



ÖzelEKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



1. AMAÇ:

Hastaneye başvuran ayaktan, yatan ve acil hastalarının hastaneye kabulünden taburculuğa kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren ve bu süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetinin hasta memnuniyeti ön planda tutularak bütüncül bir yaklaşımla yerine getirmek.

2. KAPSAM: Yatan hastalarının tedavi ve bakımına yönelik faaliyetleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

CPR: Cardiyopulmoner Resüsitasyon

NIPS: Neonatal Infant Pain Scala

YOTA: Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

NRS:Nutrisyonel Risk Skoru

VIO: Ventilatör İlişkili Olay

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

NANDA: North America Nursing Diagnosis Association

4. TANIMLAR:

Hasta bakımı; Hastaların hastaneye kabulünden taburculuğa kadar geçen süreci ve taburculuk sonra izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

Ayaktan Hasta: Yatış işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

Yatan Hasta: Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara, Günü birlik yatış işlemi yapılan hastalar dahildir.

Acil Servis Hizmetleri: Beklenmedik bir hastalık veya bir yaralanma durumunda, hastayı değerlendirmek, müdahalesini yapmak, tedavisini başlatmak ve daha ileri sakatlık ve yaralanmadan korumak olan hizmetler bütünüdür.

Bakım Planı: Hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.

Kimlik Doğrulama: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

Kimlik Tanımlayıcı: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıdır.

Özellikli Hasta Grubu: Hastanede sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık profesyonelleri ve kullanacakları ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemleri içeren ve disiplinler arası işbirliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

Kısıtlama: Hastanın kendisine ya da başkasına zarar verme riskine karşı fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamaktır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>04</i>	<i>24.03.2026</i>	<i>1 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Hasta Bilgilendirme ve Onamı: Hastaya tedavisiyle ilgili yapılan işlemlerde kendisine ve / veya yakınına bilgilendirmenin yapılması ve tıbbi işlemle ilgili rızasının alınmasıdır.

5. SORUMLULAR VE SORUMLULUKLAR:

- Uygulanmasından tüm hekimler, hemşireler, ebeler, laboratuvar, görüntüleme, anestezi teknisyenleri ve tüm çalışanlar sorumludur.
- Kontrol ve idaresinden Başhekim, Tedavi ve bakım hizmetleri müdürü, İdari ve mali hizmetler müdürü sorumludur.
- Takibinden hasta güvenliği komitesi, Enfeksiyon komitesi, Klinik kalite iyileştirme komitesi ve diğer tüm komiteler sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

Hastanemizde Hasta Bakımına İlişkin Süreçler aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

HASTANIN BAKIM İHTİYAÇLARININ NE ŞEKİLDE, NEZAMAN VE KİMLER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLECEĞİ

- Hastanemize **Ayakta, Yatan Ve Acil** olarak müracaat eden hastalar uzman hekimler tarafından muayene edilerek değerlendirilirler.
- Değerlendirme hastanın şikayeti, tıbbi öyküsü, fiziksel muayene yöntemi ile yapılır.
- Yapılan muayene ve değerlendirme sonrasında hekimlerce belirlenmiş ön tanı ve/veya kesin tanı doğrultusunda tetkik, görüntüleme, takip ve tedavi planları order (yazılı talimat) ile süreç başlatılır.
- Ayaktan hastalar, mesai saatleri içerisinde polikliniklerde değerlendirilir ve tedavi bakımları planlanır.
- Acil hastalar acil servise ayaktan veya ambulans ile başvurmaları halinde veya polikliniğe başvurmaları halinde acilen triaja alınarak;
- Kırmızı alan (acil müdahale temel yaşam desteği), sarı alan (müşahade sürecinde kesin tanı konuluncaya kadar), yeşil alan (ayaktan tedavi planlanabilecek hastalar) tedavi ve bakımları yapılır.
- Yatan hastalar tüm gün (24 saat) tedavi ve bakımları sonuçlanıncaya kadar kliniklerde tedavi ve bakımları planlanarak takip edilir.
- Mesai saatleri dışında veresmitatil günlerinde öncelikli olarak acil hekimiyada acil hekim tarafından değerlendirilmeler devam etmekte, günde en az 2 kez ziyaret saatlerinde yine hastalar kendi uzman hekim tarafından, değerlendirilir.
- Mesai saatleri dışında veresmitatil günlerinde sorumluluk acil yada ilgilili acil hekim'dedir.
- Değerlendirme sonrasında hekimin hazırladığı tedavi ve bakım planı; hekim-hemşire-ebeler-ATT-anestezi teknikeri-fizyoterapist-psikolog-diyetisyen ve diğer sağlık çalışanları

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>2 / 36</i>



ÖzelEKOL HASTANESİ

HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER PROSEDÜRÜ (AYAKTAN, ACİL, YATAN)



tarafından uygulanır.

- Uygulanan tedavi ve bakımlar hekim- hemşire- ebe ve diğer sağlık meslek mensupları tarafından koordineli olarak izlenir.

AYAKTAN HASTALARDA, HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER

- Ayaktan hasta bakımı hekim, hemşire, ilgili birimlerde çalışan sekreterler, karşılama ve yönlendirme elemanları tarafından yürütülür.
- Ayaktan hastalarda hasta kabulü-kaydı için T.C. kimlik numarası kullanılarak kimliği tanımlanmış hastanın tedavi ve bakımının her aşamasında kimlik doğrulaması yapılır.
- Hastanın kabulü ve oryantasyonunda mahremiyet ilkelerine “**Hasta Mahremiyetini Sağlama Prosedürü**” ne uygun olarak dikkat edilir.
- Hastanın ayaktan bakım alacağı birime yönlendirilmesinden sonra yapılır.
- Yönlendirme personeli engellilik, yaşlılık, aktivite yetersizliği, travma, yara gibi bakıma engelleyen unsurları göz önünde bulundurarak yönlendirme ve transferini gerçekleştirir.

Polikliniğe Başvuran Hastalar:

- Hastanemizde Polikliniklerin de Randevu Sistemi İle çalışılmaktadır. Hastalarımız randevu saatinden önce gelerek hasta kayıt kabulde kimliklendirme ve kayıt işlemlerini tamamlamaktadırlar.
- Hastanın direkt olarak polikliniğe başvurduğu durumlarda ise, Tıbbi **Risk** taşıyan hastalar direkt Acil Servis’e yönlendirilirler. Yürüme zorluğu çeken veya destek ihtiyacı gözlenen hastalar, Karşılama yönlendirme personeli tarafından tekerlekli sandalye ile ilgili birime ulaştırılır.
- Randevu almadan başvuran hastalar, Hasta Kayıt Kabul Birimi’ne randevu ve kayıtları için yönlendirilerek ilgili branşlara işlemleri başlatılır.
- Randevu listeleri dolmuş hastaların randevu alarak gelmesi konusunda bilgilendirilir.
- Hasta kayıt kabul sürecinde hastanın HBYS’ye Kaydı “**Hasta Kimliğinin Tanımlanması ve Doğrulanması Prosedürü**”ne göre gerçekleştirilir.
- Kimlik tanımlama işlemi T.C. Kimlik numarası kullanılarak yabancı hastalarda Pasaport no’su bilgileri ile gerçekleştirilir. Hastanın kimlik bilgilerinin yanı sıra demografik bilgileri ve iletişim bilgileri sorgulanarak kayıt edilir.

Acil Servisten Polikliniğe Yönlendirilen Hastalar;

- Hastanemiz Acil Ünitesinden müracaat eden fakat durumu **aciliyet göstermediği** hekim tarafından tespit edilen hastalar mesai saatleri dışında yeşil alanda muayenesi yapılarak ilk değerlendirilmesi gerçekleştirilir. Mesai saatleri içerisinde ilgili Polikliniklere yönlendirilir.
- Polikliniklerimiz Randevu Sistemi ile çalıştığından ilgili poliklinik randevu ve hasta kayıt işlemleri hasta kabul tarafından HBYS üzerinden yapılarak ilgili polikliniğe yönlendirilir.
- Randevu listeleri dolu ise hasta randevu alarak gelmesi konusunda bilgilendirilir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.06	08.02.2016	04	24.03.2026	3 / 36



Özel EKOL HASTANESİ

HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER PROSEDÜRÜ (AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Randevulu Gelen Hastalar:

Hastanemiz Polikliniklerinde Randevu Sistemi uygulanmaktadır. Bu sistemler:

Telefon İle Randevu;02842361010 no”lu hattan hastanemiz randevu hizmetlerine ulaşarak istenen branştan ve istenilen hekimden randevu alabilmektedirler.

İnternette Randevu; Hastanemiz <https://online.ekolhastanesi.com/randevu/> web sayfası üzerinden randevu almak mümkündür.

Yurt Dışı ve Anlaşmalı Kurum Hastaları:

İlgili bölüme (Anlaşmalı Kurumlar Bölümü) yönlendirilerek işlemleri takip edilir.

Poliklinik İşleyişi ve Hasta Bakımına İlişkin Süreçler:

- Poliklinik çalışma saatleri hafta içi 08.30–18.00, cumartesi günleri ise branşlara göre 08:30-13:00 saatlerine kadar sürmektedir.
- Kayıt ve kimliklendirme işlemi tamamlanan hastalar ilgili polikliniklere yönlendirilir.
- Yürümekte zorluk çeken, destek ihtiyacı olan hastalar tekerlekli sandalye ve ilgili transport personeli ile kayıtlı bulunduğu polikliniğe transfer edilir.
- Randevu sırası gelen hastalar poliklinik sekreteri tarafından “**Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge**” ye uygun olarak poliklinik odasına alınır.
- Hekim muayane ve değerlendirilmesi başlatılan süreçte ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hastane tarafından belirlenen formatta;
 - ✓ Hastanın şikayeti,
 - ✓ Tıbbi öyküsü (geçirmiş olduğu hastalıklar, kronik hastalıklar, ağrı skoru, sigara, alkol kullanımı, ilaç kullanımı sorgulanır ve kayıt edilir.)
 - ✓ Muayane bulguları
 - ✓ Ön tanı veya kesin tanı
 - ✓ Tetkik ve görüntüleme gerekliliği
 - ✓ Konsültasyon gerekliliği
 - ✓ Hekim tarafından HBYS üzerinden hasta sayfasına kayıt edilir.
- Tetkik ve görüntüleme gereken hastalar istem formları ve kayıtları ile ilgili birime yönlendirilir.
- Her aşamada hasta bilgilendirilir ve hastanın kimliği doğrulanır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>4 / 36</i>



ÖzelEKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Muayene ve tetkik süreci tamamlanan hastaların kesin tanısı konularak hasta bakım süreçleri başlatılır. Ayaktan hastanın bakım süreci evde devam eder.

Bakım planı, reçete ise;

- İlacın tam adı, dozu, kullanım süresi, ilacın kullanımında dikkat edilecek noktalar hakkında hekim tarafından hastaya bilgi verilir.
- Gerekli durumlarda ilaç raporu çıkarılır.
- Kontrol tarihleri hakkında hasta bilgilendirilir.
- Tanıya dönük girişimsel işlemlerde yapılan tetkik (Patolojik inceleme vs.) mutlaka ön tanı ve/veya kesin tanı belirtilir. İstem modülü ve formları üzerinden kayıt altına alınır.

Egzersiz ise:

- Egzersiz zamanı
- Egzersizine kadar uygulayacağı
- Egzersiz tekrarı
- Egzersiz pozisyonu

Olumsuzlukla karşılaşıldığında ne yapacağı, hekim ya da ilgili sağlık personeli tarafından uygulamalı olarak yaptırılır. Gerekli durumlarda ise fizik rehabilitasyon bölümüne yönlendirilerek hasta veya yakının bilgi alması sağlanır. Hekim kontrolünde verilen bu bilgilere (olumsuz sonuçlarda zorlanmaması gerektiği ya da derhal hekime müracaat etmesi gibi) bilgilerde verilir.

İstirahat Gerektiren Durumlarda ise:

- Muayene sonucu çalışamayacakları tespit edilen hastalara poliklinik Hekimi tarafından istirahat yazılır, SGK siteminden onayı alındıktan sonra hastaya, işyerine verebileceği onaylı bir nüsha raporunu verir. Gerekli durumlarda kontrol randevusu verilerek hastanın durumuna istinaden raporu atılabilir.

