

| | | | |
|---|----------------------------------|--------------|------------|
|  | HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ | Doküman No | YÖN.PR.13 |
| | | Yayın Tarihi | 21.05.2012 |
| | | Rev. No | 01 |
| | | Rev. Tarihi | 18.08.2016 |
| | | Sayfa No | 7/1 |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Hazırlayan | İnceleyen | Onaylayan |
| Hasta Güvenliği Komitesi | Kalite Yönetim Direktörü | Başhekim |

1.Amaç:

Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

2.Kapsam:

Hastanemizin tüm bölümlerini kapsar.

3. Tanımlar:

3.1.Hasta Güvenliği: Sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

4.Sorumluluklar

4.1.Onay ve yürürlük:

Bu prosedürün onaylanmasından Başhekim Başhekimlik, Kalite Yönetim Direktörü, tüm çalışanlar sorumludur. Tüm Kalite Sistem Dokümanlarının Onayı Kalite Yönetim Direktörü tarafından verilir.

4.2. Prosedürün Kullanıcıları

Başhekim, Başhekim yardımcısı, tüm hekimler, Başhemşire, tüm hemşireler, teknik servis görevlileri, Hastane Müdürü, laboratuvar çalışanları, röntgen çalışanları ve sorumluları

5.Prosedür:

5.1. Hasta Güvenliği Görev Alanları

- 1) Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- 2) Hastaların bilgilendirilmesi ve onayının alınması
- 3) Etkin iletişim güvenliğinin sağlanması,
- 4) İlaç güvenliğinin sağlanması,
- 5) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- 6) Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- 7) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- 8) Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- 9) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- 10) Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- 11) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
- 12) Atık yönetimi
- 13) Yangın güvenliği
- 14) Laboratuvarda hasta güvenliği
- 15) Temel yaşam desteği güvenliği
- 16) Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması.



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YÖN.PR.13 |
| Yayın Tarihi | 21.05.2012 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.08.2016 |
| Sayfa No | 7/2 |

5.1.1 Hastaların Kimliklendirilmesi:

Hastanemizde tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir. Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.

Hasta tanımlama işleminde kullanılan kol bandında;

1. Protokol numarası
2. Hasta adı-soyadı
3. TC Kimlik Numarası
4. Doğum tarihi (gün,ay, yıl olarak)
5. Cinsiyet bilgileri bulunan barkod yapıştırılır.

Hasta yatışlarında normal hastalar için **beyaz** renkli hasta kol bandı takılır. Allerjik hastalığı varsa **kırmızı** renkli hasta kol bandı ile değiştirilir. Doğum sırasında erkek bebeklere **mavi** renkli kol bandı, kız bebeklere **pembe** kol bandı takılır.

Doğum sonrasında bebeklerin koluna dolaşımı engellemeyecek, bebeği rahatsız etmeyecek ve çıkmayacak şekilde, üzerine anne bilgilerinin bulunduğu barkod yapıştırılır, bebeğin doğum tarihi yazılır.

Doğum sonrasında annedeki beyaz kol bandı bebekle aynı seri numarasında bebeğin cinsiyetine göre belirlenen renk (pembe/mavi) kol bandı ile değiştirilir.

5.1.2 Hastaların Bilgilendirilmesi Ve Onayının Alınması:

Hastanemizde hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve onayının alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağı Hastanın ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Onayının Alınması Prosedürü'nde belirtilmiştir.

5.1.3 Etkin İletişim Güvenliğinin Sağlanması:

a.Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü / telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında;

1. Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, hekimin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.
2. Sözlü / telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.
3. Sözlü / telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

b. Sözlü / telefon talimatlarının kaydında; "Order Alma Talimatı" nda belirtilmiştir. "Sözlü Ve Telefonla Tabip Talimatları Formu "na kaydedilir. 24 saat içinde hekime imzalatılır. " Hasta Tabelası"na order yazdırılır.

c. Telefon talimatları hastane santralinde kayıt altına alınmalıdır.

d. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi'ndeki ilaçların uygulanmasında sözlü / telefon talimatı kabul edilmez.

5.1.4 İlaç Güvenliğinin Sağlanması:

5.1.4.1.Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar "Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu" ile kayıt altına alınarak, miad kontrolleri yapılır, hemşire tarafından imza karşılığı teslim alınır.

