



1.0.AMAÇ : Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama Merkezi Farabi Hastanesi kadın doğum Servisi kliniğinde yatan hastalarımızın tanı, tedavi işlemlerini hasta ve çalışan güvenliği kapsamında yapmaktır

2.0.KAPSAM: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama Merkezi Farabi Hastanesi kadın doğum servisinde çalışanları ve bu kliniklerden hizmet alan tüm hasta ve hasta yakını kapsar.

3.0. KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
DÖF: Düzeltici-Önleyici Faaliyet Formu
HBTC: Hasta Baş Test Cihazı
İM: İntramuskuler
SC: Subcutan
IV: İntravenöz
SP02: Pulseoksimetre
EKG: Elektrokardiyografi

4.0.TANIMLAR:

Anemnez : Hasta özgeçmiş

Order : Hekimin hastaya yapılmasını istediği tedavi ve müdahaleleri yazdığı form.

Hasta Baş Test Cihazları: Laboratuvar dışında sağlık hizmeti sunulan bölümlerde, hasta başında test amaçlı olarak erken tanı için kullanılan (glukometre, kangazı cihazı vb.) test cihazlarıdır.

Profilaksi: Hastalıkların oluşumu veya ilerlemesini önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimler

Monitörizasyon: Hastanın fizyolojik parametrelerinin izlenmesi ve gözlenmesine "monitörizasyon" adı verilir

5.0.SORUMLULAR:

• Başhekimlik
• Klinik ve Poliklinik Hizmetlerinden Sorumlu Başhekim Yardımcısı
• Hastaneler Başmüdürü
• Hastane Müdürü V.
• Başhemşirelik
• Kalite Koordinatörlüğü
• Klinik Ve Birim Sorumluları/Hemşireler
• Sağlık personelleri

6.0.FAALİYET AKIŞI

6.1.0.HASTA YATIŞI ÖNCESİ YAPILMASI GEREKENLER

- Yatış İşlemleri
- Klinikte Yatış İşlemleri
- Hastanın Kabulü
- Hasta Kimliğinin Tanımlanması Ve Doğrulanması
- Hasta/Hasta Yakınına Eğitimin Verilmesi:
- Bölüme Uyumu
- Hastanın Genel Durumunun Değerlendirmesi:
- Hasta tedavi ve vital Takip saatleri
- Yatan Hasta Düşmelerinin Önlenmesi
- Hasta ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması
- Hasta Mahremiyetinin Sağlanması
- Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetimi
- Hastaya/Hasta Yakınına Eğitimin Verilmesi
- Hemşire Bakım Planının Düzenlenmesi ve Uygulanması

6.2.0.TIBBİ İŞLEMLER

- Hekimin günlük tedavi planını (order) yazması ve hemşirenin uygulanması
- Sözel İstem
- İlaç Yönetimi
- Advers Etki Bildirimi
- Akılcı İlaç Kullanımı
- Buzdolaplarının Isı Takibi
- Acil Arabaların Kontrol Edilmesi
- Eczaneye İlacın İade Edilmesi

6.3.0.HASTALARA YAPILAN GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER

6.4.0.HASTA KISITLAMA KARARI VE KONTROLÜ

6.5.0.TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

6.6.0.KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

6.7.0.HASTALARIN İZOLASYONUN SAĞLANMASI

6.8.0.ATIK YÖNETİMİ

6.9.0.KONSÜLTASYON İŞLEMLER

6.10.0.GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ

6.11.0.AMELİYAT HAZIRLIKLARI

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımı

Personel Nöbet Devir Teslim:

6.12.0.DOĞUMHANE DE HASTA TAKİBİ

Normal Doğum İçin Yapılan Uygulamalar

Sezaryen İçin Yapılan Uygulamalar

6.13.0.ANNE BAKIM VE İZLEMİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR.

6.14.0.YENİDOĞAN BEBEĞİN İZLEMİNE YÖNELİK DÜZENLEME BULUNMALIDIR

Küretaj İçin Yapılan Uygulamalar

6.15.0.TIBBİ CİHAZ TAKİBİ

Hasta Başı Test Cihazlarının Kullanılması ve Kontrolü

6.16.0.YATAN HASTA TABURCU İŞLEMLERİ

6.17.0.ÇIKIŞ İŞLEMLERİ

6.1.0.HASTA YATIŞI ÖNCESİ YAPILMASI GEREKENLER:

- Gün içinde klinik hemşiresi /klinik sorumlu hemşiresi tarafından boş yatak hazır bulundurulması sağlanır. Hasta odasında; hasta yatağı ve ekipmanları, elektrik donanımları, su donanımları, oksijen ve vakum sistemi çalışır durumda olup olmadığı kontrol edilir. Yapılan kontrollerde aksaklık var ise ilgili teknik birime HBYS istek yapılarak arızanın giderilmesi konusunda takipçi olunur, düzeltilir.
- Hasta odasının temizliği (yatak, etejer, duş, wc. vb.) kontrol edilir. Hasta odasının temizliği sorumlu klinik hemşiresi / klinik sorumlu hemşiresi "**Hastane Temizlik Prosedürü**"ne "göre yapılmasını sağlar.
- Hasta odası teknik malzemeler açısından kontrol edilir.
- Hasta odası sürekli kullanıma hazır halde tutulur.

6.1.1.Yatış İşlemleri:

- Poliklinikler ve Acil Servisten doğrudan, Dış Kuruluşlardan ise sevkli olarak gelen hastaların yatış işlemleri, **Hasta Yatış Prosedürü**'ne göre yerine getirilir. Servise kabul edilen hastaların Hasta Dosyaları servis sekreterine teslim edilir.

6.1.2.Klinikte Yatış İşlemleri:

- Kat sekreteri, hastanın cinsiyetine göre oda ve yatak numarasını HBYS üzerinden belirleyerek TC kimlik numarasından hasta bilgilerini kontrol eder eksik bilgiler tamamlanarak hastanın yatışını yapar. Dosyanın ilgili bölümleri hasta veya hasta yakınına imzalatılır.
- Sekreter tarafından, sağlık personeline dosya teslim edilir. Klinik hemşiresi tarafından hasta ve yakınları karşılanır.
- Hasta bilekliği uygun olarak takılır. Hastanın alerji öyküsü varsa hasta bilekliği **kırmızı renk** hasta bilekliği ile değiştirilir.

6.1.3.Hastanın Kabulü

- Hasta bireyin hastaneye kabul süreci hekimin onayı ile başlar.
- Standartlara uygun olarak yatışına karar verilen her hastayı önce kat sekreteri daha sonra ise hemşire karşılar ve kliniğe kabulünü yapar.

- Hastanın kimliği olmadan kayıt ve yatış işlemleri yapılamaz. Acil servise başvuran hastalarda icapçı /nöbetçi hekimler tarafından muayene sonrası yatış kararı verilebilir. Yatış kararı acil serviste verildiyse yatış işlemleri acil girişindeki hasta kayıt kabul biriminden yapılır.
- Yatan hastaya sekreterlik işlemlerini sekreter, **Klinik Sekreteri Çalışma Talimatına** göre gerçekleştirir. Klinik sekreteri hasta bilgilerini HYBS programına uygun olarak bilgisayara kaydeder.**6.1.4.Hasta Kimliğinin Tanımlanması Ve Doğrulanması**
- Servise yatışı yapılan hastaya kimlik tanımlayıcı kol bandı uygulaması; **Hasta Kimlik Tanımlama ve Doğrulama Prosedürüne** göre yapılır. Kimlik tanımlayıcı kol bandına barkot yapıştırılır.
- Kimlik tanımlayıcı barkotlu kol bandında; Protokol numarası (kalın ve büyük punto), hasta adı– soyadı, doğum tarihi-yeri (gün–ay–yıl), servisi, yatış tarihi bilgileri yer alır.
- Klinik hemşirelerine kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilir. Eğitim katılım formuna kaydedilir, ilgili birim ve eğitim biriminde dosyalanır.

6.1.5. Hasta/Hasta Yakınına Eğitimin Verilmesi

6.1.5.1.Bölüme Uyumu

- Hasta/hasta yakınının bölüme uyumu hastanın ilk yatışında klinik hemşiresi ve hekimi tarafından yapılır.
- Hastanın kliniğe yatışında hemşire, hasta/hasta yakınına;
- Personel tanıtımı
- Servis ve oda tanıtımı
- Kahvaltı ve yemek saatleri
- Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar
- Ziyaret saatleri ve kuralları
- Tuvalet ve banyo kullanımı
- Yatak kullanımı
- Hekim-hemşire günlük vizitleri
- Hemşire çağrı sistemi kullanımı hakkında eğitim verilir.
- Telefon kullanımı
- Acil Çıkışların Gösterilmesi(Tahliye Alanlarının Tanıtılması)
- Konularında bilgilendirerek HBYS üzerinden Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formunda bulunan yatan hasta /hasta yakını eğitim formuyla kayıt altına alır.
- Hasta/hasta yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilir.
- Yatışı yapılan hasta hemşire tarafından hemşirelik hizmetleri değerlendirme formu doldurularak hastanın fiziki, sosyal, mental durumu ve bakım gereksinimleri değerlendirilir.

6.1.5.2.Hastanın Genel Durumunun Değerlendirmesi

- **Hekim:** Hekim hastanın anamnezini alır, muayenesini yapar ve muayene bilgilerini hasta dosyasına kayıt eder. Hekim tarafından gerekli tetkik istemleri yapılır. Hastanın tedavi planında belirtir.
- **Hemşire:** Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden hemşirelik süreci hasta tanımlama formu üzerinden hastanın öyküsünü alarak değerlendirir ve kayıt eder.
- Hemşire hasta takip ve ilaç uygulamalarını hemşire gözlem formuna kayıt eder. Uygulamayı yapan hemşire parafını atarak kayıt eder.

6.1.5.3.Hasta tedavi ve vital Takip saatleri

Kliniğimizde yatan hastaların tedavi saatleri, tedavi planında belirtilen doz ve miktarına göre uygun saat aralıklarında hemşire tarafından planlanır, uygulanır.

Tedavi Saatleri:

- 10:00, 12:00, 14:00, 18:00, 22:00, 24:00, 02:00, 06:00

Vital Takip Saatleri:

- Rutin Takip saatleri 9:00, 13:00, 17:00, 23:00
- Ara takip saatleri 11.00, 15:00, 19:00, 21:00, 01:00, 03:00, 06:00
- Kliniğimizde yatan riskli hastalar veya vital parametrelerde dengesizlik olan hastalarımızda takip sıklığı hastaya özel değişmektedir.
- Ameliyat olan hastalarımızda vital takipler post-op hasta takibi kurallarına uygun alınır.

6.1.5.4.Yatan Hasta Düşmelerinin Önlenmesi

- Yatan hasta düşmelerinin önlenmesi ve değerlendirilmesi **Düşme Riski Önleme Prosedürüne** göre yapılır.
- Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanır.

6.1.5.5.Hasta ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması

Yapılacak girişimsel işlemin farklılığına göre onam formu hasta/hasta yakınına anlatılır ve imzası alınır.

Basamaklar;

- Bilgilendirilmesi, yapılacak riskli girişimsel işlemleri,
- Riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirmenin ve rıza alınmasının nasıl yapılacağı,
- Kim tarafından yapılacağını,
- İşlemden beklenen faydaları,
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- Varsa işlemin alternatifleri,
- İşlemin riskleri-komplikasyonları
- İşlemin tahmini süresi,
- Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmaktadır.
- Ayrıca: hastanın onama dair onayladığı maddeler yer almaktadır.
- Eğer hasta 18 yaş altı, bilinci kapalı ya da akli melekesi yeterli değilse velisi/vasisi den onam alınır.

6.1.5.6.Hasta Mahremiyetinin Sağlanması

- Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbiri hastaya işlem gerçekleştiren personel (hekim, hemşire, sağlık memuru, temizlik görevlisi) almakla yükümlüdür.
- Hasta mahremiyetinin sağlanması **Hasta Mahremiyetinin ve Tıbbi Kayıtlara Erişimde Bilgi Mahremiyetinin Sağlanması Talimatına** göre yapılır.

6.1.5.7.Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetimi

- Hastanın yanında getirdiği ilaçların yönetimi '**Hastanın Yanında Getirdiği İlaçların Yönetimi Talimatına** göre yapılmalıdır.
- Hastanın yanında getirdiği ilaçları varsa, hekimi tarafından kontrol edilir.
- Hastanın yatışı karar verildiğinde bu ilaçlar servis hemşiresi tarafından HBYS üzerinden hastanın beraberinde getirdiği ilaç teslim ve iade formu doldurularak kayıt altına alınır.
- Hekim tarafından tedavi planına yazıldıktan sonra uygulanır.

6.1.5.8.Hastaya/Hasta Yakınına Eğitimin Verilmesi:

- Yatan hastalara eğitim, **Yatan Hasta Eğitim Prosedürüne** uygun şekilde verilir.
- Eğitimler hastanın hastanemize yatışında ilgili sağlık personeli tarafından verilir, yatan hasta/hasta yakını eğitim formunda kayıt altına alınır.

6.1.5.9.Hemşire Bakım Planının Düzenlenmesi ve Uygulanması

- Hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşire bakım planını düzenler.
- Hemşirelik bakım planı HBYS üzerinden hemşire değerlendirme formunda hasta bilgileri alınarak bakım gereksinimleri saptanır. Bu planda;
- Hastanın belirlenen bakım gereksinimleri
- Bu bakım gereksinimlerine yönelik hedefler
- Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar
- Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesini hemşire yapar
- Bakım planları HBYS deki modülde kayıt altına alınır. Sorun çözüldüğünde saptanan hemşirelik tanısı stoplanır.
- Hemşire hasta nöbet devir teslimlerini de HBYS üzerinden yazarak kayıt altına alır.

6.2.0.TIBBİ İŞLEMLER

6.2.1.Hekimin günlük tedavi planını (order) yazması ve hemşirenin uygulanması

- Günlük hasta vizitleri hekim ve hemşire tarafından yapılır.
- Gerekli tedavi planı hekim tarafından HBYS den yazılır ve kayıt edilir. Tedavi planı daha sonra hemşire gözlem kâğıdına HBYS üzerinden aktarılır. Tedavi planında ilacın tam adı, uygulama zamanı-dozu, uygulama şekli ve verilmiş süresi kısaltma kullanılmadan yazılır.Hastanın tedavisi plana göre hemşire tarafından uygulanır.
- Hekim günlük olarak tedavi planında yazılı ilaçları eczaneden temin etmek için HBYS programından istem yapar ve bu istek eczane tarafından karşılanarak onaylanır. Hastanın tedavisi ilacın eczaneden temininden hemen sonra uygulanır. İlaç teslim tutanağı hemşire tarafından imzalanır.
- Narkotik ilaçların hekim tarafından HBYS den istemi yapılır ayrıca uyuşturucu maddelere mahsus reçete defterine kaydedilip hekim tarafından imzalanır eczaneden istenir. Temin edilen ilaçlar serviste kilitli dolapta muhafaza edilir. Teslim alınan ilaçlar narkotik ve psikotrop ilaç devir teslim defterine kaydedilir.
- İstenilen narkotik ve psikotrop ilaçlar, **Narkotik Ve Psikotrop İlaçların Kontrolü Talimatına** göre yapılır.
- Servis personeli tarafından hastane eczanesinden alınan narkotik grubu olmayan ilaçlar hemşire tarafından teslim alınıp, kontrol edilir, eksikler varsa eczaneyle irtibat kurulur.
- Hastaya uygulanan hizmetler ve hizmetlerde kullanılan malzemeler HBYS'ye kaydedilir.
- İlaç uygulamalarında aşağıdaki sekiz doğru yol izlenir.
 1. Doğru ilaç
 2. Doğru doz
 3. Doğru hasta
 4. Doğru zaman
 5. Doğru yol
 6. Doğru ilaç şekli
 7. Doğru kayıt
 8. Doğru yanıt
- Hasta ilaçları günlük olarak hastane eczanesinden tedavi planı ile temin edilir. Eczaneden günlük tedavi planında yazılı ilaçlar alınır, haricinde stok oluşturulmaz.
- Servis sorumlu hemşiresi tarafından sarf malzemelerin aylık kontrol ve sayımı, miad takipleri yapılıp max–min kritik stok seviyeleri belirlenip kullanıldığı hasta üzerine stoklardan düşüşü yapılır

6.2.2.Sözel İstem

- İlaç istemi hekim serviste yokken, acil durumlarda ve steril işlemlerde yazılı istem vermek için zaman yoksa, **Sözel İstem Talimatına** göre yapılır.
- Hastanemiz eğitim ve araştırma hastanesi olduğu için 7-24 asistan hekimin bulunduğu bölümümüzde hekim önerdiği ilacı HBYS sisteminden ilaç istemini yapar.
- Sözel order verildikten sonra en geç 24 saat içerisinde doktor tarafından tedavi planına yazılır ve kaşelenerek imzalanır.
- Kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaçlar için sözel istem verilemez ve alınmaz.

6.2.3. İlaç Yönetimi

- Bölümümüzde tedavi edilen hastaların tedavi planında kullanılacak olan tüm ilaçların temininden saklanmasına istem edilmesinden transferine uygulanmasından uygulama sonrası izlemine ve yan etkilerinin raporlanmasına kadar her aşamada güvenli kullanımını sağlamak amacıyla hazırlanan **İlaç Prosedürüne** uyulur.
- İlaçlar serviste depolanırken; yüksek riskli ilaçlar ayrı raflarda, narkotik ilaçlar kilitli dolaplarda, soğuk zincire uyulması gereken ilaçlarda günlük ısı takibinin yapıldığı buzdolaplarında muhafaza edilir.
- Bu raflarda yerleşimi yaparken yazılışı-okunuşu-ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar karışma riski düşünülerek ayrı raflarda yerleştirilir., aynı zamanda bu dolaplarda yazılışı-okunuşu-ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri kullanım alanlarında bulunmalıdır.
- Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşim yeri diğer ilaçlardan ayrı yapılır. Pediatrik dozdaki ilaçların kilograma göre dozların listesi kullanım alanlarında bulunmalıdır.
- .Klinikte kilitli dolaplarda muhafaza edilen narkotik ilaçlar günlük sayımı yapılarak teslim edilir ve alınır. Kullanılmışsa; ilacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, tarihi, ilacı kimin uyguladığı narkotik ilaç defterine kaydedilmelidir.

6.2.4.Advers Etki Bildirimi

Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler, advers etki bildirim formu ile farmakovijilans sorumlusuna bildirilir. Farmakovijilans sorumlusu beşeri tıbbi ürünlerin güvenliğinin izlenmesi ve değerlendirilmesi hakkında yönetmelik uyarınca gerekli bildirimleri yapar ve gerektiğinde ilgili ürünün hastanemizde kullanımının kısıtlanması amacıyla eczane ile işbirliği yapar.

6.2.5.Akılcı İlaç Kullanımı

- Akılcı ilaç kullanımı farkındalık oluşturulmasına yönelik akılcı ilaç kullanım planı/politikasına uygun şekilde yürütülür. Hastalara sözel olarak bilgilendirme yapılarak gerekli eğitimler verilir.

6.2.6.Buzdolaplarının Isı Takibi

Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibini buzdolaplarının içinde bulunan her malzemenin (ilaç/kit) olması gereken ısı aralıklarını sıcaklık takip formuna kayıt eder.

6.2.7.Acil Arabaların Kontrol Edilmesi

- Acil müdahale arabası, Acil Müdahale Setinde Bulunması Zorunlu Malzeme Ve Cihaz Listesine göre düzenlenir.
- Acil Müdahale Seti Kullanım Talimatına göre davranılır.
- Acil müdahale setinde bulunması zorunlu ilaçlar malzemeler ve cihazların takibi;
- Her sabah günlük ilaç ve malzeme sayımı yapılmalıdır, her ayın ilk mesai günü ilaç miad takibi kontrolü yapılmalıdır, miad dolmasına 3 ay kalmış ilaçlar eczaneye iade edilir, yenileriyle değiştirilir değiştirilemeyen ilaçlara ise miadı yakın etiketi yapıştırılır.
- Acil müdahale arabası; hafta içi sorumlu hemşire tarafından, hafta sonu ve resmi tatillerde servis kıdemli hemşiresi tarafından kontrol edilir.
- Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar acil arabası ilaç malzeme takip kontrol formu ile takibi yapılır.

6.2.8.Eczaneye İlacın İade Edilmesi

Değiştirilen ve kullanılmayan ilaçlar HBYS üzerinden ilaç iadesi yapılarak eczaneye gönderilir. Yarım doz kalan ilaçlar servis hemşireleri tarafından tıbbi atık kutusuna atılarak imha edilir, yarım doz kalan narkotik ilaçlar ise **Narkotik-Psikotrop İlaç Fire Ve Zayıf Bildirme Formu** ile eczaneye teslim edilir.

Miadının dolmasına üç ay kalan ilaçlar hastane eczanesine gönderilerek miadı ileri tarihli ilaçlarla değişimi yapılır.

6.3.0.HASTALARA YAPILAN GİRİŞİMSEL İŞLEMLER

Hastalara yapılan girişimsel işlemler hekim ve hemşirenin sorumluluğundadır.

Her işlem sorumlu olan meslek grubu tarafından talimat ve yönergelere uygun hasta rızası alınarak yapılır

6.4.0.HASTA KISITLAMA KARARI VE KONTROLÜ

- Bölümümüzde tüm alternatifler denendikten sonra ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendisine zarar vermesini önlemek, yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürünü önlemek, hastanın diğer hastaları ve personeli yaralama riskine karşı bakım ve tıbbi tedavi girişimlerinin kesintisiz olarak sürdürülmesini sağlamak amacıyla en son kullanılacak olan kısıtlamaların uygulamasına ait esasları içeren **Hasta Kısıtlama Talimatına** göre yapılır.
- Hasta kısıtlama kararı hekim tarafından verilip istemi yapılarak tedavi planında yer alır. Uygulamanın başladığı tarih ve saati belirtilir. Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edilmesi gerektiği belirtilir
- Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilir, Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir hastanın hekimi gözden geçirilir.

6.5.0.TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ





- Transfüzyon sürecine yönelik işleyiş transfüzyon hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar prosedürüne göre yapılır.
- **Hasta/Hasta Yakını Kan Ve Kan Bileşenleri Nakli Aydınlatılmış Onam(Rıza) Formu** kan takılmadan önce okutulup anlatılarak imzalatılır.
- Hekim kan ve kan ürünleri istemini kan bankasından HBYS üzerinden yapar.
- Kan ve kan ürünüyle birlikte kan bankasından **Kan Bileşeni Transfer Ve Transfüzyon İzlem Formu** ile teslim alınır.
- Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanır. Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından; hastanın kimliği, türü ve miktarı planlanan verilmiş süresi doğrulanmalıdır
- Transfüzyon İzlem: Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlemlenir, Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları yatan hasta dosyasında bulunan kan bileşeni transfer ve transfüzyon izlem formuna kayıt edilir.
- Reaksiyon geliştirse eğer GRS den transfüzyon reaksiyon geri bildirimini yapılır.

6.6.0.KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

- **Cerrahi Servisler Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Listesinde** belirtilen malzemeler servisimizde belirlenen alanda eksiksiz ve hazır bulundurulur.
- Kişisel koruyucu ekipmanlar çalışma alanımızda ulaşılabilirliği en kolay yerde bulunur ve her personel yerini bilmektedir.
- Bölüm bazında belirlenen kişisel koruyucu ekipmanların kontrolü klinik sorumlu hemşiresi tarafından takip edilir.
- Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı konusunda klinik sorumlu hemşiresi bölümde çalışanlara eğitim vermelidir.

6.7.0.HASTALARIN İZOLASYONUN SAĞLANMASI

- Bölümümüzde/hastanemizde patojen mikroorganizmaları bulunduran/bulundurma olasılığı yüksek olan kaynaklardan, sağlık kurumundaki hastalara, sağlık personeline ve ziyaretçilere yayılımını önlemek için **İzolasyon Prosedüründe** yer alan tüm hususlar uygulanır.
- Enfekte ve kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri hastanın kliniğe ilk kabulünde değerlendirilir ve alınır.
- İzolasyon odasının giriş kapısında uygulanan izolasyon yöntemini gösteren bir tanımlayıcı bulundurulur.

TEMAS İZOLASYONU	
SOLUNUM İZOLASYONU	
DAMLACIK İZOLASYONU	
SIKI TEMAS İZOLASYONU	

Dezenfeksiyon Ve Sterilizasyon Prosedürü, El Hijyeni Prosedürü, Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi Prosedürü, Çamaşır Toplama Prosedürü, Hastane Temizlik Prosedürü, Cerrahi Aletlerin Yıkınması Ve Temizliği Talimatı dökümanlarında yer alan bilgiler doğrultusunda uygulamalar yapılır.

6.8.0.ATIK YÖNETİMİ

- Tehlikeli ve kimyasal maddelerin yönetimi prosedürü, atık tanımlama formu, atık yönetimi prosedüründe yer alan bilgilere tabi kalınp uygulamalar yapılır.Birim Temizliği:
- Klinik temizlik planı ve kontrol listesi, tuvalet temizlik planı ve kontrol listesi, temizlik personeli uyum rehberi, sabah 7 de bölüm personeli tarafından hastane temizlik prosedürüne göre servisin temizliği yapılır. Bölümün temizliğinden klinik sorumlu hemşiresi sorumludur.

6.9.0.KONSÜLTASYON İŞLEMLER

- Servisimizde yatan hastalarımızın konsültasyon işlemleri hekim tarafından ilgili birime HBYS üzerinden istemi yapılır. Konsültan hekim tarafından değerlendirilen hastaya ilgili not HBYS üzerinden yazılarak kaydedilir.Servis hekim tarafından gerekli görülen hususlar değerlendirilir.

6.10.0.GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ

- Hastaların güvenli transferine yönelik uygulamalar hastanın güvenli transferi prosedürüne uygun olarak yapılır.
- Klinikten bir başka birime sevk sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru vb.) eşliğinde yapılır.
- Transfer edilen hasta teslim sürecinde sağlık çalışanı tarafından, sağlık çalışanına teslim edilir. Hastanın durumu hakkında sağlık çalışanı tarafından, sağlık çalışanına sözlü olarak bildirilir, yatan hasta dosyasında bulunan **Hastane İçi Hasta Transfer Formu** doldurularak teslim edilir.
- Tüm transfer sürecinde hastanın kimlik doğrulaması (klinik, ameliyathane, yoğun bakım, BT v.b. birimler) hasta kimlik kol bandına bakılarak ve hasta/hasta yakınına teyit ettirilerek yapılır.
- **Güvenli Hasta Transferi Kuralları** dahilinde belirtilen hususlar uygulanır.

6.11.0.AMELİYAT HAZIRLIKLARI

Hekim tarafından ameliyat öncesi hastaya ameliyat günü ve saati hakkında bilgi verilir. Hasta ve hasta yakınlarına polikliniğimizde ameliyata gelmeden önce bilgilendirmek için hazırlanmış **Hasta Ve Hasta Yakınları İçin Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Bilgilendirme Talimatı** verilir.

- Hasta ameliyatından en az bir gün önce; anestezi hekimi tarafından hastayı değerlendirilir, anestezi preoperatif hasta değerlendirme formu doldurulur.
- Hasta acil durumlarda anestezi hekimi tarafından daha kısa sürede değerlendirilip onamı alınarak operasyona alınır.
- Ameliyat uygunluğu için anestezi uzmanı tarafından karar verirse ameliyat hazırlık işlemleri yürütülür.Anestezi onamı alınır,dosyasına eklenir.Onay verilmemesi durumunda anestezi preoperatif hasta değerlendirme formuna notunu düşer,ilgili hekim bilgilendirilir.
- Ameliyattan en az bir gün önce; yapılacak işlem ve/veya işlemler ile ilgili hasta ve/veya hasta vasisi bilgilendirilerek ilgili rıza/onam alınır.
- Hekim ve hemşire tarafından ameliyat öncesi profilaksi, egzersiz, ameliyat bölgesi hazırlığı,bağırsak temizliği hazırlığı yapılması gereken hastalarda eğitim verilir ve uygulanır.

6.10.1.Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımı

- Güvenli cerrahi kontrol listesinin klinikten ayrılmadan önce bölümünü hekimi ve hemşiresi kontrol eder ve imzalar, hemşire hasta dosyasına koyar.
- Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci doktor tarafından gerçekleştirilir, ve işlem hastaya doğrulattılır.Hasta da taraf cerrahisi söz konusu ise hekim taraf işaretleme klemi ile işaretleme yapar. Taraf işaretlemesinde hastanın veya vasisinin katılması önemlidir. Hekim hastaya hangi taraf ve ne ameliyatı olacağını sorar.

6.10.2.Cerrahi Profilaksinin Uygulanması

- Hekim opere olacak hastaya Antibiyotik Profilaksisinde Temel Prensipler Cerrahi Ve Medikal Profilaksi Rehberine göre uygular.
- Cerrahi profilaksi uygulanacak ise hekim tarafından tedavi planına yazılır.

- Cerrahin tedavi planına yazdığı profilaktik antibiyotiği hemşire cerrahın tedavi planına yazdığı saatte ve şekilde(uygulama yolu) hastanın durumuna göre İntravenöz (damar içi-İV) yolla uygun olarak yapar.

6.11.0.AMELİYAT SONRASI HASTA BAKIM VE TAKİBİ

- Hastanın güvenli transferi prosedürüne uygun olarak sağlık personel eşliğinde yatağına alınır. Post operatif hasta takibi kurallarına göre tüm basamakları uygulanır.
- Ameliyat sonrasında yapılması gereken tedavi ve uygulamalar hekim order planına yazar, uygulaması hemşire tarafından yapılır.
- Hasta ameliyat sonrası serviste yatağına alındıktan sonra uygun pozisyon verilerek varolan dren, tüp, kataterlerin ve v.b. ekipmanların yerinde ve çalışır durumda olup olmadığına bakılarak hasta stabil edilir. Vital takipleri alınır ve hekim tarafından postop tedavi planı HBYS üzerinden sisteme kayıt edilir.Hemşire tarafından hastaya tedavisi uygulanır.
- Cerrahi yapılan alanın pansumanı hekim tarafından insizyon bölgesi değerlendirilerek yapılır.
- Postoperatif dönemde hastanın ilk mobilizasyonu en erken dönemde klinik hemşiresi eşliğinde yaptırılır.

6.11.1.Personel Nöbet Devir Teslim:

- Hemşirelerin servisteki nöbet teslim saatleri:08-16, 16-08, 24-08, 16-24, 08-20, 20-08, 08-24,
- Hekimlerin servisteki nöbet teslim saatleri hafta içi: 07:30 -17, 17-07:30 hafta sonu: 09:30-09:30
- Personelin çalışma saatleri:08:16, 16-24, 24-08 şeklinde çalışmaktadır.

6.12.0.DOĞUMHANE DE HASTA TAKİBİ

6.12.1.Normal Doğum İçin Yapılan Uygulamalar

- Normal doğumu beklenen vakalar travay odasına alınır.
- Doktor orderına göre doğum gerçekleşene kadar ki takibi (ÇKS, NST, Dilatasyon) ve tedavisi yapılır.
- Gerekli tetkikleri doktor istemine göre alınarak laboratuvara gönderilir.
- Travay odasında takibi yapılan gebenin doğum süreci başladığında doğum salonuna alınır ve **doğum salonu kabul formu partograf formu** kullanılır.
- Doğum için gerekli hazırlık yapılır.
- Steril doğum seti açılır.
- Gebenin üzeri steril örtü ile örtülerek mahremiyetinin korunması sağlanır.
- Hastaya gerekli açıklamalar yapılarak psikolojik destek sağlanır.
- Doğum ekibi, gerekli ekipman steril olarak hazırlanır.
- Doğum eylemi gerçekleştirilir.
- Yeni doğan bakımı yapılır.(K vit. Hepatit B göz pansumanı göbek bakımı) Annenin doğum sonrası bakım ve takibi yapılır.
- Doktor orderına göre loğusanın tedavisi yapılır. Fundus masajı ve kanama takibi yapılır.
- Anne sütü ve emzirme konusunda eğitim yapılarak HBSY üzerinden eğitim kayıt edilir.
- Rutin yeni doğan muayenesi için yeni doğan hekimi doğumhanede doğum boyunca bulunur.
- Doğum gerçekleşince bebeğin değerlendirmesi yapılır yeni doğanda riskli/sıkıntılı bir durum varsa uygun şekilde sevk veya servise transfer edilir.
- Doğumu gerçekleştiren anne durumu stabilleştirilip obstetri servisine devir yapılır.
- Doğum gerçekleştikten sonra anneye **doğum gözlem formu ve postpartum gözlem formu**, bebeğe **yenidoğanın doğum odası formu** doldurulur ve HBYS üzerinden **doğum değerlendirme formu ve aşı kaydı** doldurulur.

6.12.2.Sezaryen İçin Yapılan Uygulamalar

- Sezaryen kararı verilen ve hekim tarafından açıklanan onam formu gebe ve yakını tarafından doldurulur, standart hasta dosyası oluşturulur ve **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine** uygun hasta doğrulaması yapılarak ameliyat olmasında sakınca yoksa ameliyat hazırlığı yapılır.
- **Hastane İçi Hasta Transfer Formu** uygun şekilde doldurularak hasta ebe ile birlikte ameliyathaneye gönderilir.
- Bebek doğduktan sonra **yenidoğanın doğum odası notu formu** doldurularak hasta dosyasına eklenir. HBYS üzerinden **doğum değerlendirme formu ve aşı kaydı** doldurulur.

6.13.0.ANNE BAKIM VE İZLEMİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR.

- Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir.

- Doğum eyleminde Bakanlıkça yayımlanan ‘ Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi’ ne göre izlem yapılmalıdır.
- Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, partograf kayıtları hasta dosyalarında bulunmalıdır.
- Doğum sonrası süreçte annenin takibi Bakanlıkça yayımlanan ‘Doğum Sonu Rehberi’ ne göre yapılmalı, izlem kayıt altına alınmalıdır.

6.14.0.YENİDOĞAN BEBEĞİN İZLEMİNE YÖNELİK DÜZENLEME BULUNMALIDIR

- Yenidoğanın takibi ve kontrolleri belirlenmiş kurallar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Yenidoğan bebek, Bakanlıkça yayımlanan ‘*Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü*’ doğrultusunda izlenmeli, izlem kayıt altına alınmalıdır. İzlem aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır
- Doğum anı ve doğumun hemen sonrası
- Bebek stabilize olduktan sonra
- Bebek ve anne hastaneden ayrılmadan önce Anneye emzirme ve bebek bakımı konularında eğitim verilmelidir. Taburcu sonrası bebeğin takibi hakkında aile bilgilendirilmelidir.

6.14.1.Kürtaj İçin Yapılan Uygulamalar

- Kürtaj kararı verilen ve onam formu doldurulan gebeye/yakınına, standart hasta dosyası oluşturulur ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine uygun hasta doğrulaması yapılarak ameliyat olmasında sakınca yoksa ameliyat hazırlığı yapılır.
- Terminasyon için hastanın hekim istemine göre tedavisi başlanır ve hekim tarafından hastaya ilaç uygulanır.
- Ex fetüs işleminde eğer bebek 20 haftanın ve 500 gr altında ise, aile istemine göre tutanak tutularak morga veya patolojiye gönderilir.
- Eğer bebek 20 hafta ve 500 gr üzerinde ise aile istemine göre hekim tarafından **ÖBS(ÖLÜM BİLDİRİM SİSTEMİ)** doldurularak morga veya patolojiye gönderilir.
- Ameliyathanede kürtajı yapılacak ise *Hastane içi hasta transfer formu* ile ameliyathaneye gönderilir.
- Terminasyon işleminden sonra hastaya *terminasyon değerlendirme formu* doldurulur.

6.15.0.TIBBİ CİHAZ TAKİBİ

- Tıbbi cihazların bölüm bazında envanterleri klinikte bulunmaktadır.
- Tıbbi cihazların günlük kontrolü klinik sorumlu hemşiresi tarafından kontrol edilir.
- Tıbbi cihazların arızası durumunda tıbbi cihaz birimine bilgi verilir. Tıbbi cihaz birimi gelir teknik servis raporunu tutar.
- Tıbbi cihazların tıbbi cihaz bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planı dahilinde de cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarını yaptırır.
- Kalibre edilen cihazlara kalibrasyon etiketi yapıştırılır.

Etikette;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı,
- Kalibrasyonun yapıldığı tarihi,
- Kalibrasyonun yapılacağı tarih, (geçerlilik süresi) Sertifika numarası bulunur.

6.15.1.Hasta Başı Test Cihazlarının Kullanılması ve Kontrolü

- Kliniklerimizde çalışan hemşirelerimiz hasta başı test cihazı olarak kan glikozunu ölçmek için glukometre cihazı kullanır.
- Kliniklerde kullanılan HBTC’nin kontrolünden ve takibinden klinik sorumlu hemşireleri sorumludurlar. Birim bazında HBTC envanter listesinde o bölüme ait kullanılan cihazların envanteri tutulur.
- HBTC’de çalışılmış olan tüm test sonuçlarını, hemşire hasta dosyasına kayıt eder.
- HBTC’nin bakımını, temizliğini üretici firmanın önerisine ve kullanım kılavuzuna göre kullanan hemşire yapar.
- HBTC’nin kalibrasyonunu; hemşire hastadan kan alarak biyokimya laboratuvarına gönderir ve gelen sonuçları **HBTC Glukometre bakım ve kontrol formuna** kayıt eder.
- HBTC ile laboratuvar sonucu arasındaki fark %10’a kadar normal kabul edilir. Bu fark % 10’dan fazla olması durumunda kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilerek uygunsuzluğun düzeltilmesi için düzeltici-önleyici faaliyet başlatılarak cihaz depoya gönderilerek yenisi ile değiştirilir.
- HBTC da solüsyonla yapılan kalibrasyonlarda, solüsyon kutuları üzerindeki kabul edilebilir değer aralığının dışındaysa düzeltici- önleyici faaliyet başlatılarak cihaz depoya gönderilerek yenisi ile değiştirilir.
- HBTC’yi kullanacak çalışanlara; Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar,

- Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Cihazın temizliği ve bakımı hakkında ilgili sorumlu tarafından yılda bir kez eğitim verilir.
- Kliniğe yeni başlayan hemşirelere klinik kalite birim sorumlusu yukarıda yer alan konularda eğitim verir.

6.16.0.YATAN HASTA TABURCU İŞLEMLERİ

- Hastaya ilgili hekim ve hemşiresi taburculuk eğitimi verir.
- Taburculuğu karar verildikten sonraki süreçte bakımının devamlılığının ve sağlığın sürekliliğinin sağlanması, tedavinin etkinliğinin sürdürülmesi ve bu doğrultuda taburculuk sonrası hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi için eğitimlerimiz yatıştan taburculuğa kadar olan süreçte ilgili klinik hemşireleri ve hekimler tarafından verilir.
- Taburcu olan hasta/ hasta yakınlarına HBYS üzerinden eğitim formu içerisinde bulunan eğitim başlıkları adı altında eğitimler verilir, HBYS kayıt edilir.
- Tüm malzeme ve ilaç girişleri kontrol edilir varsa kalan ilaçlar HBYS üzerinden eczaneye İlaç iade formu ile iade edilir çıkış işlemleri başlatılır.
- Eğer hastanın yanında getirdiği ilaçlar teslim aldığımız taburculuk işlemlerinin sonunda **hastanın dışarıdan getirdiği ilaçları teslim ve iade formuna** kalan miktarlar kayıt edilerek hasta/ hasta yakınına imzalatılarak teslim edilir.
- Hekim tarafından doldurulan taburculuk özeti / epikriz raporunun bir örneği hasta dosyasına konulur, bir örneği de hasta / yada yakınına verilir
- Hemşire taburculuk eğitimini verir ve HBYS üzerinden doldurduğu formun bir çıktısını hasta/ hasta yakınına verir. Klinik hemşiresi taburculuk işlemlerini gerçekleştirilmesini sağlar, takip eder ve işlemler tamamlandığında gerekirse hastanın hazırlanmasını sağlar.
- **Hasta taburculuk eğitim prosedürü, hasta taburculuğu prosedürlerinin** kapsamındaki hususlara tabi kalmılır.
- **Yatan Hasta Ex İşlemleri: (ex hazırlama talimatı)**
- Hastanın ex olduğu kabul edilirse doktor tarafından ÖBS(ÖLÜM BİLDİRİM SİSTEMİ) ye bildirilerek ölüm raporu düzenlenir.
- Hastada takılı olan kateterler (Endotrekeal tüp, nazogastrik sonda, foley sonda, damar yolu, vb) hemşire/doktor sağlık memuru/att/ebe/sağlık personeli tarafından çıkartılır.
- Ex'in hazırlığı için personel tarafından hasta uygunluğu odada sağlanır.
- Hasta üzerinden çıkan tüm eşyalar doktor, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru, ebe, sekreter ve polis tarafından tutanakla teslim alınır.

Ex hazırlama talimatına uygun ex in hazırlığı yapılır.

6.17.0.ÇIKIŞ İŞLEMLERİ:

- Hasta çıkış işlemleri klinik sekreteri tarafından yapılır. Çıkış işlemlerinin tamamlanması ile hasta taburcu edilir.
- Ücretli hastalar faturalarının hazırlanması ve ödemelerini yapmalarını müteakip taburcu olurlar.

İLGİLİ DOKÜMANLAR

1. Yatan Hasta/Hasta Yakını Eğitim Formu
2. Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
3. Hasta Kimliğinin Doğrulanması Prosedürü
4. Hastanın Bilgilendirilmesi Ve Rızasının Alınması Prosedürü
5. Eczane Ve İlaç Yönetimi Prosedürü
6. Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü
7. Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü
8. Klinik Sekreteri Çalışma Talimatı
9. İtahi Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği
10. Harizmi Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği
11. Eğitim Katılım Formu
12. Düşme Olayı Bildirim Form
13. Hasta Mahremiyetinin Ve Tıbbi Kayıtlara Erişimde Bilgi
14. Mahremiyetinin Sağlanması Talimatı
15. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaç/Malzeme Teslim Formu

16. Hemşire Bakım Planı
17. Narkotik İlaç İsteme Ve Kayıt Formu
18. Sözlü Ve Telefonla Tabip Talimatı
19. Sözlü Ve Telefonla Tabip Talimatı Formu
20. Servis İlaç Ve Sarf Malzemeleri Kontrol Listesi
21. Advers Etki Bildirim Formu
22. Hemşire Gözlem Formu
23. Yazılışı-Okunuşu-Ambalajı Birbirine Benzeyen İlaçlar Listesi
24. Pediatrik Dozdaki İlaçların Kilograma Göre Dozların Listesi
25. Narkotik İlaç Defteri
26. Sıcaklık Takip Formu
27. Acil Arabası İlaç Malzeme Takip Kontrol Formu
28. Kan Bileşeni İstek Formu
29. Kan Bileşeni Transfer Ve Transfüzyon İzlem Formu
30. Hasta Transfer Formu
31. Anestezi Preoperatif Hasta Değerlendirme Formu
32. Hemşirelik Süreci Ameliyat Öncesi Hazırlık Ve Ameliyat Sonrası Takip Formu
33. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
34. Doğum Değerlendirme Formu
35. Terminasyon Değerlendirme Formu
36. Aşı Kayıt Formu
37. Doğum Salonu Kabul Formu
38. Yenidoğan Doğum Odası Notu Formu
39. HBTC Bakım Formu
40. Bakım, Onarım, Ölçme, Ayar Ve Kalibrasyon Planı
41. İlaç İade Formu
42. Klinik-Poliklinik İlaç İmha Tutanağı
43. Hasta Taburcu Eğitimi