



KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Farabi Hastanesi

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği

GENEL UYUM REHBERİ

Dok. Kod: KU.RH.01

Yayın Tarihi:03.11.2015

Revizyon No:04

Revizyon Tarihi:26.04.2023

Sayfa Sayısı:45



KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ
2023

KONTROLLÜ KOPYA



İÇİNDEKİLER

1.0	AMAÇ	4
2.0	KAPSAM	4
3.0	KISALTMALAR	4
4.0	TANIMLAR	4
5.0	SORUMLULAR	4
6.0	FAALİYET AKIŞI	4
6.1	MİSYON, VİZYON VE DEĞERLERİMİZ	5
6.2	KALİTE POLİTİKAMIZ	5
6.3	TARİHÇEMİZ	6
6.4	EĞİTİM ÖĞRETİM SALONLARIMIZ	6
6.5	ORGANİZASYON ŞEMASI	8
6.6	GÖREVE BAŞLAMA, ÇALIŞMA SAATLERİ VE İZİNLER	9
6.7	HASTANEYE ULAŞIM VE SERVİS GÜZERGAHLARI	13
6.8	HASTANE İLETİŞİM BİLGİLERİ	14
6.9	HASTANE YERLEŞİM PLANI VE HİZMET VEREN BÖLÜM/BİRİMLER	14
6.10	ÖDÜLLENDİRME	34
6.11	HİZMET İÇİ EĞİTİMLER	34
6.12	SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI HASTANE	35
6.13	ACİL DURUM KODLARI	40
6.14	HASTANEMİZDE OLUŞTURULAN KOMİTE VE EKİPLER	41
6.15	ATIK YÖNETİMİ	41
6.16	YANGINDAN KORUNMA	42
6.17	İLGİLİ DOKÜMANLAR	44

1.0 AMAÇ

Kuruma yeni başlayan, naklen tayin olan ya da açıktan atanan tüm personelimizin hastanemize, işe/görevine ve kuruma uyum sürecini kolaylaştırmak, çabuklaştırmak, hastanemizin kurum kültürünü, genel kurallarını ve uygulamalarını aktarmak, kurumumuzun hizmet ve süreçlerini tanımalarını sağlayıp, yapacağı iş ile ilgili bilgilerin ana hatları ile öğretilerek, adaptasyon sürecinin hızlandırılmasına yardımcı olmak.

2.0 KAPSAM

Hastanemizde göreve yeni başlayan personeli ve bu süreçlerde görevli tüm personeli kapsar.

3.0 KISALTMALAR

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

DÖF : Düzeltici Önleyici Faaliyet

İOBS : İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

BKM : Bölge Kan Merkezi

TM : Transfüzyon Merkezi

PET : Pozitron Emission Tomography

SPECT : Single Photon Emission Computerized Tomography (Bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi)

4.0 TANIMLAR

Genel Uyum Eğitimi: Hastanemizde işe yeni başlayan personelimizin, hastanemize ve görevine uyum sürecini kolaylaştırmak, hastanemizin kurum kültürünü, genel kurallarını ve uygulamalarını aktarmak için düzenlenen eğitimlerdir.

Hastane Tanıtımı: Hastanenin Fiziki Yapısı, Hizmet Sunulan Bölümler, Yönetimsel Yapı ve Yöneticiler, Çalışma Koşulları, İzinler, Hastaneye Ulaşım, Hastane İletişim Bilgilerini kapsayan işe yeni başlayan çalışana hastanede göreve başladığı hafta içinde verilen eğitimdir.

Bölüm Uyum Eğitimi: Hastanemizde işe yeni başlayan personelimiz ile görev yeri değişen personelimize mesleki bazda; çalıştığı biriminin özgüllüklerini ve birim kurallarını aktarmak için düzenlenen eğitimlerdir.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekim
• Hastane Başmüdür V.
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemsirelik
• Anabilim Dalı/Bilim Dalı Başkanları
• Tüm Hekimler
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİYET AKIŞI

