire servis yapan araçlarımız bulunmaktadır.

**Adres:** Yenişehir Mah. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri

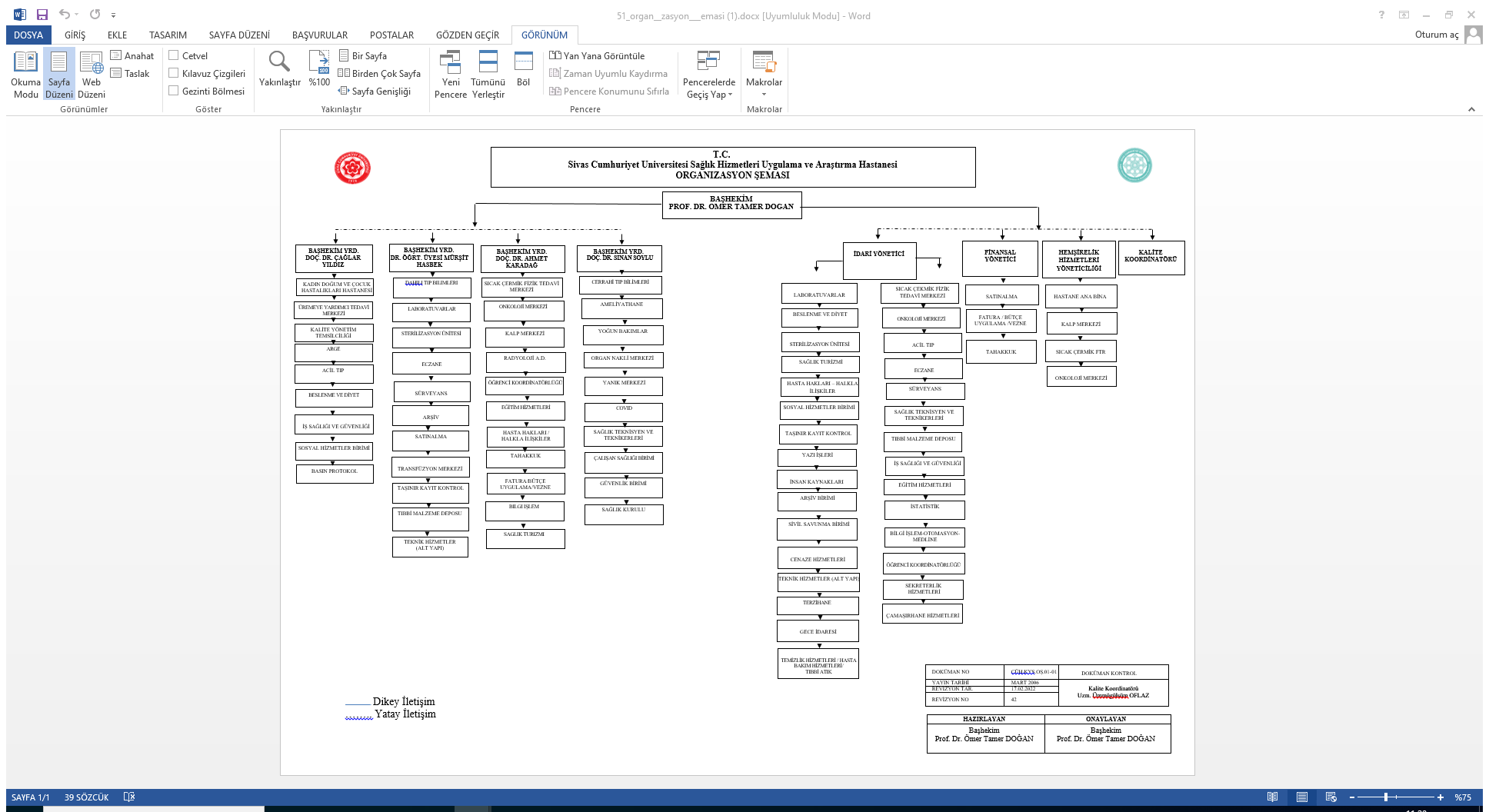
Uygulama ve Araştırma Hastanesi/ SİVAS

**Tel:** 0 346 258 00 00

**Fax:** 0 346 258 00 24

**Mail:** hastanehib@cumhuriyet.edu.tr

**Yönetsel yapı ve yöneticiler**

****

**MİSYONUMUZ**

İnsani değerler ışığında, mesleki etik çerçevesinde, bilim ve teknolojideki yenilikleri kullanarak, toplumun gereksindiği sağlık hizmetlerini en üst düzeyde sunabilmektir.

**VİZYONUMUZ**

Güleryüzlü, güvenilir, yenilikçi, insan haklarına saygılı, alanında referans gösterilen ve aranılan bir sağlık kuruluşu olmaktır.

**KALİTE POLİTİKAMIZ**  
  
Hizmet alan ve veren memnuniyetini en üst seviyede tutarak yasal mevzuatlar doğrultusunda sürekli kendini yenileyen, bilimsel, ekonomik, hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır.

**DEĞERLERİMİZ**  
  
Dürüstlük ve Güvenilirlik

Araştırmacılık ve yenilikleri takip etme

Süreklilik ve erişilebilirlik

Hasta/ Çalışan Odaklılık

Sorumluluk

İnsana/Topluma saygı ve etik ilkelere bağlılık

Etkin iletişim / Empati

Hakkaniyet/İşbirliği ve takım çalışması

Duyarlılık/Adil davranmak ve eşitlik

**ORYANTASYON EĞİTİMİNİN AMACI**

* Çalışana “kuruma hoş geldin” diyerek kuruma bağlılığı sağlamak,
* Organizasyonun yapısı, amaçları, felsefesi vb. konularda çalışana bilgi vermek,
* Kişide kendine güven duygusu yaratmak,
* Bireyde ait olma duygusunu geliştirmek ve verimli olma isteğini uyandırmak,
* Çalışana içinde bulunduğu şartları tanıtmak ve mevcut durumu öğrenme zamanını kısaltmak,
* Motivasyonu arttırmak,
* Çalışanı daha sonraki eğitimlere hazırlamak,
* Disiplin suçlarını azaltmak,
* Deneme yanılma yoluyla öğrenmeye fırsat vermemek,
* Hizmet verirken kendisi ile arkadaşları için risk oluşturabilecek hususları kontrol altına almak,
* Kişiyi görev-yetki ve sorumlulukları konularında bilgilendirmek,

**GENEL BİLGİLER**

Hemşirelik birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde bütüncül bir yaklaşımla iyileştirmeye ve rehabilite etmeye yönelik sağlık bakımı veren bir meslektir.

Hemşirelik mesleğinin profesyonel, bütüncül yürütülmesinde bilim ve kanıta dayalı uygulamalar oldukça önemlidir.

Hastanemizde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurları Başhemşire ve Hemşirelik Hizmetlerinden sorumlu Başhekime bağlıdır.

Tüm Sağlık personeli, kurumu ve çalışanları ilgilendiren genelgelere, mevzuata, tebliğlere ve resmi yazışmalara uymakla yükümlüdür.

Tüm Hemşireler görev tanımlarını, çalışma alanları ile ilgili talimatları ve bilgi dökümanlarını bilmelidir.

Göreve yeni başlayan tüm hemşireler bilgi işlem tarafından verilen otomasyon şifrelerini alarak bilgi dökümanlarına ve talimatlara Hastane otomasyonu kalite dökümanları üzerinden ulaşabilirler.

**PERSONEL DURUMU**

* Hastanemizde; 2547 sayılı yasaya tabii akademik personel,
* 657 4-A/4-B Devlet Memurları Kanunu kapsamında çalışan idari personel,
* 4857 İş Kanununa göre çalışan sözleşmeli personel,
* Akademik personel Tıp Fakültesi Dekanlığı’na bağlı olup sicil amiri Tıp Fakültesi Dekanı’dır.
* İdari personel Hastane İdari Yöneticiliği ’ne bağlı olup, sicil amiri Hastane İdari Yöneticisidir.
* Hastanenin tüm çalışanlarının uyum içinde koordineli ve verimli çalışmasından ise Hastane Başhekimi sorumludur.

**YAZIŞMA KURALLARI**

* Yazışmalar 02.12.2004 tarih ve 25658 sayılı, “Resmi Yazışmalarda Uygulanacak Esas ve Usuller Hakkında Yönetmeliğe” uygun olarak yapılmaktadır.
* Hastane dışı yazışmalarda yetkili makam Başhekimlik, Üniversite adına yapılacak yazışmalarda ise Rektörlük makamıdır.
* Hastane içi akademik yazışmalar Dahili-Cerrahi Tıp Bilimleri Başkanlıkları aracılığıyla Dekanlık makamına yapılmaktadır.
* Hastane dışı Üniversite adına yapılacak akademik işlemlerle ilgili yazışmalar, sırasıyla Dekanlık ve Rektörlük makamlarınca yapılmaktadır.
* Kurum içi yazışmalar ilgili birim sekreteri tarafından yazışma makamının imzası ve gelen-giden evrak kaydı alınarak yapılmaktadır

**657 4 / A KADROLU MEMURLAR İÇİN**

**YILLIK İZİN**

1yıldan10 yıla kadar Hizmeti olana = 20 gün yıllık izin.

10 yıl ve üstü hizmeti olana = 30 gün yıllık izin.

Zorunlu hallerde gidiş ve dönüşlerde 2 günden 4 güne kadar yol izni verilebilir.

**DOĞUM İZNİ**

Personeller, doğum öncesi 8 doğum sonrası 8 haftalık izine sahiptir. Çoğul gebelik halinde doğum öncesi iznine 2 hafta eklenir.

Doğumun erken olması halinde kullanılamayan süre doğum sonrasına süresine eklenir.

Kadın memurun ölümü halinde öngörülen süreyi memur olan baba kullanabilir.

**SÜT İZNİ**

Kadın memura, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren; İlk altı ayda günde üç saat, İkinci altı ayda günde bir buçuk saat süt izni verilir.

Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı hususunda, kadın memurun tercihi esastır.

**ÖLÜM İZNİ**

Memurun, eşinin ve çocuklarının ölümü halinde.

Memurun, Kendisinin ve Eşinin Anne Babası ve Kardeşlerinin ölümü halinde **7 GÜN**

**BABALIK İZNİ 10 GÜN**

Eşi Doğum yapan Babaya verilir.

**EVLENME İZNİ 7 GÜN**

Memurun Kendisi veya Çocuklarının evlenmesi halinde

**657 4/ B SÖZLEŞMELİ PERSONELİN İZİN HAKLARI**

**YILLIK İZİN**

1yıldan10 yıla kadar Hizmeti olana = 20 gün yıllık izin.

10 yıl ve üstü hizmeti olana = 30 gün yıllık izin.

**DOĞUM İZİNİ**

Personeller, doğum öncesi 8 doğum sonrası 8 haftalık izine sahiptir. Çoğul gebelik halinde doğum öncesi iznine 2 hafta eklenir.

Doğumun erken olması halinde kullanılamayan süre doğum sonrasına süresine eklenir.

Kadın memurun ölümü halinde öngörülen süreyi memur olan baba kullanabilir.

**SÜT İZNİ**

Kadın memura, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren; İlk altı ayda günde üç saat, İkinci altı ayda günde bir buçuk saat süt izni verilir.

Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı hususunda, kadın memurun tercihi esastır.

**ÖLÜM İZNİ**

Memurun , eşinin ve çocuklarının ölümü halinde.

Memurun Kendisinin ve Eşinin Anne Babası ve Kardeşlerinin ölümü halinde 7 GÜN

**BABALIK İZNİ 10 GÜN**

Eşi Doğum yapan Babaya verilir.

**EVLENME İZNİ 7 GÜN**

Memurun Kendisi veya Çocuklarının evlenmesi halinde

**İLETİŞİM**

* **Üniversite dışından Hastane arandığı zaman;** Numaranın başına 258 eklenerek tuşlanmalıdır.

Örnek: Başhekimlik için (258 1300)

* **Hastane İçerisinden Üniversite Yerleşkesi Arandığı Zaman;** Dahili numaradan önce 4 tuşlanmalıdır.

Örnek: Rektörlük için (4 1001)

* **Üniversite dışından aramalar için;** Hastane santrali numaraları,

2580000, 2580001, 2580002

* **Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (Sıcak Çermik) Merkezi için;** Hastane içerisinden önce 7, daha sonra dahili numara tuşlanmalıdır.

Örnek: İdareci için ( 7 -1018)

**HASTA İLETİŞİM BİRİMİ**

Hastanemizde Hasta İletişim Birimi ve Hasta Hakları Komisyonu koordineli bir şekilde halkımıza hizmet vermektedir. Hasta Hakları Komisyonu hastaların sadece haklarını korumakla kalmamakta, aynı zamanda hastaların hastane içinde yaşayacakları her türlü soruna da çözüm yolları aramaktadır. Hasta şikâyetlerini sözlü ve yazılı olarak almakta ve gerekli takibi yaparak sonuçlandırmaktadır.

Birimimiz hastalarımızdan gelen görüş ve önerileri, değerlendirmek amacıyla poliklinik ve servislerde yer alan dilek ve öneri kutularını belirli aralıklarla açıp bunları sınıflandırmak suretiyle Üst Yönetimle görüşerek çözüme ulaştırılmasını sağlamaktadır. Ayrıca hastanemizde tedavi olmuş hastalarımız taburcu olduktan sonra telefonla aranarak memnuniyetleri, şikâyetleri, görüş ve önerileri alınmaktadır.

Hasta İletişim Birimi sağlık alanındaki yeni uygulamaları ve gelişmeleri takip ederek yazılı ve görsel basın yoluyla halkımızı bilgilendirmeyi kendisine görev edinmiştir. Hastanemiz hizmetleri konusunda hastalarımızın soru ve sorunları bize web sitemiz yoluyla iletilebilmektedir.

Web sitesi adres: hastanehib@cumhuriyet.edu.tr

**OTOMASYON SİSTEMİ**

İşe yeni başlayan her personelimizin otomasyon üzerinden personel modülüne kaydını yaptırması gerekmektedir. (İnsan Kaynakları Birimi tarafından) Hastanemizde göreve başlayan her personele Bilgi İşlem Birimi tarafından Hastanedeki otomasyon sisteminde kullanılmak üzere bir şifre verilmektedir. Yapılacak her işlem için her kullanıcı kendi şifresini kullanmak zorundadır.

**JENERATÖR SİSTEMİ**

Hastanemizde herhangi bir elektrik kesintisi olduğunda 10 saniye içerisinde hastanenin tüm birimlerinde jeneratör sistemi devreye girmektedir.

**BANKA ve ATM’LER**

Üniversite kampüsü içerisinde Vakıfbank, Ziraat Bankası, Yapı Kredi Bankası şubeleri bulunmaktadır. Hastane bahçesinde Ziraat Bankası, Yapı Kredi Bankası, Vakıfbank’a ait ATM’ler bulunmaktadır. Kampüs içerisinde ise Türkiye İş Bankası ve HSBC Bankası ATM’leri bulunmaktadır.

**ASANSÖR KULLANIMI**

**Hasta ve Malzeme Taşıma Asansörü:** Ameliyata gidecek ya da ameliyattan çıkan hastalar için ayrılmış iki ayrı asansör bulunmaktadır.(Biri hasta taşıma, diğeri ise yük taşıma asansörüdür.) Özellikle bu asansörlerin personel tarafından amacı dışında kullanılmaması gerekmektedir.

**GÜVENLİK ( 0155 )**

5188 Sayılı Özel Güvenlik Yasası gereğince eğitim alan güvenlik görevlilerimiz hastanemizde mal ve can güvenliğini sağlamaktadır.

Güvenliği tehdit eden herhangi bir durumla karşılaşıldığında;

* Kayıp çocuk olduğunda veya bebek kaçırıldığında ( pembe kod alarmı),
* Hırsızlık durumunda,
* Darp durumunda,
* Ziyaret saatine uyulmadığı durumlarda,
* Şüpheli şahıslarla karşılaşma durumunda,
* Kayıp eşya olduğunda

**0155** numaralı telefonu arayarak **Güvenlik Biriminden** yardım istenebilir.

Hastanemiz 24 saat güvenlik kameraları ile izlenmektedir.

**Hastane ziyaret saatleri:**

Hasta ziyaretleri her gün 12.15–13.30 ve akşam 19.00–20.00 saatleri arasında yapılmaktadır.

**Hastane Girişleri**

* Başhekimlik Girişi: Personel girişi olarak kullanılmaktadır (Saat 06:30- 18:00 arası açıktır).
* Poliklinik Girişi: Hasta girişi olarak kullanılmaktadır (Hafta içi her gün saat 06:30-21:00 arası açıktır.) (Hafta sonu saat 11:00-15:00 arası açıktır).
* Acil Girişi: Acil hasta girişi olarak kullanılmaktadır. (24 saat açıktır).

**YEMEK HİZMETLERİ**

* Personelimiz öğlen ve akşam yemeklerini hastanemizde yiyebilmektedir.
* Gece nöbete kalan personellerimize kahvaltı verilmektedir.
* Personel yemekhanelerinde geçiş için personel kartı kullanılmaktadır.
* Ayrıca Hastanemizde personelimiz ve hastalarımızın kullanabileceği vakıf kantinleri mevcuttur.

