

Hazırlayan Satınalma ve Depo Sorumlusu	İnceleyen Kalite Yönetim Direktörü	Onaylayan Başhekim
---	---------------------------------------	-----------------------

## 1. AMAÇ








Özel Çevre Hastanesi kullanılan mevcut tüm tehlikeli maddelerin envanterinin çıkarılması, tanımlanması, kullanılması, kontrolü, depolanması, taşınması, atıklarının uzaklaştırılması kullanırken temas halinde yapılması gerekenlerin planlanması ve eğitimi için standart bir yöntem belirlemektir.

## 2. KAPSAM

Bu prosedür tüm Özel Çevre Hastanesinde kullanılan tehlikeli maddeleri ve kullanıcılarını kapsar.

## 3. TANIMLAR

**Tehlike madde etiketleri:** Kimyasal madde içeren kapların üzerinde içerdiği madde ve özelliklerinin yazılı olduğu yapıştırılmış kağıt. Karton kutularda, ambalajında basılmış da olabilir.

<b>Koroziv madde:</b> Dokuda görünür hasar veya geri dönüşsüz değişiklik yapan, pH<2.1 veya >12.3 olan madde  Koroziv	<b>İrritan madde:</b> Dokuya geri dönüşebilir hasar veren madde.  İrritan	<b>Toksik madde:</b> Solunumla, ağız ya da deri yoluyla alındığında ciddi biyolojik etkisi olan madde.  Toksik	
<b>Kanserojen madde:</b> Malign tümör oluşumuna yol açabilen madde.  Kanserojen	<b>Yanıcı madde:</b> Alev alan madde  Yanıcı	<b>Patlayıcı madde:</b> Ani kimyasal değişime giden reaktif, stabil olmayan madde.  Patlayıcı	<b>Radyoaktif madde:</b> Radyasyon yayan maddeler. 

**Kimyasal Madde:** Doğal halde bulunan veya üretilen, herhangi bir işlem sırasında atık olarak ortaya çıkan veya kazara oluşan her türlü element, bileşik veya karışımlardır.

## 4. SORUMLULUKLAR

### 4.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedür, Başhekim onayından sonra yürürlüğe girer.

### 4.2. Prosedürün Kullanıcıları

4.2.1. Bu prosedürün yürütülmesinden Başhekim, Başhemşire ve Hastane Müdürü sorumludur.

4.2.2. Tüm Özel Çevre Hastanesinde çalışanlar bu prosedürün kurallarına uymakla yükümlüdür.

## 5. PROSEDÜR

Özel Çevre Hastanesi; hastalar, aileleri, çalışanlar ve ziyaretçiler için güvenli, fonksiyonel ve destekleyici bir altyapı ile hizmet verilmesi amaçlanmaktadır.

### Üst yönetim

- Tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol etmek,
- Kazaları ve yaralanmaları önlemek ve güvenli ortam sağlamak konularında gerekli önlemleri almaktadır.

#### 5.1.Tehlikeli Madde Kontrolü Planının Hazırlanması:

Etkili bir güvenlik yönetimi ve tehlikeli madde kontrolü programı; hastanede risklerin azaltılması, kazalardan korunma, hastaların, refakatçilerin ve ziyaretçilerin güvenliği ve korunması gibi konuları içerir.

Tehlikeli madde ve atıklar Hastane Müdürü tarafından tanımlanır ve plana göre güvenle kontrol edilir. Bu maddeler ve atıklar; kimyasalları, radyoaktif madde ve atıkları, tehlikeli gazları ve buharları ve diğer tıbbi ve bulaşıcı hastalık atıklarıdır.

Plan, aşağıdaki başlıkları kapsar.