İlgili hekime bildirilir, hekim hastanın tedavisindeki ilaçlarla sürekli kullandığı ilaçları kontrol ederek "Hasta Tabelası"na yazar ve kaşeler.



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YÖN.PR.13 |
| Yayın Tarihi | 21.05.2012 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.08.2016 |
| Sayfa No | 7/3 |

5.1.4.2.Order yazarken ilacın tam adı, uygulama dozu, uygulama yolu ve zamanı hekim tarafından yazılmalıdır.

5.1.4.3.Hastanın kullandığı ilaçların tümü, ilgili hemşire tarafından verilir.

5.1.4.4.Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır.

5.1.4.5.İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. "İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi"nde belirtilmiştir ve buna göre uygulama yapılır.

5.1.4.6."İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi", "Yüksek Riskli İlaçlar Listesi", "Çocuklarda Acil Durumlarda Kullanılan İlaç Dozları Listesi", "Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi", "İlaç – İlaç Etkileşimi Tablosu", "İlaç Güvenliği Prosedürü"ne uygun yapılır.

5.1.5 Kan Ve Kan Ürünlerinin Transfüzyon Güvenliğinin Sağlanması

5.1.5.1.Güvenli transfüzyon için yapılması gereken işlemler;

Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross-match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan verilme süresi doğrulanır.

5.1.5.2."Kan Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu" hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.

5.1.5.3.Transfüzyonun ilk 15 dakikası; sağlık çalışanı hastanın yanında kalarak gözlenir, her 15 dakikada bir, hastanın vital bulguları izlenip "Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu" hemşire tarafından doldurulup imzalanır.

5.1.6 Cerrahi Güvenliğin Sağlanması

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır;

5.1.6.1.Cerrahi işlem güvenliği için:

"Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Hazırlık Formu" ilgili hemşire tarafından doldurulur.

- 1) Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır.
- 2) Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
- 3) Yapılacak uygulamaların eksiksiz ve doğru olmasını sağlamak için "Anestezi Cihaz ve Malzeme Kontrol Formu" kullanılır.
- 4) "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi"; kontrol listesi sorumlusu tarafından hasta klinikten ayrılmadan, anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi" hasta dosyasında saklanır.

5.1.6.2.Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde:

- 1) Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlere ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- 2) Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller hekim tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.
- 3) Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli sağlık personeli tarafından ameliyathaneye gönderilir
- 4) Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve/veya anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve "Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu" kullanılarak, imza karşılığı teslim alınır.

5.1.6.3.Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak kurallar şu şekildedir:

- 1) Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalem kullanılır.
- 2) Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YÖN.PR.13 |
| Yayın Tarihi | 21.05.2012 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.08.2016 |
| Sayfa No | 7/4 |

- 3) İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin şekilde konulur.
- 4) Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- 5) Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber, torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- 6) Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır
- 7) Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi) müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

5.1.6.4.Elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazların kalibrasyon periyodu belirlenir.
- 2) Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralığında bakımları yapılır.

5.1.6.5.Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar:

- 1) Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
- 2) Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- 3) Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- 4) İşlem yapılacak bölgenin nem oranı %50 seviyesinde tutulur.

5.1.7 Hasta Düşmelerinin Önlenmesi

5.1.7.1.Hastanemizde; hasta bakımını ve tedavisini sağlayanlar tarafından hastaların düşme açısından taşıdığı riskin, almış olduğu ilaçlara bağlı olarak taşıdıkları potansiyel risk göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ve belirlenen riskleri azaltacak veya ortadan kaldıracak önlemlerin alınması gerekmektedir. Yatan hastalarda ilgili birim hemşiresi tarafından kliniğe kabul edildiğinde; ön değerlendirme süresinde düşme riski değerlendirmesi İTAKİ ölçeği ile yapılır. Düşme riski değerlendirmeleri “Düşme Riski Değerlendirme Ve Bakım Prosedürü”ne göre yapılır.

5.1.7.2. Düşme riski olan hastanın kapısına yeşil yonca figürü asılır.

5.1.7.3.Bilinç bozukluğu olan, sedatif ilaç kullanan hastaların yataktan düşmelerini engellemek için yatak kenarlıkları hemşire tarafından kontrol edilir.

