

2014-
2018

HEKİMLERİMİZ İÇİN

BİLGİLENDİRME REHBERİ

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında Hekimlerimizin uygulamaları

Kalite Birimi
Çevre Hastanesi

10.11.2014 rev01 02.01.2018



İÇİNDEKİLER

- + Tedavi Planı**
- + Sözel İstem**
- + Anemnez, Ameliyat Raporu, Epikriz**
- + Patoloji**
- + İlaç Güvenliği**
 - Advers Etki**
 - Birimlerde Bulunan İlaç Listeleri**
 - Hastanın Evde Kullandığı ve Yanında Getirdiği İlaçlar**
 - Kırmızı ve Yeşil Reçeteye Tabi İlaçlar**
- + Hasta Güvenliği**
 - Kimlik Bilekliği**
 - Kan Transfüzyonu**
 - Cerrahi Güvenlik**
 - Kısıtlama**
 - Bilgilendirme Ve Onam**
 - Hasta ve Ailesi Eğitimi**
 - Hasta Mahremiyeti**
 - Taburculuk Yönergeleri**
- + Acil Durum Afet**
- + Acil Kodlar**
 - Mavi Kod**
 - Pembe Kod**
 - Beyaz Kod**
- + İzolasyon Önlemleri**
- + Düşme Riski**
- + Kalite Yönetim Çalışmaları**
 - Kalite Hedefleri**
 - İç Tektik ve Öz Değerlendirme**
 - Hasta ve Çalışan Anketleri**
 - Komite ve Ekipler**
 - Güvenli Raporlama Sistemi**

TEDAVİ PLANI

Hastaların tedavi planı Hekim tarafından; günlük olarak yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalıdır.

Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda verilmiş süresini içermelidir.

Tedavi planında simgeler, semboller ve kısaltmalar kullanılmamalıdır.

Sıvı orderları; sıvı tipi (%5 Dextroz, İzotonik vs.) belirtilerek ml/damla/Dk. olarak verilmelidir.

Rejim orderları; R1,R2,R3,olarak veya açık olarak (sulu, yumuşak, katı, kalori miktarı, diyabetik, tuzsuz, vs.) yazılmalıdır. İzlenmesi istenen hemodinamik parametreler tek tek belirtilmelidir.

Hekimin yazdığı tedavi planı hemşire tarafından alınmalı, yazılan tedavinin altı çizilerek; tedavinin alındığı tarih ve saat yazılarak hemşire imzalamalı.

Hemşire tarafından alınan tedavi; hemşire gözlem formunda bulunan tedavi planı kısmına tedaviyi planlamalıdır.

Tedavi planı (order) değişikliği ve Kontra Viziteler yazılı olarak yapılmalı ve yapılan değişiklikler saat belirtilerek hastayı izleyen hemşireye veya servis sorumlu hemşiresine doğrudan bildirilmelidir

Hastaların tüm tedavileri hemşire tarafından yapılmalıdır. (stajyerlerin ilaç uygulamaları hemşire gözetiminde olmalıdır).

Örnek: **cc** (cubic centimeter) "0" rakamı ile karışma riski bulunuyor, **ml** kullanılmalıdır.

İlaç uygulamalarında kullanılmaması gereken kısaltmalar listesi'nden gerektiğinde kontrol ediniz.

Order alma Talimatı'nda order verme ve sözel order uygulamaları bulunmaktadır.

HEKİM TARAFINDAN YAZILAN TEDAVİ PLANINDA (ORDER)

İlacın TAM ADI (Sezol 1 gr flk)

Uygulama ZAMANI (08:00 - 20:00)

Uygulama DOZU (2x1gr 100 ml izotonik içinde15 dakida gidecek)

Uygulama ŞEKLİ (İntravenöz)

Sıvılarda UYGULAMA SÜRESİ (ISOLAYT 1000 ml 24 saatte gidecek)

'LH' kısaltma yapılmayacak açıkça "AĞRISI OLUSA" "BULANTISI OLURSA " diye yazılacak

Tarih/saat

KAŞE ve İMZA olmalı

SÖZEL İSTEM

Sözlü veya telefonla order verildiğinde hemşire tarafından sözlü ve telefonla order formuna yazar, yazan hemşire istemi geri okuyarak doğruluğu (Gerekirse ilacın adı tek tek harfleri kodlanır) onaylanır.

Doktorun hastane içinde olması halinde sözel order vermesi ancak hayati tehlikesi olan hastaya müdahalesi söz konusu ise kabul edilir.

Sözlü Ve Telefonla Tabip Talimatları Formu kullanılır ve 24 saat içinde sözlü order veren hekim tarafından imzalanır. Sözlü verilen order tedavi planına hekim tarafından yazılmalıdır.

ANEMNEZ, AMELİYAT RAPORU, EPİKRİZ

Yatan hasta dosyalarında bulunan matbu anamnez, ameliyat raporu ve epikriz formları hekim tarafından hasta taburcu edilmeden doldurularak imzalanır ve kaşelenir.

Hasta taburcu olurken epikrizin bir nüshası hastaya verilmelidir.

PATALOJİ

Ameliyat sonrasında patolojiye gidecek numune alınmışsa; patoloji istek formu hekim tarafından doldurularak imzalanır ve kaşelenir. Ameliyathane hemşiresi; numune etiketine gerekli bilgileri (hastanın adı soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, örnek alınan bölge / organ, örneğin alınış şekli) yazarak, parçanın bulunduğu kabın üzerine yapıştırır, parçayı ve isteği kontrol ederek, patoloji defteri ile imza karşılığı laboratuvara teslim edilmesini sağlar. Laboratuvar anlaşmalı olduğumuz patoloji laboratuvarına haber vererek yine imza karşılığı kuryeye teslim eder. Sonuç gelince bir nüsha cerraha (hastaya verilmek üzere) , bir nüsha anlaşmalı kurumlara, bir nüsha laboratuvarında arşivlenir.

İLAÇ GÜVENLİĞİ

İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik hazırlanan listeler birimde bulunmaktadır. Çocuk dozları ve erişkin dozları ayrı raflarda bulundurulur. Aynı adlı farklı dozda olan ilaç formları, ambalajı benzer ilaçlar ayrı yerleştirilir. Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilit altında saklanır.

Advers Etki:

Hastalarda uygulanan ilaçlar sonrası; ciddi ve beklenmeyen advers etki görülürse hastanemiz Farmakovijilans Sorumlusu Dr. Hakan Evrücke' ye bildirilir. Advers etki bildirim formu doldurularak 15 gün içinde TÜFAM (Türkiye Farmakovijilans Merkezi) 'a elektronik ortamda ya da faks, posta yoluyla bildirim yapılır.

Birimlerde Bulunan İlaç Listeleri:

- ✚ İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi
- ✚ Çocuklarda Acil Durumlarda Kullanılan İlaç Dozları Listesi
- ✚ Kontrole Tabi İlaçlar Listesi
- ✚ Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- ✚ Işıktan Korunması Gereken İlaçların Listesi
- ✚ İlaçların Farklı Doz Ve Formlarının Listesi
- ✚ İlaç-İlaç Etkileşimi Tablosu
- ✚ İlaç Besin Etkileşimleri Listesi
- ✚ Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi
- ✚ İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar

- İlaçların Farklı Doz Ve Formlarının Listesi
- Solüsyonlar Ve Multidoz İlaçlar Kullanım Süreleri
- İlaçların Muadil Listesi

Hastanın Evde Kullandığı Ve Yanında Getirdiği İlaçlar:

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar servis hemşiresi tarafından Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu'na kaydedilerek teslim alınır. İlaçların adı, adeti, son kullanma tarihi, saklama koşulları belirtilir. Hasta/ hasta yakını ve teslim alan hemşire formu imzalar.

Hastanın hekimine; hastanın yanına getirdiği ilaçlar form üzerinde bildirilir. Hastanede bulunduğu süre içinde kullanımı uygun ya da değil diye hastanın hekimi tarafından işaretleme yapılır. Hekim de formu imzalar. Kullanımı uygun olan ilaçlar hekim tarafından order edilir, hemşire tarafından uygulanır.