- Tehlikeli maddelerin envanterinin hazırlanması,
- Tehlikeli madde güvenlik bilgi formlarının hazırlanması,
- Tehlikeli Maddelerin Etiketlenmesi,
- Tehlikeli Maddelerin tanımları, tanınması ve taşınması,
- Dökülme, maruz kalma ve diğer vakaların rapor edilmesi ve araştırılması;
- Kullanım, dökülme veya maruz kalma sırasında uygun koruyucu ekipman kullanımı
- Tehlikeli atıkların uzaklaştırılması,
- Tehlikeli madde eğitimi

#### 5.1.1.Tehlikeli Madde Envanterinin Hazırlanması:

Hastanede kullanılan tüm tehlikeli maddelerin (kimyasallar, radyoaktif zararlı gaz ve buhar v.b.) envanterinde aşağıdaki bilgiler bulunur:

- İsimleri,
- Markası
- Etken maddesi
- Tipi (toz, kristal, sıvı vb)
- Kullanım şekli
- Miadı
- Saklama koşulları
- Etkileşime girdiği maddeler
- Temas halinde yapılacaklar
- Kullanıldığı ve depolandığı yerler
- Taşıma şekli
- İmha yöntemleri
- Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler
- Tehlikeli Madde Envanter Listesi üzerinde tanımlanır. Envanter dışında yeni bir tehlikeli maddenin kullanımı durumunda birimler tarafından Hastane Müdürü'ne sunulur, Hastane Müdürü tarafından gerekli incelemeler yapıldıktan sonra Tehlikeli Madde Envanter Listesi'ne alınır. Tehlikeli maddeler ile ilgili izin, ruhsat ve dokümantasyon varsa bunlarda eklenerek Başhekim tarafından onaylanır. Envantere yeni eklenen tehlikeli



## TEHLİKELİ MADDE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	SA.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	20.04.2018
Sayfa No	5/3

maddenin

Ürün Güvenlik Bilgi Formu 11.03. 2002 ve 24692 sayılı Güvenlik Bilgi Formlarının Düzenlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Tebliğine uyarınca tehlikeli madde kullanan bölüm tarafından üretici – dağıtıcı veya satıcı firmadan temin edilir. Envanterin tamamı Hastane Müdürü tarafından yılda bir kez gözden geçirilir ve gerekli revizyonlar yapılır.

### 5.1.2. Tehlikeli Madde Güvenlik Bilgi Listelerinin Hazırlanması:

Tehlikeli Madde Envanter Listesi doğrultusunda Hastane Müdürü ve birim sorumluları tarafından Ürün Güvenlik Bilgi Listeleri hazırlanarak Kalite Birimine iletilir. Kalite Birimi tarafından tehlikeli maddenin depolandığı ve kullanıldığı alanlarda bulundurulması sağlanır.

### 5.1.3. Tehlikeli Maddelerin Etiketlenmesi:

Tehlikeli maddeler Uluslararası tehlikeli madde işaretleri kullanılarak etiketlenir. Kimyasalın üzerinde orijinal etiketi varsa etiket yapıştirilmez. Porsiyonlanarak kullanılan malzemelerde etiketleme uygulanır.

### 5.2. Kimyasal Malzemelerin Depolanması:

**5.2.1.** Kimyasal Maddelerin Tanımlanması, Taşınması, Depolanması ve İmhasına İlişkin Uygulamalar aşağıda belirtilen usullere göre sağlanır.

- Depoda, Kimyasal Maddenin bulunduğu ayrı bir dolap/alan mevcuttur.
- Depolara yetkili olmayan kişiler giremez.
- Kimyasal madde depolanan yer karanlık ve serin olur.
- Güneş ışığı ve nemli ortamlarda kimyasalların bozulmaları ve tehlike oluşturan etkileşimlere sebep olmaları nedeni ile depolardaki neme dikkat edilir. Bu nedenle depolardaki kimyasal maddeler orijinal ambalajlarında saklanır.
- Depoların kış aylarındaki ısıtılmaları ölçülü olarak yapılır. Depo ısısı 18 – 20 C arasında olmalıdır.
- Zararlı kimyasal malzeme ve ürünlerin konulduğu depolar, depolanan maddenin oluşturabileceği zararlar göz önüne alınarak; gerekli ısı, izolasyon, yıldırımdan korunma, havalandırma, alarm, yangın söndürme gibi sistemler ile donatılır.
- Maddelerin saklanması, satın alınan firmanın önerdiği koşullar dikkate alınmalıdır. Olabildiğince orijinal paketlerinde, kutularında vb. muhafaza edilir.
- Depolarda bulunan raflar ısıya dayanıklıdır.
- Raflar düşme tehlikesine karşı zemine ve duvara sabitlenir.
- Rafların önünde malzemenin zemine düşmemesi için koruyucu emniyet kilidi bulunur.
- Eğer bir kimyasal madde alfabetik sırada depolanmamışsa maddenin nerede saklandığına ilişkin bir açıklama bulunur.
- Rafa çürütücü maddeler konduğunda, raf yapışkan bir koruyucu ile kaplanır.
- Raflarda aynı türdeki kimyasal maddelerin açılmamış şişesi varsa şişeler birbiri arkasına konur.
- Mümkünse, baş yüksekliğinin üstündeki raflardan kaçınılır. Kimyasal maddelerin bu yüksekliğin üzerinde depolanma zorunluluğu varsa, merdiven bulunur ve bu bölgedeki şişeler tek elle kaldırılacak büyüklükte olur.
- Asitler ve bazlar beraber saklanamaz.
- Tutuşabilir ve yanıcı sıvılar, dolap, raf vb. yerlerde saklanır.
- Kullanılacak kimyasal madde tehlikeli olduğu durumlarda satın alınan maddenin miktarı kullanılma süresine uygun olmalıdır (çoğu zaman aylık alımlarda, minimum stoğun bir aylık kullanıma uygun olması gibi). Depolama olanaklarının sınırlı olduğu yerlerde sık sık alım yapılmaz.