**Kantinler –Büfeler**

Hastane Market ----

Acil Kafe ----

Sağlık Cafe ----

Kardiyoloji Cafe ---

**Hastenemizin Çalışma Koşulları:**  
-Mesai Saatleri: 08:00-17:00  
**Hafta içi ve hafta sonu:**  
08-17,08-16,16-24,16-08,24-08,08-24 (Resmi Tatiller Dahil)  
-Mesai Saatleri 24 saat hizmet veren kurum olması nedeniyle ilgili yönetim tarafından gerekli hallerde değiştirilebilir.  
-Mesaiye giriş ve çıkış saatlerine riayet etmek zorunludur.  
-Mesaiye giriş ve çıkışlarda mutlaka hastanenin tüm girişlerinde bulunan kart okuyuculara kartınızı okutmanız gerekmektedir.  
  
**Bölümde çalışan hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları;**  
-657 Devlet Memurları Kanunu   
-4857 İş Kanunu   
-Yataklı Tedavi Hizmetleri Yönetmeliği  
-Hemşirelik Kanunu (2007)   
-Hemşirelik Yönetmeliği (2010)  
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik (2011)  
-Kalite Koordinatörlüğü Dökümanları vs.  
Hemşirelik  görev yetki ve sorumlulukları yukarıda belirtilen Kanun ve Yönetmeliklerle belirlenmiş olup çalışırken bu kurallara riayet etmeniz beklenmektedir.

İlgili yönetmelikte belirlenen meslek grupları ve sorumluluklarının başlıkları şu şekildedir:

**Meslek Grupları :**

* Yoğun Bakım Hemşiresi
* Acil Servis Hemşiresi
* İç Hastalıkları Hemşireliği
  + Diyabet Eğitim Hemşiresi
  + Onkoloji Hemşiresi
  + Diyaliz Hemşiresi
  + Rehabilitasyon Hemşiresi
  + Endoskopi Hemşiresi
* Cerrahi Hemşireliği
  + Ameliyathane Hemşiresi
  + Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi
* Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği
* Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği

**Yönetmelikte Konu Başlıkları**

* Görev, Yetki ve Sorumlulukları
* Hemşirelik Bakımı
* Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılma
* Eğitim ve Danışmanlık
* Bölüm özelliklerine göre diğer konu başlıkları

**UYULMASI GEREKEN GENEL DİSİPLİN KURALLARI**  
  
Etik Kurallar;  
Çalışma ortamında genel ahlak ve tıbbi etik kurallarına uyulmalıdır.  
-Özerklik İlkesi   
-Dürüstlük İlkesi  
-Saygı İlkesi   
-Yararlılık İlkesi (Zarar Vermeme, Yarar Sağlama)  
-Eşitlik İlkesi   
-Hakkaniyet ve Adalet İlkesini gözetmek.

**Kıyafet Kuralları;**  
  
-Devlet Memurları  Kılık-Kıyafet Yönetmeliğine uygun olarak davranmak zorunlu olup, çalışma süresi içinde prezantable olmaya özen gösterilmelidir.  
  
-Hastanemizde  çalışan hemşirelerimizin isteği üzerine forma renginde değişiklik yapılmasına karar verilmiştir. Tüm  çalışanlarımızın katıldığı bir anket uygulaması sonucu aşağıdaki forma renklerine karar verilmiştir.  
**Servis Sorumlu Hemşireleri;** Lacivert¸ mürdüm rengi

**Servis Hemşireleri;** Avcı Yeşili, bordo

Çalışanların bu renklere riayet etmesi gerekmektedir.  
  
**Tanıtıcı Kimlik Kartı;**  
  
-Üzerinde Ad-Soyadı-Unvan gibi bilgilerinizin kayıtlı olduğu kimlik kartlarınızı mesai sonuna kadar görünür bir şekilde taşıma zorunluluğunuz vardır.  
  
**Personel Gizlilik Sözleşmesi;**  
  
Personel Gizlilik Sözleşmesi işe girişlerde imzalanır ve personel dosyasında saklanmaktadır.  
  
Duyuru ve afişlerin ilan edilmesi; Her türlü ilan ve bilgi içeren afişler sadece idare izinle uygun görülen yerlere asılabilmektedir.

**Nöbet Devir Protokolü;**

* Hemşire nöbet saatinden en az 10 dakika önce formalı olarak çalışacağı birimde hazır bulunur.
* Acil durumlar dışında (hastalık, ölüm, kaza vs.) gecikme ve işe gelmeme durumunda en az 8 saat önceden birim sorumlusuna haber verilir.
* Sorumlu hemşire nöbeti tutabilecek kişiyi belirleyerek ilgili kişilere bilgi verir ve yeni nöbet listesini yaparak başhemşireliğe gönderir.
* Nöbeti teslim alacak hemşire gelmeden çalışmakta olan kişi servisi/bölümü terk edemez.
* Nöbeti teslim alacak çalışan vaktinde gelmediği takdirde, durum önce birim sorumlusuna birim sorumlusu da ilgili başhemşire yardımcısına bildirir. Gerekli tedbir alındıktan sonra nöbetini tamamlayan kişi ayrılabilir.
* Çalışanlar arasında nöbet değişimi yapılmak istendiğinde ilgili yönetici ile görüşülerek değişim nedeni ve zamanlarının onayı alınır.
* Hasta ile ilgili özel bilgiler deskte paylaşılır sonrasında tüm odalardaki hastalar gezilerek mutlaka hasta başında hastaya ait tüm kayıtlar (hemşire takip ve tedavisi, hastanın serumu, dren, sonda, aldığı çıkardığı takibi, yara bakımı, dikkat edilmesi gereken tüm bilgiler vs.) ile ilgili bilgilendirme yapılarak gerçekleşmelidir.
* Nöbet sırasında gelişen her türlü sorun hakkında sorumlu hemşireye bilgi verilir, gerektiğinde yazılı ve imzalı rapor tutulur.
* Hasta teslimi bittikten sonra; servisde bulunan ilaç demirbaş cihazlar(EKG, NST, Glikometre, infüzyon pompası vs.) mutlaka teslim alınmalıdır.
* **Süpervisör hemşire;** Hemşirelik Hizmetleri Yöneticiliğine bağlı olarak çalışır. Nöbetlerde, haftasonları ve resmi tatillerde servis ve hasta viziti yaparak servis genel durumunu, hemşirelik bakımını denetler, değerlendirir, önerilerde bulunur ve gerektiğinde yazılı-sözlü rapor tutar. Hasta Bakımının sürekliliğini sağlamak ve bakım kalitesini artırmak için düzenli olarak vizitlerde bulunur. Nöbet süresinde yaşanan her türlü nöbet değişikliği ile ilgili planlama süpervisör hemşire tarafından yapılır.

**HASTA KABULÜ**

Yatan hastalar için ortak kullanılan takip, tedavi ve bilgi formları hasta yatış işlemleri sırasında sekreterlik tarafından hazırlanarak, hasta dosyası oluşturulur. Standartlara uygun olarak yatışına karar verilen her hastayı hemşire karşılar ve kliniğe kabulünü yapar.

Hemşire hastadan aldığı bilgilerle hasta dosyası (hasta kabul formu , hemşire gözlem , sıvı izlem, düşme riski, nutrisyon formu, ağrı skalası formu, bakım planı formları) doldurur.

Servis hemşiresi hastanın başlangıç vital bulgularını kabul yaparken alır.

Kabulü yapan hemşire tarafından hastanın kullandığı ilaçlarını servis doktoruna bildirir, servis doktoru hastanın uygun gördüğü tedaviyi order eder ve hemşire tarafından hasta tedavisine başlanır.

Klinik hemşiresi tarafından kabul edilen hasta veya yakınına;

• Personel Tanıtımı

• Servis ve Odasının Tanıtımı

• Kahvaltı ve Yemek Saatleri

• Hasta Hakları ve sorumlukları

• Hasta ve Hasta Yakınının Uyması Gereken Kurallar

• Ziyaret Saatleri ve Kuralları

• Tuvalet Ve Banyo Kullanımı

• Hasta Odasında Bulunan Yatak, Etejer, Dolap, vb. Kullanımı

• Hekim –Hemşire Vizit Saatleri

• Hemşire Çağrı Sistemi Kullanımı

• Telefon Kullanımı

• Atıkların Ayrıştırılması ve Çöp Kullanımı

• Acil Çıkışların Gösterilmesi(Tahliye Alanlarının Tanıtılması)

• Hasta ve Yakınına Dilek İstek Şikayet Bildirmeleri konularında kabul eğitimleri ve bakımları verilerek sisteme kaydedilir imzası alınır.

**HASTA KİMLİK BİLEKLİĞİ UYGULAMA VE KİMLİK DOĞRULAMA**

* Poliklinikte poliklinik sekreteri tarafından yatış işlemi yapılan hastalara poliklinik sekreteri tarafından kol bandı takılır, servis sekreterlerine yönlendirilir. Servis sekreteri tarafından yatış işlemleri kontrol edilir. Acil serviste olup yatış endikasyonu olan her hastaya kol bandı sekreter tarafından çıkarılıp, acil hemşiresi tarafından takılır.
* Kol bandında kişinin adı-soyadı, klinik adı, protokol numarası, doğum tarihi (gün–ay–yıl) bilgileri yer alır.
* Yatışı yapılan her hasta için beyaz renkli kol bandı, takılır. Eğer hastanın alerjik bir durumu söz konusu ise kırmızı renkli kol bandı servis hemşiresi/acil hemşiresi tarafından takılır ya da değiştirilir.
* Kadın doğum servisine veya doğumhaneye doğum yapmak üzere yatışı yapılan gebelere sekreter tarafından beyaz kol bandı takılır. Eğer alerjik durum söz konusu ise servis hemşiresi tarafından hastanın kol bandı kırmızı kol bandı ile değiştirilir. Gebenin doğum yapması durumunda aynı seri numaralı pembe/ mavi renkli anne-bebek kol bandı hemşire tarafından takılır.
* Çoğul gebelikler de (ikiz, üçüz, vb.) anneye bebek sayısı kadar kol bandı takılır.
* Bebeğin kol bandında anne adı ve soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün, ay, yıl), anne veya bebeğin protokol numarası bulunur.
* Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde (numune alma, tedavi uygulama, tetkik yapma, takip, ameliyathaneye transfer vb) kimlik doğrulaması yapılır.
* Çalışanlara Hasta kimlik bilekliği kullanımı ve hasta kimliğini doğrulaması konusunda eğitim yapılır.
* Kimlik bilekliğindeki bilgilerin silinmesi, barkodun çıkması vb sebeplerle bilgilerin okunamaması durumunda kimlik bilekliği yenilenir
* Hastalara uygulanan; tetkik ve tedaviler sırasında, girişimsel işlemler ve kan transfüzyonu öncesinde hasta kimlik bilgileri mutlaka doğrulanmalıdır.
* Ex olan hastanın ölüm sonrası bakımı verilerek kol bandı çıkarılmadan morga gönderilir.
* İşlemin yanlış hastaya uygulanmasının, kol bandı ile ilgili önlemlerin dikkate alınmamasının sorumluluğu sağlık personeline aittir.

**HEMŞİRELİK SÜREÇ BİLGİLERİ**

Hastaya yapılacak tüm hemşirelik uygulamaları ve hemşirelik süreçleri hakkında hasta/ hasta yakınına bilgilendirme yapılır. Uygulama yapılmadan önce, hasta ve yakını uygulamaya yönelik, yapacak hemşire tarafından bizzat bilgilendirilerek, hastanın onayı doğrultusunda uygulama gerçekleştirilmelidir. Sonrasında gelişebilecek durumlar hakkında ve yapılacak bakım ve takipler de anlatılmalıdır.

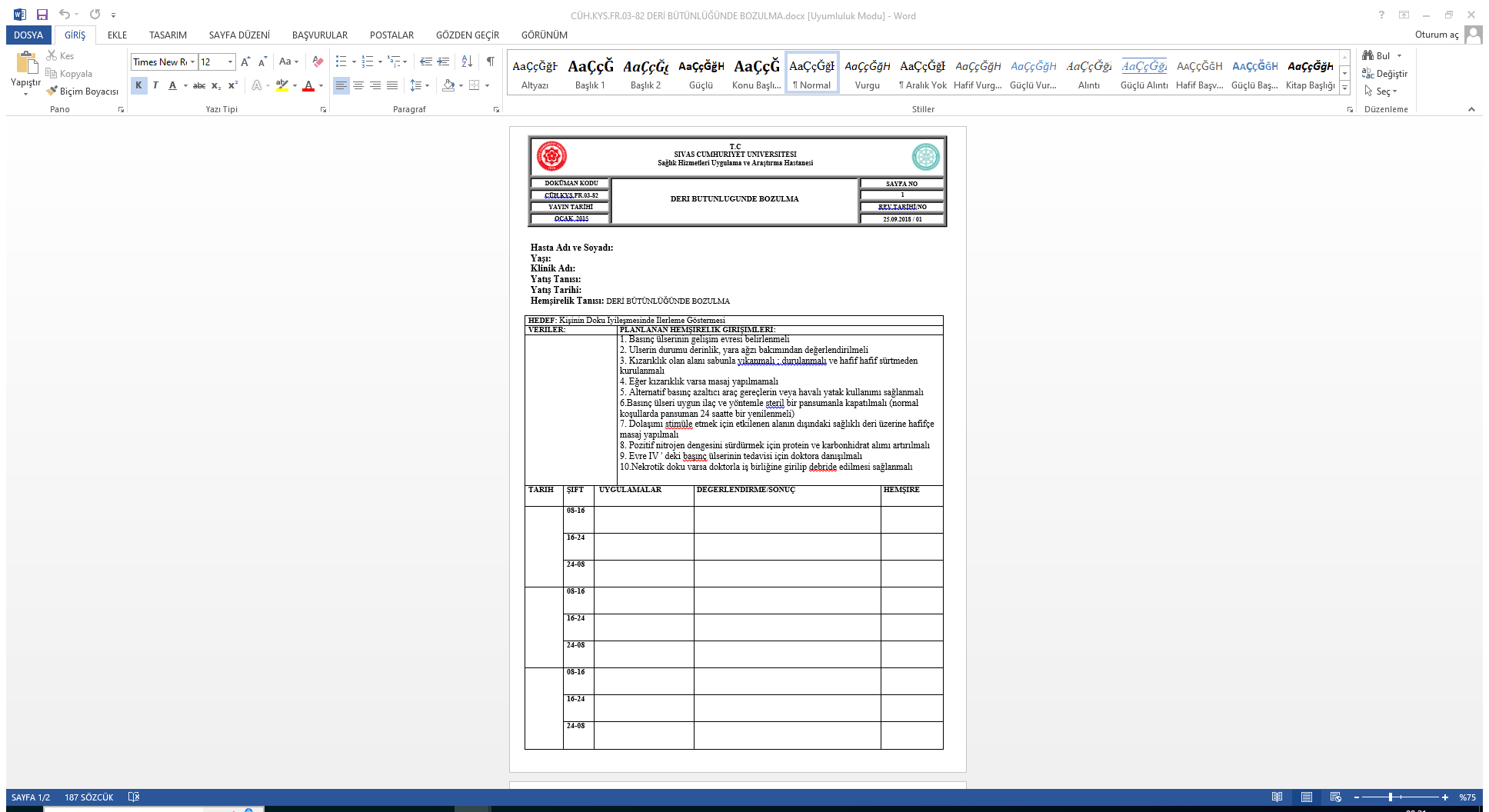
**HEMŞİRE HASTA BAKIM PLANI**

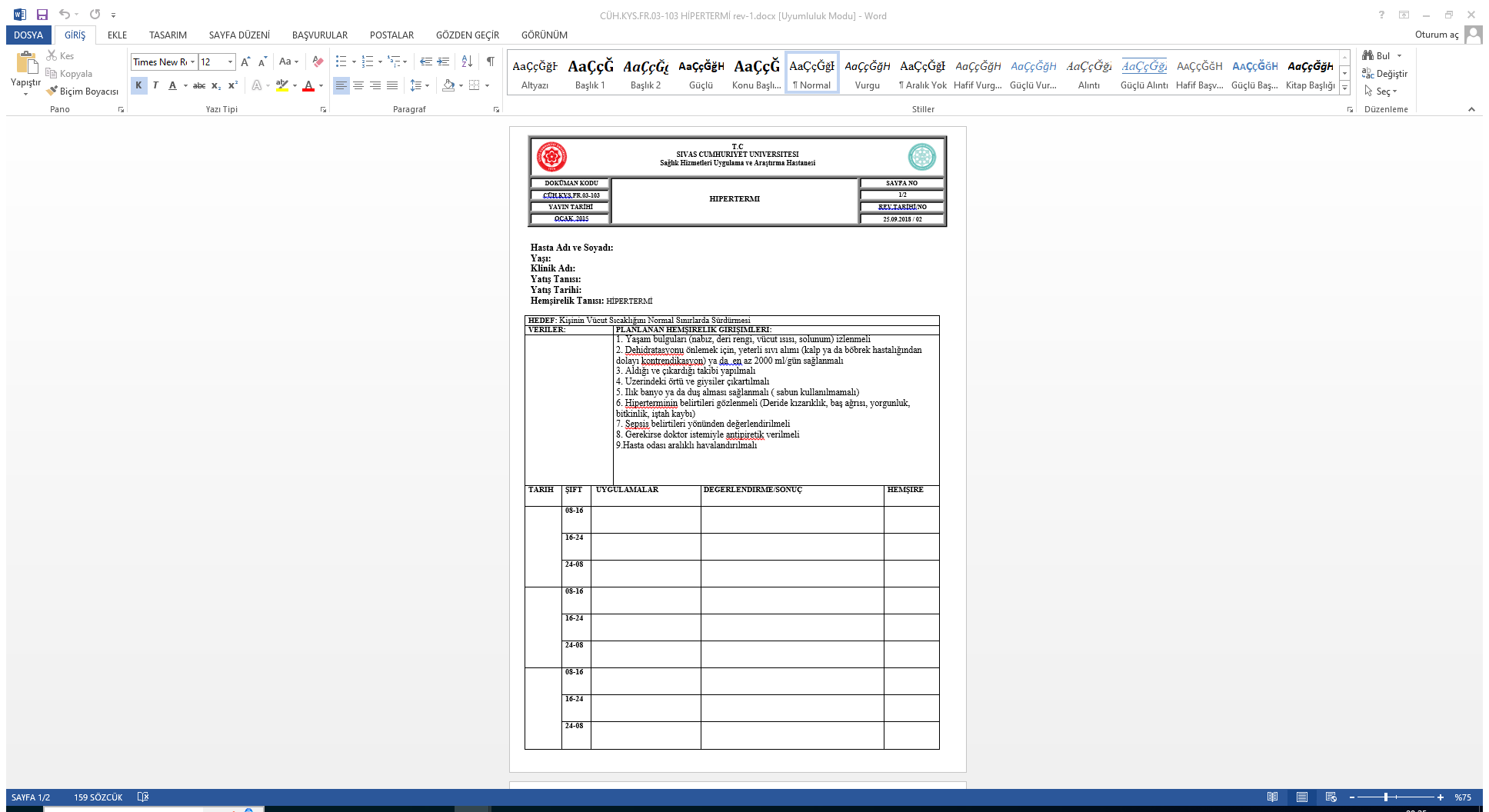
Bir sağlık kurumunun temel amacı “Hasta Bakımı”dır. Hastalara uygulanacak iyi bir hasta bakımı; iyileşmenin çabuklaşmasını, komplikasyonların önlenmesini, hasta yaşamının canlılık kazanmasını sağlar.