Kırmızı Ve Yeşil Reçeteye Tabi İlaçlar:

Hastaya order edilen narkotik ve psikotrop ilaçlar için 3 nüsha otokopili narkotik ilaç istem fişi, hemşire ve hekim tarafından imzalanır. Hastaya uygulanan ilacın boşu eczaneye teslim edilmek için ayrılır. Narkotik takip formuna; uygulanan hastanın adı soyadı, narkotik adı, dozu, imha edilen dozu, istek yapan hekim ve uygulayan hemşire bilgileri hemşire tarafından kaydedilir. Narkotik istek formu ve ilacın boşu ile eczaneden kullanılan ilaç imza karşılığı teslim alınır.

Her şift değişiminde servis hemşireleri narkotik ilaçları sayarak devir teslimini yapar.

Servislerde narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli dolaplarda bulundurulur.

HASTA GÜVENLİĞİ

Kimlik Bilekliği:

Hasta Kimlik tanımlama için yatan her hastanın koluna beyaz renkli üzeri barkodlu kimlik bilekliği takılır. Barkodda asgari protokol, Hastanın Adı-Soyadı, TC numarası, Doğum tarihi (ay, gün, yıl olarak) yazılır.

Alerjisi olan hastada; beyaz bileklik hemşire tarafından çıkartılır ve kırmızı renkli bileklik takılır. Üzerine hasta bilgilerinin yazılı olduğu barkod yapıştırılır.

Hastanemizde doğan bebekler için; ameliyathanede / doğumhanede anne ve bebek için aynı seri numarasına sahip olan; kız bebekler için pembe, erkek bebekler için mavi renkli bileklikler (annenin beyaz bilekliği çıkartılır) anne ve bebeğe takılır. İkiz bebeklerde anneye 2 bileklik (her bebeğin anne bilekliği) takılır. Bebeklerin kimlik bilekliğinde annenin barkodu yapıştırılır.

Hastaya uygulanacak tanı ve tedavi işlemlerinin hepsinde; hasta kimlik doğrulama yapılır ve kimlik bilekliği de kontrol edilmelidir.

Kan Transfüzyonu:

Kan ve kan ürünü transfüzyonu ihtiyacı olan hasta için Kan ve Kan Ürünleri İstem Formu Hekim tarafından doldurularak imzalanır ve kaşelenir. Kan ve kan ürünleri istem formunda; Hastanın adı soyadı, protokol numarası, tedavi gördüğü bölüm, tanısı, kan grubu, transfüzyon endikasyonu, hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı, hasta kadın ise doğum yapıp yapmadığı, kan ve kan ürününün istem gerekçesi, kan ve kan ürününün türü ve miktarı, planlanan veriliş süresi belirtilmelidir.

Servis hemşiresi Kan istem formunu laboratuvara gönderir, laboratuvar Bölge Kan Merkezinden gereken kan ürününün teminini sağlar. Gelen kan ürünü çapraz karşılaştırma yapılır, uygulama zamanında kliniğe uygun koşullarda transferi sağlanır.

Klinikte 2 sağlık çalışanın kan ürününün uygunluğunu kontrol eder, transfüzyon başlama saati kaydedilerek, Transfüzyona başlanır. İlk 15 dakika hemşire hastanın yanında bulunur, ilk 1 saat 15 dakikada bir, sonrasında transfüzyon bitene kadar 30 dakikada bir vital bulgu takibi yapılır.

Reaksiyon görülürse işleme son verilir, aynı kan ürünü uygulamaya devam edilmez.

Cerrahi Güvenlik

Operasyonlar öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi hekim tarafından yapılır. "Pre-Op Kontrol Ve Taraf İşaretleme Formu" na da ayrıca işaretleme yapılır. "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.

Cerrahi süreçte gerçekleşen tıbbi hatalar ve ramak kala olaylar cerrahi hata sınıflama sistemine (CHSS) göre kodlanır ve Sağlık Bakanlığı GRS'nde Hata Sınıflama Sistemine giriş yapılır.

Kısıtlama:

Yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilir. Hastanın ailesine; hasta yakınına tıbbi gerçekler, kısıtlama olası risk ve yararları, kısıtlama girişiminin gidişatı hakkında hekim tarafından bilgi verilir. Kısıtlama ihtiyacı formu hasta yakını ve hekim tarafından imzalanır.