5.1.7.4.Hasta ayağa kalkarken hemşire veya personel tarafından yardım ve destek sağlanmalıdır. Hasta taşımaları “Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı”na göre yapılır.

5.1.7.5.Hastanemizde düşme riskinin olduğu zeminler temizlenirken “ **Kaygan Zemin**” yazan ikaz işaretleri konulur.

5.1.8 Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması

5.1.8.1.Hasta ve yakınları, hastane çalışanlarının radyasyondan korunmasına yönelik gerekli uyarılar asılmıştır.

5.1.8.2.Radyasyondan korunmak için gerekli kişisel koruyucu ekipmanlar görüntüleme ünitesi ve ameliyathanede bulunmaktadır.

5.1.8.3. Hastanemizde radyasyon güvenliğinden sorumlu Radyasyon Güvenliği Komitesi bulunmaktadır. Gerekli bilgilendirme, “Radyasyon Güvenliği El Kitabı”nda bulunmaktadır.

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YÖN.PR.13 |
| Yayın Tarihi | 21.05.2012 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.08.2016 |
| Sayfa No | 7/5 |

5.1.9 Engelli Hastalara Yönelik Düzenlemelerin Yapılması

Hastanemizde otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik olarak düzenlenmiştir

5.1.9.1.Engelli kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak;

- Öncelikli kayıt yaptırımları,
- Poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri
- Öncelikli muayeneleri sağlanmaktadır
- Tutunma barları bulunmaktadır.

5.1.10 Tıbbi Cihaz Güvenliğinin Sağlanması

Hastanemizde Tesis Güvenliği Komitesi altında, Tıbbi Cihaz Güvenliği Ekibi oluşturulmuştur. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonları

Kalibrasyon Planı dahilinde yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etiketle;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- Kalibrasyon tarihi
- Geçerlilik süresi
- Sertifika numarası bulunur.

5.1.11 Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi

5.1.11.1.Hastalarımızın hastanemizde buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon risklerine karşılık alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir. Hastanemiz Enfeksiyon Kontrol Prosedürü'nde belirtilmiştir.

5.1.11.2.El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından önemli olup "El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı"nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirtilmiştir. Belli periyotlarda el hijyeni eğitimleri yapılmaktadır.

5.1.12 Atık Yönetimi

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ve Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar "Atık Yönetim Prosedürü" ve "Ünite İçi Atık Yönetim Planı"nda belirlenmiştir.

Plan;

- Üretilen atık çeşitlerini,
- Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,
- Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
- Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
- Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı
- Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
- Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
- Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,
- Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,
- Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YÖN.PR.13 |
| Yayın Tarihi | 21.05.2012 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.08.2016 |
| Sayfa No | 7/6 |

5.1.13 Yangın Güvenliği

5.1.13.1. Yangın çıkış levhaları hastane içinde uygun yerlere, görülebilecek şekilde yerleştirilmiştir. Katlarda acil çıkış kat planları ve hasta odalarında acil çıkış kat planları bulunmaktadır. Yangın söndürücüler uygun yerlere yerleştirilmiş, kontrolleri düzenli olarak yapılmaktadır.

5.1.13.2. Hastanemizde yangın çıkma nedenlerini ortadan kaldırmak için elektrik sisteminin kontrolleri rutin olarak teknik servis tarafından yapılmaktadır.

5.1.13.3. Çalışanlar ve hasta/hasta yakınlarının hastane içerisinde sigara içmesi önlenmektedir.

5.1.13.4. Hastanemizde her yıl düzenli olarak itfaiye ile işbirliği içinde yangın eğitimi ve tahliye tatbikatı yapılmaktadır.

5.1.14 Laboratuvarında Hasta Güvenliği

Laboratuvarlar hasta güvenliğini doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Hasta güvenliğini etkileyen laboratuvar hatalarının en çok preanalitik dönemde yapıldığı görülmektedir. Bu bilgi ışığında hastanemiz laboratuvar süreçlerine göre aşağıdaki önlemleri alarak laboratuvar hatalarını en aza indirmeyi hedeflemektedir.