Doküman No	SA.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	20.04.2018
Sayfa No	5/4

- Bütün kimyasal maddelerin üzerinde üretim tarihi ve son kullanma tarihi bulunur. Kimyasal maddelerin son kullanma tarihi yakın olan önce kullanılacak şekilde depolanır.
- Tehlikeli madde sınıf sembolleri, orijinal ambalajlarında bulunmuyorsa, tehlikeli madde etiketi yapıştırılır. Depoda tehlikeli maddelerin bulunduğu dolap/alana tehlikeli madde etiketi yapıştırılır.
- Kimyasal maddeler anlaşılacak şekilde açık ve Türkçe olarak etiketlenir. Yapılan solüsyonlar uygun tehlike işaretlerini ve adını üzerinde bulundurur.
- Dökülmeler beton veya taş tabanın kapıdan içeriye doğru meyilli yapılmasıyla önlenabilir. Depodan Dışarıya doğru kimyasal madde akışı olmamalıdır.
- Depo içerisinde elektrikli ısıtıcılar bulunamaz.
- Havalandırma, iklimleme vb. gibi elektrik motoru gerektiren durumlarda kullanılan sistemin kıvılcım çıkartmayan türden olmasına dikkat edilir.
- Riski kaynağında önlemek üzere depo içerisinde yanmaya sebep olacak kıvılcım oluşturan çalışmalar yapılamaz. (Örn. Kaynak, Demir Kesme, Kesim işlemler vb.)
- Depo alanında dökülme ve saçılmalarda kullanılacak temizleme malzemesi bulundurulur.
- Dökülme ve saçılmalarda alana müdahale edecek görevlilerin kullanabileceği özel kıyafetler bulundurulur. ( Nükleer - Biyolojik – Kimyasal )
- Depolarda soğuk ışık kaynaklı tepe lambaları bulundurulur.
- Dökülme durumunda Ürün Güvenlik Bilgi Formuna göre müdahaleler yapılır.

### 5.3. Radyoaktif Madde Yönetimi

Hastanemizde Radyoaktif maddelerin yönetimi ile ilgili “Radyasyon Güvenliği Prosedürü” oluşturulmuş ve radyoaktif maddelerin yönetimine ilişkin esaslar ve uygulama ilkeleri belirlenmiştir. İlgili kullanıcıların kullanımına sunulmuştur. Radyasyon Güvenliği Prosedürü her yıl gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmaktadır.

### 5.4. Medikal Gaz Yönetimi

Hastanemizde kullanılan medikal gazların kontrolü ile ilgili esaslar Medikal Gazlar Prosedürü’nde tanımlanmış bu prosedür uyarınca Medikal Gaz Yönetim faaliyetleri uygulanmaktadır.

**5.5. Tehlikeli Maddelerin Taşınması:** Tehlikeli maddeler taşınması sırasında, sızdırma, dökülme, saçılma olmamasına dikkat edilerek taşınır. Ürün Güvenlik Bilgi Listeleri ve yukarıda atıf yapılan tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin dokümanlara göre taşınması sağlanır.

