



## İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Dokuman No	ECZ.PR.01
Yayın Tarihi	20.10.2012
Rev.No	01
Rev.Tarihi	02.09.2016
Sayfa No	4/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Satınalma ve Depo Sorumlusu	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

### 1.AMAÇ

Hastanemizde hizmet alan hastaların kullandığı ilaçların takibinin Yapılabilmesi, ilaç israfının önlenmesi, hasta güvenliği açısından önlemlerin alınabilmesi için standart önlemleri tanımlamak.

### 2.KAPSAM

Hastaneye ait ilaçlar ve hastanın yanında getirdiği ilaçları kapsar.

### 3.TANIMLAR

**İTS:** İlaç Takip Sistemi

**İHSSTR:** İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi

### 4.SORUMLULAR

Eczacı, İlaç / Malzeme Depo Sorumlusu, Kalite Birimi ve Tüm çalışanlar

### 5. PROSEDÜR

#### 5.1. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar:

**5.1.1.** Yatışı yapılan hastaya, hemşire tarafından beraberinde ilaç getirip getirmediği sorulur. Eğer ilaç varsa miat kontrolü yapılarak, "Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu" ile teslim alır. "Hemşirelik Hizmetleri Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu"na kaydedilir ve beraberinde getirdiği ilaçlar doktora iletilir. Yattığı süre boyunca ilaçları kullanacaksa doktor talimatına eklenir, hemşire tarafından uygulanır.

**5.1.2.** İlaçların miadı geçmişse hastaya haber verilerek imha edilir. Hemşire Ön Değerlendirme Formuna kaydedilir.

**5.1.3.** İlaçlar kullanılmayacaksa hasta yanında bırakılmaz. Taburcu olurken hastaya teslim edilir. Teslim edilen ilaçlar hasta dosyasına kaydedilir.

#### 5.2.Hastanın Yatış Suresince Kullandığı İlaçlar:

**5.2.1.** Yatan hastaya order edilen ilaç ve kullanılan malzemeler, servis hemşiresi tarafından HBYS'de hasta üzerine istek yapılır.

**5.2.2.** HBYS isteği eczane ekranında eczacı tarafından onaylanarak, ilgili hasta/servise sistemde transfer edilir.

**5.2.3.** HBYS'den transferi yapılan ilaçlar fiziksel olarak eczacı tarafından hasta bazlı hazırlanır.

**5.2.4.** Hazırlanan ilaçlar aynı gün servis yardımcı personeli tarafından eczaneden alınır.

**5.2.5.** HBYS'de hasta adına talep edilen sarf malzemeler ana depo ekranından Satınalma ve Depo Sorumlusu tarafından onaylanır, HBYS'de servis üzerine transfer edilir. Fiziksel olarak hazırlanır ve aynı gün servis yardımcı personeli tarafından depodan alınır.

### **5.3.Hastanın Taburcu Olduktan Sonraki Süreçte Kullanacağı İlaçlar:**

**5.3.1.**Branşlara özgü taburculuk yönergelerinde, ilaçların nasıl kullanılacağı ne kadar süre kullanılacağı belirtilmiştir. Hemşire tarafından form doldurularak hastaya eğitim yapılır.

**5.3.2.**Hasta taburcu veya ex olduktan sonra hastane eczanesinden düşülen ilaçlar "Hastane İçi İlaç ve Malzeme İade Formu" ile Eczacı veya Satınalma Depo Sorumlusu'na teslim edilir.

### **5.4.İlaç Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Tedbirler:**

**5.4.1.** Hastanemize alımı yapıldığı andan, hastaya kullanıma kadar ilaçlar HBYS'de takip edilir ve ITS'ye girişi yapılır. Ana ve ara depolardaki stok miktarları, minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri HBYS'de takip edilebilir. Geriye dönük veri takibi yapılabilir.

**5.4.2.**Hastanemiz HBYS' de miat uyarısı vardır. İlaç/ Malzeme sistem üzerinden miatları takip edilir. Birimlerde ayda bir birim sorumlusu tarafından miat kontrolü yapılarak İlaç-Sarf Miat Kontrol Formuna kayıt yapılır.

**5.4.3.** Miadı yakın olan ilaçlar (son 3 ay) miadı yakın etiketi yapıştırılır. Birimde nadir kullanılan ilaç ise, eczaneye iade edilerek daha uzun miadı olan ile değiştirilir. Eczane miadı yakın ilacı çok kullanılan birime göndererek kullanılmasını sağlar.

**5.4.4.**İlaç bulunan tüm alanlar günde 4 kez ısı ve nem takibi yapılır, "Isı Nem Takip Kontrol Formu"na kaydedilir.

**5.4.5.**İlaç hazırlanırken ve verirken doğru doz, doğru ilaç, doğru hasta, doğru yol, doğru form, doğru zaman ve doğru kayıt işlemleri için gerekli kontroller yapılır. Stajyer hemşireler, hemşire gözetiminde ilaç uygulayabilir. ilaç isimlerinde kısaltma yapılmamalıdır.