6.1 MİSYON, VİZYON VE DEĞERLERİMİZ

6.3 TARİHÇEMİZ

6.4 EĞİTİM ÖĞRETİM SALONLARIMIZ

6.5 ORGANİZASYON ŞEMAMIZ

6.6 GÖREVE BAŞLAMA, ÇALIŞMA SAATLERİ VE İZİNLER

6.7 HASTANEYE ULAŞIM VE SERVİS GÜZERGAHLARI

6.8 HASTANE İLETİŞİM BİLGİLERİ

6.9 HASTANEMİZİN YERLEŞİM PLANI VE HİZMET VEREN BÖLÜM/BİRİMLERİMİZ

6.10 ÖDÜLLENDİRME

6.11 HİZMET İÇİ EĞİTİMLER

6.12 SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI HASTANE

6.13 ACİL DURUM KODLARI

6.14 HASTANEMİZDE OLUŞTURULAN KOMİTE VE EKİPLER

6.15 ATIK YÖNETİMİ

6.16 YANGINDAN KORUNMA

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

KONTROLLÜ KOPYA

6.1 MİSYON, VİZYON VE DEĞERLERİMİZ

Misyonumuz;

Hasta odaklı çağdaş sağlık hizmeti sunumu anlayışı doğrultusunda insanımızın ruh ve beden sağlığını koruyup geliştirmek; hastalarımıza en üst düzeyde kaliteli sağlık hizmetini en son bilgi ve teknolojiyle vermek; uluslararası standartlarda başta hekim olmak üzere sağlık profesyonellerinin mesleki eğitim görmelerine ve bilimsel araştırma yapmalarına uygun alt yapı desteğini sağlamaktır.

Vizyonumuz;

Sağlık hizmetlerinde; ileri tıp teknolojisini kullanarak, meslek etiği ilkeleri ve hasta haklarına uygun, kanıta dayalı tıbbi uygulamalarla, hasta ve çalışan memnuniyetini sağlayan, bölgesel ve ulusal düzeyde tercih edilen sağlık kurumu olmaktır. Ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık sektöründeki gelişmeler ve ihtiyaçlar doğrultusunda hekim, uzman hekim ve diğer sağlık profesyonellerinin etkin mesleki eğitimlerini gerçekleştirebilmeleri için gerekli olan alt yapıyı sağlamaktır.

Değerlerimiz;

- Bilimsel, araştırmacı bir yaklaşımla yeniliklere açıklık,
- Etik değerlere bağlı, ekip çalışması odaklı ve çalışan memnuniyetini öncelemek,
- Hasta hakları ve memnuniyetine dönük olarak itinalı, güler yüzlü çalışkan tutum.

6.2 KALİTE POLİTİKAMIZ

Hasta ve çalışan güvenliğini ön planda tutarak;

- Hastane hizmetlerinin ve klinik tıp hizmetlerinin yapılmasını ulusal ve uluslararası standartta sunmak,
- Hasta ve yakınlarının haklarını korumak, ihtiyaç ve beklentilerini karşılayarak hasta memnuniyetini sağlamak
- Katılımcı bir yönetim anlayışıyla tüm çalışanların deneyim, emek, bilgi, duygu ve düşüncelerini değerlendirerek çalışanlarımızın memnuniyetini artırmayı sağlamak
- Ekip çalışması ile sürekli iyileştirme faaliyetleri yaparak hizmet kalitesini artırmayı sağlamak

Misyonumuz;

Kalite Koordinatörlüğü olarak, kurumsal misyonumuz ve vizyonumuz doğrultusunda, Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hasta ve çalışan güvenliğini ön planda tutarak yapılacak düzenlemeler, yürütülecek faaliyetler ile ilgili usul ve esasları oluşturarak, hizmet alanında uygulanmasını sağlamak

Vizyonumuz;

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında etik değerlerimizden ödün vermeden, hasta ve çalışan odaklı, çağın gerekliliklerini takip eden, sürekli değişim ve gelişimi hedefleyerek hizmet kalitesini geliştirmek ve en üst seviyeye çıkarmak.

Amacımı;

- Hastanemizde ulusal ve uluslararası kalite standartları uygulamalarının takibini yapmak.
- Hastanede oluşturulan kalite kültürünü geliştirmek ve devamlılığını sağlamak.
- Hastane yönetimi ve hasta bakımı ile ilgili tüm süreçleri izlemek, ilgililerle iş birliği yaparak süreçleri geliştirmek.
- Yönetim ve hasta odaklı tüm süreçlerde sürekli iyileştirmeyi ve devamlılığı sağlamak
- Hasta, hasta yakını ve çalışanlarımızın güvenliği ve memnuniyetini sağlamak için yapılacak çalışmaların takibini yapmak.