### 5.6. Dökülme, Maruz Kalma Ve Diğer Vakaların Rapor Edilmesi Ve Araştırılması:

Envanterde tanımlanan maddelere maruz kalınan herhangi bir durumda, öncelikle, bölüm sorumlusu tarafından ya da bölüm çalışanları tarafından, Ürün Güvenlik Bilgi Formu ve yukarıda atıf yapılan tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin dokümanlara göre müdahale sağlanır.

Dökülme veya maruziyet sonrası maruz kalan personel / bölüm sorumlusu tarafından mesai saatlerinde İşyeri hekimine, mesai saatleri dışında acil hekimine çalışan yönlendirilir. Olay, Çalışan Güvenliği Komitesi’ne iletilir. Olay gerekli araştırma yapılarak, düzeltici ve önleyici faaliyetler Kalite Geliştirme ve İyileştirme Birimi tarafından yapılır.

### 5.7.Kullanım, Dökülme veya Maruz Kalma Sırasında Uygun Koruyucu Ekipmanlar;

Tehlikeli Madde Envanter Listesi’nde yer alan maddeleri taşırken, kullanırken ve bertaraf ederken belli kurallara uyulması ve bazılarında özel yöntemlere uyulması gerekir. Bu tür durumlarda giyilmesi gerekenler; kıyafetler, maske, eldiven vb. varsa, bunlar her maddeye ait Ürün Güvenlik ve Bilgi Formu’nda belirtilmiştir. Her bölüm kendi kullandığı maddelerle ilgili uygulamaları bilmek ve yerine getirmekle sorumludur.

### 5.8.Tehlikeli Atıkların Uzaklaştırılması:

Tehlikeli maddeler Atık Yönetimi Prosedürü, Ünite İçi Atık Yönetim Planı doğrultusunda tehlikeli atık deposunda geçici depolanır ve ilgili firma tarafından alınarak berterafı için uzaklaştırılır.

### 5.9.Tehlikeli Madde Eğitimi:

Çalışanlar iş başı eğitiminde tehlikeli madde yönetimi hakkında genel olarak bilgilendirilirler. Tehlikeli madde ile çalışan ya da çalıştığı bölümde tehlikeli madde bulunan personele tehlikeli maddelerle ilgili olarak aşağıda belirtilen konularda Bölüm Sorumlusu ve İş Güvenliği Uzmanı tarafından eğitim verilir.

- Tehlikeli maddelerin kullanımı,
- Tehlikeli maddelerin taşınması,
- Tehlikeli maddelerin depolanması,
- Tehlikeli maddelerin uzaklaştırılması,
- Tehlikeli maddelerin dökülme anında yapılacaklarla işlemler.

### 5.10.Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

**5.10.1.** Hastalarla ve işleyiş düzeni ile ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılmaması için duruma uygun olarak Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü' ne ve Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü'ne göre hareket edilir. Uygunsuzluk Rapor Formu ve Düzeltici/Önleyici Faaliyet İstek Formu doldurulur.

**5.10.2.**Çalışan ile karşılaşılan kazalarda Personel Sağlığı Takip Prosedürü' ne göre hareket edilir. Personel Yaralanmaları Bildirim ve Takip Formu doldurulur.

### 6.İLGİLİ DOKÜMANLAR

YÖN.PR.05 Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü

YÖN.PR.06 Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü

YÖN.FR.03 Uygunsuzluk Rapor Formu

YÖN.FR.05 Düzeltici/Önleyici Faaliyet İstek Formu

YÖN.PR.19 Personel Sağlığı Takip Prosedürü

ENF.FR.01 Personel Yaralanmaları Bildirim Ve Takip Formu

ATK.PR.01 Atık Yönetimi Prosedürü

ATK.PL.01 Ünite İçi Atık Yönetim Planı

TSY.PR.03 Medikal Gazlar Prosedürü

SA.LS.02 Tehlikeli Madde Envanter Listesi

11.03. 2002 tarih ve 24692 sayılı Güvenlik Bilgi Formlarının Düzenlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği

22.05.2003 tarih ve 23883 sayılı Tıbbi Atıkların Kontrol Yönetmeliği

14 Mart 2003 Tarihli ve 23533 sayılı Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

24.03.2000 tarih ve 23999 sayılı Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği