

	ARŞİV VE TIBBİ HİZMET KAYITLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
Dokuman No:TA.PR.01	Yayın Tarihi: 01.12.2009	Rev.No:01	Rev.Tarihi:17.11.2023	Sayfa No:

1.AMAÇ

Özel Çevre Hastanesi'nde yatarak ve ayakta tedavi gören hastalarımıza ait bilgilere zamanında ve eksiksiz ulaşmak, tıbbi kayıtları düzenlemek, hasta dosyalarının güvenliğini sağlamak, gerektiğinde hasta dosyalarından veriler elde ederek analiz yapmak, rapor haline getirmek ve bu verilerin yorumlanmasını sağlamaktır; istenildiği zaman tekrar işleme sunmak, kayıtların uygun şartlarda ve güvenli şekilde korunmasını sağlamak, ayrıca gerekli durumlarda hastane dışı kurumları bilgilendirmek için yöntemleri tanımlamaktır.

2.KAPSAM

Bu prosedür,Arşiv Biriminin faaliyetlerini kapsar.

3.TANIMLAR

Özel bir tanım yoktur

4.SORUMLULUKLAR

4.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedür Başhekim onayı ile yürürlüğü girer.

4.2. Prosedürün Kullanıcıları

4.2.1.Arşiv Görevlisi işleyişlerini bu prosedür kapsamında yürütmekten sorumludur.

4.2.2.Tüm diğer birim Çalışanları işleyişlerini bu prosedüre göre düzenlemekten sorumludur.

5.PROSEDÜR

5.1.Hasta Dosyasının Arşive Geliş Şekli

5.1.1.Taburcu kararı verilen hastanın taburculuk işlemleri ilgili kat hemşiresi tarafından takip edilir.

5.1.2.Arşiv Bölümü ile Kalite Birimi'nin belirlediği ve duyurduğu düzenlemelere göre Standart Hasta Dosyası'na göre ve taburcu dosyalarının konulduğu üzerinde "Dosya Kontrol Formu" basılı olan zarflara taburcu hastanın evrakları yerleştirilir.

5.1.3.Çıkışına karar verilen hastanın dosyası "Dosya Kontrol Formu" ile katta ilgili kat hemşiresi tarafından kendilerine ait olan bölümü ile kontrol edilerek eksiklikler tamamlanır.

5.1.4. Tamamlanan hasta dosyaları resmi işlemlerin yapılması için medikal muhasebe bölümüne teslim edilir.

5.1.5. Hasta dosyalarının evrak olarak eksiksiz olması arşiv görevlisine aittir.

5.1.6. Arşive gelen hasta dosyaları bilgisayara hasta bilgileri, dosya geliş tarihi ve dosya hareketlerini bildirir bilgiler ile kaydedilir.

5.1.7.Gelen dosyalar "Dosya Kontrol Formu " Arşiv Görevlisi'ne ait kısmı ile kontrol edilerek eksiklikler tespit edilir ve tamamlanır/tamamlatılır.

5.1.8.Eksiklik tanımlanan dosyaların eksik evrakları ilgili birimden istenir ve evraklar birimden gelene kadar dosya bekletilir.

5.1.9.Gelen her hasta dosyası kontrolü sonrasında Arşiv Görevlisi tarafından arşiv numarasına göre arşiv rafına kaldırılır.

5.1.10.Adli vaka dosyaları aynı kontrol işlemlerine tabi olduktan sonra kendileri için hazırlanmış kilitli dolaba arşivlenir.

5.1.11.Ex hasta dosyaları da kendileri için ayrılmış dolapta arşiv numarasına göre arşivlenir.

5.2.Röntgen Filmlerinin Arşivlenmesi

5.2.1.Kontrolü ve kaydı yapılan röntgen filmleri tarih sırasına göre aylık olarak röntgen dolabına arşivlenir.

5.3.Hasta Dosyalarının İsteminin Yapılması ve Dosya İadesinin Takibi

5.3.1.Dosya istemi; katlardan, polikliniklerden ve diğer ilgili birimlerden yapılabilir.