Hedeflerimiz;

- Hastane kalite çalışmalarını ve kalite yönetim sistemini geliştirmek ve sürekli iyileştirmek
- Kalite puanımızı artırarak turizm sağlığı ve sağlık turizmine yönelik çalışmaları başlatmak
- Hastalarımızın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerini düzenlemek ve geliştirmek
- Hastanenin kalite hedeflerine ulaşmasında hasta ve çalışanlarımızın memnuniyetine odaklanarak kurum kültürünü geliştirmek

Değerlerimiz;

- Atatürk ilke ve devrimlerine bağlı olmak
- Hizmette mükemmellik
- Çalışma özgürlüğü
- Kurallara bağlı olmak
- Sorumluluk bilinci
- Etik değerlere bağlı olmak
- İdealist olmak
- Hasta haklarına saygılı olmak
- Şeffaflık
- Yaratıcılık
- Yenilikçilik
- Çalışkanlık
- Liderlik
- Liyakat
- Güvenirlik
- Dürüstlük
- İşbirliğine açık olmak
- Özverili olmak
- Adil olmak
- Akılcılık

6.3 TARİHÇEMİZ

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü arasında 1980 yılında imzalanan protokol ile Trabzon Soğuksu-Çamlık mevkiinde bulunan 225 yataklı binanın 10 yıl süre ile KTÜ Tıp Fakültesi'ne tahsis edilmesi ile aktif olarak hizmete başlayan Tıp Fakültesi Hastanesi, KTÜ kampusunda 38.000 m2 kapalı alanda yapımı tamamlanarak Farabi Hastanesi adını aldığı 600 yatak kapasiteli yeni ve modern binalarına 1986 yılında taşınmıştır.

Bu tarihten sonra akademik ve idari kadro ile fiziksel imkanlar bakımından hızlı bir gelişme gösteren Farabi Hastanesi'nin, 1992 yılında ihale edilerek 1993 yılında kampus içerisinde 25.000 m2 kapalı alanda inşasına başlanılan 308 yatak kapasiteli ek hastane binasının inşası (B blok) tamamlanarak 2004 yılında geçici olarak hizmete sokulmuştur. Daha sonra A blokta başlatılan yenileme çalışmaları tamamlanmış ve 2005 Eylül ayı itibariyle her iki ana blokta toplam 749 hasta kapasitesi ile hizmetine devam etmektedir.

Eğitim ve araştırma yanında, bölge hastanesi konumuyla Doğu Karadeniz Bölgesinin geniş bir halk kitlesine hizmet veren 800 yatak kapasiteli KTÜ Farabi Hastanesi'ne başvuran hasta sayısında her geçen yıl anlamlı bir çoğalma yaşanmakta, buna bağlı olarak hastanenin klinik, poliklinik, teşhis ve tedavi üniteleri, akademik ve idari personel ve de fiziki mekân bazında hizmet alanı genişletilmeye çalışılmaktadır.

6.4 EĞİTİM ÖĞRETİM SALONLARIMIZ

Tıp Fakültemiz Amfileri

Afet Solmaz Amfisi	150 Kişilik
Amfi 1	150 Kişilik
Dönem 2 Amfisi	200 Kişilik
Dönem 3 Amfisi	200 Kişilik

Tıp Fakültemiz Okuma Salonları ve Kapasiteleri

Okuma Salonu (Baki Komsuoğlu Okuma Salonu) 5-6.Sınıf	63 Kişilik
Okuma Salonu 1 ve 2. Sınıf	100 Kişilik
Okuma Salonu 3 ve 4.Sınıf	60 Kişilik

Tıp Fakültemiz Derslikleri

K1 Üroloji Dersliği	30 Kişilik
K2 Göz-KBB Dersliği	38 Kişilik
K3 Enfeksiyon-Plastik Cerrahi Dersliği	35 Kişilik
K4 Psikiyatri-Çocuk Psikiyatri Dersliği	35 Kişilik
K5 FTR-Anestezi Dersliği	46 Kişilik
K6 Dermatoloji Dersliği	36 Kişilik
K7	70 Kişilik
01 Dahiliye-Radyoloji Dersliği	82 Kişilik
02 Genel Cerrahi	71 Kişilik
03 Kadın Doğum Sınıfı	62 Kişilik
04 Kardiyoloji –Göğüs-Göğüs Cerrahi	76 Kişilik
B1 Sınav Salonu Ve Toplantı Salonu	58 Kişilik
B2 Pediatri Sınıfı	96 Kişilik