Preanalitik Evre: Laboratuvarında numunelerin doğru alınması ve doğru şekilde transferini sağlamak üzere "Numune Alınma Talimatı" ve "Numune Toplama ve Taşıma Talimatı" hazırlanarak numunelerin uygun şekilde alınması ve taşınmasında dikkat edilecek hususlar belirlenmiştir. Numunelerin laboratuvara kabul veya ret kriterleri de belirlenerek "Laboratuvar Numune Kabul ve Ret Kriterleri" belirlenerek uygun olmayan numunelerin laboratuvara kabulü önlenmiştir.

Analitik Evre: Laboratuvarında kullanılan cihazların bakım ve kalibrasyonları yapılmakta ve yaptırılmaktadır. Yine laboratuvarımızda çalışılan testlerin internal ve eksternal kalite kontrolleri laboratuvar hekimlerimizin sorumluluğunda yapılmakta ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

Postanalitik Evre: Laboratuvarında çalışılan parametrelerin Panik Değer Listesi hazırlanarak bu testlere ait düşük veya yüksek değerlerde klinik görevlisine haber verilmesi sağlanmaktadır.

5.1.15 Temel Yaşam Desteği Güvenliği

a) Temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir.

b) Mavi kod yönetimine yönelik düzenlemede;

- Uyarı sistemi oluşturuldu
- Sorumlular belirlendi.
- Tıbbi idare ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulundu.
- Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu yapıldı.
- Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatıldı.
- Her vardiya için ekipler belirlendi.
- Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti mevcuttur.
- Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere her ekipte en az bir hekim, bir sağlık çalışanı mevcuttur.
- Acil müdahale setinin miad ve kritik stok seviyeleri takip edilir.
- Mavi kod ekibi en geç 3 dakika içinde olay yerine ulaşmalıdır.
- Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar CPR Kayıt Formu'na kaydedilir.
- Mavi kod uygulamasına yönelik yılda iki kez tatbikat yapılır.



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YÖN.PR.13 |
| Yayın Tarihi | 21.05.2012 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.08.2016 |
| Sayfa No | 7/7 |

- Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulur.
- Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilir.
- Mavi kod bildirimlerinde eksiksiz doldurulan mavi kod olay bildirim formu ve mavi kod olay yerine ulaşma süreleri indikatör takibi yapılmaktadır.

5.1.16. Yenidoğan Ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması

Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması için yapılacak işlemler:

- Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırmaması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla pembe kod uygulaması gerçekleştirilir.
- Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için pembe kod ekibi kurulmuştur. Pembe Kod Ekibi Görev Tanımında yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir.

6. İlgili Dokümanlar

YÖN.PR.14 Hastanın ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Onayının Alınması Prosedürü

KLN.TL.03 Order Alma Talimatı

KLN.FR.07 Sözlü Ve Telefonla Tabip Talimatları Formu

KLN.FR.03 Hasta Tabelası

KLN.FR.16 Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu

AML.LS.01 Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi

KLN.FR.11 Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu

KLN.PR.03 Düşme Riski Değerlendirme Ve Bakım Prosedürü

ACL.FR.04 CPR Kayıt Formu

BİY.TL.02 Numune Alınma Talimatı

BİY.TL.04 Numune Toplama ve Taşıma Talimatı

ATK.PR.01 Atık Yönetim Prosedürü

ATK.PL.01 Ünite İçi Atık Yönetim Planı

ENF.TL.02 El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı

ENF.PR.01 Enfeksiyon Kontrol İşleyiş Prosedürü

TSY.PL.03 Periyodik Bakım ve Kalibrasyon Planı

GÖR.RHB.01 Radyasyon Güvenliği El Kitabı

ACL.TL.02 Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı

AML.FR.02 Anestezi Cihaz ve Malzeme Kontrol Formu

KLN.FR.10 Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşire Takip Formu

ECZ.LS.10 İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi

ECZ.LS.04 İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi,

ECZ.LS.03 Yüksek Riskli İlaçlar Listesi,

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

ECZ.LS.08 Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi

ECZ.LS.01 İlaç – İlaç Etkileşimi Tablosu

ECZ.PR.03 İlaç Güvenliği Prosedürü