İş Kazası yada Adli Vaka olduğu belirlenen hastaların iş kazası-

Adli vaka tutanakları ilgili hekimlerce doldurulup onaylanır ve güvenlik görevlisine bilgi verilir, güvenlik görevlisi ise polise haber vererek süreçler tamamlanır. Hekimi tarafından istirahat yazılır ve gerekiyorsa kontrole çağırılır. Bu tür vakalarda yine sistem üzerinde onaylanarak hastanın SGK istirahat süreçleri tamamlanır. Tetkikler süreçleri (kan alma, materyal alım, röntgen gibi) yukarıda belirtildiği gibi devam eder.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>04</i>	<i>24.03.2026</i>	<i>5 / 36</i>



ÖZEL EKOL HASTANESİ

HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER PROSEDÜRÜ (AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Muayene Sonrası Tetkik Sonuçları:

- Hekim tarafından istenilen tetkik sonuçları çıkınca hasta tarafından laboratuvar, radyolojive poliklinikten alınabilmektedir.
- Hasta tetkikini verirken ilgili birimden çıkma zaman ve süresi hakkında çalışan bilgilendirmektedir.
- Çıkan sonuçlar ilgili polikliniğe verilir ve poliklinikte ise öncelik sırasına göre ve ilk önce- en son verilen sonuçlar sıraya koyularak polikliniğe hastalar alınır.
- İlgili hekim ayaktan hastalarda tüm bu süreçlerle ilgili bilgileri muayene ve tetkikler bitiminde hastaya vermektedir.

Ayaktan Hasta İzlemi (Kontrol Süreci) :

- Bakım ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi için Hasta kontrol (izlem) sıklığı tespit edilir.
- İlgili branş ve hastanın özelliğine göre belirlenmiş izlem protokolleri (**Yenidoğan, Çocuk ve Ergen izlemi, gebe izlem protokolü, gebe doğum öncesi bakım yönetim rehberi, loğusa izlem protokolü, doğum sonu bakım yönetim rehberi vb.**) doğrultusunda izlem sıklığı planlanır.
- Muayene ve tetkik işlemleri tamamlanan ve evde bakım süreçleri belirlenen hastalar, yüksek riskli değiller ise, kontrol süresi 10 gün olup bu sürede kontrol randevularını almaları gerekmektedir.
- Hekim tarafından, hastalara tekrar başvurulacak durumlar hakkında bilgi verilerek hastane ya da hekimle iletişime geçilip kontroller 10 gün beklemeden yapılabileceği bildirilir.

YATAN HASTA HİZMETLERİNDE HASTANIN BAKIM İHTİYAÇLARININDEĞERLENDİRİLMESİ

- Hastanın yatış kararını hekim verir. Yatış kaydı hasta kabul biriminde yapılan hasta hasta kabul formu hasta ve yakını (refakatçı) tarafından imzalanarak onaylanır.
- Yönlendirme personeli tarafından servise çıkarılan hastayı ilgili kat sekreteri karşılar, hastanın yatış bilgilerini kontrol ederek kimlik bilgilerini doğrular, yatış barkodunu çıkarır, dosyasını hazırlar ve servis hemşiresine iletir.
- Hasta hemşire tarafından odasına alınır ön değerlendirme , eğitim ve bakım sürecini başlatır.

Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları;

- Fizik muayene ve öykü- dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları (hekim-hemşire-konsültan hekim, diyetisyen, psikolog gibi) tarafından değerlendirilir ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınır.
- Hastanın klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, tıbbi gereksinimleri, fiziksel ihtiyaçları, kültürel ve dini

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.06	08.02.2016	03	02.03.2023	6 / 36



ÖZEL EKOL HASTANESİ

HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER PROSEDÜRÜ (AYAKTAN, ACİL, YATAN)



gereksinimleri, ruhsal ihtiyaçları ve genel alışkanlıklarını içeren değerlendirmeler, hekim hemşire ve diğer sağlık

disiplinleri tarafından bütüncül bir yaklaşım doğrultusunda yapılır ve en geç 8 saat içinde HBYS ve hasta dosyasına kayıt edilir.

- Hastanemizde hasta değerlendirme ölçütleri tanımlanmış olup hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, anestezi teknikeri, laboratuvar teknikeri ve diğer sağlık meslek mensupları tarafından yapılır.
- Hastanın birime kabulünden en geç 8 saat içinde yapılan ön değerlendirmeler, sistem tanımlamaları, tıbbi öyküsünün alınması, fiziksel muayene ve değerlendirmeler ve vital semptomlar kayıt altına alınır.
- Bölüme özgü olarak bakım ve tedavinin belirlenmesi, izlenmesi ve istenmeyen sonuçlarından korunmak için risk değerlendirmeleri yapılır, belirlenmiş ölçekler ve skorlamalar doğrultusunda kayıt altına alınır.
- **Bu riskler;** ilaç uygulamaları sonrası vital bulgu değişiklikleri, operasyon sonrası vital bulgu değişiklikleri, rehabilitasyon ihtiyacı, eğitim ihtiyacı, değerlendirmesi ve hastanın diğer sistemleriyle ilgili değerlendirmelerdir.

Ayrıca tanımlanmış ölçekler kullanılarak risk değerlendirmeleri yapılır. **Bunlar;**

- İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi
- Bası ülseri(BRADEN, MODİFİYE BRADEN Q Skalası)
- Düşme riski değerlendirme(İTAKİ II,HARİZMİ II)
- Ağrı Şiddeti değerlendirmesi (Numerik skala, Yüz skalası, Davranışsal skala, Flacc skala, CRIES)
- Bilinç düzeyi takibi (Glaskow Koma Skalası, Modifiye Glaskow Koma Skalası)
- Beslenme/nutrisyon durumunun değerlendirilmesi (NRS-2002 Nutrisyonel riskskoru)
- Gomez ölçeği (yenidoğan)
- VTE ve Kanama Risk Değerlendirme (IMPROVE/CAPRİNİ)
- Ventilatör ilişkili pnömoni (VİO) açısından hasta izlemi ve değerlendirmesi
- Katater Takibi ve Risk Derecelendirmesi (İnfiltrasyon / Ekstravazasyon sınıflaması, görsel infüzyon flebit ölçeği)
- Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
- Ventilatör ilişkili pnömoni
- Ürinerkatater ilişkili enfeksiyon açısından hasta izlemi ve değerlendirmesi
- Ağız bakımı ve takibi(Mukozit Sınıflandırma Skalası)
- Sepsis/organ yetmezliği skorlaması (SOFA)
- Revize travmaskorlaması (RTS)
- Yanık derecelendirme ölçeği
- Bu değerlendirme hastanın ilk yatışında yapılır ve sonrasında değerlendirme sonucu ve bakım seyrine göre yeniden (4-8-12-24 saat ara ile) tekrarlanarak izlenir.

- İhtiyaç duyulduğunda diğer meslek grupları (diyetisyen, nutrisyon ekibi, yara bakım ekibi vb.) ile birlikte hasta değerlendirilir. Sistem değerlendirme bulgularından elde edilen veriler, diğer gözlemler ve değerlendirmeler

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>04</i>	<i>24.03.2026</i>	<i>7 / 36</i>



ÖZELEKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



bütüncül bir yaklaşım içerisinde gözden geçirilerek hastanın bakım ihtiyacı belirlenir. Hemşirelik tanısı konur ve gerekli bakım planları yapılır.

Hastanın Hekim Tarafından Değerlendirmesi;

• Hekim yatışını yaptığı hastanın, kimlik bilgilerini, kan grubu, alerji ve bulaşıcı hastalık durumunu, şikayetini, öyküsü, özgeçmiş ve soy geçmişi, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar, risk faktörleri, boy- kilo, ağrı skoru, genel durum muayenesi, kalp ve damar sistemi, solunum sistemi, jinekolojik muayene, üriner sistem, nörolojik muayene, lokomotor sistem, gastroenteral muayeneler ve günlük gözlem notlarını (sıvı kısıtlaması, aldığı çıkardığı takibi, vital bulgu takibi, ödem takibi, bilinç durumu takibi, kanama takibi, dren takibi vb.) değerlendirerek “**Tıbbi Muayene Ve Gözlem Formu**” na ve HBYS sistemine kayıt eder.

• Değerlendirme için gerekli gördüğü tetkik ve görüntüleme istemlerini ilgili formları üzerinden istem formları ile gerçekleştirir. Görüntüleme sonuç değerlendirmeleri görüntüleme uzman hekimin raporu doğrultusunda yapılır. Kan tetkik sonuç değerlendirmeleri panik değer vs. ilgili laboratuvar uzman hekim görüşü alınarak yapılır.

Hastanın değerlendirilmesi için diğer branşlardan konsültasyon gereksinimi durumunda; “Konsültasyon Prosedürü” ne uygun olarak HBYS ve hasta dosyası üzerinden “**Konsültasyon Formu**” ile konsültasyon istemini yapar. Konsültasyon sonuçlarını değerlendirir. Tüm değerlendirmeler sonrası ilaç order ve direktiflerini gözden geçirerek yeniler ya da devam ettirir.

Hemşire Tarafından Değerlendirilmesi:

• Yatışı yapılarak servise kabul edilen her hastanın hemşire tarafından ön değerlendirilmesi ve sistem tanılması – risk değerlendirilmesi yapılarak kayıt altına alınır.

Tıbbi öyküsü; Alerji durumu, kan grubu ve tranfüzyon öyküsü, sürmekte olan enfeksiyon durumu, bulaşıcı hastalık durumu, hastaneye geliş şekli, geldi yer, ameliyat öyküsü, alışkanlıklar ve beraberinde getirdiği ilaçlar, gebelik durumu ve çocuk sayısı, gerçekleşen doğum komplikasyonları, Tetanoz Toksoid Immunizasyonu, küretaj öyküsü, mevcut gebelik risk faktörleri durumları,

Sistem tanılması; kardiyovasküler, genito üriner, kas-iskelet sistemi, solunum- göğüs, nöroloji, GİS, işitme-konuşma, emasyonel durumu, ağız diş, deri, görme, beslenme, VTE ımpove, VTE caprini, kanama riski

- Özel dini/ kültürel gereksinimler ve ölüm korkusu
- Geliş vital bulguları
- Fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçları,
- **Risk tanılamaları;** ödem, ağrı, bilinç değerlendirme, düşme riski, bası yarası risk tanılama, değerlendirilerek “**Hemşirelik Süreci Hasta Ön Değerlendirme Ve Tanılama Formu**” ve “**Ebelik Süreci Gebe Ön Değerlendirme Ve Tanılama Formu**”na kaydedilir.

• **Değerlendirme sonrası hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi;** değerlendirme sonrasında hastanın tüm bakım ve tedavi ihtiyaçları tespit edilerek **hastaya hizmet veren disiplinler (hekim, hemşire, diyetisyen, ATT,**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>8 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



psikolog ve diğer sağlık teknikerleri tarafından koordineli olarak bakım planı hazırlanır ve aynılarda izlenir.

DEĞERLENDİRME SONRASIBAKIMIN PLANLANMASI

- Hekim ilgili tedavi protokoller, algoritmalar ve bakım tedavi rehberleri doğrultusunda hastanın bakım ve tedavisini planlar.
- Yatan hastanın tedavi planı hekim tarafından yapılır “**Hasta Tabelası(Hekim Order)**” ile kayıt altına alınır.
- Hekim ilaç uygulama planını hazırlarken hastanın alerjisini sorgular,
- İlaç- ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimini dikkate alarak ilaç uygulama planını oluşturur.

İlaç Tedavisi (ilaç uygulama planı);

- İlacın Adı
- Uygulama Dozu
- Uygulama Şekli
- Uygulama Zamanı
- Veriliş Süresini kapsar.
- Hekim ilaç uygulama planını “**Hasta tabelası(Hekim order)**” na kayıt eder
- Hekimin hastaya ulaşmakta gecikeceği durumlarda (steril olduğu durumlar, mesai ve kurum dışı durumlarda) sözel order verilebilir, “**Sözel Veya Telefon İle Yapılan Hekim Talimat Formu**” na kaydedilir ve 24 saat içerisinde tedavi planına hekim tarafından kaydedilir
- Hastanın beslenme şeklini belirlerken gereğinde diyetisyen Konsültasyonu ile diyetini (R1,R2,R3), belirtilerek tedavi planı hazırlanır.
- Hekim, hastanın bakım ihtiyaçlarını kısıtlama, ihtiyacı, açlık durumu, beslenme yolu, vital semptom takipleri,NST, EKG vb. aldığı-çıkardığı takipleri, AKŞ takibi, egzersizleri ve girişimsel uygulamaları, kan ve kan ürünü tranfüzyon ihtiyaçlarını planlayarak “**Hasta tabelasına(Hekim Order)**” na kayıt eder.
- Hekim tarafından planlanan egzersiz, girişim ve bakım “**Hasta Tabelası (Hekim Order)**” na kaydeder, hemşire ve diğer sağlık personelleri tarafından uygulanır.

PLANLANAN BAKIMIN HASTAYA UYGULANMASI:

- Hekim tarafından order edilen ilaç tedavi planı hemşire tarafından uygulanır.
- Hemşire uygulamadan önce hastanın alerji durumunu sorgular. İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimi listelerinden kontrol ederek uygulamayı başlatır.
- İlaç tedavi planı değiştiğinde kalan ilaç ve mayiler hemşire tarafından “**Kurum İçi İlaç İade Formu**” ile eczane birimine teslim edilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>04</i>	<i>24.03.2026</i>	<i>9 / 36</i>



ÖzelEKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



İlaç uygulamasında; doğru hasta,doğru ilaç,doğru zamanda, doğru doz, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru verilmiş süresi, doğru kayıt, doğru yanıt (9 doğru ilkesi) ilkesine uygun olarak uygulanır **“Hemşirelik Süreci Hasta Takip Ve Tedavi Formu”** na kayıt edilir.