Tıp Fakültemiz Laboratuvarları ve Kapasiteleri

Anatomi Laboratuvarı	40 Kişilik
Patoloji-Histoloji Multi Disiplin Laboratuvarı	40 Kişilik
Bilgisayar Tabanlı Fizyoloji Uygulama Laboratuvarı	50 Kişilik
Solunum Fizyoloji Laboratuvarı	Ayakta 50 Kişi, Oturarak 10 Kişi
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	60 Kişilik
Biyokimya Laboratuvarı	60 Kişilik
Klinik Eğitim Beceri Laboratuvarı	5 Odacık+ 2 Büyük Derslik+2 Depo Dokümantasyon Odası
Tıbbi Bilişim Laboratuvarı	42 Kişilik
Tıbbi Biyoloji Ve Genetik Laboratuvarı	50 Kişilik (10 Mikroskop)

Hastanemiz Amfi ve Eğitim Salonları

Aydın İnal Amfisi	250 Kişilik
Acil Eğitim Salonu 1	40 Kişilik
Acil Eğitim Salonu 2	30 Kişilik

6.6 GÖREVE BAŞLAMA, ÇALIŞMA SAATLERİ VE İZİNLER

6.6.1 Göreve Başlama

İlk başvurunuzu Karadeniz Teknik Üniversitesi Kanuni Kampüsünde bulunan Rektörlük ek binası Personel Daire Başkanlığına yapmanız gerekmektedir. Başvurunuz esnasında yanınızda bulundurmanız gereken belgeler;

- Mezuniyet belgesi
- KPSS sonuç belgesi
- 1 adet fotoğraf
- Başvuru Dilekçesi
- Almış olduğunuz kursların belgesi
- Nüfus cüzdanı

Giriş işlemlerinizi için Başhekimlik katında (B Blok Zemin Katta) bulunan Personel Büromuza başvurunuz. Başvuru için;

- a. 2 adet fotoğraf,
- b. Kimlik,
- c. İlk atama veya nakil yoluyla gelmişseniz ilgili resmi yazıları yanınızda bulundurunuz. Evraklarınızı teslim ettikten sonra burada sizinle ilgili tüm bilgileri içeren "Personel Bilgi Forumu'nu" doldurmanız gerekmektedir.

Personel Bürosundan kayıt işlemlerinizi tamamlandıktan sonra anlaşmalı bankadan almış olduğunuz hesap numaranız ile birlikte B Blok zemin katta bulunan **Maas Tahakkuk Birimimize** başvurarak tahakkuku kayıt işlemlerinizi yaptırmanız gerekmektedir.

Hastanemiz HBYS kullanmak üzere A Blok 1.Katta bulunan bilgi işlem merkezimize başvurarak adınıza tanımlanmış olan şifrenizi almanız gerekmektedir.

Personel Büro, tüm personelin özlük bilgilerinin bulunduğu , Rektörlük vb. resmi makamlardan gelen personel ile ilgili yazıların tebliğ edildiği, terfi, sicil raporları işlemlerinin yapıldığı, nakil, emeklilik, geçici görev işlemlerinin takip edildiği, disiplin ve ceza ile ilgili idare tarafından açılan soruşturmalarda gerekli işlem ve yazışmaları yaparak alınan bilgi ve açıklamalar kapsamında ilgi mercii ve kişilere gerekli cevapların sunulduğu, personelin izinlerinin düzenlenmesi, personelin almış olduğu raporlarla ilgili işlemlerin ve yazışmaların yapıldığı, izin ve rapor dönüşlerinde bu bilgilerin Hastane Bilgi Yönetim Sistemine (HBYS) yüklendiği birimimizdir.

Yazı İşleri Büroda bulunan **Evrak Kayıt Birimi** hastaneye gelen ve giden evrakların takibinin, başhekimlik makamına sunulmak üzere ilgili başhekim yardımcılarınca sevk edilen dilekçelerin takibinin yapıldığı, hastane içi genelgelerin düzenlenip otomasyon programı ile bilgisayar ortamında kaydedilip dağıtımının yapıldığı birimdir.

6.6.2 Çalışma Saatleri ve İzinler

6.6.2.1 Devlet Memurları Kanunu

Kanun Numarası : 657

Kabul Tarihi : 14/7/1965

Yayımlandığı R.Gazete: Tarih : 23/7/1965 **Sayı**: 12056, **Devlet Memurları Kanununa göre**,

Çalışma Saatleri:

Madde 99 – (Değişik: 30/5/1974- KHK/12; Aynen kabul: 15/5/1975- 1897/1 md.)

Memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saattir.