5.3.2.Hasta kayıt numaraları, arşiv numaraları ve hasta isimleri bildirilen dosyalar “Dosya İstem/Teslim Formu” doldurarak Arşiv Görevlisi’nden talep edilir.

5.3.3.İstenen hasta dosyaları isteyen bölüme “Dosya İstem/Teslim Formu” imzalatılarak teslim edilir.

5.3.5.Arşivden istenilen dosyaların takibi “Dosya İstem/Teslim Formu” aracılığı ile yapılır. Arşive teslim edilmiş olan evrakların “Dosya İstem/Teslim Form”ları ayrı bir klasörde toplanır.

5.3.6.İadesi yapılacak dosya için “Dosya İstem/Teslim Formu”nun dosyanın arşive iade ediliş tarihi ve saati kısmı doldurularak, dosyayı teslim eden kişiden imza alınır.

5.3.7.Hastaların, hasta dosyası talebinde hasta eğer adli vaka ise, kesinlikle dosyası verilmez

5.3.8.Hasta Adli Vaka Değil ise talep ettiği dosya ve bilgilerden başhekimliğin onayı olmadan verilebilecek hasta evrakları bölümündekilerin fotokopileri talep eden hastanın kendisine ve / veya yasal temsilcisine tutanak tutularak verilir.

5.3.9.Hasta ve/veya yakınının talep ettiği bilgiler başhekim onayı ile verebilecek hasta dosyaları kısmındaki dosya bilgileri ise temsilcisine tutanağın onayı Başhekimlikten alınarak yapılır.

5.3.9.Hasta dosyasının aslı hiçbir zaman hasta veya yakınına teslim edilmez, sadece fotokopileri verilir.

5.3.10.

BAŞHEKİM ONAYI GEREKMEDEN VERİLEBİLEN HASTA DOSYALARI	BAŞHEKİM ONAYI İLE VERİLEBİLECEK HASTA DOSYALARI
Hasta Tetkik Sonuçları	Tetkik harici tüm hasta kayıtları Başhekim Onayı ile verilir.

5.3.11.Resmi kurumların dosya taleplerinde ise, resmi kurumlardan gelen resmi isteme cevaben başhekimlik onaylı yazılmış bir üst yazı ile dosyanın fotokopisi ilgili kuruma Hastane Müdürü tarafından gönderilir.

5.4.Dosyaların Kaybolmasında Yapılan İşlemler:

5.4.1. Arşiv Birimi’nden dışarıya teslim edilip geri geldiğinde eksik olduğu tespit edilen ya da arşive geri verilmeyen dosyalarla ilgili Arşiv Görevlisi tarafından “Uygunsuzluk Rapor Formu” düzenlenip Kalite Birimi’ne bildirilir.

5.4.2.Hastanın dosyası bulunamıyorsa bütün raporları bilgisayardan çıkarılarak ya da ilgili hekim veya birime tekrar düzenlemesi söylenerek ikinci dosya hazırlatılır.

5.5.Mesai Saatleri Dışında Arşiv’in açılması

5.5.1. Gece arşivden evrak ya da hasta dosyası çıkartılmaz.

5.5.2. Arşivin güvenliğini tehdit eden sebepler dolayısıyla arşivin açılması gerekirse nöbetçi hekim tarafından arşiv açtırılabilir.

5.7.Hasta Dosyalarının Saklanması

Adli Vaka Hasta Dosyaları süresiz, Hasta Dosyaları 20 yıl süre ile kurum arşivinde saklanır.

5.8.Kalite Kayıtlarının Arşivlenmesi ve saklanması:

	ARŞİV VE TIBBİ HİZMET KAYITLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
Dokuman No:TA.PR.01	Yayın Tarihi: 01.12.2009	Rev.No:01	Rev.Tarihi:17.11.2023	Sayfa No:

5.8.1.Kalite ile ilgili tüm kayıt ve dokümanlar 5 yıl süre ile saklanır.

5.8.2.Kalite Yönetim Biriminin takip ettiği kalite kayıtları (indikatör, proses, eğitim, memnuniyet anketleri, öneri ve şikayet vb) 5 yıl sonunda Takip formları Kalite birimi tarafından imha edilir.