Hareket kısıtlama kararı tedavi planına yazılır. Kısıtlama tedavi planında; uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilir.

Kısıtlılığın kararı en geç 24 saatte bir gözden geçirilerek gerekirse tekrar tedavi planına yazılır.

Bilgilendirme ve Onam:

Yatan hastalar Genel Bilgilendirilmiş Onam Formu, Ameliyat olan hastalar için her ameliyat ve girişimsel işlemler için ayrı Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Anestezi Bilgilendirilmiş Onma Formu kullanıyoruz.

Anestezi Onam Formunu preop hastayı değerlendirmeye gelen ve hastayı bilgilendiren anestezi hekimi tarafından imzalanır (hastaya imzalatır) ve kaşelenir.

Genel ve İşleme Özel Onam Formları hastanın primer hekimi tarafından bilgilendirme yapılarak imzalanır (hastaya imzalatır) ve kaşelenir.

Onam Formlarının şahit bölümünü servis hemşiresi imzalar. İmzaların bulunduğu kısma tarih ve imza saatini yazar.

Hasta ve Ailesi Eğitimi:

Hastanemizde yatan hastalara verilecek eğitimler; hekim ve hemşireler için ayrı olarak hasta ve ailesi eğitim formunda belirtilmiştir. Hemşire eğitim bölümünün altına eğitimi veren hemşire ve hasta/hasta yakını imzalar. Hekim eğitimleri bölümünün altında hekim ve hasta/hasta yakını imzalar.

Hekimleri vereceği eğitimler;

- ✚ Hastalığı hakkında bilgi
- ✚ Hastalık süreci ve risk faktörleri
- ✚ Kullanacağı ilaçlar/Akılcı ilaç kullanımı
- ✚ Kontrol zamanı
- ✚ Taburculuk eğitimi
- ✚ Sigaranın zararları
- ✚ Egzersiz
- ✚ Hastalığa özgü araç gereç kullanımı
- ✚ Organ Bağışı ve hekimin uygun gördüğü diğer eğitimlerdir.

Formda eğitimin yapıldığı tarih, eğitimi engelleyecek faktörler, engellere çözüm, eğitim yöntemi ve değerlendirme bölümleri doldurulur.

Yatan her hastanın dosyasında hasta ve ailesini eğitim formu bulunur. Yapılan tüm eğitimler forma kaydedilir.

Hasta Mahremiyeti

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınır. Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel (perde, paravan vs.) mahremiyeti sağlanır. İlgili sağlık çalışanı ve hastanın onayı ile hasta yakını dışındakiler ortamda bulundurulmaz.

Teşhis ve tedavi süreçleri ile ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında sadece hasta onayı ile 1. Derece yakını dışındakilerle paylaşılmaz. Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilir.











Elektronik ortamda kullanılan (gemklinik) kişisel şifreler başkaları ile paylaşılmaz. Çalışanların yetkilerine göre otomasyon programında erişim sağlanır. Ekran açıkken bırakılmaz, oluşturulan kişisel şifreler görünür yere yazılmaz, çok karakterli sayı ve rakamlardan oluşan zor şifreler oluşturulmalıdır. Kullanılan bilgisayarlara internetten güvenli olmayan doküman ve programlar bilgi işlem çalışanları kontrolü dışında indirmemelidir.

Antivirüs programı kullanılmalı, tarama yapılmadan dosya yüklemeleri yapılmamalıdır. Kaynağı belli olmayan e-postalar açılmamalıdır.

Taburculuk Yönergeleri:

Hastanemizde yatan hastaların taburculuk sürecinde; kullanılmak üzere 2 nüsha halinde hazırlanmış branş bazlı taburculuk yönergeleri bulunur. Taburculuk yönergelerinde; kontrol zamanları, kullanması gereken ilaçlar, beslenmesi, kullanması gereken cihaz ve malzemeler, kişisel hijyen, ameliyat veya tedaviye özel yapılacakların yazılabileceği alanlar bulunur. Hastanın hekimi ve hemşiresi tarafından doldurulur. Hastanın hekimi ve hasta/hasta yakını tarafından imzalanır. Üst nüshası hastaya verilir, 2 nüshası hasta dosyasına konur ve arşivlenir.

Hastanemizde Bulunan Taburculuk Yönergeleri:

-  Beyin Cerrahi Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
-  Çocuk Hastalıkları Taburculuk Yönergesi
-  Dahiliye Hastaları Taburculuk Yönergesi
-  Genel Cerrahi Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
-  Göz Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
-  Kadın Doğum Taburculuk Yönergesi Formu
-  KBB Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
-  Ortopedi Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
-  Plastik Cerrahi Taburcu Sonrası Bilgi Formu
-  Üroloji Hastası Taburculuk Yönergesi Formu

Acil Durum Afet

Her yıl yangın ve acil durumlar ile ilgili eğitim yapılır. Yangın söndürme, arama kurtarma ve tahliye tatbikatları yapılır.

ACİL KODLAR

Mavi Kod, Pembe Kod, Beyaz Kod ve yangın için Kırmızı kod uygulaması ve ekipleri bulunmaktadır. Kod bildirimleri Sağlık Bakanlığı' nın belirlediği telefon numaraları ile aynıdır.

Mavi Kod:

Hastanemizde Mavi Kod 2222 numaralı telefona olay yeri (4 kat mavi kod 1 diye) ile bildirilir. Santral elemanı Mavi Kod anonsunu verir, ekip üyelerini ayrıca telefon ederek bildirir.

Mavi Kod 1 (erişkin) ve mavi kod 2 (çocuk) olarak verilir. Erişkin Mavi Kod ekibinde Dahiliye Uzmanı, Çocuk Mavi Kod ekibinde Çocuk Hastalıkları Uzmanı bulunur.

MAVİ KOD ERİŞKİN (EKİP 1)



MAVİ KOD ÇOCUK (EKİP 2)



MAVİ KOD GECE (EKİP 3)



Tüm yatan hasta katlarında acil çantası bulunur ve her hafta acil çantasında bulunan ilaç ve malzemelerin miad kontrolleri ve sayımları yapılır.

Mavi kod verildiğinde mavi kod bildirim formu doldurularak kalite birimine verilir.

Her yıl Mavi Kod tatbikatı yapılmaktadır. Çalışanlara; Mavi kod eğitimi verilir.

Pembe Kod:

Pembe Kod 3333 nolu telefona olay yeri belirtilerek yapılır. Santral Pembe Kod anonsuna yapar. Pembe Kod ekibi en kısa zamanda olay yerine ulaşır.

Çalışanlara her yıl Pembe Kod eğitimi verilir ve Pembe Kod tatbikatı yapılır.

Verilen Pembe Kod bildirimlerinde Pembe Kod Bildirim Formu doldurularak Kalite birimine teslim edilir.

Beyaz Kod:

Beyaz Kod 1111 numaralı telefona olay yeri belirtilerek bildirim yapılır. Santral Beyaz Kod anonsunu yapar. Beyaz Kod Ekibi en kısa zamanda olay yerine ulaşır.

Çalışanlara her yıl Beyaz Kod eğitimi verilir ve tatbikat yapılır.

Beyaz Kod bildirimlerinde Beyaz Kod Bildirim Formu doldurularak Kalite birimine teslim edilir.

Bildirimi yapılan Beyaz kod olayları; her ay İl Sağlık Müdürlüğü' ne Ek-6 çalışan hakları ve güvenliği aylık takip formu doldurularak gönderiliyor.

Olay anında 0212 453 08 98 numaralı telefondan ya da ismcalisanguvenligi@gmail.com adresinden Psikolojik ve sosyal destek, mevzuat uygulaması konularında danışmanlık talep edilebiliyor.

İzolasyon Önlemleri :

Bulaşıcılığı fazla yada epidemiyolojik olarak önemi tanımlanmış, yada şüphelenilen enfeksiyonu olan hastalara standart önlemlere ilaveten BULAŞMA YOLUNA YÖNELİK (Temas, damlacık ve solunum yolu) uygulanan önlemler izolasyon önlemleridir.



Damlacık İzolasyonu



Temas İzolasyonu



Solunum İzolasyonu

Simgeleri kullanılmaktadır. İzolasyon gerektiren hastanın kapısına ilgili işaret asılarak tüm çalışan personelin bilinçli yaklaşımı sağlanmaktadır.

Düşme Riski:



Yatan Hastalarımızda; Hemşirelerimiz tarafından, hastanın kabulünde ön değerlendirmede, ameliyat sonrası, bölüm ve durum değişikliğinde (düşme riski yüksekse her gün) ve taburcu olurken düşme riski İTAKİ SKALASI' na göre değerlendirilir. Düşme riski olan hastanın odasının kapı koluna "YEŞİL YONCA" figürü asılır.

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.

Kalite Hedefleri:

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

İç Tetkik ve Öz Değerlendirme:

Her yıl; İç Tetkik ve Öz Değerlendirme yapılır. Kalite Birimi tarafından İç Tetkik ve Öz değerlendirme planları hazırlanır, birimlere değerlendirme takvimi bildirilir. Kalite Ekibi, Üst Yönetim Temsilcisi ve Kalite Yönetim Direktörü tarafından değerlendirme yapılır, raporlanır gerekirse DÖF açılır. Raporlar ve açılan DÖF' ler Üst Yönetime raporlanır, Kalite Ekibi tarafından takibi yapılır.




Hasta ve Çalışan Anketleri

Her ay ayaktan ve yatan hasta anketleri değerlendirmesi yapılarak, Üst Yönetim'e raporlanır. Yılda 2 kez çalışan anketi uygulanır, anketler Üst Yönetim'e raporlanır. Rapor sonucuna göre düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanır.

Komite Ve Ekipler

Hastanemizde 11 Komite ve 9 Ekip kurulmuştur. Her 3 ayda bir komite ve ekip toplantıları Kalite Birimi tarafından planlanarak gerçekleştirilmektedir. Üyesi bulunduğunuz Komite ve Ekip toplantılarına katılımınız Hastanemizin Hizmet Kalitesinin gelişmesi açısından önemlidir.

Hastanemizde kurulmuş olan komiteler :

-  Yönetimi gözden geçirme
-  Enfeksiyon Kontrol Komitesi
-  Hasta Güvenliği Komitesi

- ✚ Çalışan Güvenliği Komitesi
- ✚ İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu
- ✚ Transfüzyon Komitesi
- ✚ Eğitim Komitesi
- ✚ Tesis Güvenliği Komitesi
- ✚ Radyasyon Güvenliği Komitesi
- ✚ Hasta Hakları Komitesi
- ✚ Temizlik Komitesi

Hastanemizde görev yapan ekipler:

- ✚ Mavi Kod Ekibi
- ✚ Pembe Kod Ekibi
- ✚ Beyaz Kod Ekibi
- ✚ Kırmızı Kod Ekibi
- ✚ Antibiyotik Kontrol Ekibi
- ✚ İlaç Yönetim Ekibi
- ✚ Bina Tur Ekibi
- ✚ Tıbbi Cihaz Güvenliği Ekibi
- ✚ Nutrisyon Destek Ekibi

Güvenli Raporlama Sistemi:

Hastanemizde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir.

İlaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, laboratuvar güvenliği, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği riskine neden olabilecek olaylar ile ilgili "Güvenli Raporlama Sistemi" formu doldurularak, Kalite Birimine teslim edilir. Hastanemiz web sayfasında "Kurumsal" bölümün içinde bulunan "güvenli raporlama kısmında bulunan hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olan formu tıklayarak doldurabilirsiniz. Form otomatik olarak Kalite Yönetim Direktörü' ne ulaşır.

Kalite Birimi olaya ilişkin kök neden analizini yapar, düzenleyici önleyici faaliyetleri planlar ve olayın tekrar etme riskini azalmaya çalışır.

İlaç, transfüzyon ve cerrahi güvenlik dışında yaşanan olaylar için "Beklenmedik Olay Bildirim Formu" ve neredeyse yaşanabilecek olaylar için de "Ramak Kala Bildirim Formu" doldurularak Kalite Birimine iletilir.