Bu süre Cumartesi ve pazar günleri tatil olmak üzere düzenlenir.

Ancak özel kanunlarla yahut bu kanuna veya özel kanunlara dayanılarak çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma süreleri tespit olunabilir.

Günlük Çalışma Saatlerinin Tesbiti:

Madde 100 – Günlük çalışmanın başlama ve bitme saatleri ile öğle dinlenme süresi, bölgelerin ve hizmetin özelliklerine göre merkezde Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca, illerde valiler tarafından tesbit olunur.

(Ek fıkra: 13/2/2011-6111/104 md.) Ancak engelliler için; engel durumu, hizmet gerekleri, iklim ve ulaşım şartları göz önünde bulundurulmak suretiyle günlük çalışmanın başlama ve bitiş saatleri ile öğle dinlenme süreleri merkezde üst yönetici, taşrada mülki amirlerce farklı belirlenebilir.

(Ek fıkra: 13/2/2011-6111/104 md.) Memurların yürüttükleri hizmetin özelliklerine göre, bu madde uyarınca tespit edilen çalışma saat ve süreleri ile görev yerlerine bağlı olmaksızın çalışabilmeleri mümkündür. Bu hususa ilişkin usul ve esaslar, Devlet Personel Başkanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenir

Günün 24 Saatinde Devamlılık Gösteren Hizmetlerde Çalışma Saat ve Usulünün Tespiti:

Madde 101 – (Değişik: 132/2011-6111/105 md.)

Günün yirmi dört saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan Devlet memurlarının çalışma saat ve şekilleri kurumlarınca düzenlenir.

Ancak, kadın memurlara; tabip raporunda belirtilmesi hâlinde hamileliğin yirmi dördüncü haftasından önce ve herhâlde hamileliğin yirmi dördüncü haftasından itibaren ve doğumdan sonraki iki yıl süreyle gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez. Engelli memurlara da isteği dışında gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez.

Yıllık İzin;

Madde 102 – (Değişik: 31/7/1970- 1327/46 md.)

Devlet memurlarının yıllık izin süresi, hizmeti 1 yıldan on yıla kadar (On yıl dahil) olanlar için yirmi gün, hizmeti on yıldan fazla olanlar için 30 gündür. Zorunlu hallerde bu sürelerle gidiş ve dönüş için en çok ikişer gün eklenebilir.

Yıllık İzinlerin Kullanılışı:

Madde 103 – Yıllık izinler, amirin uygun bulacağı zamanlarda, toptan veya ihtiyaca göre kısım kısım kullanılabilir. Birbirini izleyen iki yılın izni bir arada verilebilir.

(Değişik cümle: 6/7/1995- KHK- 562/2 md.) Cari yıl ile bir önceki yıl hariç, önceki yıllara ait kullanılmayan izin hakları düşer. Hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan personele, her yıl yıllık izinlerine ilaveten bir aylık sağlık izni verilir.

Mazeret İzni:

Madde 104 – (Değişik: 13/2/2011-6111/106 md.)

A) Kadın memura; doğumdan önce sekiz, doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı hafta süreyle analık izni verilir. Çoğul gebelik durumunda, doğum öncesi sekiz haftalık analık izni süresine iki hafta eklenir. Ancak beklenen doğum tarihinden sekiz hafta öncesine kadar sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğunu tabip raporuyla belgeleyen kadın memur, isteği hâlinde doğumdan önceki üç haftaya kadar kurumunda çalışabilir. Bu durumda, doğum öncesinde bu rapora dayanarak fiilen çalıştığı süreler doğum sonrası analık izni süresine eklenir. Doğumun erken gerçekleşmesi sebebiyle, doğum öncesi analık izninin kullanılmayan bölümü de doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir.

(Ek cümle: 29/1/2016-6663/6 md.) Doğum öncesi analık izninin başlaması gereken tarihten önce gerçekleşen doğumlarda ise doğum tarihi ile analık izninin başlaması gereken tarih arasındaki süre doğum sonrası analık iznine ilave edilir. Doğumda veya doğum sonrasında analık izni kullanılırken annenin ölümü hâlinde, isteği üzerine memur olan babaya anne için öngörülen süre kadar izin verilir.

(Ek cümleler: 29/1/2016-6663/6 md.) Üç yaşını doldurmuş bir çocuğu eşiyile birlikte veya münferit olarak evlat edinen memurlar ile memur olmayan eşin münferit olarak evlat edinmesi hâlinde memur olan eşlerine, çocuğun teslim edildiği tarihten itibaren sekiz hafta süre ile izin verilir. Bu izin evlatlık kararı verilmeden önce çocuğun fiilen teslim edildiği durumlarda da uygulanır.

