



Özel Ekol Hastanesi

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



AMAÇ:

Sağlık hizmeti sunum sürecinde hastanın zarar görmesini önlemek, malpraktis oranını azaltmak amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

KAPSAM:

Tüm Hastane ve çalışmaları kapsar

SORUMLULAR:

Hasta Güvenliği Komitesi ve tüm hastane çalışanları

TANIMLAR:

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

Advers Etki: Bir beşeri tıbbi ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığın teşhis veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacıyla kabul edilen normal dozlarda kullanımında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etki.

Farmakovijilans: Advers etkilerin ve beşeri tıbbi ürünlere bağlı diğer muhtemel sorunların saptanması, değerlendirilmesi, tanımlanması ve önlenmesi ile ilgili bilimsel çalışmalar.

Hemovijilans: Hem vericide hem de alıcıda gerçekleşebilecek bütün istenmeyen reaksiyonları ve transfüzyon aşamalarında meydana gelen istenmeyen olayları içerir.

Materyovijilans: Tıbbi sarf malzemelerde ve tıbbi cihazlarda beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip ve tespit edilmesidir.

GRS: Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların, olay bazında bildirim, olay bazında analizi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını amaçlayan kurumsal bir sistemdir.

Ramak Kala:

Hastanede hasta ve çalışan güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen olayları ifade eder

UYGULAMA:

❖ HASTALARIN DOĞRU KİMLİKLENDİRİLMESİ

Hizmet almak üzere hastaneye başvuran hastaların kimlik tanınması resmi kimliği ve TC No su üzerinden yapılır. Biyometrik kimlik doğrulama ile kaydı gerçekleştirilir.

Hasta tanımlama işleminde;

- Hasta adı-soyadı

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>1 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



- Protokol numarası ve hasta numarası
- Baba adı
- TC Kimlik Numarası
- Doğum tarihi (gün,ay,yıl olarak)
- Cinsiyet bilgileri
- Hizmet aldığı doktor/bölüm bilgileri barkodlanarak kayıt altına alınır.

Hastanın 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 bilekliği kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.

Kimlik doğrulama işleminde kullanılan bileklikte ;

- Protokol Numarası ve Hasta Numarası
- Hasta Adı- Soyadı
- Doğum Tarihi
- Cinsiyeti
- Bölümü ve Doktor bilgileri yer alır.

Kimlik doğrulamada hastadan sözlü teyit alınarak hasta adı soyadı, doğum tarihi gün /ay/ yıl söylenerek yapılır, aynı zamanda kimlik bilekliğinden kontrol edilir. Hasta yatışlarında normal hastalar için **beyaz** renkli hasta bilekliği kullanılır. Alerjik hastalığı varsa **kırmızı** renkli hasta bilekliği ile değiştirilir.

Yeni Doğanın Kimliklendirilmesi

Doğum sırasında erkek bebeklere **mavi** renkli hasta bilekliği, kız bebeklere **pembe** renkli hasta bilekliği 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 hasta bilekliği bebekle aynı seri numarasında bebeğin cinsiyetine göre belirlenen renk (pembe/mavi) hasta bilekliği ile değiştirilir.

Hizmet sunum sürecinde düşme riski taşıyan hastalara **yeşil** hasta bilekliği,

İşlem görmemesi gereken kola takılan **mor** renkli hasta bilekliği,

Bulaşıcı hastalık tanısı almış hastalara **turuncu** hasta bilekliği,

Bölümde ismi ve soy ismi birbirine benzeyen hastalara **lacivert** hasta bilekliği

Yatan hasta refakatçilerine **siyah** hasta bilekliği kullanılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>2 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi
HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



Bilinçsiz /Kimsesiz Hastaların Kimliğinin Doğrulaması

Ad: İsimsiz

Soyad: Dosya No yazılır.

Doğum tarihi **erişkin hastalar** için 01.01.1960, **çocuk hastalar** için 01.01.2010 yazılır.