Hasta kliniğe yattığı andan itibaren hemşire tarafından değerlendirilerek uygun bakım planı oluşturulur ve sisoft webden girişi yapılır.

Hemşirelik hizmetler yöneticiliğinin ortak olarak hazırladığı bakım planları doğrultusunda hastaya bakım verilerek takip edilir. Hasta bakımının uygulanmasında temel yaklaşım, “her hastanın özgün olduğu” ve “bakımın hastaya özgü olması” gerektiğidir.

* Bakım Süreci; hastanın tüm bakımlarını yapmak (göz bakımı, perine bakımı, katater bakım, bası yarası vs.)bütüncül yaklaşmak hemşirenin görev tanımları içerisindedir. Dekibüt bakımı,foley katater bakımı, ağız bakımı vs. gibi bakım talimatlarına hbys kalite dökümanları sisteminden ulaşılabilmektedir. Bu talimatları düzenli aralıklarla okumanız ve bu talimatlar doğrultusunda bakım vermeniz gerekmektedir.

Aşağıda hasta bakım planı örnekleri verilmiştir. ****



Bakım planı doğrultusunda yapılan uygulama sonuçları değerlendirilmeli ve bakım planına kaydedilmelidir. Nöbet değişimlerinde bakım planına yönelik teslim yapılmalıdır.

Hastanemizde yenidoğan hastalar için kullanılan bakım planları da uygulanmaktadır.



**BESLENME (NÜTRİSYON) DEĞERLENDİRMESİ**

* Yatan bütün hastaların nütrüsyon değerlendirilmesi hbys üzerinden hemşire tarafından yapılır.
* Beslenmesi yetersiz olan hastalar klinik doktoru ve hemşiresi tarafından değerlendirilerek nütrüsyon birimi ile iş birliği ile **CÜH.KYS.TL.52-04**. **NÜTRİSYON DESTEĞİ TALİMATI ‘na göre**  uygun olan enteral veya paranteral beslenme ürünü başlatılır.

**AMELİYAT ÖNCESİ YAPILAN HAZIRLIKLAR ve AMELİYAT SONRASI HASTA TAKİBİ**

Ameliyata karar verilen hastalara anestezi hekimi tarafından CÜH.KYS.FR. 31.07 PREOPERATİF DEĞERLENDİRME FORMU kullanılarak hastanın anestezi muayenesi yapılır.

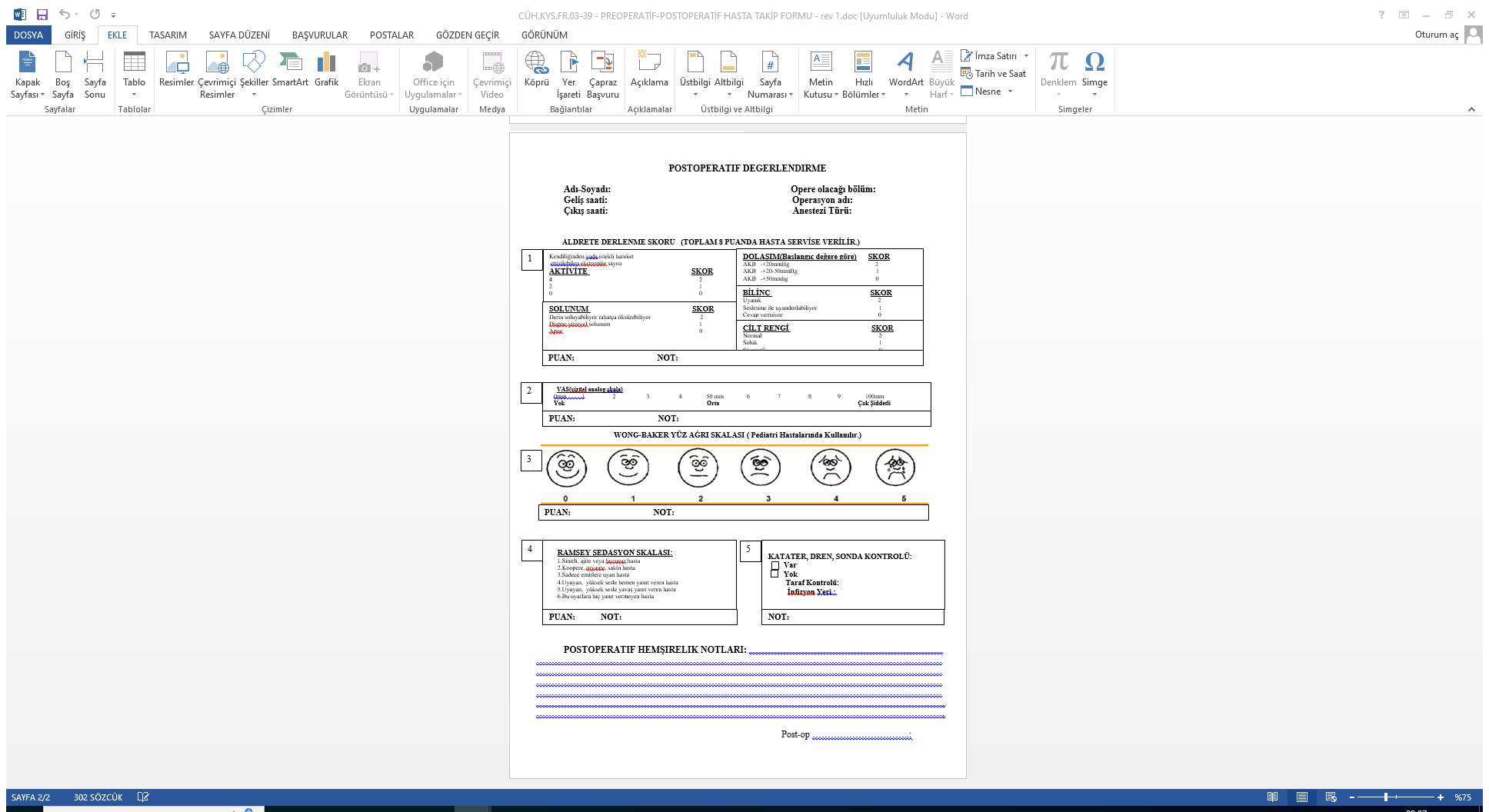
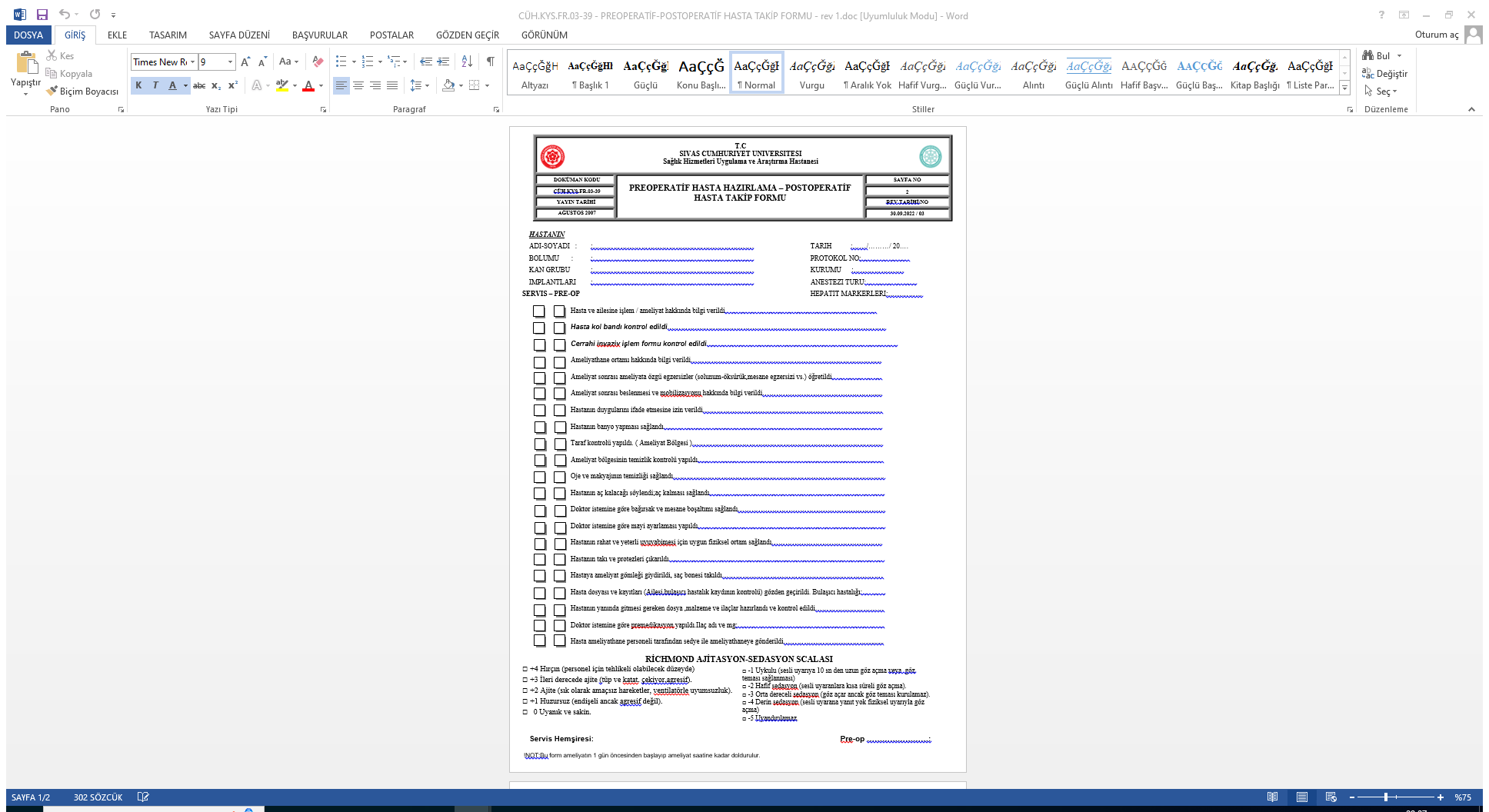
Ameliyat öncesi hasta; fiziksel, psikolojik, medikal ve yasal olarak hazırlanır. ‘’preoperatif hasta hazırlama-postoperatif hasta Takip Formu’’ doldurulur, yapılan hazırlıkları yapan kişi ile yapıldığı saat kaydedilir ve yapan hemşire tarafından imzalanır.

Hastanın ameliyat öncesi fiziksel (giysi ve takılarının çıkarılması, ameliyat gömleği giydirilmesi vb) ve medikal hazırlıkları (damar yolu açılması, tetkiklerinin yaptırılması, sonuçlarının takibi ve dosyaya eklenmesi, lavman vb) klinik hemşirelerin sorumluluğudur. Tüm yatan hastaların bilgilendirilmesi ve güler yüzlü bilinçli hizmet yaklaşımı ile psikolojik olarak ameliyata hazırlık aşamasında yardımcı olacaktır. Ameliyat öncesi hastanın onam formlarının (genel, işleme özel, anestezi, kan ürünü transfüzyonu vb) varlığı ve imzaların kontrolünün yapılması, eksiklerin tamamlanması gereklidir. Ameliyathaneye hasta teslim edilmeden kontrol edilerek hasta bilinçli iken tamamlanması yasal hazırlık aşamasıdır. Kliniğe yatırılan hastanın ameliyat öncesi hazırlığı klinik hemşiresi tarafından CÜH.KYS.TL. 03.01 PREOPERATİF BAKIM TALİMATI’na göre yapılır**.**

Ameliyat öncesi Preoperatif hasta hazırlık formu veCÜH.KYS.FR. 31.11 GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ ‘klinikten ayrılmadan önce’ kısmındaki ilgili alanı servis hemşiresi ve hekimi tarafından doldurulur ve imzalanır. Hastanın taraf işaretlemesi CÜH.KYS.TL. 02.13 TARAF İŞARETLEME TALİMATI’na göre hekimi tarafından yapılır. Daha sonra hasta ameliyathane taşıma personeli tarafından ameliyathaneye CÜH.KYS.TL. 03.355 GÜVENLİ HASTA TRANSFER TALİMATI’na göre teslim edilir.

Hasta ameliyata gittikten sonra CÜH. KYS. KP.03.01 YOĞUN BAKIM HASTA KABUL HİZMET VE KALİTE PLANI’na göre yerine mi yoğun bakıma mı alınacağı ekip tarafın dan belirlenir. Yeri belirlendikten sonra ilgili yere servis personeli tarafından post op yatağı hazırlanır. Hasta CÜH.KYS.TL.03.02 POSTOPERATİF HASTA BAKIM TALİMATI ‘na göre kliniğe kabul edilir.

Hastanın durumu hekim ve hemşiresi tarafından değerlendirilir. Ameliyat sonrası hekim tarafından verilen order servis hemşiresi tarafından uygulanır.

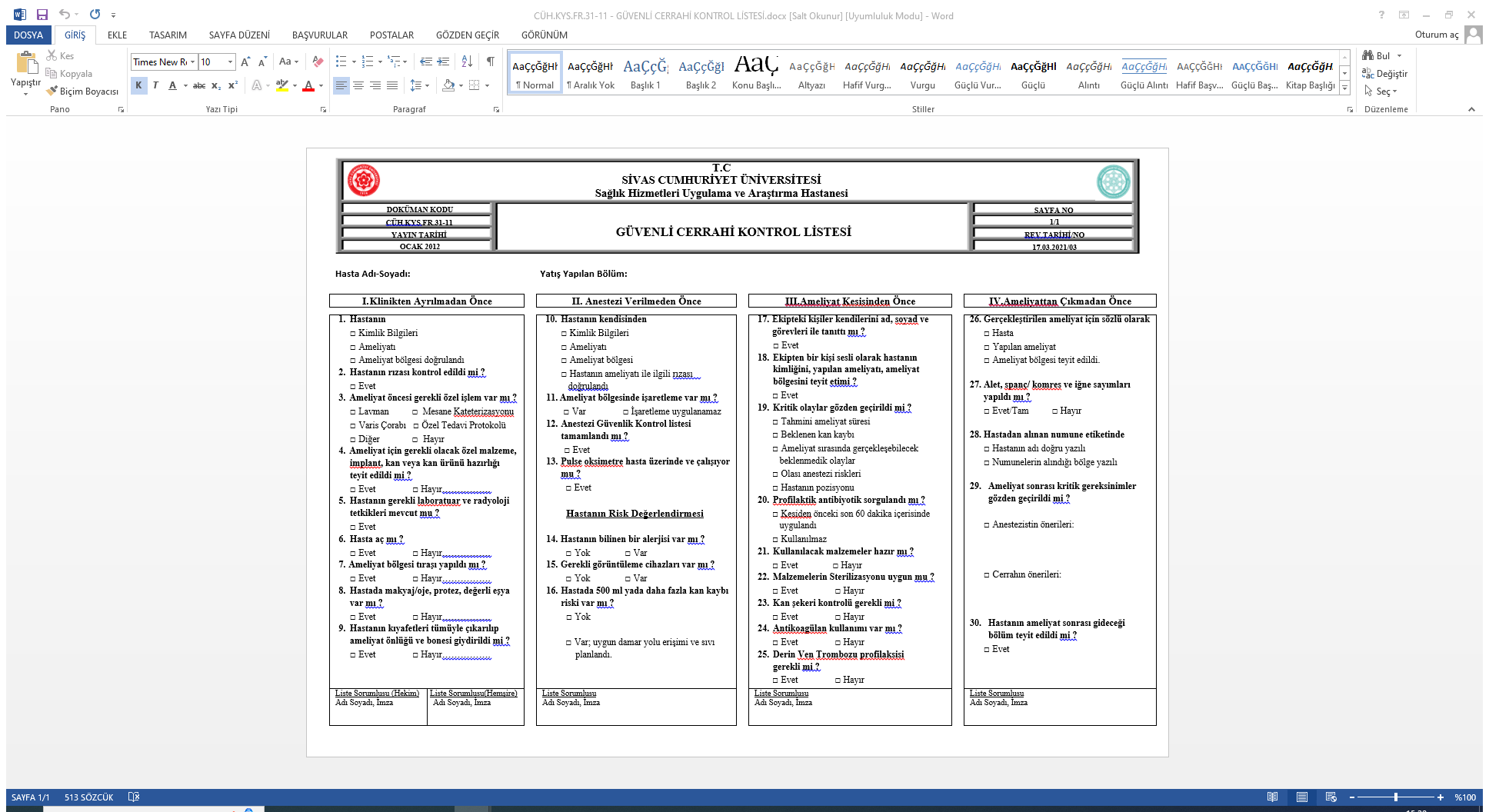
****

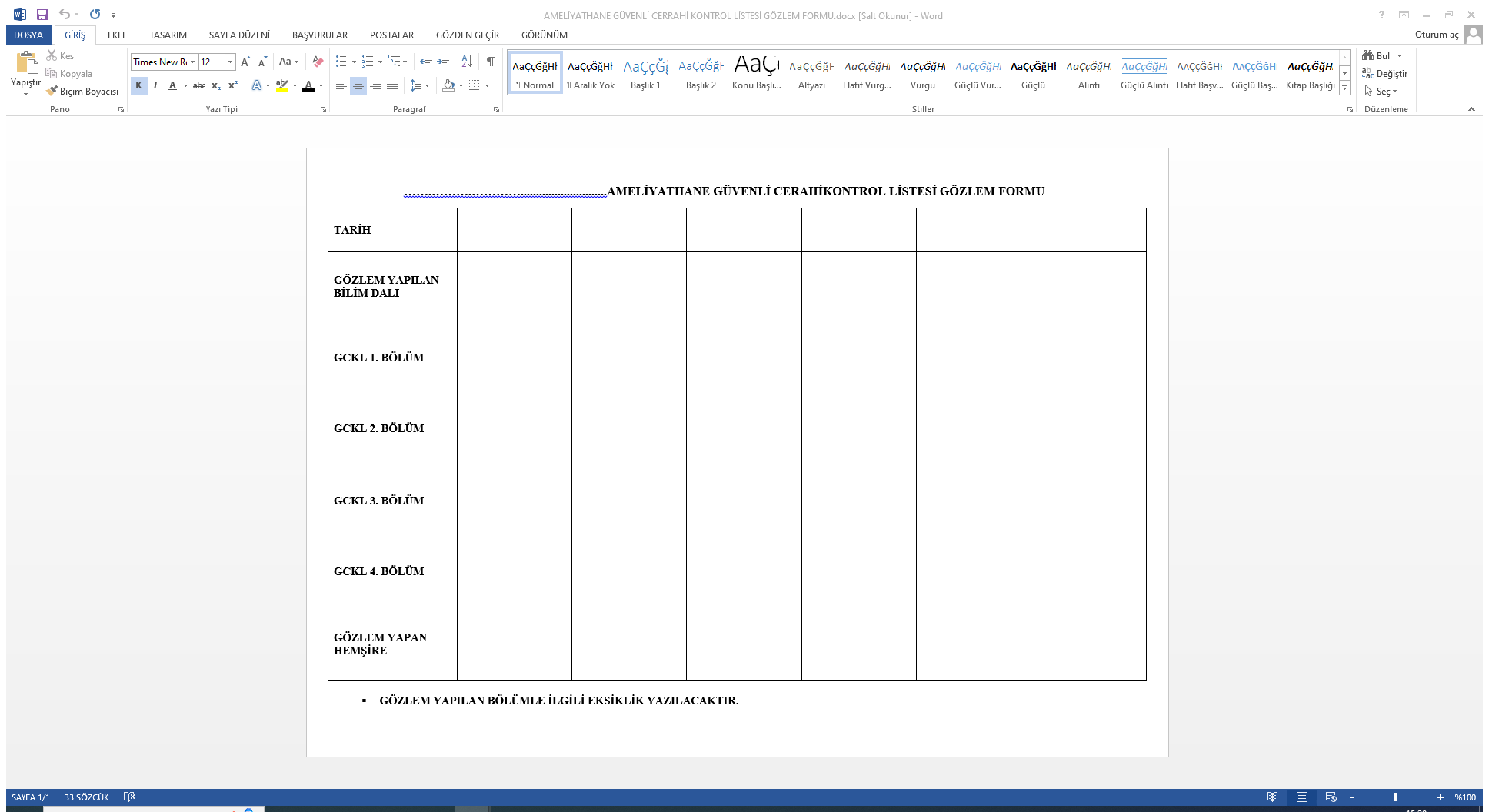
**CERRAHİ GÜVENLİK**

Ameliyat olacak hastalarda cerrahi güvenlik; preop dönemde, operasyon sırasında ve postop dönemde yapılan uygulamalar bütünü ile sağlanır. Hastanın evde başlayan hazırlığı, klinikteki hazırlıklar, sterilizasyon işlemleri, ameliyata ve hastaya özel risklere yönelik tedbirler, operasyon tekniği, anestezi uygulamaları, ameliyat sonrası uygulamalar ile hastaya tıbbi uygulama, takip ve bakım yapan tüm sağlık çalışanlarının uygulama bilgi, tecrübesi ile gösterdiği dikkat ve özenin bütünüyle cerrahi işlem güvenli ve başarını sağlar.

‘’Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’’ nin 4 (1.klinikten ayrılmadan önce, 2.Anestezi verilmeden önce, 3.Ameliyat kesisinden önce, 4.Ameliyattan çıkmadan önce) bölümü ilgili sorumlular tarafından doldurulur. Preop hasta hazırlıkları yapıldıktan sonra; ‘’Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’’nin ‘’Klinikten Ayrılmadan Önce’’ki kısmı klinik hemşiresi tarafın doldurulmalıdır.

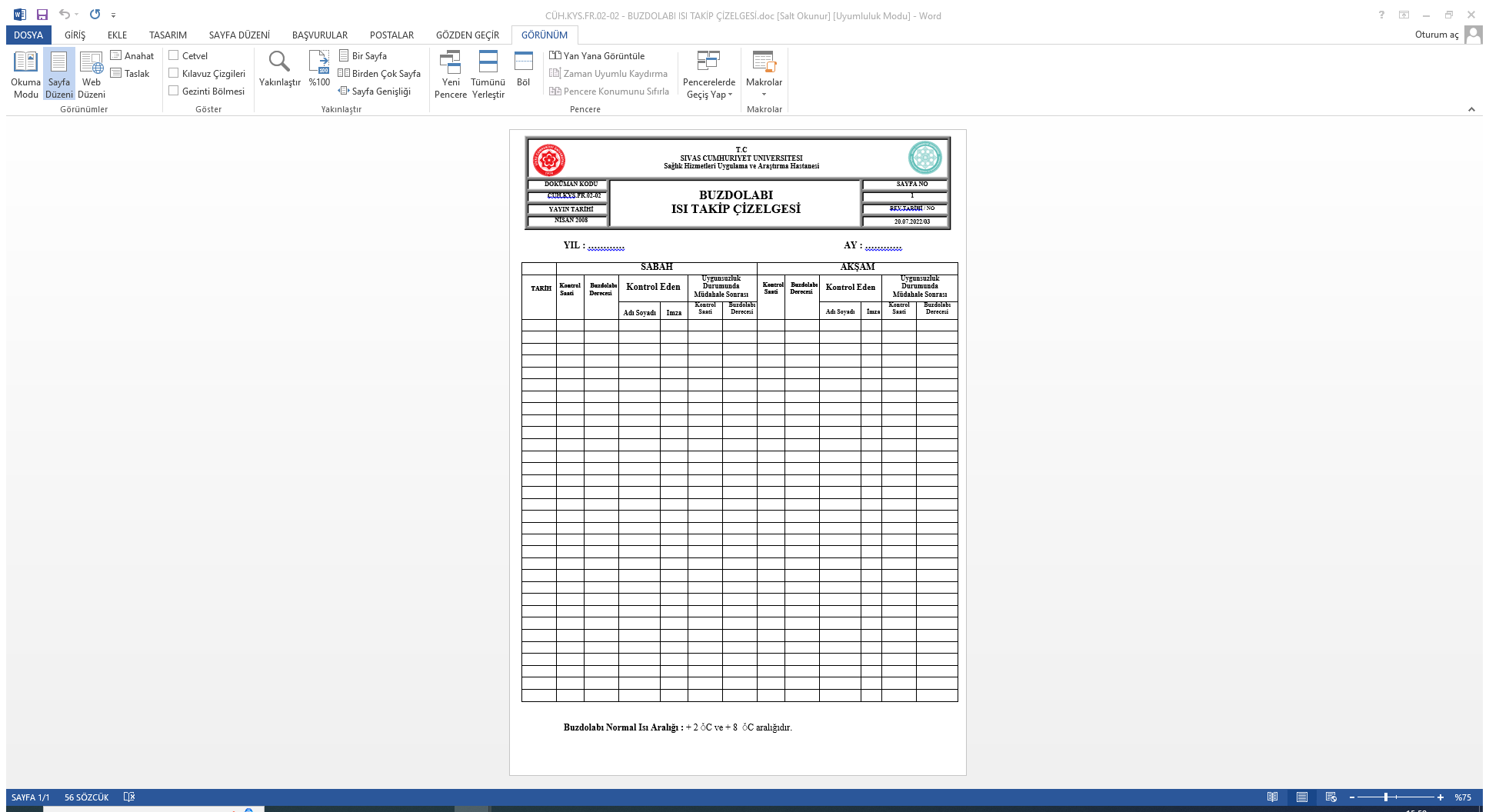
CÜH. KYS. FR.31-11 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi



****

**BUZDOLABI VE ORTAM SICAKLIK TAKİBİ**

* + Birimlerde içinde ilaç bulunan buzdolaplarının Isı ölçüm değeri belirlendikten sonra günde iki kez değerlendirilerek “Buzdolabı Isı Takip Çizelgesine” kayıt edilir.
  + Sıcaklık değerleri normal değer aralığı dışında ise ilgili birimlere bilgi verilir. (CÜH.KYS.TL.03.328 – BUZDOLABI ISI ÖLÇER KULLANMA TALİMATI)



Ortam sıcaklık takibi yapan çalışan ısı ve nem ölçer cihazındaki değerleri günde 2 defa olarak CÜH.KYS.FR.02.03 Isı Nem Takip Çizelgesine kaydeder ve imzalar. Birimde olması gereken ısı ve nem değerinden sapma varsa, teknik servis ile iletişime geçer, ısı ve nem değerinin olması gereken ısı düzeyine ulaşması için gereken iyileştirme çalışmaları (ortamın havalandırılması, klima kontrolü, soğutucu ayarları, ısı ve nem ölçer çalışma ve kalibrasyon kontrolü vb) yapılır. (CÜH.KYS.TL.03.360- ISI NEM ÖLÇER CİHAZI KULLANIM TALİMATI)

**HBTC KULLANIMI(HASTA BAŞI TEST CİHAZI)**

* HBTC: Glukometre; yataklı servisler, Acil servis ve bazı polikliniklerde; kan gazı cihazı, Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesinde kullanılmaktadır.
* HBTC temizlik ve bakımı birimlerde, birim HBTC sorumluları tarafından yapılır.
* Glukometrelerin kalite kontrol eşlik kan çalışmaları, 15 günde bir veya ayda bir Biyokimya Laboratuvarında Biyokimya Laboratuvarı HBTC sorumlusu ve firma elemanı tarafından yapılır. Kan gazı cihazının kalibrasyonu otomatik olarak cihaz tarafından her gün yapılıyor olup kalite kontrol çalışması her gün yapılır. Sonuçlar Biyokimya laboratuvarında bulunan cihaz kontrol dosyasında saklanır. Hasta sonuçlarına ve cihazın durumuna göre kontrol okutma sıklığı Biyokimya Uzmanı tarafından değiştirilebilir.
* HBTC envanteri laboratuvar HBTC takip sorumlusu tarafından kayıt altına alınır.
* Doğrulama sonucunda çıkabilecek yanlış sonuçlarda düzeltici önleyici faaliyet başlatılır. Uygunsuz cihazların yeni cihaz ile değişimi sağlanır.
* HBTC nı kullanacak çalışanlara doğrulama sonuçlarının değerlendirilmesi, cihazın temizliği ve bakımı hakkında kullanıcılara, firma yetkilileri ve gerektiğinde laboratuvar HBTC sorumlusu tarafından eğitim verilir.
* HBTC da çalışılmış olan tüm test sonuçları hasta dosyasına kaydedilir.

**TIBBİ CİHAZ BAKIM VE KALİBRASYONU**

Biyomedikal biriminde tıbbi cihazların bölüm bazlı kalibrasyon planları bulunur ve kalibrasyonu yapılacak cihazlar servislerden duyuru yapılarak istenir.

Genel olarak her yıl ekim- aralık ayları arasında yılda 1 kez kalibrasyonlar ilgili firma tarafından yapılır.

Tıbbi cihazların kalibrasyon sertifikaları hazırlanır ve cihazların üzerine kalibrasyon etiketi yapıştırılır. Yeşil renkli etiket “kullanılabilir”, sarı renkli etiket “kısmi kullanılabilir”, kırmızı renkli etiket “kullanıma uygun değildir” anlamı taşır. Kalibrasyon gerektirmeyen cihazlar için “kalibrasyon gerektirmez” etiketi yapıştırılır.

Biyomedikal birimi kalibrasyon yapıldığına dair servis sorumlu hemşiresinden imza alır.

**GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMA İLAÇ GÜVENLİĞİ**

**İLAÇ GÜVENLİĞİ**

İlaç Güvenliğinin Amacı; Hasta güvenliğini sağlamak, çalışan güvenliğini sağlamak, ülke genelinde ortak bir dil oluşturmak, standardizasyonu sağlamaktır.

Hemşire/ebe/sağlık memurunun güvenli ilaç uygulaması için, hasta adına düzenlenmiş ilaç kartı ile çalışılması önemlidir.

* + Her kartın üzerinde hastanın;
    - Adı- soyadı,
    - İlacın adı,
    - İlacın şekli (ampul, tb, suppozituvar vb.)
    - İlacın dozu,
    - Verilme saatleri,
    - İlacın veriliş yolu,
    - İlacın veriliş süresi yazmalıdır.
  + Doktor istemi ile ilaç kartları karşılaştırılır.
    - Doğru hasta
    - Doğru ilaç
    - Doğru doz
    - Doğru zaman
    - Doğru uygulama yolu
    - Doğru ilaç şekli
    - Doğru kayıt
    - Doğru etki, ilkelerine uymalıdır
  + İlacın hazırlanacağı odanın sakin, düzenli ve yeterince aydınlanmış olması gerekir.
  + İlaç kapları kişiye özel hazırlanmalıdır. Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri olmalıdır.
  + İlaç kartları her hastaya özel olarak hazırlanmalıdır.
  + Tüm ilaç uygulamalarından önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
  + Uygulama hatalarına sebebiyet vermemek için ilaç hazırlama işlemi ilacı uygulayacak hemşire/ebe/sağlık memuru tarafından yapılmalı, başkasının hazırladığı ilaç hastaya uygulanmamalıdır.
  + İlaçların kontaminasyonunu önlemek için ilaçlar kendi ambalajından çıkarılmadan ilaç kabına konulur.
  + İlaç kaplarının temiz olmasına özen gösterilir. Sıvı ilaçlar, ölçekli aparat/kadeh/enjektör ile dozajı doğru ayarlamak için göz hizasında hazırlanır.
  + Her ilaç hazırlamada ilaçların son kullanma tarihine bakılması önemlidir. Tarihi geçen, rengi, kokusu, görünümü değişen ilaçlar kullanılmamalıdır.
  + Hastanın kimliği kesin olarak belirlenmeden ilaç verilmemelidir.
  + Hasta başında hemşire gözlem ve ilaç kartlarının eşitliği kontrol edilir ve ilaçlar uygulanırken ilaç doğruluğu son kez kontrol edilir.

**Order alma ve uygulama**

Hastanın servise kabulünden sonra ilgili hekim hasta otomasyonunda hastanın tedavisini planlar. Hemşire hastanın tedavi planını “CÜH.KYS.TL.03-343-E- Order İstemi Alma Talimatı“ na göre alır.

Hasta order planında sol kısımda bulunan doktor kaşe ve imza kısmı ilgili doktor tarafından, sağ kısımda bulunan hemşire kaşe ve imza kısmı, orderı çıkaran hemşire tarafından kaşelendikten sonra hemşire gözlem formu olarak kullanılır. Tarih kısmı gün gün doldurulmalıdır.

Hasta order planlama 24 saatlik hemşire gözlem formu olarak kullanılmalı ve günlük çıkarılmalıdır. Cv olarak yazılan ilaçlarda da hekimin imza ve kaşesi bulunmalıdır. Tedavi planında simgeler, semboller ve kısaltmalar kullanılmamalıdır.

## Sözel order

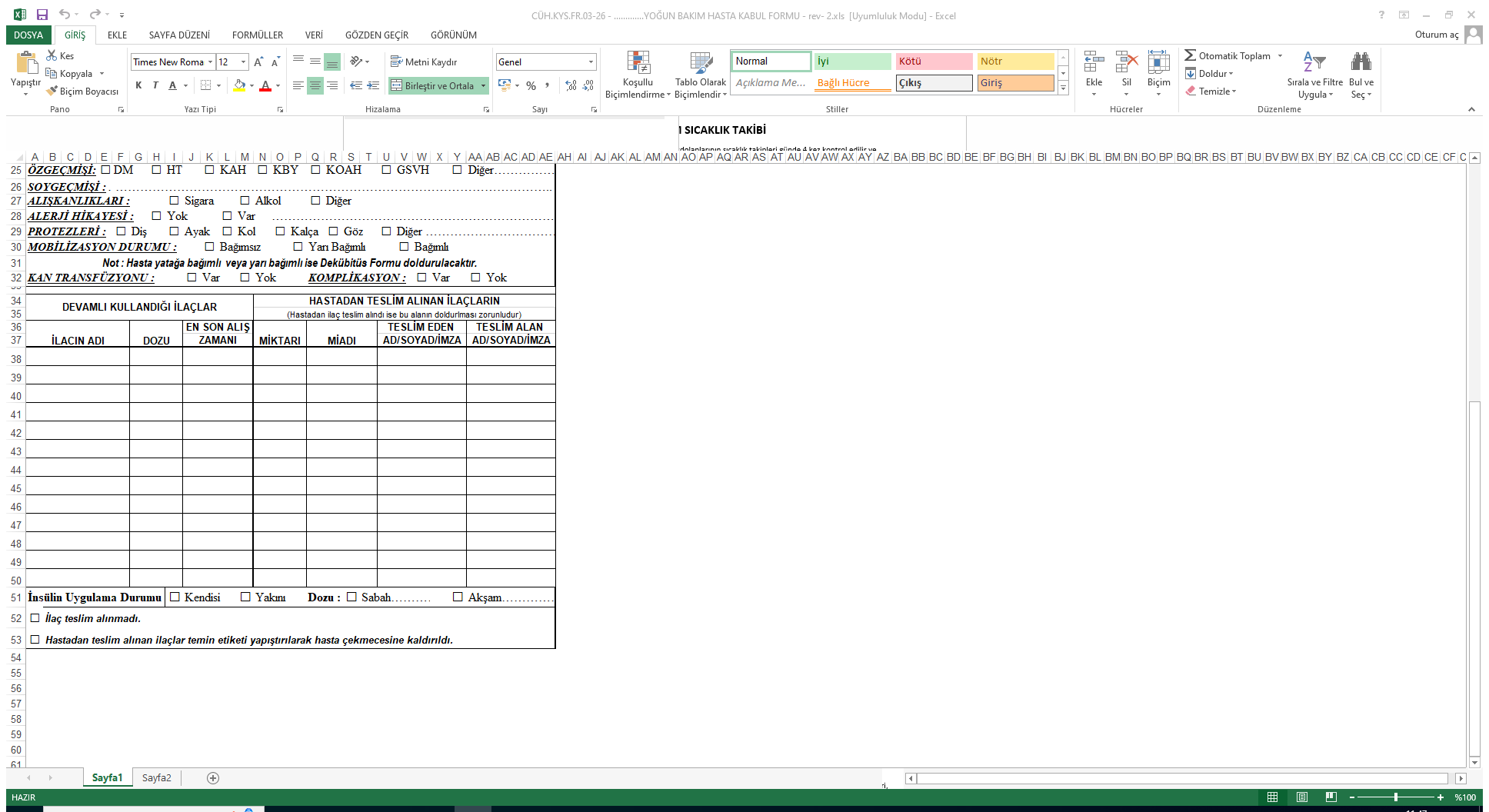
* + Sözlü order alınmamalıdır. Ancak hastanın genel durumunun bozulması, acil durum, CPR (Kardiyopulmoner Resüstasyon), klinik asistanın ameliyathane\acil ünitede olması gibi istem verilmesini engelleyen durumlarda sözel ya da telefonla order alınabilir. Ancak durum hemşire gözlem formuna doktor adı, soyadı ilaç\tedavi \uygulama gerekçesiyle saati kayıt edilerek istem uygulanır. Telefonla sözel istem alınması durumunda 24 saat içerisinde yazılı hale getirilmelidir. ***Kemoterapi ilaçları, yüksek riskli ilaçlar, narkotik ilaçlar ve psikotrop ilaçların uygulanması esnasında sözel istem alınmaz.***

**Servislerde bulunan ilaçlar;**

* Hasta adına eczaneden gelen ilaçlar hasta için ayrılan kısma yerleştirilir. Stoplanan ilaçlar hasta adına eczaneye iade edilir.
* Hastaların ilaç istemleri hekim tarafından günlük yapılır. Tatil zamanlarında tatil süresi ne kadarsa o kadar gün istem yapılır.
* Malzemeler hafta içi merkezi depodan hafta sonu ameliyathane deposundan istek yapılır.
* Hafta sonu ve tatillerde taburcu olan ex olan hastaların ilaç ve malzeme iadeleri nöbetçi hemşire tarafından CÜH.KYS.FR.05-09 TIBBİ MALZEME DEPOSU İADE FORMU CÜH.KYS.FR.20-05 İLAÇ İADE FORMU’ları kullanılarak iadeler yapılır.
* Klinikteki tüm ilaçların son kullanma tarihi, 3 aylık periyotlarla kontrol edilmeli ve “ İlaç stok kontrol Formu” na kayıt edilmelidir. Son kullanma tarihi yakın olan ilaçların uygun kliniklerde değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Serviste ilaç atıkları ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhası ve uygun şartlarda bertarafı CÜH.KYS.TL.20-08 Eczane Birimi Son Kullanım Tarihi Geçmiş İlaçların İmhası, Kırılan İlaçların İmhası Talimatına uygun olarak yapılmaktadır.

**İlaçların muhafaza ve miad kontrolleri:**

* Depolarda bulunan ilaçların yerleşimi yapılırken yazılışı ve okunuşu benzer ilaçlar ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar ayrı raflarda yerleştirilir. İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır. Yazılışı, okunuşu ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, listeler kullanım alanında bulunmalıdır.
* Pediatrik dozdaki ilaçlar ayrı raf ya da dolapta muhafaza edilir. Yüksek riskli ilaçlar kırmızı etiket yapıştırılır ve ayrı bir dolap ya da rafta muhafaza edilir. Psikotrop narkotik ilaçlar ayrı bir dolapta kilitli olarak muhafaza edilir. Tüm ilaçların bulunduğu dolaplar kilitlenebilir olmalıdır.
* Acil arabasındaki tüm acil ilaç ve malzemelerin haftada bir kez pazartesi günü mutlaka kontrolü yapılır, ayda bir kez miad kontrolleri yapılır ve kayıt edilir. Ayrıca acil arabasından herhangi bir malzeme kullanıldığında kullanım sonrası mutlaka temini sağlanarak stok ve miad kontrolü yapılır. Yüksek riskli ilaçlara kırmızı etiket, miadının bitmesine 3 ay kalmış olanlara sarı etiket yapıştırılır.
* Yeşil ve kırmız reçeteye tabii ilaçlar, narkotik ilaçlar için ayrılan kilitli dolaplarda muhafaza edilmektedir. İlaçların mesai ve nöbet değişiminde kullanım kayıtları ile devir teslim işlemleri düzenli olarak yapılır, narkotik ilaç defterine kayıt edilir. Yeşil ve kırmız reçeteye tabii ilaçlar, CÜH.KYS.FR.03-16 NARKOTİK İLAÇ KULLANIMI VE TESLİM FORMU defterine uygun prosedürle kaydı yapılır.
* İnsülin gibi buzdolabında saklanan ilaçların muhafaza edildiği dolabın ısısı sabah-akşam olarak günde iki kez kontrol edilir kayıt yapılır, ısı 2-8 santigrat derece arasında tutulur. Buzdolabı ısı çizelgesine kaydı yapılır. Bu ısıların dışında değerler sorumlu hemşireye bilgi verilir ve uygun bakımı yapılır.
* Tedavi odasında bulunan diğer ilaç ve tıbbi sarf malzeme miad ve stok kontrolü üç ayda bir yapılmakta ve kayıt edilmektedir. Yüksek riskli ilaçlara kırmızı etiket, miadının bitmesine 3 ay kalmış olanlara sarı etiket yapıştırılır.
* Hastalarımızın kabulünde kendilerinin getirdiği ilaçlar hastanın ilgili hekimi tarafından incelenerek uygun olması halinde kabul edilir. İlaçların adet, miad kontrolü yapılıp kabul formuna kaydedilerek temin edilmiş ürün etiketi, hasta barkodu yapıştırılır ve hastaya özel ilaç çekmecesinde saklanır. Hasta taburcu olduğunda da kalan ilacı varsa kendisine teslim edilir. Temin edilmiş ürün ***Hasta Malı Teslim Belgesi ile imza karşılığı alınır. Hasta Malı Teslim Belgesi, hastanın dosyasına eklenir.*** Hasar görmesi, kaybolması veya kullanıma uygunsuzluğu durumunda ***konu Bölüm Sorumlularına / Üst Yönetime*** bildirilir. Durum incelenerek konunun çözümü sağlanır. Alınan karar hasta yada hasta yakınlarına bildirilir.

****

Order planındaki ilaç uygulamalarında, ciddi ve beklenmeyen **advers etkiler** görüldüğünde **farmakovijilans sorumlusu**nabildirilmelidir.

**İlaç hatalarıyla** karşılaşıldığında hastanın doktoru ve sorumlu hemşire bilgilendirilmelidir. HBYS den **“İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ”** ile Kalite Yönetim Birimine iletilmelidir.

**KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TARANFÜZYONU**

Transfüzyon güvenliği uygulamalarının amacı; yanlış transfüzyon uygulamalarını en aza indirmek, hasta ve bağışçının güvenliğini sağlamak, çalışan güvenliğini sağlamaktır.

Kan ve kan ürünü transfüzyonu ihtiyacı olan hasta için ‘’Kan ve Kan Ürünleri İstem Formu’’ Hekim tarafından doldurularak imzalanır ve kaşelenir.

* + Transfüzyon için hasta/aileden “Bilgilendirilmiş Onam” alınır.
  + Kan/kan ürünlerinin taşınmasında kan taşıma çantaları kullanılır.
  + Kan/kan ürünleri transfüzyonu standart filtre (170-200 mikrometre) ile yapılır.
  + Kan ürünü üzerinde:
    - Donörün kan grubu ve donör numarası
    - Serolojik test sonucu
    - Alınış ve son kullanma tarihi yazılı olmalıdır.
  + Hastanın kan grubu uygulanacak kan veya kan ürününün grubuyla karşılaştırılır.
  + Transfüzyondan hemen önce, transfüzyon yapılacak olan hastanın yatak başında ve iki sağlık çalışanı tarafından aşağıdaki kontroller yapılır.

Transfüzyon Bilgi Kontrolü

* Hasta kimlik kontrolü,
* Hasta/ Bileşen kan grubu kontrolü
* Crossmatch (Çapraz karşılaştırma) kontrolü,
* Bileşen numarası kontrolü, Bileşen Kontrolü
* Bileşen renk kontrolü
* Pıhtı
* Hemoliz
* Son kullanma tarihi
  + Kan ve kan ürünleri transfüzyonu sırasında %0,9 NaCl solüsyonu dışında aynı damardan ilaç ve sıvı verilmez.
  + Kan ve kan ürünlerine asla ilaç ilave edilmez. Kesinlikle kan setinden ilaç uygulaması yapılmaz.
  + Hastaya kan soğuk olarak transfüze edilmez. 1–2 ünite kan transfüzyonu yapılacaksa ısıtılmadan transfüzyon yapılır. Masif kanamalarda veya özel durumlarda kanın ısıtılması gereklidir. Kan/kan ürününü ısıtmak için ısıyı kontrol eden cihaz kullanılır. Cihaz yoksa kan ısıtılmak üzere radyatör ve direk güneş ışını alan yerlere konmaz, çok acil durumlarda dahi asla sıcak su ile ısıtılmaz.
  + Torba içinde; bulanık ve beyazımsı bir tabaka ya da hava kabarcığının olması bakterilerin ürediğini gösterir. Anormal kırmızı renk hemoliz işaretidir.
  + Ürünün transfüzyon merkezinden çıktıktan sonraki 30 dk içerisinde hastaya başlanır.
  + ***Eritrosit süspansiyonu, 2-6 °C’de korunmalıdır.***

**Trombosit,** 22-24 °C’de ve trombosit çalkalayıcıda korunur. Transfüzyon merkezi dışında bu koşullar sağlanamayacağından, ürün asla klinikte bekletilmez, transfüzyona hemen başlanır.

**TDP,** kan merkezinde eritilir, eritildikten sonra hemen kullanılır. Buzdolabı rafında (2-6 °C) 24 saat stabildir, asla tekrar dondurulmaz.

* + Kan/kan ürünleri uygulama süresi, hastanın klinik durumuna ve doktor istemine göre belirlenir.
  + Kan/kan ürünleri uygulama süresi doktor isteminde farklı bir durum belirtilmediği sürece;
    - **Eritrosit Süspansiyonu:** İlk 15 dk yavaş, 15 dk sonrası olabildiğince hızlı verilir. Transfüzyon süresi 4 saati geçmez.
    - **Trombosit Süspansiyonu:** Transfüzyon süresi 30 dk' yı geçmez.
    - **Taze Donmuş Plazma:** Transfüzyon için 30 dk yeterlidir.
    - **Kriyopresipitat:** Mümkün olduğunca hızlı infüze edilir.
  + Eritrosit içeren kan ürünleri transfüzyonu en geç 4 saatte tamamlanır.
  + Transfüzyon öncesi kan/ kan ürünü kan merkezinden istenmeden hemen önce vital bulgular alınır.
  + Hastanın kan basıncı 180/100 mmHg, vücut ısısı 37,5ºC’nin üzerinde ise durum doktora haber verilir. Doktor istemine göre uygulamaya başlanır.
  + ***İlk 15 dakika yakın gözlem yapılır. Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir, transfüzyon bitiminde ve bitiminden 1 saat sonra vital bulgu takibi yapılarak “CÜH.KYS.FR.09-06 Kan ve Kan Ürünü Transfüzyon Forumu” na kayıt edilir.***
  + Olası reaksiyonlar için, gerekli ilaç ve malzemeler (antihistaminik, hidrokartizon, adrenalin, kalsiyum, antipiretik, atropin, bikarbonat, oksijen tüpü, defibrilatör…) hazır bulundurulur.
  + Kan/Kan Ürünü Hazırlığında Kontrol Edilecek Kriterler;
    - Hastada;
      * Kan Grubu
      * Hct değeri
      * Hemoglobin değeri
      * Trombosit değeri
      * Uygun damar yolu
      * Kan basıncı
      * Vücut ısısı
    - Üründe;

Transfüzyon Bilgi Kontrolü

* Hasta kimlik kontrolü;
* Hasta/ Bileşen kan grubu kontrolü
* Crossmatch (Çapraz karşılaştırma) kontrolü,
* Bileşen numarası kontrolü, Bileşen Kontrolü;
* Bileşen renk kontrolü
* Pıhtı
* Hemoliz
* Son kullanma tarihi
  + Transfüzyon istemi ve ürün uygunluğu kontrol edilir.
  + Eller yıkanır.
  + Hasta ve ailesine işlemin süresi, beklenen yararı ve olası riskleri anlatılır.
  + Vital bulgular alınır.
  + Ürün hazırlanır.
  + Kulanım için hazırlanan ürüne filtreli set takılır. Set takılırken ürün ambalajına zarar vermemeye dikkat edilir.
  + Setin havası çıkartılır.
  + Malzemeler hastanın yanına getirilir.
  + Uygun damar yolu seçilir. Hastanın hareketinden kanın gidişinin etkilenmeyeceği damar seçilir.
  + Belirlenen damar Povidon iyot ile silinir. Daha sonra alkollü pamukla silinir.18-19 G İntraket ile damar yolu açılır.
  + Acil müdahale için gerekli ilaç ve malzemeler hazır bulundurulur.
  + Hazırlanan kan ürünü açılan damar yoluna takılır.
  + Kan ürünü torbasının yüksekliği 1–1,5 metre olarak ayarlanmalıdır.
  + İlk 10–15 dakika süresince akış hızı yavaş olmalıdır, 10–15 damla/dakika ayarlanır.
  + Reaksiyon 15 dakika içinde gelişmedi ise hastanın durumuna ve doktor istemine göre infüzyonun devamlılığı sağlanır.
  + Reaksiyon gelişimi açısından hasta gözlemlenir ve gerekli durumda acil hemşirelik girişimleri uygulanır.
  + İşlem bittikten sonra kan ürünü torbası ve ekleri tıbbi attık çöplerine atılır.
  + İşlem öncesi, kullanılan kan veya kan ürününün donör numarası, verilen miktar ve süre kayıt edilir.
  + Tüm takip, gözlem ve bulgular ekip üyeleriyle paylaşılır.
  + Transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyonlar konusunda, hastanemiz kalite sisteminde yer alan “Hemovijilans Rehberi” nden yararlanılır.
  + Transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon gelişmesi durumunda acil hemşirelik müdahaleleri şu şekildedir:
    - * Transfüzyon durdurulur.
      * İlgili hekime bilgi verilir.
      * Hastanın damar yolu SF ile açık tutulur, gerekli tedavi edici müdahaleler yapılır.
      * Bileşen ve hasta bilgileri kontrol edilir.

(Doğru kan bileşeninin doğru hastaya verildiğinden emin olunur)

* + - * Reaksiyon gelişen ürün eritrosit süspansiyonu ise ürün bitmiş olsa bile verilen ürün ve hastadan

EDTA' lı tüpe alınmış kan örneği transfüzyon merkezine gönderilir.

* + - * Transfüzyon merkezi ve Hemovijilans Hemşiresi haberdar edilir.

**HASTA TRANSFERİ**

Hastanemizin birimlerinde ya da acil servisinde hizmet alan hastaların**:** Hastanemizde verilemeyen bir hizmete veya uzman konsültasyonuna gereksinim duyulması ve hastanede hastanın bakımımın devamının mümkün olmadığı durumlarda ya da uzun süreli rehabilitasyona gereksinim duyulması vb. halinde bakımın devamlılığının sağlanabildiği başka bir kuruma, Hastanemiz içerisinde birimler arasında tetkik, tedavi, yoğun bakım ihtiyacı vb. durumlar için hastanın güvenli transferini sağlamaktır.

**Hastanın Servisten Servise Transferi**

* Hastalar bölümler arası transfer edilirken bölümler arası devir basamaklarını tamamlar.
* Bilinci açık olan hastaya transferle ilgili bilgi verilir. Bilinci açık değil ise hasta yakını bilgilendirilmelidir.
* Hastaya ait olan malzeme ve ilaçlar hazırlanır,
* Hastanın vital bulguları alınır,
* Aldığı-çıkardığı takibi kapatılır.
* CÜH.KYS.FR.03.10 KLİNİKLER ARASI HASTA DEVİR FORMU’ na göre CÜH.KYS.TL.03-355 GÜVENLİ HASTA TRANSFER TALİMATI’ na göre hastanın genel durumuna dikkate alınarak kendi yatağı, tekerlekli sandalye veya sedye seçimi yapılarak personel eşliğinde hasta transferi gerçekleştirilir.
* Hasta transfer eden ve transfer alan servis hemşiresi tarafından ilgili evrakları, hastaya ait malzeme ve ilaçlarla birlikte teslim alınır, hasta devir formu imzalanır.

**SERVİSTEN AMELİYATHANEYE, AMELİYATHANEDEN SERVİSE TRANSFER UYGULAMA**

* Hekimle iletişime geçilerek, ameliyat saati hakkında bilgi alınır.
* Hasta dosyası ve kayıtları gözden geçirilir.
* Hastanın aç olup olmadığı kontrol edilir.
* Yaşam bulguları ölçülür, hemşire gözlem formuna kayıt edilir.
* Varsa, kateterleri kontrol edilir (İntraket, idrar sondası, vb…)
* Hastanın alerji durumu, bulaşıcı hastalığı varsa dosya üzerine yazılıp yazılmadığı kontrol edilir.
* Kan grubu kontrol edilir.
* Hastanın takı ve protezlerinin çıkarılıp çıkarılmadığı kontrol edilir.
* Hastanın makyaj temizliği kontrol edilir.
* Bağırsak ve mesane boşaltılması sağlanır.
* Varsa premedikasyonu ilaçları uygulanır.
* Hasta çağrıldığında ameliyat gömleği giydirilir, saç bonesi takılır ve ameliyathane çamaşırı giydirilir.
* Hastanın yanında gitmesi gereken malzemeler ve ilaçlar hazırlanır, kontrol edilir.
* Ameliyathane personeli, hastanın sedyeye alınmasına yardımcı olur.
* Hastanın güvenlikli taşınması için sedye korkulukları kaldırılır.
* Preoperatif hasta hazırlık formu ile son kontrol yapılarak hasta personelle beraber ameliyathaneye gönderilir.
* Güvenli cerrahi kontrol listesindeki ‘klinikten ayrılmadan önce’ kısmındaki ilgili alanı doldurup imzasını atarak hastayı ameliyathaneye gönderir.

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE TRANSFER UYGULAMA**

**Hasta Acilden Kabul Edilmiş İse:**

Acil yatağında monitörize olarak ATT refakatinde üniteye kabul edilir.

**Hasta Servisten Kabul Edilmiş İse:** Servis yatağında monitörize olarak hekim ve/veya hemşire/ebe/sağlık memuru refakatinde üniteye kabul edilir.

**Reanimasyon Hastane Dışı Hasta Transferi:**

* Transfer kararı; hastaya tıbbi açıdan daha yarar sağlanacağı düşünülen durumlarda, tedavisi hastanemizce yapılamayan hastalık grupları kapsamında, hastanın bakımından sorumlu hekim tarafından verilir.
* Hasta ve ailesi transfer nedeni, bakımın devamı, alternatifler, transferin yapılmaması durumunda karşılaşılacak durumlar ile ilgili olarak hekim tarafından bilgilendirilir.
* Hastanın hekimi tarafından nakil kararının sebepleri belirtilerek “Hasta Sevk Formu” düzenlenir. Hastanın çıkışı için “Hasta Taburcu Formu”na göre işlem yapılır.
* Hastayı alacak sağlık kuruluşunda, hastanın tedavisinin devamlılığının sağlanabilmesi için, hekim tarafından hastanın klinik değerlendirmesi, uygulanan prosedür ve girişimler, test ve tetkik sonuçları ve hastanın devam eden gereksinimlerini içeren nüsha epikriz hazırlanır.
* Hastaya ait “Epikriz” in bir kopyası hasta ile birlikte gönderilir. Hastanın gereksinimi doğrultusunda radyolojik görüntüleme filmlerini içeren CD ve diğer belgelerin birer nüshası “Epikriz” e eklenir. Hastanın klinik durumuna göre sorumlu hekim tarafından; 112 aranarak bilgi verilir. 112 tarafından yer bulunur ve 112 aracılığı ile transfer yapılır.
* Transfer tarihi ve saatinde, hasta ile beraber gönderilmek üzere hazırlanan “Epikriz” i, diğer tıbbi dokümanları ve sağlık personeli tarafından düzenlenen “Hasta devir Formu” ambulans sağlık görevlisine(Acil Tıp Teknisyeni) teslim edilir.
* Bu teslim süreci; bakımda görevli sağlık personelinin transferde görevli sağlık personeline sözlü ve yazılı olarak iletilmesi ile gerçekleşir. Amaç hastanın tüm bilgilerinin ve tıbbi kayıtlarının tam olarak iletilmesidir.

**ACİL SERVİS HASTA TRANSFERİ**

**Hastane İçinde Bölümlere Transfer**

* Hastanın ilk müdahalesi acil serviste yapılır.
* Hastanın tıbbi durumuna göre Acil doktoru/hastanın doktoru tarafından transferin nasıl yapılacağına karar verilir.
* Hasta/hasta yakınları bilgilendirilir.
* Yatışına ve devrine karar verilen hasta; ilgili bölümün konsültan hekimi tarafından birimin hemşiresi/ebesi/sağlı memuru aranır ve hasta hakkında bilgi verilir.
* Hasta tekerlekli sandalye/sedye/yatak ile taşıma personeli eşliğinde; klinik durumuna göre ATT veya paramedik refakatinde yatışı yapılan bölüme götürülür. Acil Gözlem ünitesinde yatışı olup başka bölüme devrine karar verilen hastalar için “Hasta Devir Formu” doldurulur, temin edilmiş ilaç ve eşyaları verilerek acil taşıma personeli eşliğine güvenli transferi sağlanır.

**DÜŞME RİSKİ VE TAKİBİ**

Düşme; şiddetli vurma ya da maksatlı hareketlerin dışında, ani, kontrol edilemeyen, istemsiz bir şekilde vücudun bir yerden başka bir yere ya da nesnelere doğru hareket etmesi olarak tanımlanabilir.

Hastanelerde düşme olayına neden olan faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

 Hasta değerlendirme eksikliği

 iletişim yetersizliği

 Çevre güvenliğinin yetersizliği

Hastanemizde hastalara hemşiresi tarafından CÜH.KYS.FR.03-49 İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ VE CÜH.KYS.FR.03-50 HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ’ ne değerlendirmesi yapılır. CÜH.KYS.TL.03.345 HASTA DÜŞMELERİNİ ÖNLEME TALİMAT’ na göre gerekli önlemler alınır. Düşme riski olan hastanın yatak başına  figürü konulur.

Sisoft webden itaki-harizmi düşme formları doldurulur. Düşme riski yüksek olan hastalarda gerekli önlemler alınır.

Ajite, konfüze ve deliryum tablosundaki hastaların yatak içindeki kontrolü sağlanamadığında hastaların kendilerine zarar vermelerini önlemek ve yataktan düşmesine engel olmak için ekip ortak kararı ile hasta tesbiti yapılır.

Alınan her türlü düşme riski önlemlerine rağmen düşen hasta olursa; mutlaka ‘’Düşen Hasta Olayı Bildirim Formu’’ HBYS üzerinden doldurulmalıdır. Hasta bakımı göstergesi olarak, düşen hasta oranı kalite birimi tarafından takip edilmektedir.

Ayaktan hastalarda da tetkik ve takipleri yapılırken düşme olayı gerçekleştiyse hbys üzerinden ‘’Düşen Hasta Olayı Bildirim Formu’’ mutlaka doldurulmalıdır.

Düşen hastanın hekimi bilgilendirilmeli ve sağlık ile ilgili düşmeye bağlı gelişebilecek komplikasyonları ve takipleri yapılmalıdır. Düşme nedenlerine yönelik gerekli iyileştirici çalışmalar yapılır.

**HASTA KISITLAMASI**

* + Fiziksel tespit uygulanması, hasta yararına bir uygulama olarak algılanmakla birlikte, hastaya vereceği zarar ve yarar açısından çok iyi değerlendirilmelidir.
  + Kısıtlama işleminden önce alternatif girişimler denenmelidir (Konuşarak sakinleştirme, dikkatini başka yöne çekme, mobilizasyon, psikolojik destek sağlama, hasta ile iletişimi arttırma vb.)
  + Saldırganlık riskini artıran ve hastanın işbirliğini bozan durumlar saptanmalı ve değerlendirilmeli, alternatif seçenekler başarısız veya yetersiz olduğunda kısıtlama yolu seçilmelidir.
  + Ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşme, tüp, dren, tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarma ihtimali varsa, hasta kontrol altına alınamıyorsa hastanın bu durumu doktoruna bildirilir.
  + Hastanın doktoru, hastayı değerlendirerek kısıtlama kararını verirse, kısıtlama istemini hasta tabelasına kısıtlamanın yapılacağı uzuvları, süre ve kontrol aralıklarını belirterek yazıp imzalar.
  + Hasta doktor istemi doğrultusunda kısıtlanır.
  + Yapılan işlem, hemşire gözlem formuna başlangıç saati, kullanılan fiziksel tespit edicinin türü ve tespit yerleri yazılarak kaydedilir. Doktor kontrol aralığı belirtmemişse 2 saatte bir dönüşümlü olarak kısıtlamaya 30 dakika ara verilir. Yaşam fonksiyonları sık aralıklarla kontrol edilerek kontrol saatleri hemşire gözlem formuna kaydedilir.
  + Kısıtlama en geç 24 saatte bir hekim tarafından değerlendirilir.
  + Kısıtlama altına alınacak hastaya ve hastanın ailesine tespitin nedenleri ve önemi hakkında anlama düzeyine göre bilgi verilmelidir.

**BASINÇ YARASI /ÜLSERİ (DEKÜBİTÜS) RİSKİ ve TAKİBİ**

Basınç yaraları, dışarıdan gelen fiziksel bir basınç sonucu vücut yüzeyindeki sıkışma, sürtünme, yırtılma veya bunların çeşitli derecelerde kombinasyonlarıyla ortaya çıkan ülserasyonlar ve doku nekrozlarıdır. Basınç oluşumundaki en önemli etiyolojik faktör **bası**’dır. Yumuşak dokulara yapılan basınç, iskemi ile sonuçlanır. Bası giderilemez ise nekroza ve ülserasyona doğru ilerler. Pozisyon değiştirmek basınç süresini düşürür ancak basıncın şiddetini azaltmaz. Basıncın şiddeti vücudun üzerinde yattığı yüzey ile temas alanı artırılarak azaltır. Basınç yarasının oluşmasında basıncın yanı sıra basıncın uygulandığı süre çok önemlidir.

CÜH.KYS.FR.03.33 BASI YARASI DEĞERLENDİRME FORMU kullanılarak kaydı yapılır.

Kurumumuzda Basınç yarası değerlendirmesi Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği’ne göre yapılır. Ölçeğin risk değerlendirme bölümünde beden kütle indeksi (BKİ), cinsiyet, yaş, malnütrisyon tarama aracı, doku malnütrisyonu, riskli bölgelerin deri tipi, var olan nörolojik bozukluk, travma veya majör cerrahi, ilaç tedavisi gibi 10 alt başlık bulunmaktadır En az 10 puan alan hastanın basınç yarası gelişme riski olduğu düşünülmekte, 10-14 puan arası riskli, 15-19 puan arası yüksek riskli, 20 puan ve üzeri ise çok yüksek riskli olarak kabul edilmektedir. Basınç yarası tespit edilen hastaların bası yarası bakım protokolüne göre bakımı ve kaydı yapılır.

* Hastada basınç yarasını önlemek yada mevcut olan basınç yarasının ilerlemesini engellemek amacıyla günlük olarak hasta, basınç yarası açısından değerlendirilir.
* Basınç yarası risk ölçeği, basınç yarası bölgesi ve ağrı skalası günlük olarak hemşire tarafında değerlendirilir ve değişikler kayıt edilerek ilgili doktora bilgi verilir.
* Basınç yarası gelişen hastalarda tedavi sürecinde doktor önerisi ve orderine göre pansumanı ve takibi yapılır.
* Yaraya baskıyı en aza indirmek için pozisyon değişikliği sağlanır,
* Havalı yatak kullanılır.
* Basınç yarası takibi yatağa bağımlı olan hastada günlük değerlendirilir.
* Basınç yarası kalite yönetim otomosyandan basınç yarası bilgilendirme şeklinde kaydı yapılır.

**HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİMİ**

* Klinikte hastaya eğitim ihtiyacına göre CÜH.KYS.TL.03-351 HASTA EĞİTİMİ TALİMATI’na uygun sözel ve materyalli eğitim verilmektedir.
* Zorunlu eğitimler (el hijyeni, sigara kullanımı, klinik tanıtımı ve akılcı ilaç kullanımı ) yatan her hastaya verilir.
* Verilen eğitimler sistemde kayıt edilir ve hasta ve hasta yakınına imzalatılarak hasta dosyasına eklenir.

**HASTA MAHREMİYETİ**

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınır. Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyetini sağlamak için CÜH.KYS.TL.02.24 HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI TALİMAT’na göre paravan kullanılmaktadır.

İlgili sağlık çalışanı ve hastanın onayı ile hasta yakını dışındakiler ortamda bulundurulmaz.

**BİLGİLENDİRME VE ONAM ALINMASI**

* Hasta ve hasta yakınlarının hastalık ve yapılacak işlem ile ilgili bilgilendirilme servis doktoru tarafından yapılmaktadır. Hastaların hukuki yakını olmayan kişilere bilgi verilmez. Hasta bilgilendirilmesi, hekim ile hasta veya yakınının karşılıklı oturabileceği hasta ve yakınlarından başka kimsenin duymayacağı şekilde doktor odasında verilir. Acil yatışlarda ve gece nöbetçi hekim tarafından bilgilendirilir.
* Ex olan hastaların yakınlarına ölüm haberi servis doktoru veya nöbetçi doktor tarafından bilgi verilir.
* Doktor ve hemşireler tarafından hasta ve hasta yakınlarına ilgili eğitimler verilerek klinik süreç boyunca eğitimler sisoft web üzerinden eğitim kısmından kayıt yapılıp çıktı alınır. Eğitimi yapan hemşire ve hasta veya hasta yakını tarafından imzalanır.
* Hekim tarafından hasta ve hastanın birinci derece yakını yada yasal temsilcisine yapılacak işlemlerin açıklandığı ve detaylı bilgilendirmenin yapıldığı hasta bilgilendirme ve rıza belgeleri hekimle birlikte imzalanır.

**KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI**

Hastanemizde çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışanlar tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerin bölüm niteliklerine göre belirlenmesi ve tanımlanmasıdır. Her bölümde; bölüm bazında risk değerlendirmesi, birimlerde bulunması gereken koruyucu ekipman listesi bulunmaktadır.

Klinikte belirlenen yerde kişisel koruyucu ekipmanlar mevcuttur. Bu CÜH.KYS.TL. 63-27 BİYOKİMYA LABARATUVARI KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIM TALİMATINA göre uygun olarak kullanılmaktadır.

**SERVİS ve YOĞUN BAKIMLAR:** Cerrahi Maske, N95 Maske, Bone, Galoş, Eldiven, Koruyucu Önlük, Koruyucu Gözlük, El Antiseptik Solüsyonu, Sabun, Kağıt Havlu kullanılmalıdır.

**NÜKLEER TIP SERVİS:** Yukarıdaki koruyucu ekipmana ek olarak; Kurşun Gözlük, Kurşun Eldiven, Troid Koruyucu, Dozimetre, Koruyucu Paravan, Bölgesel Koruyucu, Kurşun Önlük kullanılmalıdır.

**RENKLİ KODLAR**

Sağlık kurumlarında var olması öngörülen risklerin tespit edilmesi, o risklere yönelik önlemlerin alınması ve risk yönetiminin sağlanması için acil durum uyarı sisteminin kurulmasıdır. Hastanemizde;

* Herhangi bir yerde, kardiak ve pulmoner arrest durumunda; çalışan, bulunduğu yerin dahili telefonundan **2222** arayarak **MAVİ KOD** çağrısı verir.
* Çalışana yönelik fiziksel, sözel, cinsel taciz durumunda; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan

**1111** arayarak **BEYAZ KOD** çağrısı verir.

* Çocuk kaçırma olaylarında; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **3333** arayarak **PEMBE KOD**

çağrısı verir.

* Çağrıyı sonlandırmak için; aynı telefondan ilgili kodun numarası tekrar aranır, sonlandırma ikazı duyulduktan sonra sonlandırma gerçekleştirilir.
* Hastanemizde yangın durumunda acil olarak müdahale edilebilmesi için ise **KIRMIZI KOD** u kullanınız.
* **TURUNCU KOD:** teknik, kimyasal ve fiziksel acil durum; Hastane içerisinde aşağıdaki durumların belirmesi halinde TURUNCU KOD çağrısı yapılır.

**ACİL DURUM AFET PLANLARI**

**Öncelikli olarak yapılması gerekenler**

* Yangın olup olmadığı kontrol edilmeli,
* Tehlikeli durum oluşturacak maddeler ( gaz, su, elektrik, kimyasal) kaçak yönünden kontrol edilmeli,
* Gaz sızıntısı varsa kibrit, el feneri, elektrik cihazları ve elektrik düğmeleri kullanılmamalı,
* Yangın merdivenine açılan kapıların anahtarları (yedek anahtarla birlikte) üzerinde olmalı ve yangın merdiveni kapısına yakın asılarak, kapılar kilitli tutulmalı (normal zamanlarda)
* Yangın çıkış kapılarının önüne yangın anında kaçışı engelleyeceği için masa, sandalye, koltuk vb konmamalı,
* Çıkış için kullanılacak odaların kapıları 24 saat açık bulundurulmalı.(Hemşire, doktor, hasta odası olarak kullanılan odaların giriş kapıları)
* Bölümlerdeki kuru kimyevi tozlu yangın tüplerini ayda bir ters-düz ederek /ettirerek içindeki tozun tortulaşması önlenmeli,
* Çalıştığınız bölümde; yangında görevli personelin görev yeri değişikliği söz konusu olursa Sivil Savunma Birimine bilgi verilmeli,
* Afet durumunda görev ve sorumluluklar HAP ( Hastane Acil Afet Planı) çerçevesinde ve HAP Başkanının talimatları doğrultusunda yerine getirilmeli, Bilgisayar masa üstlerinde bulunan HAP Planı mutlaka okunmalıdır.
* **Mesai saatleri içinde**; HAP (Hastane Afet Planı) Başkanı (Başhekim) **1300-1301** ve Sivil Savunma Sorumlusu **0774**
* **Mesai saatleri dışında**; Nöbetçi Amiri **(0555)** arayarak bilgi verilmeli.

**İZOLASYON ÖNLEMLERİ**

**İzolasyon:** Bulaştırıcılık döneminde olan hastaların ayrılması ve diğer hastalara, çalışanlara, refakatçi ve ziyaretçilere bulaşın önlenmesidir.

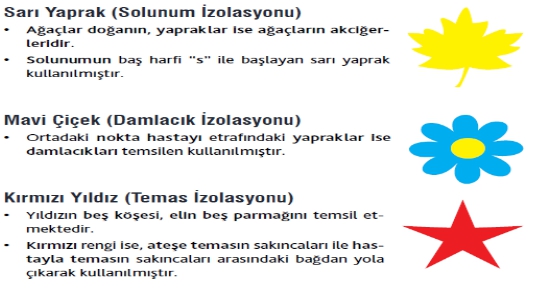
**Standart Önlemler:** Hastanedeki tüm hastalara tanısına ve enfeksiyonu olup olmamasına bakılmaksızın uygulanması gereken önlemlerdir. Kan ve vücut sıvıları ile bulaşabilecek etkenlere yönelik önlemleri kapsar.

**Temas İzolasyonu:** Epidemiyolojik olarak önemli ve temas yoluyla bulaşan bir mikroorganizmayla enfekte ya da kolonize hastalara karşı korunmada standart önlemlere ek olarak uygulanan izolasyon türüdür.

**Solunum izolasyonu:** Doğrudan damlacık çekirdeği veya solunum sekresyonlarının hava yolu ile bulaşmasına neden olan enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmada standart önlemlere ek olarak uygulanan izolasyon türüdür.

**Damlacık izolasyonu:** 5 mikrondan büyük partiküller ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmada standart önlemlere ek olarak uygulanan izolasyon türüdür.

**Sıkı temas izolasyonu:** VRE (Vankomisin Rezistans Enterokok) ile kolonize veya enfekte hastalar için uygulanan izolasyon türüdür.



* Enfeksiyon tesbit edilen hastalarda enfeksiyon yayılımını engellemek için çalışan ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde izole etmek gerekir. Bunun için CÜH.KYS.TL.73.19 HASTA İZOLASYONLARI TALİMAT’na göre uygun şekilde takip ve tedavisi yapılır.
* Kliniklerde sepsis vb. teşhisle yatan yada kültür sonucuna göre izole edilmesi gereken hastalar enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilerek izole odaya alınarak kullanılacak malzemelerde izole edilerek tedavileri yapılır.
* Hasta yatak başına uygun izolasyon kartı yerleştirilir.
* Hasta ile temas eden tüm çalışanların bu kurallara uyması sağlanır.
* Sıkı izolasyonlarda eldiven maske bone önlük kullanılır.
* İşlem öncesi ve işlem sonrası el hijyeni sağlanır.
* Tedavi enfeksiyon doktoru ile görüşülerek belirlenir.
* Hastanın kültürü CÜH.KYS.TL.73.10 KÜLTÜR ALMA TALİMATI’na göre doktor tarafından alınır.
* Hemogramı ve CRP takibi doktoru tarafından yapılır.
* Hasta doktoru, hemşiresi ve enfeksiyon kontrol komitesi tarafından takip edilir.
* Hasta taburcu olduktan sonra oda, yatak ve kullanılan malzemeler CÜH.KYS.TL.73-06 HASTANE GENELİ İÇİN TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON TALİMATI göre uygun olarak temizlenir.

**EL HİJYENİ**

Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır. Her yatak başında alkol bazlı el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.

* + - Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında, hasta çevresinde bulunan yüzeylerle (tıbbi cihazlar dâhil ) temas ettikten sonra, vücut sıvıları ile temestan sonra, aseptik işlemlerden önce; Ellerde gözle görülebilir kirlenme olmayan her durumda alkollü el antiseptiği ile ellerde gözle görülebilen kir varsa su ve sabunla el hijyeni sağlanır.( 5 Endikasyon kuralı)



* + - Eldiven Kullanımı Vücut sıvıları, mukoza veya bütünlüğü bozulmuş deri ile temas olasılığı varsa eldiven giyilmelidir.

Eldiven kullanırken dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

* Aynı eldiven birden fazla hastanın bakımı için kullanılmamalı,
* Farklı hastalar arasında yıkanarak tekrar kullanılmamalı,
* Kontamine vücut bölgesinden temiz vücut bölgesine geçerken eldivenler değiştirilmeli,
* Eldivenin kontaminasyona karşı tam olarak korumadığı unutulmamalı ve eldiven giymeden önce ve eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.
* Eldiven giyme endikasyonu ortadan kalkar kalkmaz eldiven çıkarılmalı, aynı eldiven birden fazla giyilmemeli, yıkanmamalı ve ya üzerine alkollü el antiseptiği uygulanmamalıdır.
  + - CÜH.KYS.TL.73-21 EL YIKAMA Talimatına göre el hijyeni sağlanır.

**ATIK YÖNETİMİ**

Hastanemizde CÜH.KYS.TL.73-24 ATIK YÖNETİMİ TALİMATI ve CÜH.KYS.TL.73-32 TIBBİ ATIKLARIN YÖNETİM PLANI ‘na uygun olarak atıklar kaynağında ayrıştırılıp toplanmakta ve bertaraf edilmektedir. Bölümlerde üretilen atıklara yönelik olarak; atıkların kaynağında ayrılması için uygun atık kutuları bulundurulur.

* + - Evsel nitelikli atıkların ayrı toplanması amaçlı kullanılacak toplama ekipmanları **siyah** renkli olmalı ve sağlam plastik torbalar kullanılır,
    - Ambalaj atıklarının kaynağında ayrı toplanması amacı ile mavi renkli plastik torbalar kullanılır,
    - Tıbbi atıkların (kesici-delici hariç) kaynağında ayrı toplanması amacı ile kırmızı renkli çift kalınlığı en az 150 mikron, orijinal orta yoğunlukta polietilen hammadde özelliğindedir. Üzerinde **“ Uluslararası Biyotehlike ”** amblemi ile **“ Dikkat Tıbbi Atık ”** ibaresi bulunur,
    - Kesici-delici tıbbi atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak kaynağında ayrı toplanması amacı ile delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez, sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “ Uluslararası Biyotehlike ” amblemi ile **“ Dikkat Tıbbi Atık ”** ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliğe sahip lamine kartondan yapılmış kutu kullanılır,
    - Patolojik atıklar, kırmızı renkli, üzerinde **“ Patolojik Atık”** ibaresi bulunan ağzı kapaklı ve kilitli kovalarda biriktirilir ve taşınırlar.
    - Tehlikeli atıkların kaynağında ayrı toplanması amacı ile delinmeye, yırtılmaya, patlamaya dayanıklı sağlam, üzerinde **tehlikeli** **atık amblemi** ve atık etiketi bulunan kaplar ve sarı renkli poşetler kullanılır. Bu gruba giren radyoaktif atıklar radyoaktif sembol işaret etiketi bulunan kurşun kaplı kutu kullanılır. Atık pil kırmızı renkli, üzerinde **“ Atık Pil ”** ve **“ Yalnızca Atık Pil Atınız ”** ibareleri yer alan toplama konteyner veya kutularında toplanır.

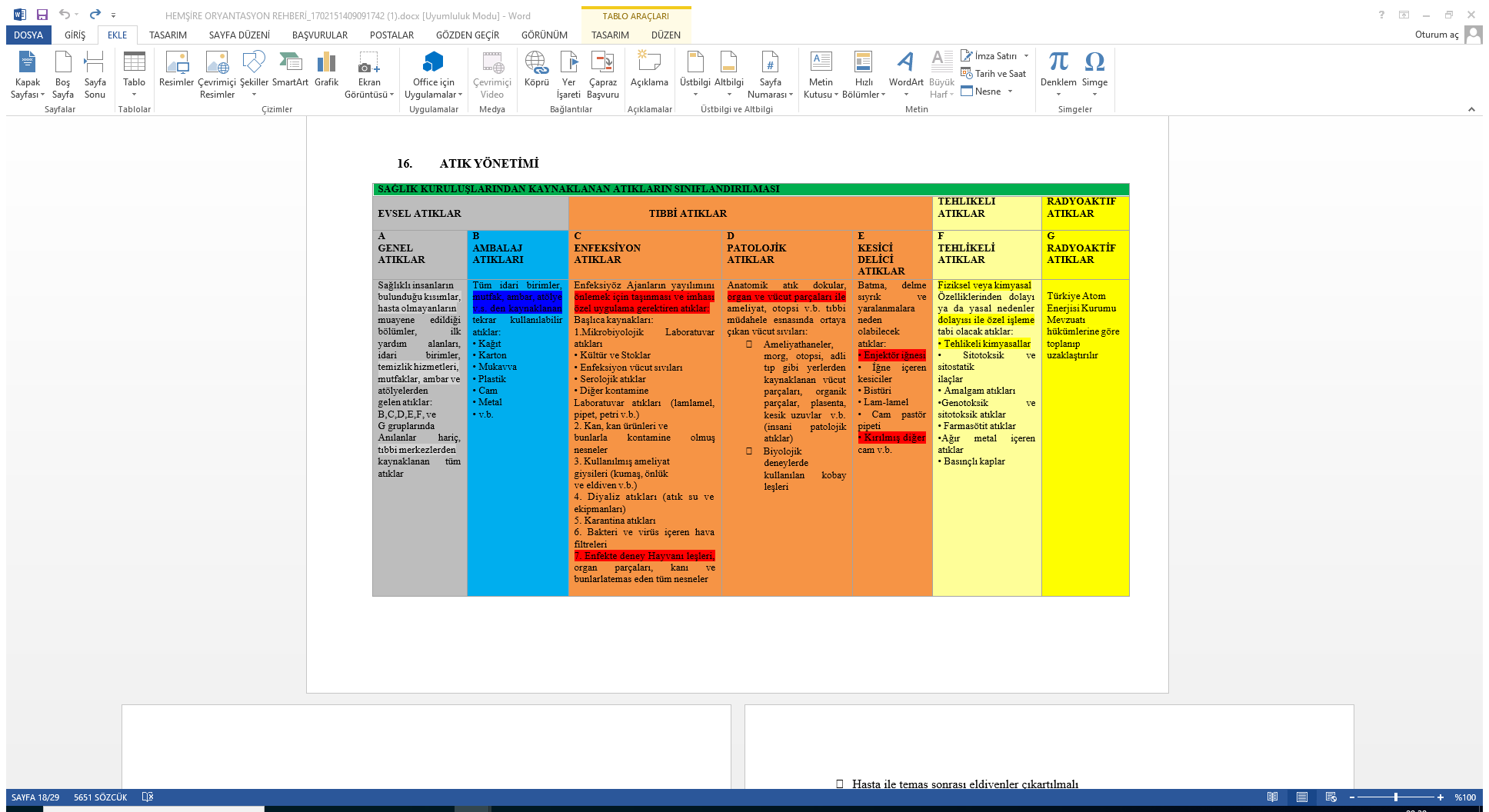
Evsel nitelikli atıkları biriktirme kapları, tedavi odası, tuvalet giriş koridorlarında, ambalaj atığı biriktirme kapları, tedavi odalarında, tıbbi atık biriktirme kapları tedavi odaları, pansuman odaları ve desklerde bulunur. İki personel tarafından sabah 8:30–11:30, öğleden sonra 13:30–16:30, akşam 20:00- 06:00 saatleri arasında ve biriktikçe Ev İdaresi birimi tarafından hazırlanan atık toplama programı doğrultusunda toplanır, taşıma asansörü ile taşıması yapılır.

Tehlikeli atıklar biriktikçe birim sorumlusu tarafından atık sorumlusuna bilgi verilir ve atık taşıma personeli tarafından idarenin belirlemiş olduğu uygun depolama merkezine taşınması yapılır. Biriken atıklar lisanslı firmalara teslim edilerek tehlikeli atık olarak bertarafı sağlanır.

Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulundurulur. Tıbbi atıklar düzenli olarak takip edilmekte yataklı servis ve kliniklerde çöp kovaları incelenmektedir. Servis ve kliniklerden toplanan çöp kovaları bölüm adıyla etiketlendirilerek çöp alanında ikinci bir kontrol yapılması sağlanmaktadır. Hatalı çöp ayrımları resimlenerek tutanakla kayıt altına alınarak bölümlere uyarı yazısı yazılır.

Hastanemizde kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarına maruz kalan çalışanların takipleri **çalışan sağlığı birimi** tarafından yapılmaktadır.

Atık yönetimi, tehlikeli maddelerin yönetimi ve tıbbi atık için eğitimler yapılmaktadır.



**KESİCİ-DELİCİ ALET YARALANMALARI –KAN VE VÜCUT SIVILARIYLA BULAŞMA VE KORUNMA ÖNLEMLERİ**

Kontamine kesici-delici aletler hem sağlık personeli hem de hastalar için enfeksiyon riski !!!

KAN YOLUYLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR;

• Hepatit B

• Hepatit C

• Hepatit D

• HIV

**KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI VE KAN VE VÜCUT SIVILARIYLA TEMAS DURUMUNDA YAPILMASI GEREKENLER**

**•** Yaralanmanın meydana geldiği cilt bölgesi su ve sabunla yıkanmalı

• Mukozal temas durumunda, kan veya vücut sıvısı ile temas eden mukoza bölgesi bol su ile yıkanmalı

• Yaralanmanın meydana geldiği bölge sıkılarak kanatılmamalı

• Yaralanmanın meydana geldiği bölgenin yıkandıktan sonra antiseptik solüsyonla silinmesinde sakınca yok (ek korunma sağlamıyor)

• Yaralanmanın meydana geldiği bölgeye çamaşır suyu vb. kostik maddeler ve dezenfektan solüsyonlar sürülmemeli

• Yaralan kişinin markerları bilinmiyor ise hemen kan alınarak HBsAg, anti-HBs Ab, anti-HCV Ab bakılmalı

**YARALANMA SONRASINDA YAPILMASI GEREKENLER**

• İlk müdahaleyi yapınız (su ve sabunla yıkama).

• Birim sorumlusuna ulaşınız.

• Yaralanma formunu doldurunuz.

• Çalışan sağlığı birimine bildiriniz.

• Enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurunuz.

Delici kesici alet yaralanması durumunda CÜH.KYS.TL.73.05 PERSONEL YARALANMALARI TAKİP TALİMATI‘na göre ilgili **çalışan sağlığı birimine** haber verilir.

Çalışanların yıllık sağlık taramaları **çalışan sağlığı birimi** tarafından takip edilmektedir.

**ÖRNEKLERİN ALINMASI VE TOPLANMASI**

Acilde ve poliklinikten gelen hastaların kan örnekleri ilgili yerlerde alınır. Alınmayan hastaların kan örnekleri serviste servis doktoru tarafından alınır ve takibi yapılır. Alınan kan örnekleri CÜH.KYS.TL.73-27 PNÖMATİK TÜP TAŞIMA SİSTEMİNDE HASTA ÖRNEKLERİNİN TAŞIMASI VE TEMİZLİK TALİMATI’na göre ilgili laboratuara gönderilir.

**HASTANE VE BÖLÜMLERİN TEMİZLİĞİ**

* Kişisel temizlik alanlarının temizliği CÜH.KYS.TL.73-06 HASTANE GENELİ İÇİN TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON TALİMATI’na göre ilgili temizlik personeli tarafından yapılır.
* Servislerin temizliği CÜH.KYS.TL.73.16 HASTANEDE KULLANILAN TİBBİ MALZEME VE EKİPMANLARIN TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON TALİMATI’na göre ilgili temizlik personel tarafından yapılır.
* Hastanın cerrahi alan pansumanı, klinik hemşireleri tarafından CÜH.KYS.TL.73-23 SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARINI ÖNLEME TALİMATI’na göre yapılır.
* Bakım ihtiyacına göre hastalara bakım planı yapılır ve uygulanır. Kirli çamaşırlar kirli arabasında CÜH.KYS.TL.ÇAMAŞIRLARIN TOPLANMASI VE YIKANMASI TALİMATI’na göre toplanır, taşıma personeli tarafından çamaşır haneye götürülür.
* Delici ve kesici aletlerden korunma ve uygun atık kontrolü CÜH.KYS.TL.73-24 ATIK YÖNETİMİ TALİMATI’na göre sağlanır.
* Enfeksiyon sürveyans takibi enfeksiyon kontrol komitesi tarafından yapılır.

**TABURCULUK**

* Klinikten taburcu olacak hastanın taburculuk kararı ilgili hekim tarafından verilir.
* Hastanın taburculuk eğitimi doktoru ve hemşiresi tarafından verilir. Evde devam edeceği tedaviler yapılacak uygulamalar doktor ve hemşiresi tarafından anlatılır ve yazılı şekilde hastaya verilir.
* Taburcu olacak hastanın kullanılmayan ilaçları hemşiresi tarafından eczaneye uygun şekilde iadesi sağlanır.
* Hastanın epikrizi ve reçetesi doktor tarafından yazılır ve verilir.
* Hastaya verilmesi planlanan raporlar taburculuktan öncesi sekreter tarafından hazırlanıp imza atına alınarak hastaya verilir.
* Çıkış işlemleri CÜH.KYS.TL.03.05 HASTA TABURCULUK TALİMATI’na göre servis sekreteri tarafından yapılır.
* Taburculuk işlemleri biten hasta tekerlekli sandalye ve sedye kullanacaksa kimlik karşılığı teslim edilir ve alınır.
* Hasta evine ambulans ile gitmesi gerekip gerekmediği servis doktoru tarafından değerlendirilir. 112 ile iletişime geçerek uygun şekilde eve transferi sağlanır.
* Çıkan hastanın yatağı hastane temizlik protokolüne göre uygun şeklide temizliği temizlik personeli tarafından yapılır.

**EX DURUMU**

Klinik doktoru ve mavi kod ekibi tarafından ex olduğu tespit edilen hastalarda;

* Hasta yakınlarına hastalarının ex bilgisi doktor tarafından verilir.
* Ex olan hastanın hazırlanması hemşire ve personel tarafından yapılır. Hastanın üzerinde kanül, kateter, foley sonda, dren hekim ve hemşire tarafından çıkarılır.
* Hasta bilekliği çıkarılmaz. Hemşire ve personel tarafından çene ve ayaklar bağlanır. Personel tarafından morga gönderilir.
* Hastanın ex olduğuna dair ilgili form doktor tarafından doldurulur.
* Hastanın exitus kabul saatine kadar hastaya yapılan tüm acil müdahaleler kayıt altına alınır.
* Hastanın çıkışı sekreter tarafından yapılır.

**KALİTE YÖNETİM ÇALIŞMALARI**

Kalite Yönetim Direktörü’ nün başkanlığında, Bölüm Kalite Sorumlularından oluşan Kalite Birimi Sağlık Bakanlığı’nın Sağlıkta Hastane Kalite Standartları (SHKS) ve ISO 9001 Standartları doğrultusunda Hastanemizdeki kalite çalışmalarını sürdürmektedir.

**KALİTE HEDEFLERİ**

Birim Kalite Sorumluları ve Üst Yönetim’in katılımı ile her dönem Bölüm Kalite Hedefleri belirlenir. Her dönem sonunda belirlenen hedeflerin gerçekleşme oranları değerlendirilir.

**İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ**

Hastanelerde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir. Bu sistem içinde ana öğe, çalışanlar tarafından yaşanan olayların bir daha yaşanmasını engellemek için yapılan bildirimlerdir.

İstenmeyen Olay Bildiriminde asgari;

* İlaç güvenliği
* Transfüzyon güvenliği
* Cerrahi güvenlik
* Hasta düşmeleri
* Kesici delici alet yaralanmaları
* Kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamalıdır.

İstenmeyen olay bildiriminde kullanılacak formlarda; olayın konusu, olay, olayın nedeni ve/veya çözümü hakkında görüş ve öneriler bölümleri bulunması yeterlidir.

**İÇ TETKİK VE ÖZ DEĞERLENDİRME**

Sağlıkta Kalite akreditasyon ve çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları sürümleri gereği yılda iki kez İç Tetkik ve Öz Değerlendirme yapılır. Kalite Yönetim Birimi kurum Kalite Koordinatörü sorumluluğunda yönetilen bu süreçte bölüm kalite sorumluları ve tüm çalışanlar sürecin yürütülmesinde gerekli rolleri yerine getirir. Öz değerlendirme planları hazırlanır, birimlere değerlendirme takvimi bildirilir. Kalite Yönetim Ekibi, Üst Yönetim Temsilcisi ve Kalite Koordinatörü tarafından değerlendirme yapılır, raporlanır gerekirse DÖF açılır. Raporlar ve açılan DÖF’ ler Üst Yönetime raporlanır, Kalite Birimi tarafından takibi yapılır.

**GÖSTERGELERİN İZLENMESİ**

Gösterge, hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesini ve performans sonuçlarını ölçmeye yarayan, iyileştirme alanlarını belirlemede en önemli faktör ve gerçek anlamda nerede olduklarını gösteren faaliyetlerdir.

Gösterge takibinde, kart ve formlar ölçme ve değerlendirme işlemi için birer araç olarak kullanılacaktır. Asıl hedef, ölçmek, değerlendirmek, iyileştirmek, bu aşamaların sağlıklı ve sürekli bir şekilde tekrarlanmasını sağlamak ve nihayetinde hizmet sunumunun kalitesini artırmaktır.

Günümüzde hastaneler sundukları hizmetleri ve performans sonuçlarını ölçmede, iyileştirme yapmaları gereken alanları belirlemede birçok gösterge takibi yapılmaktadır.

Gösterge takipleri için HBYS üzerinden oluşturulan modül kullanılmakta olup, sorumluları tarafından kendi şifreleri ile giriş yapılarak veri girişleri yapılmaktadır. Verilerin aylık, yıllık analizleri Kalite Birimi tarafından takip edilmektedir.

**HASTA VE ÇALIŞAN ANKETLERİ**

Her ay ayaktan, acil ve yatan hasta anketleri değerlendirmesi yapılarak, Üst Yönetim’e raporlanır. Hemodiyaliz hastaları için yılda bir kez geri bildirim anketleri yapılır birimle paylaşılır ve raporlanır.

Her yılın sonunda çalışan geri bildirim anketi uygulanır, anketler Üst Yönetim’e raporlanır. Rapor sonucuna göre düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanır.

Hasta ve çalışan anket sonuçları Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemine giriş yapılır. Anketlerde yapılan bildirimlerde, iyileştirilmesi gereken öneri ve şikâyet varlığında, iyileştirme faaliyetleri uygulanır.

Hasta deneyim anketleri anketleri telefon ile uygulanır. Çalışan geri bildirim anketleri online hazırlanmış anket formları SMS şeklinde tüm çalışanlara dağıtılarak yapılır. Anket ile yapılan geri bildirimler kalite koordinatörü tarafından analiz edilerek yönetimle paylaşılır.

**UYUM (ORYANTASYON) EĞİTİMLERİ**

Hastanemizde işe yeni başlayan çalışanlarımıza oryantasyon/uyum eğitimleri yapılır. Oryantasyon eğitimleri genel uyum eğitimi ve bölüm uyum eğitimi olarak iki bölümde yapılır. Uyum eğitiminde meslek gruplarının ihtiyaçlarına göre belirlenmiş konularda eğitim verilir.

Uyum eğitim programının; planlanması, süresi, eğiticilerinin belirlenmesi ve diğer eğitim ihtiyaçlarının temin edilmesi Kalite yönetim Biriminin görevidir.

Eğitim kayıtları Kalite Yönetim ekibi eğitim sorumlusu tarafından yapılmaktadır.

Uyum eğitimleri hastane bilgi yönetim sistemine kalite birimi tarafından kayıt edilir.

Genel uyum ve bölüm uyum eğitimleri için hazırlanmış rehberler kullanılmaktadır.

**BEBEK DOSTU HASTANE**

Anne sütünün özendirilmesi ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıkların kazandırılmasına yönelik olarak;

* Sağlık Bakanlığı ve UNICEF' in çalışmaları kapsamında, doğum hizmeti veren hastanelerde emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere 1991 yılında “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler” programı başlatıldı.
* Doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler “Bebek Dostu Hastane'' ünvanı almıştır. Halen “Bebek Dostu Hastane” çalışmalarını aktif olarak yürütmektedir.
* **Hastanemiz 2014 yılında “Bebek Dostu Hastane” olarak kabul edilmiştir.**

**HASTANEDE TÜTÜN KONTROLÜ**

4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Önlenmesi ve Kontrolü Hakkındaki Kanun gereği Tıp Fakültemiz ve Hastanemizde kapalı alanlarda sigara içimi yasaktır. Bu kanunun Tıp Fakültemizde ve Hastanemizde tam olarak uygulanması, Tıp Fakültemizin ve Hastanemizin stratejik amaçları arasındadır. “Sivas C. Ü. Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tütün Kontrol Komitesi” bu amaçla ve bir yönergeyle kurulmuş olup, etkin bir şekilde çalışmaktadır. **Kapalı alanlarda sigara içimi gözlendiğinde veya bildirildiğinde, içen kişilere uyarı yapılmasızın idari para cezası verilmektedir.** Kurumumuzda sigaranın bırakılması teşvik edilmektedir. Hastanemiz Aile Hekimliği Polikliniğinin bir birimi olan “Sigara Bağımlılığı Tedavi Birimi” bırakmak isteyenlere destek sağlamaktadır.

**ORGAN NAKİL MERKEZİ ve ORGAN BAĞIŞI**

Organ Nakil Merkezi haziran 2020 yılı itibariyle ruhsatlandırılmış olup. 6 özel oda ve 4 kişilik yoğun bakım yatak kapasitesi ile mesul müdürümüz. Doç. Dr. Süleyman KOÇ önderliğinde 14 başarılı böbrek nakli transplantasyonu gerçekleştirilmiştir.. Sivas ilinde ilk kez aynı anda iki böbrek nakli gerçekleştirme başarısına ulaşmıştır. Hali hazırda 91 hastamız TDİS organ bekleme listesinde aktif durumda bulunmaktadır.



Organ bağışı kişinin hayatta iken, serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesidir.

**Kimler Organ Bağışında Bulunabilir?**

18 yaş ve üstünde olup akli dengesi yerinde olan herkes; Sağlık Müdürlüklerine, hastanelere, organ nakliyle ilgili dernek vakıf ve kuruluşlara başvurarak doku ve organ bağış belgesi alabilir. Hastanemizde Organ Bağışında bulunmak istiyorsanız organ bağış birimini ziyaret ederek gönüllü organ bağışı yapabilirsiniz.

**İLGİLİ DÖKÜMANLAR**

Hastanemize ait çalışanların görev tanımlarına, formlara ve kullanılan talimatlara hastanenin kalite otomasyon sisteminden ulaşılabilmektedir.

* CÜH.KYS. 03.04 HASTA KABÜL TALİMATI
* CÜH.KYS.TL. 02.19 HASTA KOL BANDI KULLANMA TALİMATI
* CÜH.KYS.FR. 31.10 ANESTEZİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ TALİMATI
* CÜH.KYS.FR. 31.07 PREOPERATİF DEĞERLENDİRME FORMU
* CÜH.KYS.TL. 03.01 PREOPERATİF BAKIM TALİMATI
* CÜH.KYS.FR. 31.11 GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ
* CÜH.KYS.TL.03.02 POSTOPERATİF HASTA BAKIM TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.02.13 TARAF İŞARETLEME TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.03.355 GÜVENLİ HASTA TRANSFER TALİMATI
* CÜH. KYS. KP.03.01 YOĞUN BAKIM HASTA KABUL HİZMET VE KALİTE PLANI
* CÜH.KYS.FR.03.10 KLİNİKLER ARASI HASTA DEVİR FORMU
* CÜH.KYS.TL.73.16 HASTANEDE KULLANILAN TİBBİ MALZEME VE EKİPMANLARIN TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73-06 HASTANE GENELİ İÇİN TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.02.03 HASTA MÜLKİYET TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73-22 CİLT ANTİSEPSİSİ SAĞLAMA TALİMATINA
* CÜH. KYS. TL. 73-21 EL YIKAMA TALİMATI
* CÜH. KYS.TL.20.24 HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73-27 PNÖMATİK TÜP TAŞIMA SİSTEMİNDE HASTA ÖRNEKLERİNİN TAŞIMASI VE TEMİZLİK TALİMATI
* CÜH.KYS.FR.03-16 NARKOTİK İLAÇ KULLANIMI VE TESLİM FORMU
* CÜH.KYS.TL.03-348 HASTA KISITLAMA TALİMATINA
* CÜH.KYS.TL.03.59 KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73.05 PERSONEL YARALANMALARI TAKİP TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73.16 HASTANEDE KULLANILAN TİBBİ MALZEME VE EKİPMANLARIN TEMİZLİK VE DEZENFEKSİYON TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73-24 ATIK YÖNETİMİ TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73-32 TIBBİ ATIKLARIN YÖNETİM PLANI
* CÜH.KYS.TL.73-23 SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARINI ÖNLEME TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.ÇAMAŞIRLARIN TOPLANMASI VE YIKANMASI TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73.19 HASTA İZOLASYONLARI TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.73.10 KÜLTÜR ALMA TALİMATI
* CÜH.KYS.FR.03-49 İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
* CÜH.KYS.FR.03-50 HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
* CÜH.KYS.TL.03.345 HASTA DÜŞMELERİNİ ÖNLEME TALİMATI
* CÜHÇKYS.TL.02.11 MAVİKOD UYGULAMA TALİMAT
* CÜH.KYS.TL.02.05 EĞİTİM FALİYETLERİ TALİMATI
* CÜH.KYS.KP.12.01 ALT YAPI VE TEKNİK BAKIM ONARIM HİZMET VE KALİTE PLANI
* CÜH.KYS.TL.03.05 HASTA TABURCULUK TALİMATI
* CÜH.KYS.TL. 63-27 BİYOKİMYA LABARATUVARI KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIM TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.03-349 HEMŞİRE NÖBET DEVİR TESLİM TALİMATI
* CÜH.KYS.TL.03-351 HASTA EĞİTİMİ TALİMATI