B) Memura, eşinin doğum yapması hâlinde, isteği üzerine on gün babalık izni; kendisinin veya çocuğunun evlenmesi ya da eşinin, çocuğunun, kendisinin veya eşinin ana, baba ve kardeşinin ölümü hâllerinde isteği üzerine yedi gün izin verilir.

C) (A) ve (B) fıkralarında belirtilen hâller dışında, merkezde atamaya yetkili amir, ilde vali, ilçede kaymakam ve yurt dışında diplomatik misyon şefi tarafından, birim amirinin muvafakati ile bir yıl içinde toptan veya bölümler hâlinde, mazeretleri sebebiyle memurlara on gün izin verilebilir. Zaruret hâlinde öğretmenler hariç olmak üzere, aynı usulle on gün daha mazeret izni verilebilir. Bu takdirde, ikinci kez verilen bu izin, yıllık izinden düşülür.

D) Kadın memura, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk altı ayda günde üç saat, ikinci altı ayda günde bir buçuk saat süt izni verilir. Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı hususunda, kadın memurun tercihi esastır.

E) (Ek: 20/2/2014-6525/7 md.) Memurlara; en az yüzde 70 oranında engelli ya da süregelen hastalığı olan çocuğunun (çocuğun evli olması durumunda eşinin de en az yüzde 70 oranında engelli olması kaydıyla) hastalanması hâlinde hastalık raporuna dayalı olarak ana veya babadan sadece biri tarafından kullanılması kaydıyla bir yıl içinde toptan veya bölümler hâlinde on güne kadar mazeret izni verilir.

F) (Ek: 29/1/2016-6663/6 md.) Doğum sonrası analık izni süresi sonunda kadın memur, isteği hâlinde çocuğun hayatta olması kaydıyla analık izni bitiminde başlamak üzere ayrıca süt izni verilmeksizin birinci doğumda iki ay, ikinci doğumda dört ay, sonraki doğumlarda ise altı ay süreyle günlük çalışma süresinin yarısı kadar çalışabilir. Çoğul doğumlarda bu sürelerle birer ay ilave edilir. Çocuğun engelli doğması veya doğumdan sonraki on iki ay içinde çocuğun engellilik durumunun tespiti hâllerinde bu süreler on iki ay olarak uygulanır. Üç yaşını doldurmuş bir çocuğu eşiyile birlikte veya münferit olarak evlat edinen memurlar ile memur olmayan eşin münferit olarak evlat edinmesi hâlinde memur olan eşleri de, istekleri üzerine (A) fıkrası uyarınca verilen sekiz haftalık iznin bitiminden itibaren bu haktan aynı esaslar çerçevesinde yararlanır. Memurun çalışacağı süreler ilgili kurum tarafından belirlenir.

G) Yıllık izin ve mazeret izinleri sırasında fiili çalışmaya bağlı her türlü ödemeler hariç malî haklar ile sosyal yardımlara dokunulmaz.

Hastalık İzni:

Madde 105 – (Değişik: 13/2/2011-6111/107 md.)

Memura, aylık ve özlük hakları korunarak, verilecek raporda gösterilecek lüzum üzerine, kanser, verem ve akıl hastalığı gibi uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalığı hâlinde on sekiz aya kadar, diğer hastalık hâllerinde ise on iki aya kadar izin verilir.

Memurun, hastalığı sebebiyle yataklı tedavi kurumunda yatarak gördüğü tedavi süreleri, hastalık iznine ait sürenin hesabında dikkate alınır.

Bu maddede yazılı azamî süreler kadar izin verilen memurun, bu iznin sonunda işe başlayabilmesi için, iyileştigiğine dair raporu (yurt dışındaki memurlar için mahallî usûle göre verilecek raporu) ibraz etmesi zorunludur. İzin süresinin sonunda, hastalığının devam ettiği resmî sağlık kurulu raporu ile tespit edilen memurun izni, birinci fıkrada belirtilen süreler kadar uzatılır, bu sürenin sonunda da iyileşemeyen memur hakkında emeklilik hükümleri uygulanır.

Bunlardan gerekli sağlık şartlarını yeniden kazandıkları resmî sağlık kurullarınca tespit edilen ve emeklilik hakkını elde etmemiş olanlar, yeniden memuriyete dönmek istemeleri hâlinde, niteliklerine uygun kadrolara öncelikle atanırlar.

Görevi sırasında veya görevinden dolayı bir kazaya veya saldırıya uğrayan veya bir meslek hastalığına tutulan memur, iyileşinceye kadar izinli sayılır.

Hastalık raporlarının hangi hallerde, hangi hekimler veya sağlık kurulları tarafından verileceği ve süreleri ile bu konuya ilişkin diğer hususlar, Sağlık, Maliye ve Dışişleri Bakanlıkları ile Sosyal Güvenlik Kurumunun görüşleri alınarak Devlet Personel Başkanlığınca hazırlanacak bir yönetmelikle belirlenir.

Ayrıca, memurun bakmakla yükümlü olduğu veya memur refakat etmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek ana, baba, eş ve çocukları ile kardeşlerinden birinin ağır bir kaza geçirmesi veya tedavisi uzun süren bir hastalığının bulunması hâllerinde, bu hâllerin sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla, aylık ve özlük hakları korunarak, üç aya kadar izin verilir. Gerektiğinde bu süre bir katına kadar uzatılır.

Aylıksız İzin:

Madde 108 – (Değişik: 13/2/2011-6111/108 md.)

A) Memura, 105 inci maddenin son fıkrası uyarınca verilen iznin bitiminden itibaren, sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla, istekleri üzerine on sekiz aya kadar aylıksız izin verilebilir.

B) Doğum yapan memura, 104'üncü madde uyarınca verilen doğum sonrası analık izni süresinin veya aynı maddenin (F) fıkrası uyarınca verilen izin süresinin bitiminden; eşi doğum yapan memura ise, doğum tarihinden itibaren istekleri üzerine yirmi dört aya kadar aylıksız izin verilir.

C) (Değişik birinci cümle: 29 /1/2016-6663/7 md.) Üç yaşını doldurmamış bir çocuğu eşiyile birlikte veya münferit olarak evlat edinen memurlar ile memur olmayan eşin münferit olarak evlat edinmesi hâlinde memur olan eşlerine, 104'üncü maddenin (A) fıkrası uyarınca verilen sekiz haftalık iznin veya aynı maddenin (F) fıkrası uyarınca izin kullanılması hâlinde bu iznin bitiminden itibaren, istekleri üzerine yirmi dört aya kadar aylıksız izin verilir. Evlat edinen her iki eşin memur olması durumunda bu süre, eşlerin talebi üzerine yirmi dört aylık süreyi geçmeyecek şekilde, birbirini izleyen iki bölüm hâlinde eşlere kullanılabilir.

D) Özel burs sağlayan ve bu burstan istifade etmesi için kendilerine aylıksız izin verilenler de dâhil olmak üzere burslu olarak ya da bütçe imkânlarıyla yetiştirilmek üzere yurtdışına gönderilen veya sürekli görevle yurtiçine ya da yurtdışına atanmış veya en az altı ay süreyle yurtdışında geçici olarak görevlendirilen memurlar veya diğer personel kanunlarına tâbi olanlar ile yurtdışına kamu kurumlarınca gönderilmiş olan öğrencilerin memur olan eşleri ile 77nci maddeye göre izin verilenlerin memur olan eşlerine görev veya öğrenim süresi içinde aylıksız izin verilebilir.

E) Memura, yıllık izinde esas alınan süreler itibarıyla beş hizmet yılını tamamlamış olması ve isteği hâlinde memuriyeti boyunca ve en fazla iki defada kullanılmak üzere, toplam bir yıla kadar aylıksız izin verilebilir. Ancak, sıkıyönetim, olağanüstü hâl veya genel hayata müessir afet hâli ilan edilen bölgelere 72 nci madde gereğince belli bir süre görev yapmak üzere zorunlu olarak sürekli görevle atanmış hakkında bu bölgelerdeki görev süreleri içinde bu fıkra hükmü uygulanmaz.

F) Aylıksız izin süresinin bitiminden önce mazereti gerektiren sebebin ortadan kalkması hâlinde, on gün içinde göreve dönülmesi zorunludur. Aylıksız izin süresinin bitiminde veya mazeret sebebinin kalkmasını izleyen on gün içinde görevine dönmeyenler, memuriyetten çekilmiş sayılır.