TC kimlik numarası 11 haneli bir rakam olması için 8 haneye o günün gün/ay/yıl olarak tarihi, son 3 haneye ise **erişkin hastalar** için 060, **çocuk hastalar** için 010 rakamı eklenir.

Ex Hastanın Kimlik Doğrulaması

Tüm transfer ve teslim aşamalarında bileklik ve dosyadan kontrol edilerek yapılır.

Tüm hastaların kimliklendirilmesi ve kimlik doğrulamaları; **Hasta Kimliğinin Tanımlanması Ve Doğrulanması Prosedürü**'ne göre yapılır

Eğitim: Sağlık personellerine hasta tanılama ve kimlik bilekliği uygulama eğitimi düzenli olarak verilir.

Yatan hastalara, servis hemşireleri tarafından kimlik bilekliği hakkında bilgilendirme yapılır. Yazısı silinen, kirlenen kimlik bileklikleri yenisi ile değiştirilir.

❖ ÇALIŞANLAR ARASINDA ETKİLİ İLETİŞİM ORTAMININ SAĞLANMASI

Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında; Sözel Ve-Veya Telefonla Order Alma Talimatı'na uygun hareket edilir.

- 1) Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin 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.

Sözlü/telefon talimatlarının kaydında;

- 1) Talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat **Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formuna** kaydedilir.
- 2) Talimatların altına “sözlü talimat” veya “telefon talimatı” olduğu yazılır.
- 3) Sözlü ve Telefonla Hekim Talimatları Formu, sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- 4) Talimatı veren tabibe 24 saat içinde ulaşılmadığı takdirde Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, hastayı devralan servis tabibi tarafından onaylanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- 5) Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>3 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



6) Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formundaki ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul edilmez.

Çalışanlar Arası Hasta Devri

Çalışanlar arası (hemşire-hemşire, doktor-hemşire,doktor-doktor) hasta devri önce Hasta Dosyası ile bankoda, sonra hasta başında yapılır. Hastanın doktor orderı (hasta tabelası), klinik-vital bulguları, risk değerlendirme ölçekleri, hemşirelik süreci hasta takip ve tedavi planında ilaç uygulama bilgileri, hemşirelik takip ve bakım planları, hemşire gözlem bilgileri ayrıntılı olarak teslim edilir. Hasta devrinde ve vizitlerde hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçları değerlendirilerek tedavi ve bakım planları oluşturulur.

Güvenli hasta devrinde ;

- Doktor Order Tabelası
- Doktor Tıbbi Muayene ve Günlük Gözlem Formu
- Hemşirelik Süreci Hasta Ön Değerlendirme ve Tanılama Formu
- Hemşirelik Süreci Hasta Takip ve Tedavi Formu kullanılarak kayıt altına alınır.

❖ İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Hastaya uygulanacak bütün tedavilerde, ilaçların uygulanmasında **İlaçların Güvenli Yönetimi Ve İşleyiş Prosedürü** sürecine göre yapılır.

Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar (**Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetim Talimatına** göre süreç işlenir.Hastanın tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır.Hastanın yatış öncesi aldığı, bakım sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar **Yatan Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Formu'** na kaydedilir, aslı hastaya verilir, bir örneği hasta dosyasında bırakılır. Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydeder. İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanır. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır. İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. **İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi** belirlenmiştir ve buna göre uygulama yapılır. Yazılışı okunuşu-ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediyatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar **İlaçların Güvenli Uygulanması Talimatına** gereğince yapılır.

❖ TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

Süreç **Kan Transfüzyon Hizmetleri İşleyiş Prosedürü'**ne bağlı olarak yürütülmektedir. Hastanemizde yapılan tüm transfüzyon işlemleri **Transfüzyon Süreci Uygulama Prosedürü** doğrultusunda yapılır. Transfüzyon esnasında beklenmeyen reaksiyon olması durumunda **Kan Transfüzyon Merkezi İstenmeyen Ciddi Etki Ve Olayların Kaydedilmesi Ve Raporlanması Prosedürü Ve Hemovijilans Prosedürü** doğrultusunda hareket edilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>4 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



a) 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.

b) **Kan Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu** hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.

c) Transfüzyon sürecinde; ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenip **Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu** doldurulup imzalanır.