5.8.3. Kalite dokümanları (prosedür, talimat, form, liste, plan, rehber vb) orjinallari Kalite Yönetim Biriminde süresiz muhafaza edilir.

5.8.4. Hastane içinde bölümlerde yapılan takiplerde kullanılan takip formları (ısı nem takip, ilaç sayım, temizlik kontrol vb.) geriye dönük 3 ay muhafaza edilir. 3 ayı geçen formlar, ilgili bölüm sorumlusu tarafından imha edilir.

5.9.Arşiv Güvenliği

5.9.1.Arşiv’de ısı ve nem takibi yapılarak arşiv ısısının 15-18 C ve neminin %50-60 arasında olması sağlanır.

5.9.2. Arşiv her zaman kilitli tutulur, sadece arşiv görevlisi tarafından gerektiğinde açılır.

5.10.Arşiv’e gelen evrakların kontrolünde dikkat edilmesi gerekenler

İşlemi tamamlanmış ve arşive devredilecek malzeme, uygunluk kontrolünden geçirilir. Bu kontrolde;

5.10.1.Arşive devredilecek malzemenin işlem yılı itibariyle, aidiyetine göre kaydına mahsus “Dosyalar” ve “içleri” gözden geçirilerek, sıra numaralarında atlama, tekerrür veya eksiklik olup olmadığına,

5.10.2.Dosya içerisinde bulunan evrakın, gerektiği biçimde dosyalanıp dosyalanmadığına,

5.10.3.Klâsörler veya dosyalar üzerine, devirden önce klasör ve dosyalara verilmiş numaraların, birim adının, ait olduğu işlem yılının yazılıp yazılmadığına

5.10.4.Ciltli olarak saklanması düşünülmüş olanların, ciltlenip ciltlenmediğine,

5.10.5.Zarflanması gerekenlerin, zarflanıp zarflanmadığına,

5.10.6.Defterlerle, ciltlenmiş veya zarflanmış olanların üzerine, devirden önce verilmiş numaraların, birim adının, ait olduğu işlem yılının yazılıp yazılmadığına,

5.10.7.İşlem yılı esasına göre düzenlenen kayıt defterlerinin veya bu maksatla kullanılan dosya ciltlerinin kapaklarının etiketlenip etiketlenmediğine,

5.10.8.Sayfaların ve eklerinin yırtık, kopuk veya eksik olup olmadığına, bakılır, eksikler varsa tamamlanır.

5.10.9.Uygunluk kontrolü, ilgili birim personeli ile arşiv personeline müştereken yapılır.

5.11.Arşiv Malzemesinin İmha İşlemleri

5.11.1.Hastanedeki tüm birimler her yılın Ocak ayı içerisinde biten yılın evrakları birimde kalmak koşuluyla arşivlik malzemeyi kalite kayıtları listesi doğrultusunda ve “Dosya İstem/Teslim Formu ” ile Arşiv Görevlisi ne teslim ederler.

5.11.2.Birimler evrakları dosyalayıp klasörledikten sonra arşive teslim ederler.

5.11.3.Arşive gelen evraklar incelenerek imha edilmesi gerekenler ayrıldıktan sonra tasnif edilir.

5.11.4.Adli vakalar, gizli dosyalar ve personel dosyaları arşiv biriminin gizli ve kilitli bir bölümünde muhafaza edilir.

5.11.5.Hasta dosyaları ve süresiz saklanacak evraklar birimlerine ve yıllarına göre ayrılmış raflara yerleştirilir. Arşiv yerleşim planında evrakların yerleri belirtilmiştir.

5.12.Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

5.12.1. 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.

	ARŞİV VE TIBBİ HİZMET KAYITLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
Dokuman No:TA.PR.01	Yayın Tarihi: 01.12.2009	Rev.No:01	Rev.Tarihi:17.11.2023	Sayfa No:

5.12.2.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 Tespit Formu

YÖN.FR.07 Düzeltici/Önleyici Faaliyet İstek Formu

YÖN.PR.19 Personel Sağlığı Takip Prosedürü

EN.FR.01 Personel Yaralanmaları Bildirim Ve Takip Formu

TA.FR.02 Dosya İstem / Teslim Formu

TA.FR.01 Dosya Kontrol Formu