**5.4.6.**Benzer İlaçlar, "İsmi Ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi"nde belirlenmiştir. Bu ilaçlar ayrı raflarda depolanarak karışması engellenir.

**5.4.7.**"Yüksek Riskli İlaç Listesi" ile yüksek riskli ilaçlar belirlenmiştir. Bu ilaçlara, eczanede kırmızı etiket yapıştırılarak kliniklere gönderilir. Birimlerde yüksek riskli ilaçlar ayrı bir bölümde (dolapta ayrı raf vb), kilitli muhafaza edilir.

**5.4.8.**"Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi" ile ışığın zarar vereceği ilaçlar ışıktan korunarak saklanmalıdır.

**5.4.9.** "Çocuklarda Acil Durumlarda Kullanılan İlaç Dozları Listesi" ile çocuklarda ilaç güvenliğini sağlayabilmek için düzenleme yapılmıştır. Bu listeler birimlerde bulundurulup çalışanlar bilgilendirilir.

**5.4.10.**İlaç uygulamalarındaki hatalarda Güvenlik Raporlama İşleyiş Prosedürü'ne göre hareket edilir.

### **5.5.Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi İlaçlar:**

**5.5.1.** Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar birimlere tutanakla telsim edilir. Bu ilaçlar Eczane ve birimlerde kilitli dolaplarda saklanır. Birimlerde ilaçlar kullanıldığında; Narkotik İlaç İzlem Formu

- Tarihi,
- Hasta Adı-Soyadı,
- İlaç Adı,
- Hastaya Kullanılan Doz,
- İmha Edilen Doz,
- İstem Yapan Dr.Adı Soyadı,
- Hemşire/Tekniker Adı/Soyadı yazılır, İMZALANIR.

**5.5.2.** İmha edilen doz olduğunda; imha dozu yazılır, 2 sağlık çalışanı tarafından form imzalanır.

**5.5.3.** Nöbet teslimlerinde sayılarak "Psikotrop Ve Narkotik İlaç Devir Teslim Formu" ile teslim edilir. Teslim alan imzası bulunur.

### **5.6. İlaç Uygulamalarında İstenmeyen Durumla Karşılaşıldığında Yapılacaklar**

**5.6.1.** İlaç uygulamalarından sonra istenmeyen durumla karşılaşıldığında hekim tarafından Advers Etki Bildirim Formu doldurularak farmakovijlans sorumlusuna bildirim yapılır. Farmakovijlans sorumlusu Farmakovijlans merkezine bildirim yapar.

**5.6.2.** İlaç güvenliği ile ilgili uygulama hatalarında "Güvenlik Raporlama Sistemi" web sayfasında ilgili alandan ya da form olarak doldurularak Kalite Yönetim Birimi'ne verilir.

**5.6.3.** İlaç hatalarında ramak kala yaşanan olaylar "Ramak Kala Bildirim Formu" doldurularak Kalite Yönetim Birimi'ne verilir.

**5.6.4.** İlaç hataları Sağlık Bakanlığı "Güvenli Raporlama Sistemi"nde ilgili alana Kalite Yönetim Direktörü tarafından giriş yapılır ve İHSSTR 'ne göre kodlanır.

**5.6.5.** İlaç hataları "Güvenlik Raporlama Sistemi İşleyiş Prosedürü" doğrultusunda analiz edilir.

### **6.İLGİLİ DOKÜMANLAR**

KLN.FR.16 Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu

KLN.FR.01 Hemşirelik Hizmetleri Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu

ECZ.LS.04 İsmi ve Söylenişi Benzer İlaçlar Listesi

ECZ.LS.03 Yüksek Riskli İlaç Listesi

ECZ.LS.09 Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi

ECZ.LS.07 Çocuklarda Acil Durumlarda Kullanılan İlaç Dozları Listesi



## İLAÇ YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Dokuman No	ECZ.PR.01
Yayın Tarihi	20.10.2012
Rev.No	01
Rev.Tarihi	02.09.2016
Sayfa No	4/4

YÖN.PR.11 Güvenlik Raporlama İşleyiş Prosedürü

ECZ.FR.05 Narkotik İlaç İzlem Formu

ECZ.FR.04 Narkotik İlaç İstek Formu

ECZ.FR.06 Psikotrop Ve Narkotik İlaç Devir Teslim Formu

ECZ.FR.09 Hastane İçi İlaç ve Malzeme İade Formu

YÖN.FR.06 Güvenlik Raporlama Sistemi

İSG.FR.02 Ramak Kala Bildirim Formu

YÖN.PR.11 Güvenlik Raporlama Sistemi İşleyiş Prosedürü

Advers Etki Bildirim Formu (Dış Kaynaklı Form)