❖ RADYASYON GÜVENLİĞİ

Hasta, yakınları, hastane çalışanlarının radyasyondan korunmasına yönelik alınacak tedbirlerde **Radyasyon Güvenliği Rehberi** esas alınır. **Radyoloji Ünitesi İşleyiş Prosedürü** doğrultusunda görüntüleme hizmetleri yönetilir. Hastanemizdeki radyasyon alanları; **Radyasyon Alanları Listesi İle Belirlenmiştir. Skopi Cihazı Kullanım Ve Radyasyon Güvenliği Talimatı, Portable Röntgen Cihazı Kullanım Ve Radyasyon Güvenliği Talimatı** hazırlanmış ve bu çekimler bu talimatlar doğrultusunda yapılır.

❖ DÜŞMELERE BAĞLI RİSKLERİN AZALTILMASI

Düşme Riski Önleme Prosedürü doğrultusunda hareket edilir. Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Hemşirelik Süreci Hasta Tanımlama Formu doldurulması esnasında belirlenir. 0-16 yaş grubundaki hastalar için **Harizmi II Düşme Riski Ölçeği** yetişkin hastalar için **İtaki II Düşme Riski Ölçeği** düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir. Hasta düşme riski değerlendirmesi sonucunda yetişkin hastalarda 5 ve 5 'in üstü ayrıca 0-16 yaş grubu için değerlendirme puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli yeşil yapraklı yonca figürüyle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısında ya da yatağının başında bulundurulmalı ve düşmenin önlenmesi için buna göre **Hasta Kısıtlama Talimatına** göre süreç işlenir. Kaygan zeminler silindiği zaman hastalara gerekli uyarıyı yapmak ve dikkatli olmalarını sağlamak için "Dikkat Kaygan Zemin" yazısı konmaktadır.

Ayrıca hastane genelinde merdivenden düşme olaylarını önlemek için, merdivenlere kaymaz bant yapıştırılmıştır. Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Düşen Hasta Olay Bildirim Formu** doldurularak, en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır. Düşen hasta ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumunun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir.

❖ GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARININ SAĞLANMASI

Hastanemizde tüm cerrahi operasyonlar **GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ** doğrultusunda gerçekleştirilir.

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Cerrahi işlem güvenliği için;

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>5 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



- 1) Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
- 2) Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.
- 3) Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
- 4) Cerrahi Güvenlik kontrol listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Cerrahi güvenlik kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

b) Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde

- 1) Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- 2) Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip 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 refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
- 4) Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.

c) Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak kurallar şu şekildedir;

- 1) Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.
- 2) Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
- 3) İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- 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 ve 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.

ç) Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- 2) Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>6 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



3) Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

d) Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

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.

❖ TIBBİ CİHAZ GÜVENLİĞİ

Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonları **Tıbbi Cihaz Bakım Onarım Ve Kalibrasyon Prosedürü**'ne göre yapılır. **Tıbbi Cihaz Bakım Planı** ve **Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı** oluşturularak planlar doğrultusunda bakım ve/veya kalibrasyonlar yapılır.

Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etiketle;

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

❖ HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI

Hastanemizde Hasta Haklarının Korunması Yönetmeliği çerçevesinde mahremiyete saygı gösterilmesi ilkesi esas alınır. **Hasta Ve Ailesinin Hakları-Sor.-Mahremiyetinin Korunması Prosedürü**'ne uygun olarak süreç yürütülür.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınarak, tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanır. Tüm hastane çalışanlarına hasta mahremiyeti eğitimi verilir.

❖ HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ

Hastaneye giriş yapan bir hastanın hastane içi veya hastane dışı transferinin güvenli bir şekilde yapılması için dikkat edilecek noktalar ve gereksinimleri kapsayan **Güvenli Hasta Transferi Prosedürü** kapsamında yürütülür.

❖ HASTA BİLGİLERİ VE KAYITLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA GÜVENLİ BİR ŞEKİLDE DEVİR EDİLMESİ

Hastanemiz, Hasta Hakları, Güvenlik, Veri Bütünlüğü, Erişim ve Uygulama ile ilgili gizlilik ilkelerine bağlıdır. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 21. ve 23. Maddeleri gereği hasta bilgileri gizli tutulmaktadır. Bu

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>7 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



sebepten dolayı HBYS' de personelin görevine göre kısıtlamalar yapılmış olup, kendi görevi dışındaki hasta bilgilerini alması engellenmektedir. Arşivde bulunan hasta dosyaları sadece kat tıbbi sekreterleri tarafından imza karşılığı alınmakta olup, arşive tekrar imza karşılığı teslim edilmektedir.

Sağlık kayıtlarının güvenliği; Her kullanıcı sadece yetkilendirildiği modüle erişebilmekte ve yetki seviyesine göre işlem yapabilmektedir.

❖ BİLGİ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Bilgi Yönetim Sistemi İşleyiş Prosedürü doğrultusunda sağlanmaktadır. Hastanemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir.

Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz. HBYS üzerinden yapılabilecek işlemler **Bilgi Yönetim Sistemi Rol Grupları Talimatı**'na göre yetkilendirilmiştir. **Personele Erişim Yetkilerinin Verilmesi Ve İptali Prosedürü** doğrultusunda yetkilendirmeler sağlanmaktadır.

❖ ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

Enfeksiyonların Önlenmesi Programı doğrultusunda hareket edilir. Hastalarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, **El Yıkama Talimatı** nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak UHESA ya kaydedilir.

❖ LABORATUVARDA HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Laboratuara giriş-çıkışlar şifreli kapı aracılığı ile yapılarak, yetkisiz girişler önlenmektedir. Numunelerin çalışma zamanı, numune türü, ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgi, numune kabul ve red kriterleri vb. hususları içeren **Laboratuvar Test Rehberi** bulunmalıdır. Testlerin çalışıldığı tarihlerde iç (internal) kalite kontrolü en az iki seviye, çalışılan testlerde dış (eksternal) kalite kontrol programına bağlanabilen parametreler için dış kalite kontrolleri periyodik olarak yapılmaktadır. Numunelerin doğru şekilde alınması ve transferi ilgili talimatlar doğrultusunda yapılmaktadır.

Laboratuarda örneklerin toplandığı bir alan oluşturulmuştur. Örneklerin teslim tarihini ve saatini HBYS' de bulunmaktadır. Panik değerlerin zamanında haber verilmesini ve kayıtların düzenli olarak tutulmasının sağlanması **Biyokimya Laboratuvarı Panik Değerler Bildirim Talimatı** ile sağlanmaktadır.

HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ;

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.PR.04</i>	<i>15.05.2013</i>	<i>03</i>	<i>13.06.2022</i>	<i>8 / 9</i>



Özel Ekol Hastanesi

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ



KOMİTELER YILLIK TOPLANTI PLANI ile belirlenen tarihlerde (yılda 4 kez ve gerektiğinde) toplanan komite, HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ GÖREV TANIMI ile bildirilen görev alanlarına göre çalışmalarını gerçekleştirir. Komite üyeleri görevlendirme ile belirlenmiştir.

Hasta Güvenliği Komitesinin Görev alanları;

- ✓ Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- ✓ Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- ✓ İlaç güvenliğinin sağlanması
- ✓ Tranfüzyon güvenliğinin sağlanması
- ✓ Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- ✓ Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- ✓ Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- ✓ Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- ✓ Hasta mahremiyetinin sağlanması
- ✓ Hastaların güvenli transferi
- ✓ Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devir edilmesi
- ✓ Bilgi güvenliğinin sağlanması
- ✓ Enfeksiyonların önlenmesi
- ✓ Laboratuarda hasta güvenliğinin sağlanması'dır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Kardelen ASMA	 Kalite Koordinatörü Yeşim İNCİ	 Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.PR.04	15.05.2013	03	13.06.2022	9 / 9