- İnfüzyon yoluyla verilecek ilaçların/mayilerin üzerinde **“Mayi Etiketi”** kullanılır. Etikete hastanın adı/soyadı, mayinin/ilacın adı ve dozu, infüzyon başlangıç saati ve süresi ile mayii hazırlayan ve uygulayan hemşirenin adı/soyadı tam olarak yazılır.
- Hastaya yapılan uygulama ve kullanılan malzemeler hasta dosyasına ve HBYS’de ilgili alanlara da kaydedilir.
 - Planlanan hasta bakımlarında belirlenen girişimler hemşire / Sağlık personelleri tarafından uygulanır.
 - Hastaların klinik durumlarına göre kendi bakım süreçlerine katılımları sağlanır.
 - Bakım sürecinde hasta ve çalışan güvenliği sağlanır. Hasta için belirlenmiş risklere yönelik önlemler alınır.
 - Bakım veren sağlık personelleri kendi güvenlikleri için gerekli olan düzenlemeleri ve kişisel koruyucu ekipman kullanımına özen gösterir.
 - Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler bakım planına ve hemşire takip ve tedavi formuna eş zamanlı olarak kaydedilir.
 - Bakım planında yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir.
 - İlaç uygulaması sonucunda hasta da istenmeyen etki (advers) veya alerjik reaksiyon gözlemlenir.
 - Hekim orderında belirtilen periyodik vital semptom takipleri, ateş, tansiyon, solunum, nabız, saturasyon, Kan şekeri ölçümü ve diğer takipler **“Hemşirelik Süreci Hasta Takip Ve Tedavi Formu”** na kaydedilir. Normal değerlerin dışında çıkan ve alarm durumlarında ilgili hekime haber verilerek takip periyotları kısaltılır.
 - Bakım uygulamalarında kullanılan katater ve tüpler, ilaç, beslenme ve takip amaçlı kullanılan kataterler (PVK,SVK,NGS, ÜRİNER KATATER) ilgili talimatlar doğrultusunda uygulanır ve **“Hemşirelik Süreci Hasta Takip Ve Tedavi Formu”** na kayıt edilir.

Hemşirelik Bakımının Planlanması:

- **Bakım planları, hastanın yatışından itibaren en geç 8 saat içinde hazırlanır ve uygulamaya başlanır.**
- Hastanemizde hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarına yönelik **Hemşire Bakım Planları** oluşturulmuştur. Ayrıca hasta bakım planlarında HBYS üzerinden NANDA Hemşirelik tanıları da kullanılır ve sağlık disiplinleri tarafından aynı anda izlenilebilmektedir. Her tanı için minimum 1 maksimum 7 günlük bakımı içeren **“Hasta Bakım Planı”** kullanılır.

- Hastanın günlük bakım gereksinimleri değerlendirilerek kayıt altına alınır. Hemşirelik tanılarına göre

Hemşirelik Bakım Planları düzenlenir.

Hemşirelik bakım planı aşağıdaki aşamaları içerir:

- **Hastanın bakım ihtiyaçları:** Hemşirelik tanısı.
- **Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler:** Hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına dönük hedefler.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>10 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- **Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar:** Nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler, girişimler
- **Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi:** 8 saat ara ile değerlendirilir ve shiftler arası devredilir.
- Hemşire bakım planı, hekim tedavi planı ve diğer sağlık disiplinleri ile koordineli yürütülür.
- Plan işbirliği içinde uygulanır, sonuçlar izlenir,
- Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanır ve planın aynı alanda izlenebilmesi sağlanır.
- Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılır ve tüm güncellemeler ilgili klinik destek elemanları tarafından izlenir.
- Hasta ve yakınlarına bakım sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler yapılarak sürece dahil edilir.

Hemşirelik Bakım Sonuçlarının Değerlendirilmesi:

- Hemşire belirli periyotlarda bakım sonucunu izler değerlendirmeyi yaptığı tarih, saat ve yazılması gereken bilgi varsa, not kısmına yazar.
- Diğer shiftle gelen hemşire, bakım planından hastanın durumunu değerlendirir ve yapılacak uygulama varsa uygular, kendi değerlendirmesinin formun ilgili kısmına kaydeder.
- Plan doğrultusunda uygulanan bakım ve girişimler sonucunda **belirlenen hedefe ulaşılmadığı durumlar da bakım planında değişikliğe gidilir veya hedef güncellenir.**

BAKIMIN SONUÇLARININ ANLAŞILABİLMESİ İÇİN HASTANIN İZLENMESİ

Vital Bulguların Takibi:

- Hastanın bölüme kabulünde ilk olarak vital bulguları (ateş, tansiyon, nabız, solunum, satürasyon) alınır ve ‘**Hemşirelik Süreci Hasta Takip ve Tedavi Formu**’na kayıt edilir.
- Rutin vital bulgu ölçüm zamanları hastanın klinik durumuna göre hekim tarafından belirlenir. Hastanın klinik durumuna göre belirtilen özel durumlara ilişkin planlamalar yapılabilir. Hastanın vital bulgu ölçümlerinde normalden çok düşük yada yüksek çıkan ölçümlerin kontrol ölçüm değerlerine mutlaka bakılır, hekime iletilir ve kayıt altına alınır.

İlaç Uygulamaları Ve Girişimler Operasyonlar Sonrası Vital Bulguların Takibi:

- **Yüksek riskli ilaç** uygulamalarında hastanın vital bulguları ilaç uygulamasından önce- uygulama süresince- ilaç uygulamasından sonra takip edilerek kayıt altına alınır. Vital bulgu takibi sürekli monitörizasyon yöntemi ile yapılır. Normal dışı bulgularda ilaç uygulamasına son verilir.
- **Kan ve kan ürünü tranfüzyonunda** vital bulgu takibi, transfüzyondan hemen önce, ilk 15 dakika 5 dakika ara ile ilk 1 saat 15 dakika ara ile sonrasında 1 saat ara ile transfüzyon ve bitiminde 2-4 saat ara ile takip edilir.
- **Ameliyat ve girişimsel işlemlerde** vital bulgu takibi işlem den hemen önce, işlem esnasında sürekli (anestezi uygulaması ve ameliyat ise) işlem bitiminde sonra ilk 1 saatte 15 dakika ara ile sonrasında 2 saatte yarım saat ara ile sonraki 6 saat saat başı takip edilir.
- **Rutin hasta vital bulgu takibi** doktor talimatına göre 2x1 veya 4x1 periyodunda olup sınır değerlere göre takip periyodu değiştirilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>11 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Hastanın Bası Yarası Riskinin Değerlendirilmesi –Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Amacımız bası yaralarının önlenmesi ve geliştiği zaman bakım ve tedavisinin sağlanması konusunda prensipleri belirlemektir.
- Hastanın bölüme kabulünde mevcut durum “**Braden Bası Yarası Ölçeği**”kullanılarak bası yarası riski değerlendirilir.
- Yüksek riskli hastaların cilt değerlendirmesi 8 saat ara ile, orta riskli hastaların cilt değerlendirilmesi 12 saat ara ile,
- Düşük riskli hastaların cilt takipleri 24 saat ara ile yapılarak bası yarası gelişimi izlenir ve şiftler arası bilgi devri yapılır.
- Yüksek riskli hastalarda ve/veya bası yarası gelişen hastalarda mevcut “**Bası Yarası Hemşirelik Bakım Formu**” ve “**Bası Yarası İyileşme Değerlendirme Hasta Takip Formu**” ile hastanın bası yarası takibi ve bakımı yapılır.
- Bası yarasının önlenmesi ve risk değerlendirme süreci “**Basınç Yaralarının Önlenmesi Ve Risk Tanılama Talimatı**” na uygun yapılır.
- Yara ve yara bakımı uygulamaları “**Yara Ve Yara Bakım Prosedürü**” ne uygun olarak izlenir.

Bilinç Düzeyinin Değerlendirilmesi ve Takibi:

- Kliniğe yatışı yapılan her hasta için bilinç düzeyi değerlendirmesi yapılır. Bilinç düzeyi yetişkinlerde “**Glaskow Bilinç Değerlendirmesi**” yenidoğanlarda ise “**Modifiye Glaskow Risk Değerlendirmesi**” ölçeği ile kayıt altına alınır.
 - Hastanın durum değişikliğinde,
 - Preop ve postop süreçte,
 - Nakil ve sevk sürecinde,
 - Düşme gerçekleştikten sonra,
 - Periyodik olarak 24 saat ara ile bilinç düzeyi yeniden değerlendirilir.

Venöz Tromboemboli Riskinin Değerlendirilmesi: Hastaneye yatan 18 yaş üstü VTE Riski ve tromboprolaksi açısından değerlendirilir.

- Medikal hastalar için “**Improve Risk Değerlendirme Formu**”,
- cerrahi hastalar için “**Caprini Vte Risk Değerlendirme Formu**”
- gebeler için “**Gebeler İçin Tromboemboli (VTE) Risk Değerlendirme Formu**” kullanılarak risk düzeyine göre tromboprolaksi stratejileri geliştirilir.
- Değerlendirmeler 24 saat ara ile tekrarlanır.
- Bu yöntemler nonfarmakolojik (mekanik profilaksi) ve/veya farmakolojik profilaksi (antikoagülan ilaçlarla) uygulanarak gerçekleştirilir.

- Hastaya, antikoagülan ilaç orderı düşünüldüğünde; hekim mutlaka kanama riskini değerlendirmelidir. **Kanama**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>12 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



riski, “**Kanama (Improve) Riskini Değerlendirme Formu**” ile izlenir.

- Hekim ve hemşire, venöz tromboembolilerin önlenmesi doğrultusunda **Venöz Tromboemboli bakım planı** açar.
- Nonfarmakolojik yöntemlerin (basınçlı elastik çoraplar, aralıklı pnömatik kompresyon cihazlarının kullanımı, erken mobilizasyon ve yatak içi-dışı egzersizler) uygulanır.

Hastanın Düşme Riskinin Değerlendirilmesi - Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Kliniğe yatışı yapılan her hasta için yatışı takiben; yetişkin hastalar için “**İtaki II Düşme Riski Ölçeği**”, 0 –16 yaş çocuklar için “**Harizmi II Düşme Riski Ölçeği**” ile düşme riski belirlenir ve kaydedilir.
- Preop ve post-op süreçte nakil ve transfer sürecinde düşme gerçekleştikten sonra
- Periyodik olarak 24 saat ara ile düşme riski yeniden değerlendirilir.
- Düşme riskinin değerlendirilmesi ve düşmelerin önlenmesi “**Düşme Riski Önleme Prosedürü**” doğrultusunda yürütülür. Düşme riski yüksek olan hastalar için ilgili tanımlayıcı figür kullanılır. Düşme riski yüksek hastalara **Travma/ yaralanma riski bakım planı** açılır.
- Düşme olayı gerçekleştiğinde GRS bildirim yapılır, “**Düşen hasta olay bildirim formu**” hazırlanarak kalite birimine gönderilir. Analiz sonrası iyileştirme çalışmaları başlatılır.

GEREKTİĞİNDE BAKIMDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI

- Hastanın izlenmesi sürecinde beklenen hedefe ulaşamaması sonucunda hekim/hemşire ve diğer sağlık disiplinleri tarafından bakım değişikliğine gidilir.
- Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılıp, gerekirse bakım planı güncellenir.
- Değerlendirmeler günlük olarak yatan hasta dosyasında bulunan bakım planlarına kaydedilir.

Hastanın Nutrisyon Destek İhtiyacı Değerlendirilmesi - Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Hastaların tıbbi beslenme tedavisine yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere hastaların tıbbi beslenme gereksinimi ve doktor, hemşire, diyetisyen tarafından kurulan ekip, hastanın servise kabulünde nitrisyonel destek ihtiyacı ön değerlendirilmesini yapar.
- Hastanın servise kabulünde tıbbi beslenme ihtiyacı ön değerlendirilmesi hemşire tarafından yapılır. Ön değerlendirme sürecinde formda yer alan sorulardan en az bir tanesine “evet” cevabı verilirse hasta esas değerlendirmeye alınır.
- Esas değerlendirme diyetisyen tarafından yetişkinlerde “**Nutrisyonel Risk Değerlendirme Formu (NRS2002)**”, 1 ay - 14 yaş arası çocuk hastalar için ise “**Strong Kids Çocuk Nutrisyon Değerlendirme Formu**” kullanılarak gerçekleştirilir.
- Tıbbi beslenmeye ihtiyacı olduğu belirlenen /tanımlanan hastaların esas değerlendirilmesi diyetisyen tarafından yapılır. Hastaların beslenme sorunları tanımlanır ve tıbbi beslenme hedefleri saptanır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>13 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Esas değerlendirme sürecinde 3 (üç) ve üzeri puanlanan hastalarda beslenme desteğine başlanır.
- Hasta ve yasal temsilcisinin onamı alınarak onay istenir. Sürece katılımı hakkında eğitim verilir.
- Diyetisyen tarafından “**Nütrisyon Tedavisi Takip Formu**” beslenme takibi yapılır. Hastanın enerji ihtiyacı ve aldığı besin desteği kayıt altına alınır.
- Hastanın primer hekimi tarafından beslenme yöntemi ve besin miktarı order edilir.
- **Hasta parantral destek alacak ise;** hemşire tarafından “**Parantral Nütrisyon Uygulama V e Bakım Talimatı**” doğrultusunda takibi yapılarak kayıt altına alınır.
- **Hasta oral / enteral nütrisyon desteği alacak ise;** “**Enteral / Oral Beslenme Hasta Bakım ve Takip Formu**” ile; Verilen besinin ne olduğu, miktarı, pompa ile veriliyor ise akış hızı, uygulamayı yapan kişinin bilgileri, uygulama tarihi ve saati, geriye çekilen mide içeriğinin miktarı ve niteliği, nütrisyon desteği sırasında hastada görülen sorunlar (bulantı, kusma, öğürme gibi) takip edilerek kayıt altına alınır.
- Hemşire tarafından “**Beslenmede Yetersizlik Hasta Bakım Planı**” ile takibi yapılır.
- Hastaların Nütrisyon destek ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler **Nütrisyon Destek Ekibi** tarafından izlenir ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilir.
- Nütrisyon hemşiresi tarafından nütrisyonel destek uygulamaları takip edilerek “**Nütrisyon Hemşiresi Hasta Takip Formu**” ile kayıt altına alınır.
- Taburculuk sonrası Nütrisyon desteğe devam edilmesi gereken hastalar ve yakınlarına eğitim verilir, eğitimler kayıt altına alınır.

Hastanın Ödem Değerlendirmesi–Bakımın Planlanması ve Uygulama:

- Yatışı yapılan her hastanın ödem değerlendirme “**Ekstremiteler Ve Nabız Takibi Ve Ödem Derecelendirmesi Talimatı**” ilk kabulde yapılır ve günlük olarak takip edilir.
- Ödem tanılama ekstremitelerde, yüz ve göz çevresinde, genital bölge, sakral bölge ve tüm vücutta yapılır.
- Ödem varlığında ve gelişmesi durumunda “**Ödemli Hasta Bakım Planı**” ile bakımı sağlanır.
- Bakım sürecinde aldığı-çıkardığı takibi sıvı, elektronik dengesizliği hemşirelik bakım planı uygulanabilir. Hasta ve yakını konu hakkında bilgilendirilir ve sürece katılımı sağlanır.

Hastanın Ağrı Durumu Değerlendirilmesi–Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

Hastaneye yatışı yapılan her hastanın ağrı değerlendirilmesi yapılır.

- Ağrı değerlendirme ölçeği hastanın durumuna göre “**Nütrisyon Skala, Yüz Skalası, Davranışsal Skala Ve Yenidoğan Cries Skala, Flacc Skala**” ölçekleri kullanılır. Hastanın ağrısı yok ise durum değişikliklerinde, girişimsel işlem ve ameliyat sonrasında yeniden değerlendirilir. Ağrısı olmayan hastaların ağrı takibi 24 saat ara ile yapılarak kayıt altına alınır. Ağrısı olan hastalar “**Ağrı Takibi-Hasta Bakım Plan Formu**” ile ağrı düzeyine göre farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler doğrultusunda bakımı uygulanır.
- Hastaneye başvuran her hastanın ağrı değerlendirilmesi;

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>14 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Hasta kabulünde,
- Hasta başka bir bölüme transfer edildiğinde,
- Ağrı şiddeti ve bölgesinde değişiklik olduğunda,
- Analjezik uygulamasından uygun bir zaman sonra,
- ✓ Oral ilaç, rectal : 1 saat sonra ♣
- ✓ İntravenöz İlaç : 15 dakika sonra ♣
- ✓ İntramuskuler İlaç: 45 dakika sonra ♣
- ✓ Supkutan İlaç: 30 dakika sonra ♣
- Ağrılı işlemlerden sonra,
- Post-op birinci gün 2-4 saat aralıklarla ölçülür ve değerlendirilir.
- Ağrı takibinde tespit edilen bulgular ve gerçekleştirilen tüm uygulamalar “**Ağrı Takibi-Hasta Bakım Plan Formu**”na kaydedilir ve izlenir.

Hasta Bakımında Kullanılan Katater Ve Tüpler:

- Hasta bakımında kullanılan katater ve tüplerin güvenli ve doğru kullanımı, takibi ve bakımı ile ilgili kurallar tanımlanmıştır.
- **Periferik venöz kataterler** en az 8 saat ara ile değerlendirilir. İnfiltrasyon, ektravazasyon ve flebit belirtileri açısından izlenir, bakımı yapılır, kayıt altına alınır. BKNZ. “**Periferik Venöz Katater Uygulama Ve Bakım Talimatı**”.
- **Arteriyel, epidural, santral venöz kataterler**; riskli katater olarak tanımlanmıştır. Komplikasyonlar (hemoraji, enfeksiyon, emboli vb.) açısından 4-8 saat ara ile değerlendirilir.
- Riskli kataterlerin bakımı 24 saat ara ile yapılır ve kayıt altına alınır. Bkz. “**Hasta Bakımında Kullanılan Katater Ve Tüplerin Güvenli Kullanımı Prosedürü**”, “**Santral Venöz Katater Uygulama ve Bakım Talimatı**”.
- **Nazogastrik katater** :sadece endikasyon olması durumunda takılmalıdır ve endikasyon ortadan kalkar kalkmaz çıkarılmalıdır. Belirli aralıklarla (8 saat ara ile) değerlendirilir ve içerik gözlemleri (hastanın ilk idrar yaptığı saat, idrar miktarı ve görünümü açısından) kayıt altına alınır. Her kullanım öncesi ve sonrası bakım (lavaj) yapılır. Ekolarak günde 3 kez ağız ve burun bakımı yapılır. Bkz. “**Nazogastrik Sonda Uygulama Ve Bakım Talimatı**”.
- **Üriner katater**: sadece endikasyon olması durumunda takılmalıdır ve endikasyon ortadan kalkar kalkmaz kateter çıkarılmalıdır. Kateter bölgesi günde iki kez gözle görülür temizlik ve sistemik etkiler (ateş, kızarıklık, sıkışma, ağrı, kaşıntı, subrapubik duyarlılık, akıntı vb.) açısından belirli aralıklarla (8 saat ara ile) değerlendirilir ve içerik gözlemleri (hastanın ilk idrar yaptığı saat, idrar miktarı ve görünümü açısından) kayıt altına alınır. Bknz. “**Üriner Katater Uygulama Ve Bakım Talimatı**”.
- Hastanemizde Üriner Katater İlişkili Enfeksiyon Hızı surveyansı yapılarak EKK tarafından değerlendirilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>15 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Klinik dışı personel, hastalar ve ailelerin söz konusu cihazlarla ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında "**Hasta Bakımında Kullanılan Katater Ve Tüplerin Güvenli Kullanımı Prosedürü**" ile bilgilendirilmesi yapılır.

- Hastalara uygulanan yüksek riskli kataterlere (arteriyal, santral venöz katater, intratrakeal) **kırmızı** uyarıcı etiket.
- Komplikasyon gelişmemiş ve düşük riskli kataterlere (periferik venöz katater, üriner, nazal ve oral) ise **mavi** etiket ile uyarıcı işaretlemeler yapılır.

Hasta Bakımı Fiziksel Bakım Uygulamaları: Özbakımını yapamayan yatağa bağımlı hastaların fiziksel bakımını sağlamak için.

- Ağız (mukozit değerlendirmesi), göz, ayak, baş ve tüm vücut bakımı belirlenmiş belirli aralıklarla ilgili talimatlara uygun olarak yapılır ve kayıt altına alınır.

- Özel bakım gerektiren diyabeti hastalara "**Diyabetik Hasta Bakım Talimatı**" na uygun bakım verilir.

Yanık Tedavi Hizmetleri:

- Yanıklı hastanın bakımında yanık derecesine göre belirlenen standart yöntem doğrultusunda hastaların tüm tıbbi ve psikolojik destek, bakım, tedavi ve sevk sürecini "**Yanıklı Hasta Bakım Prosedürü**" doğrultusunda yönetmektir.
- Hastanemize başvuran hastalara ilk müdahale yapılarak yanık derecelendirilmesi tanımlanır. Hafif ve orta düzey yanıklar ayakta veya yatarak bakıma alınır.
- 3 ve üzeri majör yanıklar yanık merkezine sevk edilir.

Özellikli Hasta Grubu Bakımı: Terminal Dönem Hastaların bakımı ilgili hekim ve hemşire tarafından

"**Özellikli Hasta Grubundaki Mevcut Hastaların Bakım Talimatı**" na uygun olarak yapılır.

- Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemleri çözülmesi. Hastanın yaşam kalitesinin artırılması fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için hastanın "**Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yönlendirilmesi prosedürü**" ne uygun olarak sevkini sağlar.
- Hastanın manevi, dini ve kültürel ihtiyaçları doğrultusunda gerekirse din görevlilerinden ve psikologlardan yardım alınır.
- Hastanemizde din görevlileri ile yıllık protokoller imzalanmıştır.
- Exitus durumunda "**Ex Hazırlama Talimatı**" na uygun olarak bakım sonlandırılır.
- Cenaze ve yakınının **bakım yönetimi** "**Yaşam Sonu Bakım Hizmetleri Prosedürü**" ne uygun olarak gerçekleştirilir.

Kısıtlamaya Alınacak Hastanın Değerlendirilmesi –Bakımın Planlanması ve Uygulama:

- Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar tedavi ve bakım sürecinde yapılan gözlem ve değerlendirmelerle belirlenir.
- Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilir ve tedavi planına yazılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>16 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Hasta ve hasta yakınının onayı alınarak her aşamada bilgilendirilir.
- Planda kısıtlama başlama ve sonlandırma zamanı ve kontrol aralıkları belirtilir.
- Hekim tarafından order edilen kısıtlama, hemşire tarafından takip edilir ve kısıtlama kontrolleri “**Kısıtlama Altındaki Hasta İzlemi ve Hemşirelik Bakım Planı**” ile kayıt altına alınır.
- Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir hekim tarafından gözden geçirilir.
- Yatan hastaların kısıtlanmasına yönelik takip ve bakım uygulamaları “**Hasta Kısıtlama Talimatı**” doğrultusunda “**Kısıtlama Altındaki Hasta İzlemi ve Hemşirelik Bakım Planı**”na göre yapılır. “**Hasta Kısıtlama Talimatı**” kapsamında ilaçla kısıtlama ile ilgili asgari kurallar ve fiziksel kısıtlama ile ilgili kurallar net bir şekilde belirlenmiştir.

Kan Ve Kan Ürünlerinin Transfüzyon Sürecinin Yönetimi:

- Hasta bakım sürecinde kan ve kan ürünleri transfüzyon endikasyonu doktor tarafından konulur ve kan ve kan ürünü istemi hekim tarafından yapılır.
- İstem formunda;** hastanın kimlik bilgileri, istek tarihi, Planlanan Transfüzyon Tarihi –Saati, Planlanan Veriliş Süresi, Ön Tanı, kan grubu, tranfüzyon endikasyonu, kan ve kan ürünü türü ve miktarı, Hazırlanacak olan kan veya kan ürününün kan grubu, ek işlem istemi, eski kayıt bilgileri, hastanın geçmiş tranfüzyon öyküsü belirtilir.
- Hekim hasta tabelasında planlanan veriliş süresini mutlaka belirtir.
- Kan ürününün merkezden çıkış saati ve hastaya takılış saati kayıt altına alınır.

Transfüzyon Uygulama Öncesi:

- Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanır. “**Kan Ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Kontrol Ve İzlem Formu**” ile kayıt altına alınır.

Transfüzyon İzlem:

- Transfüzyonun ilk 15 dakikası hasta hemşire tarafından olası reaksiyon bulguları açısından gözlemlenir.
- Transfüzyondan önce ve transfüzyon süresince ilk 1 saat 15 dakika ara ile sonrasında ki tranfüzyon 30 dakika ara ile transfüzyondan sonra ki ilk 4 saat 1 saat ara ile vital semptomlar izlenir ve olası reaksiyonlar gözlemlenir.
- Kan ve kan ürünlerinin uygulaması “**Transfüzyon Süreci Uygulama Prosedürü**” doğrultusunda yapılır.
- Hastada Reaksiyon gelişmesi durumunda derhal tranfüzyon sonlandırılır “**Transfüzyon İle İlişkili Şüpheli İstenmeyen Reaksiyon Formu**” ile “**Hemovijilans Prosedürü**” doğrultusunda hareket edilir.

Hastaların Enfeksiyon Kontrolü ve İzolasyonunun Sağlanması:

- Hasta bakımında enfeksiyonların önlenmesi “**Enfeksiyonların Önlenmesi ve Standart Önlemler Prosedürü**” doğrultusunda uygulanır.
- Her hastanın kan ve vücut çıktıkları enfekte kabul edilerek “**Sağlık Hizmeti Sunumunda Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı Talimatı**” doğrultusunda bakım hizmetleri verilir

- Hasta bakımı uygulamalarında “**El Hijyeni Gereksinimi ve Talimatı**”, “**Eldiven Kullanımı ve Gereksinimi**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>17 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Talimatına uygun olarak çalışılır.

- Sağlık çalışanlarının el hijyenine uyum oranları **enfeksiyon kontrol hemşiresi** tarafından takip edilerek gözlem ve eğitimlerle bakım süreci izlenir ve el hijyeni sürveyansı EKK tarafından takip edilir.
- Hastanın kliniğe ilk kabulünde enfeksiyon varlığı değerlendirilir.
- Enfekte ve kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri alınır. Kliniklerde yatan enfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmasını önlemek amacıyla uyulması gereken izolasyon kuralları, **“Bulaş Yoluna Dönük Önlemler (İzolasyon Yöntemleri) Prosedürü”** doğrultusunda yürütülür.
- İzole hastanın tanımlanmasında tespit edilen enfeksiyon ajanına göre (Solunum, damlacık, temas) izolasyon figürleri kullanılır.
- Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Antibiyotik Profilaksi Sürveyansı **“Akılcı Antibiyotik Kullanımı Ve Cerrahi Antibiyotik Profilaksi Rehberi”** doğrultusunda uygulanır.
- Hastada enfeksiyon varlığı tespitinde **“Antibiyotik Kullanım Kontrol Talimatı”** doğrultusunda hareket edilir.

Atık Yönetimi:

- Yatan hasta bölümlerinde atık ayrışım işlemi **“Atık Yönetimi Prosedürü”** ve **“Ünite İçi Atık Yönetim Planı”** na göre yapılır.
- Kesici delici atıklar-Sharp box kutularına, tıbbi atıklar turuncu tıbbi atık kutularına **“Tıbbi Atık Yönetim Prosedürü”** doğrultusunda atılarak ayrıştırılır.
- Tıbbi atıkların toplanması ve taşınması eğitimli personeller tarafından günde iki kez ve gereğinde yapılır.
- Tehlikeli atıklar, siyah kova sarı poşete atılarak ayrıştırılır.
- Geri dönüşüm atıkları için alanlarda uygun atık kutuları bulunmaktadır.
- Atıklar ünite içi atıklar günde üç kez ve gereğinde ilgili personeller tarafından toplanır ve atık depolarına transferi yapılır.

CERRAHİ HASTA BAKIM SÜRECİ

Preoperatif Bakım: Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendirilerek değerlendirilme muayane sonuçları **“Ameliyat Öncesi Anestezi Muayane ve Premedikasyon Formu”**na kayıt edilir.

değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon uygulamaları planlanır.

Hastanın cerrahi kliniğe yatırılması ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınır;

Yasal Hazırlık: Bilinci açık olmayan veya 18 yaşından küçük olan hastaların ameliyat izinleri aileleri ya da yasal temsilcileri tarafından imzalanır. Ameliyat izni hastanın kalıcı kayıtlarından biridir mutlaka her aşamada kontrol edilmelidir.

Psikolojik Hazırlık: Hastanın anksiyetesinin giderilmesi sürecine dayanır. Operasyon hakkında hastaya bilgi verilir, hazırlık sürecine dahil edilir, endişesi hakkında konuşması sağlanır, istirahat ve uyku ortamı oluşturulur.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>18 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



İlgili bakım planı kayıt altına alınır.

Fizyolojik Hazırlık: Hastanın ön değerlendirme ve tanılama süreci kayıt altına alınarak anestezi değerlendirme süreci ile birlikte cilt hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı, hekim önerisine göre hastanın tıbbi hazırlığı gerçekleştirilir.

Ameliyat öncesi; hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç hemşireler ve ilgili klinik destek elemanlarınca “**Cerrahi Uygulama Öncesi (Preop) Hasta Hazırlığı Ve Bakım Süreçleri Prosedürü**” ne uygun olarak hazırlığı ve teslimi yapılır.

Cerrahi işlem öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi yapılır. Cerrahi bölge işaretlemesi işlemi yapacak hekim tarafından, hasta ameliyathaneye götürülmeden önce, “**Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi**” doğrultusunda hastanenin belirlediği usulde ve silinmeyecek şekilde yapılır.

“**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**” ile takip edilir. “**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**” nde bulunan “Klinikten Ayrılmadan Önce Bölümü” ilgili klinik personel tarafından doldurulur.

Ameliyat Öncesi Eğitim: Ameliyat öncesi eğitim hasta ve aile üyelerini kapsar. Ameliyat sonrası süreç hakkında hastaya bilgi verilir ve eğitimi sağlanır. Başlıca;

- Soluk alma, öksürme, yatak içinde dönme egzersizleri,
- İnsizyon, pansuman yeri ve Drenler hakkında bilgi,
- Varsa protez dışın çıkarılması bilgisi ve riskler,
- Foley sonda hakkında bilgi,
- Ameliyathane ortamı / Post-op bakım ortamı hakkında bilgi,
- Ameliyat sonrası ağrı hakkında bilgi,
- Ameliyat sonrası ayağa kaldırma hakkında bilgi,
- Ameliyat sonrası beslenme hakkında bilgi verilir.

İntraoperatif Süreç: Hasta Anestezi hekimi ve teknisyenleri tarafından “**Anesteziye Hasta Kabul Ve İşleyiş Prosedürü**”ne uygun olarak kabul edilir. Hastanın kimlik bilgileri ameliyat bölgesi ve ameliyat rızası hastaya sorularak doğrulanır, taraf işaretlemesi kontrol edilir, vital semptomları, alerjisi, antibiyotik profilaksisi, DVT profilaksisi, kan şekeri kontrolü, vücut ısısı takibi, antikoagülan kullanımı, kan ve kan ürünü ihtiyacı, hastanın ameliyat pozisyonu, öngörülen ameliyat süresi, kullanılacak malzemelerin sterilizasyon güvenliği sorgulanır ve “**Güvenli Cerrahi Kontrol Formu**” ile kayıt altına alınır. “**Cerrahi Alan Enfeksiyonları Önleme Prosedürü**” uygun olarak hasta bakımı uygulanır.

Post-op Bakım: Ayılma ünitesinden taburcu oluncaya kadar geçen süreyi kapsar. “**Cerrahi Uygulama Sonrası (Postop) Bakım Süreçleri Prosedürü**” doğrultusunda hastaların cerrahi işlem sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına, ilişkin kurallar belirlenir. “**Postoperatif Dönem Hasta Bakım Planı**” ile kontroller yapılır ve her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutularak bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>19 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Aylıma Ünitesinde Bakım: Ameliyat sonrası anestezinin etkisi geçinceye ve yaşam bulguları stabil oluncaya kadar hastanın yaklaşık 30 dakika ile 2 saat kaldığı ünedir. Hastanın hava yolu açıklığı, vital bulguları, bilinç seviyesi, aktivitesi, ağrı durumu, bulantı kusma, hipotermi ve hipoglisemi riski izlenir ve gerekli bakım uygulanır. aktivite izlenerek “**Anestezi Raporu Ve Post-Op Hasta İzlem Formu**” kayıt altına alınır. Hastanın takibi **Aldarate Skoru ile** kayıt altına alınır. Skor Dokuz puana ulaştığında kliniğe transferi gerçekleştirilir.

Klinikte Bakım: Hasta yatağı ve odası hasta için hazırlanır. Vital bulgu takibi için monitör, acil müdahale arabası, oksijen ve aspirasyon sistemi, hasta ısıtma sistemi hazır hale getirilerek hasta bakımı başlatılır. Hastaya uygun pozisyon verilir.

- Vital bulguları ilk 1 saat 15 dakika ara ile sonraki 1 saat 30 dakika, daha sonra stabil oluncaya kadar izlenir. Gereğinde hekim önerisi ile oksijen tedavisi ve aspirasyon işlemi uygulanır.
- Hasta hipotermi riski açısından gözlemlenir ve gereğinde hipotermi **Hemşirelik Bakım Planı** açılır.
- Hasta hipoglisemi açısından gözlemlenir ve gereğinde hipoglisemi **Hemşirelik Bakım Planı** açılır.
- Hastanın tüm risk değerlendirmeleri yeniden yapılarak (Ağrı, bilinç, düşme, ödem vb.) değerlendirme sonucunda hekim, hemşire ve diğer sağlık disiplinleri ile bakım planı oluşturulur.

Post-Op Hasta Bakımı Hedefleri: Kardiyovasküler, solunum sistemi, üriner fonksiyonu sürdürmek, yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak, sıvı-elektrolit dengesini sürdürmek, istirahati, yara iyileşmesini ve hareketi sağlamak, psikolojik destek ve komplikasyonları önlemek olarak tanımlanır.

Ameliyathane Dışında Yapılan Sedasyon Uygulamaları: Amacımız hastanın korku hissini gidermek, ağrı eşliğini yükseltmek, istenmeyen refleksleri önlemek, pisişik stresi minumuma indirmek ve kolay bir müdahale ortamı sağlamaktır. Hastanemizde ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamaları “**Ameliyathane Dışı Sedasyon Ve Analjezi Uygulamaları Prosedürü**” kapsamınca yürütülmekte olup “**Ameliyathane Dışı Analjezi/Sedasyon Uygulamaları İzlem Formu**” ile kayıt altına alınır.

BAKIM SÜRECİNDE HASTANIN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Hasta Kimliğinin Doğrulanması: Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde hasta kimliği doğrulanır. “**Hasta Kimliğinin Tanımlanması ve Doğrulanması Prosedürü**” ne uygun olarak hastanın ilk başvurusunda kimlik bilgileri ve demografik bilgileri tanımlanarak sisteme aktarılır. Kimlik bilgileri protokol sırası ile birlikte barkodlanarak tüm süreçlerde ve kimliklendirme bileklikleri kullanılır.

Hasta Kimliğinin Doğrulanma Yöntemi: hastanın kimlik bilekliğinden dosyasından/formundan hastaveya hasta yakınının beyanından karşılaştırılarak doğrulama gerçekleştirilir.

- Hastanın birime ilk kabulünde
- Ameliyathane tesliminden önce ve sonra

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>20 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Girişimsel işlemlerden önce,
- İlaç uygulamalarından önce,
- Kan ve kan ürünü transfüzyonundan önce,
- Hastanın transferinden önce,
- Hasta bilgilendirme ve rızasının alınmasından

önce, Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.

6.9.5. Renkli Uyarı Bilekliklerinin Kullanımı: Amacımız yatan veya ayakta bakım işlemleri gerektiren hastaların kimlik bilgilerini tanımlayarak tüm aşamalarda doğru hastaya doğru işlemlerin uygulanmasını sağlamaktır. Hastadan ya da hastanın bilinci açık değil ise birinci derece yakınından alınan bilgiler doğrultusunda oluşturulan barkod hasta kimlik bilekliğine yapıştırılır ve bileklik hastanın koluna takılır. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkodlu kimlik bilekliğinde;

- Protokol numarası/Hasta kodu
- Hasta Adı-Soyadı
- Doğum Tarihi (Gün, ay, yıl)
- Cinsiyeti
- TC numarası bulunur.

Hasta yatışlarında klinik hemşiresi tarafından hastanın kimlik ve tıbbi uyarı bilgilerini tanımlayan renkli bileklikler kullanılır. Renkli bileklik uygulamasında;

- Normal hastalar için **BEYAZ** renkli kimlik bilekliği,
- İsmi ve soy ismi aynı olan hastaların varlığında **GRİ** bilekliği,
- Alerjik hastalar için, ön değerlendirmeden sonra **KIRMIZI** renkli kimlik bilekliği,
- Düşme riski yüksek hastalarda **YEŞİL** renkli bilekliği,
- Tıbbi işlem (Katater vs.) uygulanmayacak uzuv için **MOR** bilekliği,
- Bulaşıcı hastalık varlığında (Hepatit, AIDS vs.) **TURUNCU** bilekliği,
- Doğum sonrasında erkek bebeklere **MAVİ** renkli kimlik bilekliği,
- Doğum sonrasında kız bebeklere **PEMBE** renkli kimlik bilekliği,
- Zor hava yolu olan hastalarda **LACİVERT** renkli kimlik bilekliği kullanılır.

• Hasta Kabul Formu bölüm sekreteri tarafından kabul edilerek hasta dosyası hazırlanır. Hasta dosyası hasta bakım kayıtlarının günlük olarak tutulduğu formlardan oluşur. Klinik sekreteri tarafından “**Hasta Dosyasının Hazırlanması Kullanımı ve Muhafazası Talimatı**” na göre hazırlanır.

Hemşire hasta/hasta yakınının bölüm uyum eğitimini verir. “**Hasta Odası Tanılama ve Bölüm Uyum Eğitimi Formu**” na kaydeder.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>21 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Hasta Mahremiyetinin Sağlanması: Hasta bakım süreçlerinde hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetinin korumak üzere belirlenmiş kurallara uyulur. “**Hasta Mahremiyetini Sağlama Prosedürü**” doğrultusunda;

➤ **Fiziksel Mahremiyet:** Bireyin vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları ve evi, iş yeri gibi fiziksel alanları üzerindeki kontrolünü, yani kişisel egemenlik alanını kapsar. Hastanın Sosyokültürel ve dini ihtiyaçları gözetilerek mahremiyeti sağlanır. Muayane odalarında kilit ve paravan kullanılır. Transfer esnasında hasta örtüleri kullanılır. Hastanın bulunduğu ortamdaki sağlık çalışanı sayısı minimize edilir ve hastanın onayı alınır.

➤ **Bilgi Mahremiyeti:** Bireyin kişisel bilgilerine başkaları tarafından ulaşılma durumunun kontrol edebilmesidir. Bireyin kendisiyle ilgili bilgileri nasıl, ne zaman ve ne ölçüde açığa vurabileceğine karar verme hakkı olarak tanımlanmaktadır. Hasta kayıt kabul biriminde yatan hastanın bilgilerinin paylaşılacağı (tıbbi ve kişisel bilgiler) şahısların ismi ve imzası alınarak kayıt edilir. Bilgi gizliliği ve ziyaret yasağı gerektiren durumlar sorgulanır ve kayıt altına alınır. Hastanın tıbbi bilgileri kendisi ve yasal temsilcisi dışında üçüncü şahıslarla paylaşılmaz.

Psikolojik Mahremiyet: Bireyin değerleri, inançları ve onu etkileyen diğer konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını, hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkını kapsar.

➤ **Sosyal Mahremiyet:** Bireyin, sosyal ilişkilerinin yönetimi, yani ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimine ilişkin kontrolünün olmasıdır.

Hasta Rızasının Alınması:

- Tanı, tedavi ve bakım sürecinde başvuru yöntemleri (cerrahi, girişimsel işlem, kan transfüzyonu, organ nakli vs.) riskleri, yararları ile alternatifleri ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulaması, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanır.
- Hasta tarafından hiçbir tereddüte yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin/ uygulamanın hasta tarafından gönüllülükle kabulü olarak tanımlanır ve kayıt altına alınır.
- 18 yaş üstü hastaların kendisinden, 18 yaş altı hastaların ve/veya yasal vasi tayin edilmiş hastaların vasilerinden onay alınır.
- Tıbbi tedavi ve bakımı veya uygulamayı kabul etmeyen hastaya, alternatif tedavi sağlanamıyor veya sağlanan alternatif yöntemleri kabul etmiyorsa, **Tedavi Ret Tutanağı** imzalatılır.
- Engelli hastaların engeline dönük yöntemlerle bilgilendirme yapılır.
- Hastanın rızasının alınması “**Hasta ve / veya Hasta Yakını Bilgilendirme Ve Rıza Alma Prosedürü**” ne uygun olarak gerçekleştirilir.

Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller:

- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.
- Tıbbi müdahalenin, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>22 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret halinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.
 - Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir.
- Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur

Güvenli Çevreyi Sağlama ve Gereksinimler: Bireyin yaşam aktivitelerini sağlıklı bir biçimde yerine getirdiği ve güven duygusu hissettiği ortam olarak tanımlanır.

Hasta için güvenli ortamın sağlanmasında temel ilkelerimiz:

- Hasta odaları uygun ışıklandırma ve iklimlendirme, hemşire çağrı cihazları, engelli wc ve hasta odaları, duvar tutamakları, hastanın tahliye yöntemlerinin belirlenmesi, acil çıkış yollarının belirlenmesi güvenli transfer ekipmanları vb. ile güvenli çevre ortamı oluşturulur.
- Güvenli çevre ortamı oluşturma yöntemleri;
 - Sosyal kültürel ve dini gereksinimlerinin giderilmesi,
 - Cihaz güvenliğinin sağlanması,
 - Tesis güvenliği ortamının oluşturulması,
 - Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
 - Hasta kimliğinin doğrulanması,
 - Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması,
 - İlaç güvenliğinin sağlanması,
 - Kurumlardaki hasta güvenliği ile ilgili alarm sistemlerinin iyileştirilmesi,
 - Sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların önlenmesi,
 - Hasta güvenliği ile ilgili risklerin tanımlanması ve önlenmesi (Düşme, İntihar)
 - Yanlış cerrahi girişimlerin önlenmesidir.

Hasta Bakımında İlaç Güvenliğinin Sağlanması:

- Hekimin tedavi planında belirttiği ilaçların eczaneden istemi HBYS üzerinden hasta adına yapılır.
- Uygulama alanlarında ışıktan korunması gereken ilaçların listesi, soğuk zincir gerektiren ilaçların listesi, pediatrik ilaç doz listeleri, yüksek riskli ilaç listesi, ilaç-ilaç etkileşimi listesi, ilaç-besin etkileşim listesi bulundurulur.
- Eczaneden ilaçlar hasta adına tek kullanımlık poşetler içerisinde; hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>23 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



tam adı ve dozu, miktarı, miyad tarihi bilgilerini içeren etiket yapıştırılarak kapalı taşıma çantaları ile gönderilir.

- Eczaneden hasta adına kapalı paketlerde günlük olarak gönderilen ilaçlar hasta için ayrılmış dolaplarda muhafaza edilir.
- Hastalara uygulanan ilaçlardan artan kısmi dozlar hemşire tarafından “**Kısmi Doz İlaç İmha Formu**” ile eczane birimine teslim edilir.
- Plan değişikliği durumunda kullanılmayan ilaçlar “**Kurum İçi İlaç İade Formu**” ile hasta adına eczaneye iade edilir.

➤ İlaçların temini,

➤ Muhafazası ve saklama koşulları,

➤ Uygulanması

➤ Uygulama sonrası etkinliğinin izlenmesi, “**İlaçların Güvenli Yönetimi Prosedürü**” ve “**İlaç Uygulama Prosedürü**” ne göre sağlanır.

- Bildirimi yapılan advers etkiler (istenmeyen etki) “**Hemovijilans Sorumlusu**” tarafından TÜFAM’a bildirilir.

Yüksek Riskli İlaçlar: Minimal dozlarla uygulanabilen etkinliği yüksek ilaçlar eczane tarafından kırmızı etiket ile teslim edilir, uygulama aşamasında hasta monitörize edilerek yoğun gözlem altına alınır.

- Uygulama süresinde hastanın vital bulguları kayıt altına alınır acil müdahale seti hazır bulundurulur.

Narkotik Ve Psikotrop İlaçlar:

- Kliniklerde narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli dolaplarda ve yetkili sağlık personelinin erişiminde muhafaza edilir. Klinikte bulundurulması gereken narkotik ilaçların stok seviyeleri belirlenmiştir. İşleyiş “**Narkotik İlaç Yönetimi Ve Muhafazası Prosedürü**” ne göre uygulanır.

- Order edilen narkotik, psikotrop ilaçlar “**Narkotik İlaç İstem Formu**” na kaydedilir, istemi yapan hekim ve hemşire tarafından imzalanır. Uygulanan narkotik, psikotrop ilaçlar “**Narkotik İlaç Takip Defteri**” ne kime, hangi ilaç, hangi dozda yapıldığı, kim tarafından istem yapıldığı, kim tarafından uygulandığı kaydedilir. İmha edilen doz olursa, miktarı yazılır, iki sağlık çalışanı ve hekim formu imzalar ve “**Narkotik İlaç İmha Fişi**” veezcacı onayı ile imha edilir.

- Her gün bir önceki gün kullanılan narkotiklerin boş ampul ve tabletleri “**Narkotik İlaç İstek Formu**” ile Eczacıya teslim edilerek, yenileri alınır.

- Her nöbet değişiminde Narkotik ve psikotrop ilaçlar kontrol edilir, sayılır, “**Narkotik İlaç Takip Defteri**” ile imzalanarak devredilir.

Hastanın Yanında Getirdiği İlaçlar: Hastanın servise kabulünde hemşire tarafında yanında getirdiği ilaçlar sorgulanır ve hastadan teslim alınır.

- Kullanımı doktor tarafından yazılmış ve miat - fiziksel durum açısından onaylanmış olan ilaçlar hemşire tarafından “**Hastanın Yanında Getirdiği Ve Serviste Kullanılacak İlaçlar Listesi**” ile hastadan imza karşılığı teslim alınır. Hasta adı, soyadı, oda no, tarih, saat, ilaç ismi ve adeti forma kaydedilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>24 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Hastadan teslim alınan ilaçların miad kontrolü yapılır.
- Bu ilaçlar diğer ilaçlarla ve hasta ilaçları ile karışmayacak şekilde ilaç üzerine hasta ismi yazılarak veya özel bir pakete konularak karışmayacak şekilde uygun koşullarda (ısı, ışık vb.) muhafaza edilir.
- Hastanın tedavisi süresinde kullanılmayanlar aynı form ile hasta yakınlarına teslim edilir.
- Son kullanma tarihi geçmiş olan hasta ilaçları için hasta bilgilendirilir, hastanın da onayı alındıktan sonra imha için eczaneye gönderilir.
- **6.9.10. Sözel Order:** Hekimin o an için hasta ziyaretini gerçekleştiremediği fakat hastasını hemşire aracılığı ile takip edebildiği (ameliyat esnasında, akşam veya gece kurumda bulunmadığı acil süreçlerde steril olduğu durumlarda) sözel istemler uygulanabilir. Sözel istemler “**Sözel Veya Telefon İle Yapılan Hekim Talimat Formu**” ile talimatı alan hemşire tarafından kayıt edilir ve 24 saat içerisinde hekim tarafından hasta tabelasına yazılır. Sözel istem ilkeleri “**Sözel Ve/Veya Telefonla Order Alma Talimatı**”na uygun olarak gerçekleştirilir.
Hasta bakımında acil müdahale: Bakım sürecinde hastada gelişebilecek kardiyak arrest riski durumunda **Mavi Kod (2222)** süreci uygulanır. “**Mavi Kod Talimatı**”na uygun olarak hareket edilir. Ekip lideri hekim olarak tanımlanmış olup, mesai içi ve mesai dışı CPR müdahaleleri uygulanır ve kayıt altına alınır.
 - Ayrıca tüm yatan hasta alanlarında acil müdahale seti (crash card) bulundurulur.
 - Acil müdahale setinde temel yaşam desteği için Defibrilatör ve CPR ilaçları bulundurularak hekim ve hemşire tarafından temel yaşam desteği ileri yaşam desteği algoritmaları doğrultusunda müdahale edilir.
 - Acil durum sona erdikten sonra “**Mavi Kod Olay Bildirim Formu**” bildirim yapılır ve Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşma sürveyansı yapılarak Hasta Güvenliği Komitesi tarafından değerlendirilir.**Hastaların Sağlık Çalışanları Arasında Güvenli Devri:** Her shift değişiminde; hekim-hekim, hemşire-hemşire, hekim- hemşire arasında “**Nöbet Değişim Ve Hasta Devri Talimatı**” na uygun olarak yapılır.
- Hasta devri önce bankoda hasta dosyası üzerinden, sonra hasta yatak başında hastanın son bakım bilgileri devredilerek yapılır.
 - Hasta Devrinde;
 - Hastanın yaşı, cinsiyeti
 - yatış öyküsü, tanısına özel tüm tıbbi bilgileri,
 - günlük takip sonuçları,
 - risk değerlendirme skorları ,
 - tetkik ve görüntüleme sonuçları veya terminleri
 - beslenme vedyet durum
 - devam etmekte olan ilaç uygulamaları,
 - devam eden hemşirelik Bakımları ,
 - hekim orderı ve bakım talimatları,devredilir.

Nöbet Değişimi: Servis nöbet değişimlerinde servisin mevcut durumu nöbet teslim defteri ile kayıt altına alınır ve

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>25 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



bir sonraki shift nöbetçilerine teslim edilir.

- Yatan hasta sayısı, servise yeni kabul edilen hasta sayısı, ex veya sevk edilen hasta sayısı kayıt edilerek devredilir.
- Dolu/boş, temiz/kirli odalar kayıt edilerek devredilir.
- Steril malzemelerin durumu ağızalı cihaz/malzemelerin durumu kayıt edilerek devredilir.
- Narkotik ilaç kullanımı, acil müdahale seti kullanımı kayıt edilerek devredilir.
- Yaşanılan istenmeyen olay (GRS) bildirimini kayıt edilerek devredilir.
- Yaşanılan acil kod uyarıları kayıt edilerek devredilir

Sağlık Çalışanları Ve Hasta/ Hasta Yakınları İle İletişim:

- Sağlık hizmet sunucuları hastanın kabulünde, shift değişimlerinde ilaç uygulamalarından önce, bakım uygulamalarından önce, kan tranfüzyonu, ameliyat ve girişimsel işlemlerden önce, görüntüleme işlemlerinden önce, tetkik amaçlı numune alım işlemlerinden önce, transfer işlemlerinden önce kendini tanıtmalı ve hastanın kimliğini doğrulayıp yapılacak işlemi anlatmalıdır.
- Olumlu bir iletişim ortamı oluşturmak için uygun ses tonu uygun beden dili ve mesleki terimlerden uzak hasta ve yakının anlayabileceği sözcük seçimi kullanarak iletişim kurmaya özen gösterir.
- Yılda bir kez ve gereğinde sağlık çalışanlarına “İletişim Becerileri Eğitimi” verilir.

HASTANIN BAKIM SÜRECİNE KATILIMININ SAĞLANMASI

- Tanı tedavi ve taburculuk sonrası süreçlerde tüm karar aşamalarında hasta ve yakınlarının katılımı sağlanır. Katılımın sağlanması yapılacak işlem hakkında hastanın bilgilendirilmesi-rızasının alınması uygulamalar da sosyo kültürel özelliği nedeni ile özel gereksinimlerinin tespit edilmesi hastanın manevi değerleri ile uyum içerisinde sürecin yürütülmesi sağlanır.
- Hastanın sosyal kültürel ve dini ihtiyaçları **Hasta ön değerlendirme ve tanılama formunda** sorgulanarak kayıt altına alınır.
- Hasta kabul sürecinde hastanın kişisel ve tıbbi bilgilerinin paylaşacağı kişiler ve yasal temsilcisi “**Hasta Kabul Formu**” üzerinden kayıt altına alınır.
- Hastanın bilgi ve ziyaret gizliliği talep ettiği kişiler sorgulanarak hasta kabul formu üzerinden kayıt altına alınır.
- Yatan hastada; hastanın bakım sürecine katılımını, bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik Bakım uygulamalarının seyri ve gerektiğinde bakım değişiklikleri konusunda hastanın hekimi tarafından; hasta/hasta yakınına bilgi verilir ve onayı alınır. Hasta ve yakınının süreç içerisinde katılımını gerektiren konularda eğitim verilir.
- Hasta/hasta yakınına, hastanın genel durumu, yapılan tetkik, muayene ve işlemleri yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale(kan alma, elektro kardiografi, tansiyon ölçümü vb.) hakkında hekimi tarafından bilgi verilir ve onayı alınır. BKNZ. “**Hasta Ve/Veya Hasta Yakını Bilgilendirme Ve Rıza Alma Prosedürü**”

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>26 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Bakım sürecine katılmak istemeyen veya tedaviyi red eden hasta ve hasta yakınları için “**Tetkik Tedavi Red Tutanağı**” düzenlenerek kayıt altına alınır.
- **Hemşiresi tarafından;** hasta ve hasta yakınına el hijyeni, enfeksiyonların önlenmesi, beslenme, oral hijyen, protez kullanımı, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar ve konular anlatılarak, hasta/hasta yakınının katılımı sağlanır.
- **Ayaktan hasta ve acil servis hastası;** hastanın hekimi tarafından; genel durumu, yapılan tetkik, muayene ve işlemler sonucunda sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilir ve onayı alınır.
- **Tedavi süreci ve hastalığın seyri** hakkında hastanın hekimi tarafından reçete edilen ilaçlar ve tıbbi öneriler varsa tekrar kontrol zamanı hakkında sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilerek hasta/hasta yakınının tedavi sürecine uyumu sağlanır.
- **Yapılan tetkik ve işlemler sonrasında** sonuçların alınma süreleri ile ilgili hasta/hasta yakını bilgilendirilerek tekrar hekiminin yanına gelme süresi hakkında da bilgi hekim tarafından verilir.
- Sonuçları ile birlikte tekrar hekimine başvuran hasta/hasta yakınının planlanan işlemler hakkında hekimi tarafından anlaşılabilir ve sade bir dille bilgilendirilir.

HASTA/HASTA YAKINI EĞİTİMLERİ

- Hastane çalışanları, hasta ve hasta yakınına kendini tanıtır, olumlu bir iletişim ortamı oluşturmak amacıyla, uygun ses tonu, uygun beden dili, mesleki terimlerden uzak uygun sözcük seçimi ile anlaşılır bir konuşma dili kullanmaya özen gösterir.

Hasta Ve Yakınının Bölüm Uyum Eğitimi:

- Hemşire hasta/hasta yakınının bölüm uyum eğitimini verir. “**Hasta Odası Tanılama ve Bölüm Uyum Eğitimi Formu**” na kaydeder.
- Hasta yatağı ve eşyaların kullanımı,
- Kahvaltı, yemek ve ara öğün saatleri,
- Hasta hakları ve sorumlulukları,
- Ziyaret saatleri ve kuralları,
- Hasta yakınının uyması gereken kurallar,
- Hekim vizitleri,
- Hemşire çağrı sistemi kullanımı,
- Kol bandı ve kimlik doğrulama,

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>27 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Bölüm çalışanlarına erişim,
- Tuvalet-banyo kullanımı,
- Acil çıkışlar ve tahliye planı,
- Klima kullanımı,
- Telefon kullanımı,
- Asansör kullanımı,
- Yapılacak tedavi / girişim / işlem ile ilgili ön bilgi,
- Düşmelerin önlenmesi,
- Hasta yakını ve refakatçi için hazırlanan “**Hasta Rehberi**” hasta ve yakınına verilir.
- Hemşire hasta/hasta yakınının bölüm uyum eğitimini verir. “**Hasta Odası Tanılama ve Bölüm Uyum Eğitimi Formu**” na kaydeder.

Bakım Takip ve Tedavi Süresince: Her Vizit ve Gözlem Sonrasında;

- Hastalığın seyri,
- Ameliyat ve girişimsel işlemler,
- Bakım uygulamaları,
- Katater uygulamaları ve
- Değerlendirme ve takip sonuçlarından önce ve sonra hasta bilgilendirilir ve eğitilir.
- Ek olarak;
- Hasta hakları ve sorumlulukları,
- El hijyeni,
- Akılcı ilaç kullanımı,
- Sigaranın zararları
- Enfeksiyonlardan korunma
- Enfeksiyon varlığında izolasyon önlemleri ve Koruyucu ekipman kullanımı
- Renkli bileklik kullanımı
- Tetkik ve görüntüleme, tetkik amaçlı numune süreci konusunda bilgilendirme eğitimi verilir.

Hasta ve Hasta Yakını Taburculuk Eğitimi: Hekim tarafından taburculuk kararı verilen hastanın taburculuk süreci “**Hasta Taburculuk Eğitimi**” ile başlar.

- Hastanın mevcut yaşam koşulları, bakımına yardımcı olacak kişinin varlığı, tedavisi hakkında bilgisi göz önünde bulundurularak:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>28 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- ✓ Hastanın diyeti,
- ✓ Aktivite egzersiz,
- ✓ Cinsel yaşam,
- ✓ Ağrı yönetimi,
- ✓ Yara bakımı,
- ✓ Kullanacağı tıbbi araç ve gereçler,
- ✓ El hijyeni,
- ✓ Banyo,
- ✓ Dikkat edeceği hususlar,
- ✓ Olası sorun belirtileri,
- ✓ Sağlık kurumuna başvurması gereken durumlar,
- ✓ Reçete edilen ilaçların kullanımı,
- ✓ Danışılacak isim-adres-telefon konularında eğitim verilir.
- ✓ Verilen eğitimler hasta ve/veya yakını tarafından imza ile kayıt altına alınır. Hastanın aldığı eğitimler yazılı olarak broşür ve/veya formlar ile desteklenir.
- ✓ Taburculuk sonrası hekim tarafından tedavi ve bakım sürecini içeren **Epikriz Raporu** verilir.

Güvenli Hasta Transferi:

- Hastaların güvenli transferine yönelik yazılı düzenleme ve uygulamalar hastanın “**Güvenli Hasta Transferi Prosedürü**” ne uygun olarak yapılır.

Hastanın Kurum İçi Transferi:

- Hastaların bölümlere transferi sedye ile, tekerlekli sandalye ile “**Bölümler Arası Hasta Nakil Teslim Formu**” ile tüm tedavi ve bakım süreçleri kayıt altına alınarak teslim edilir.
- Özellikle hastaların transferi yenidoğan, yoğun bakım ve ameliyathane transferi sürecinde transferde kullanılacak araç ve ekipmanların uygunluğu ve kullanımı, transferde yer alacak çalışanın tanımlanması “**Bölümler Arası Hasta Transferi Talimatı**” ve “**Bölümler Arası Güvenli Hasta Devri Talimatı**” doğrultusunda uygulanır.

Hastanın Kurum Dışı Sevki:

- Sevkine karar verilen hasta transfer kriterleri açısından değerlendirilir, kriterlerden herhangi biri sağlanmıyorsa hasta diğer bir kuruma transfer edilemez.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>29 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Hastanın primer hekimi sevk edilecek kurumun hekimi ile görüşerek durum konsültasyonu yapılır ve transfer öncesinde sevk edilecek kurumun hazırlık yapması sağlanır.
 - Hasta hemodinami, solunumsal ve doku oksijenlenmesi yönlerinden biri ile ilgili stabilite göstermiyorsa ve aktif kanama açısından sakıncalı bulunuyor ise,
 - Transfer sırasında yeterli teknik donanım sağlanamıyor ise,
 - Gideceği kurumda hastanın bakım sürekliliği sağlanamıyor ise, hasta diğer bir kuruma transfer edilemez.
 - Hasta için ihtiyaç olan hizmet karşılanamıyor ise ve hasta transfer kriterlerine uymuyor ise bulunduğu birimde bakım ve tedavisine devam edilir. Transfer kriterlerine uygun olması beklenir.
- Yukarıda belirtilen kriterlerin dışında kalan hastalar ilgili kurumlara transfer edilebilir.
- **Yeni doğan transferi** tam donanımlı transport kuvöz ile gerçekleştirilir
- Yeni doğanın tıbbi öyküsü ve mevcut durumu, vital bulguları, yapılan girişim ve ilaç uygulamaları, transfer nedeni, transfer şekli, sevk edilecek merkezin ismi “**Ek-7 yeni doğan nakil ve sevk formu**” ile kayıt altına alınır.
- Yetişkin hastaların transferi; tam donanımlı ambulans ile 112 Acil Komuta Merkezi aracılığı ile yapılır.
- Hastanın, tıbbi öyküsü ve mevcut durumu, vital bulguları, yapılan girişim ve ilaç uygulamaları, ventilasyon ihtiyacı, monitörizasyonu, sevk nedeni ve sevk edilecek merkezin ismi “**Ek-9 Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu**” ile kayıt altına alınır.

Hastanın Güvenli Taburculuk Süreci

- Taburculuk kararı hekim tarafından verilir.
- Hekim tarafından taburculuk özeti yazılarak hastanın dosyası kapatılır.
- Hastanın taburculuk özetinde hastanın başvuru nedeni öneli bulguları, konulan teşhis, uygulanan tedaviler, hasta taburcu olurken genel durumu, taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar, kontrol zamanı, acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları, hastanın dikkat edeceği hususlar belirtilir.
- Taburculuk özeti bir nüshası hastaya, bir nüshası da hasta dosyasına konulur, dosya yatan hasta sekreteri tarafından 30 gün içinde arşive teslim eder.
- Hemşire hastayı taburculuğa hazırlar ve taburculuk eğitimi verir, gerekiyorsa **kullanacağı** tıbbi ekipmanları ve bilgilendirme broşürlerini teslim eder. BKNZ. “**Hasta Taburculuk Ve Eğitim Formu**”
- Kat sekreteri hastanın reçetesini, gerekiyorsa ilaç raporunu, iş görmezlik raporunu, lüzumu halinde doğum raporunu ve hasta taburculuk özetini (epikiriz) hasta/hasta yakınına teslim eder.

Acil Ve Afet Durumları:

- Hasta bakım alanlarında acil durumlar kodlanarak tanımlanmıştır.
 - Mavi kod: kardiyak arrest tehlikesi (**2222**),
 - Pembe kod: bebek/çocuk kaçırma tehlikesi (**3333**),
 - Beyaz kod: sağlık çalışanlarına şiddet (**1111**),

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>30 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



- Kırmızı kod: yangın tehlikesi (4444).
- Oluşan bir afet durumunda “**Afet Ve Acil Durum Planı**” doğrultusunda hareket edilir.
 - Hastalar “**Acil Durum Ve Afetlere Yönelik Tesis Tahliye Planı**” doğrultusunda tahliye edilir.
 - Hastaların servise kabulünde ve durum değişikliklerinde tahliye şekilleri (T0,T1,T2) tanımlanmıştır.
 - Tüm hasta bakım alanlarında acil durum kat planları mevcuttur. Yangın söndürücüler ile acil çıkışlar planda görülmektedir.
 - Acil çıkış koridorunda hasta transferi için *acil durum sedyeleri* bulunmaktadır.
 - Servise kabul edilen her hastaya acil çıkış noktaları ve acil durum konularında eğitim verilir.
 - Hasta bakım alanlarında *YOTA Uygulamaları* kapsamında tüm dolap ve cihazlar sabitlenmiştir.

İstenmeyen Olay (Grs):

- Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili yaşanan ramak kala ve gerçekleşen olaylar “**İstenmeyen Olay Bildirim Prosedürü**”ne uygun olarak takip edilir ve bildirim yapılır.

Uygunsuzlukların Yönetimi (DÖF):

- Hasta bakımını etkileyen uygunsuzlukların tespiti durumunda “**Düzeltilici Önleyici Faaliyetler Prosedürü**” ne uygun olarak hareket edilir.

ACİL HASTALARDA HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER

Hasta Kabul ve Triaaj Süreci:

- Acil servise başvuran ve acil ve/ veya acil olduğu düşünülen, ambulans ile gelen her hasta acil servise kabul edilir.
- Kabul kayıt ve kimlik tanımlama işlemleri acil hasta kabul ve yönlendirme elemanı tarafından “**Hasta Kimliğinin Tanımlanması Ve Doğrulanması Prosedürü**” ne uygun olarak gerçekleştirilir. Ancak bilinçsiz vekimsesiz veya kimliği belirsiz hastalar ilgili prosedürde belirtilen uygulama doğrultusunda tanımlanır.
- Hastanın hayati bulguları, şikâyetleri ve anamnez triaj tablosunda belirtilen hususlara göre görevli hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru uyuda ATT tarafından alınarak HBYS de ilgili yere kaydedilir.
- Yeşil Alan Hastaları (acil müdahale gerektirmeyen) bekleme salonunda sırasına göre muayene alınır.
- Eğer hasta yaşlı, özürlü, kimsesiz ve acil müdahale (sarı/kırmızı alan) edilmesi gereken durumu varsa işlemlerine yardımcı olunarak hemen muayene odasına alınır.
- Yeşil alan hasta bakım işlemleri poliklinik hasta bakım sürecine uygun olarak yapılır.
- Eğer hastanın bir süre izlenerek konsültasyon, tetkik, görüntüleme uygulanarak tanı koyma süreci gerekiyorsa hasta sarı alana alınır.
- Hastaya temel yaşam desteği gerekiyor ise bekletilmeden kırmızı alanda CPR kardiyovasküler

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>31 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



resüsitasyon uygulanarak ileri yaşam desteği süreci başlatılır.

- Travmalı hasta acil cerrahi müdahalesi için hasta cerrahi müdahale odasına alınarak işlemi başlatılır.
- Hasta değerlendirme, muayene, konsültasyon süreci “Acil Servis Hasta Triaaj ve Gözlem Formu”na kaydedilir.

RENKKODLAMASİVETRİYAJUYGULAMASITANIMLAMALARI:

ÖNCELİK	YARDIM	RENK ŞİFRESİ	TANIMI
BİRİNCİ DERECE	ACİL	KIRMIZI	YAŞAMINI YA DA UZVUNU KURTARMAK İÇİN ACİL MÜDAHALEYE GEREKSİNİMİ VAR

İKİNCİ DERECE	GEÇİKTİRİLEBİLİR	SARI	HASTANINACİLBAKIMAGEREKSİNİMİVARAMA HAYATİTEHLİKEYOK
ÜÇÜNCÜ DERECE	BEKLEYEBİLİR	YEŞİL	KİŞİLERİN YARALANMALARI ÇOK HAFİF, KENDİLERİ GİDEBİLİRLER
DÖRDÜNCÜ DERECE	ÖLMÜŞ VEYA KAYIP VAKA	SİYAH	HASTALAR YAPILACAK HER TÜRLÜ MÜDAHALEYE RAĞMEN HAYATINI KAYBEDECEKTİR; YADA YAŞAMSAL BULGULARI ALINAMIYORDUR (ÖLÜDÜR)

6.12.3. RENKKODLAMASİVETRİYAJ UYGULAMASI:

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRENK DURUMLAR
YEŞİL	Ayaktan başvuran ,genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar	* Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki hertürlü ağrı * Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü * Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada hertürlü basit belirti * Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler * Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>32 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



1015 SARI	Kategori1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	<ul style="list-style-type: none">* Diastolik>110mmHg,Sistolik>180mmHg olan kan basıncı yüksekliği*Her hangi bir nedenle ortaderecede kan kaybı*Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı* Nöbet geçirme öyküsü(uyanık)* Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta* İnatçı kusma* Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta* Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı* 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta* Şiddetli karın ağrısı olan hasta* Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması* Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk* Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
	Kategori2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar.	<ul style="list-style-type: none">* Basit kanamalar*Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları* Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu* Bilinç kaybı olmayan minor kafa travmaları* Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller* Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim* Minörektremite travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular* Şiddetli olmayan karın ağrısı* Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar
	Kategori1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı Alana alınır	<ul style="list-style-type: none">* Kardiyak arrest* Solunum salarrest* Hava yolu tıkanıklığı riski* Majör çoklu travma* Solunum sayısı<10/dakika* Sistolik Kan Basıncı<80(yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar* Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtsız olan hastalar* Devam eden veya uzamış nöbet

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.06	08.02.2016	03	02.03.2023	33 / 36



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



Kategori2:

Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.

- * İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtız veya hipoventilyasyonda olması
- * Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı
- * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin 90% nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar

HASTA MÜŞAHEDESÜRECİ:

- Kısa süreli (maksimum 4-6saat) takip gerektiren hatsalar müşahadeye alınırlar.
- Hastanın durumunda düzelme yok ve takibi uzuyor (4-6 saati aşan vakalarda) ise acil hekimi ilgili klinik hekimi ile irtibata geçer, yatışını uygun görülür ise yatırılır,
- Bir başka sağlık kurumuna sevk edilmesi gerekiyor ise 112 ile irtibata geçilerek sevk süreci başlatılır. Müşahede takibi gerekiyor ise acil hekim orderına göre yapılacak takip faaliyetleri “**Acil Servis Hasta Takip Formu**” na kaydedilir.
- Acil Ünitesi sağlık personeli tarafından Hemşirelik Hasta Bakım süreçleri başlatılır.

ZEHİRLENME VAKALARI:

- Tüm zehirlenmeler adli olgulardır.
- Öncelikle hastanın vital fonksiyonlarının stabilize edilmesi sağlanır.
- Yaşamsal fonksiyonlar gözden geçirilmelidir.
- Hızlı bir göz muayenesi yapılmalıdır. Nistagmus, pupil büyüklüğü ve ışık refleksi incelenmelidir.
- Karın muayenesi yapılmalıdır.
- Deri muayenesi yapılmalıdır; yanıklar, bül, renk ve ısı değişikliği, derinin basınç bölgeleri, muhtemel enjeksiyon bölgeleri incelenmelidir.
- Zehirlenmeile birlikte başkahastalıkveyatravmanın olup olmadığı incelenmelidir.
- Şuuru açık hastanın kendisinden, şuuru kapalı hastada hasta yakınından alınır.
- Zehirlenmenin ne zaman olduğu (süre), zehirlenmenin nerede olduğu (yer) biliniyorsa; zehirli maddenin alınış biçimi, ismi, miktarı, kimyasal içeriği, semptomların şiddeti ve başlama zamanı, organik ve psikiyatrik hastalığı, kullandığı ilaçlar sorgulanmalı.
- Hastanın başlangıç semptomlarının hafif olması yanılmamalıdır.
- Hasta öldürücü dozda ilaç almış fakat toksisite bulguları henüz ortaya çıkmamış olabilir.
- Elde edilen bilgilerle **114 ZEHİR DANIŞMA MERKEZİNE** danışılır.

Zehirlenmelerde Tedavi:

- **Destek tedavi;** hava yolunun sağlanması, solunumun sağlanması, dolaşımın sağlanması.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>34 / 36</i>



Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



• **Absorbsiyonun azaltılması;** zehirin uzaklaştırılması, kusturma, gastrik lavaj, aktif kömür, atartikler, tümbağırsak irrigasyonu.

• Spesifik antidotile tedavi

Zehirlenmelerde Gastrik Lavaj:

• Oral alımdan sonraki ilk 4 saatte etkilidir. Antikolinerjik zehirlenmelerinde daha geç dönemde de yapılabilir.

• Lavaj da izotonik NaCl ya da çeşme suyu kullanılır. Az sıvı verilerek ve hemen geri alınarak, partikülsüz berrak sıvı gelinceye kadar işleme devam edilir.

• Kostik alımı, hidrokarbonlar, hızla bilinci baskılayabilecek ilaçlar, lavajın faydasız olacağı büyük tabletlerle zehirlenmelerde ve hava yolu güvenli değilse uygulanmamalıdır.

Zehirlenmelerde Aktif Kömür Kullanımı:

• Çok sayıda maddenin absorpsiyonunu azaltan bir madde. Oral toksik madde alımını takiben ilk saat içinde etkili.

• Antikolinerjik ilaç zehirlenmelerinde 6 saat içinde multidoz uygulanır. Doz: 1gr/kg (max.100gr)aktif kömür, 200mlsıvı içinde bolus - 25-50graktifkömür 6saataraile tekrar edilebilir. Cher-flo, eucarbon,

• **Aktif kömürün etkisiz olduğu ajanlar:** Alkoller, hidrokarbonlar, etilen glikol, lityum, asitler, ağır metaller, alkali kostikler, demir.

• Komada olan veya konsültasyon geçiren hastalar, öğürme refleksi kaybolanlar, korozif madde ve hidrokarbonlarla zehirlenenler ve pıhtılaşma bozukluğu olanlar kusturulmaz.

• Hastaya **adli rapor** tutulur.

SEVK, YATIŞ VE TABURCU SÜREÇLERİ

SEVK:

• Acil serviste muayene edilen hastaların her türlü sağlık sorunu mümkünse öncelikle hastanemiz bünyesinde çözülecektir.

• Acil hekiminin sevk kararı verdiği hastalar için **Hasta Sevk Formu** doldurulur, imza kaşe yapıldıktan sonra 112 komuta kontrol merkezine fax çekilir.

• Komuta kontrol merkezi tarafından uygun görülen hastaneye hastayı sevk edebilmek için bilgisayar sistemi üzerinde ki hasta dosyasından 3 nüsha halinde sevk formu çıkartılır.

• Hastanın durumuna göre ve doktorun direktifine göre hasta hastanenin nakil Ambulansı ya da

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.06</i>	<i>08.02.2016</i>	<i>03</i>	<i>02.03.2023</i>	<i>35 / 36</i>

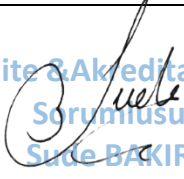

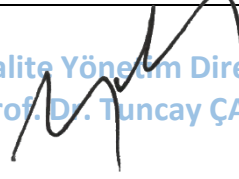


Özel EKOL HASTANESİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER
PROSEDÜRÜ
(AYAKTAN, ACİL, YATAN)



112 Ambulansı ile sevk edilir. Sevkine karar verilen hastanın epikrizi doktor tarafından hazırlanır.

- Hastaya ait yapılan tedavi eğer var ise radyoloji laboratuvar tetkikleri de sevk edilen Hastaneye teslim edilir.
- İlgili hastaneye sevk formu imzalatılır. Bir nüsha sevk edilen kuruma verilir. Bir nüsha hastanın dosyasının içine diğeri ise sevk formu ile birlikte dosya da saklanır.
- Hastanın durumuna göre nakil esnasında hastayı takip edecek personel doktor tarafından belirlenir. Sevk işlemi hastanın sevk edilen hastaneye teslim edilmesi ve nakil evrakının düzenlenmesi ile tamamlanmış olur.
- Sevk mümkün değilse, (ambulans yoksa doğal afet durumu mevcutsa, sevk edilecek uygun hastane yoksa) hasta müşahede de tutulmaya devam edilir. Bu esnada uygun görülen tedavisi hemşire tarafından uygulanır ve kayıt altına alınır. Gönderileceği kurumla irtibatı acil hekimi yapacaktır.
- Ayaktan ya da ambulansla sevk edilen tüm hastalar yeterli bilgi içeren **Hasta Sevk Raporu ve Sevk Formu** ile gönderilecektir.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Sude BAKIR	 Kalite Koordinatörü Yeşim İNÇİ	 Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.06	08.02.2016	03	02.03.2023	36 / 36