G) Muvazzaf askerliğe ayrılan memurlar askerlik süresince görev yeri saklı kalarak aylıksız izinli sayılır

6.6.2.2 Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar

Bakanlar Kurulu Kararının;

Tarihi ve No'su : 6/6/1978-7/15754

Dayandığı Kanun : 28/2/1978-2143

Yayımlandığı Resmî Gazete : 28/6/1978-16330

İzin Süreleri

Madde 9- (Değişik: 9/2/1979-7/17150) 160 sayılı Kanunun 4'üncü maddesinde[7]sayılan kurumlarda (...) Sosyal Güvenlik Kurumlarına prim ödemek suretiyle geçen hizmet süresi, bir yıldan on yıla kadar olan personele yirmi gün, on yıldan fazla olanlara otuz gün ücretli yıllık izin verilir.

(Değişik: 2/3/2009-2009/14799) Sözleşmeli kadın personele, doğumdan önce sekiz, doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı hafta süre ile ücretli doğum izni verilir. Çoğul gebelik halinde, doğum öncesi sekiz haftalık izin süresine iki hafta eklenir. Ancak beklenen doğum tarihinden sekiz hafta öncesinde, sağlık durumunun uygun olduğunu doktor raporu ile belgeleyen sözleşmeli kadın personel, isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda, sözleşmeli kadın personelin isteği halinde doğum öncesi çalıştığı süreler, doğum sonrası izin süresine eklenir.

(Ek: 2/3/2009-2009/14799) Doğum izni sebebiyle Sosyal Güvenlik Kurumunca ödenen geçici iş göremezlik ödeneği ilgilinin ücretinden düşülür."

(Ek: 3/8/2005-2005/9245) Sözleşmeli personele, bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam bir buçuk saat süt izni verilir. Süt izninin kullanımında annenin saat seçimi hakkı vardır.

(Ek: 11/9/1990-90/902) Sözleşmeli personele isteği üzerine; eşinin doğum yapması halinde iki gün, kendisinin veya çocuğunun evlenmesi, annesinin, babasının, eşinin, çocuğunun veya kardeşinin ölümü halinde ve her olay için üç gün ücretli mazeret izni verilir.

(Ek: 24/4/2007-2007/12061) Hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan ve doğrudan radyasyona maruz kalan sözleşmeli personele ilgili mevzuatı uyarınca ücretli sağlık izni verilir.

Çalışma Süreleri:

Madde 13- (Değişik: 9/2/1979-7/17150) Bakanlar Kurulunca Devlet memurları için saptanan çalışma saat ve süreleri sözleşmeli personel için de uygulanır (Sözleşmeli olarak çalıştırılacak hekimler için 2162 sayılı Kanunun 6 ve 7 nci maddeleri hükümleri geçerlidir)

Ancak, tam gün çalışmayı gerektirmeyen durumlarda Maliye Bakanlığının olumlu görüşü alınmak kaydıyla birinci fıkra hükmü dışında düzenlemeler yapılabilir.

(Ek: 22/11/2010-2010/1169) Bu Karar Esaslarına göre çalıştırılacak sözleşmeli personel o gün bitirilmesi gereken işlerin bitimine kadar çalışmak zorundadır. Normal çalışma sürelerini aşan bu süreler için ilgili kanunlarında öngörülen hükümler saklı kalmak kaydıyla her sekiz saati için bir gün hesabıyla izin verilir.

6.6.2.3 İş Kanunu

Kanun Numarası : 4857

Kabul Tarihi : 22/5/2003

Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 10/6/2003 Sayı : 25134

Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 42

Yıllık Ücretli İzin Hakkı ve İzin Süreleri

Madde 53- İşyerinde işe başladığı günden itibaren, deneme süresi de içinde olmak üzere, en az bir yıl çalışmış olan işçilere yıllık ücretli izin verilir.

Yıllık ücretli izin hakkından vazgeçilemez.

Niteliklerinden ötürü bir yıldan az süren mevsimlik veya kampanya işlerinde çalışanlara bu Kanunun yıllık ücretli izinlere ilişkin hükümleri uygulanmaz.

İşçilere verilecek yıllık ücretli izin süresi, hizmet süresi;

a) Bir yıldan beş yıla kadar (beş yıl dahil) olanlara on dört günden,

b) Beş yıldan fazla on beş yıldan az olanlara yirmi günden,

c) On beş yıl (dahil) ve daha fazla olanlara yirmi altı günden,

Az olamaz. **(Ek cümle: 10/9/2014-6552/5 md.)** Yer altı işlerinde çalışan işçilerin yıllık ücretli izin süreleri dörder gün arttırılarak uygulanır.

Ancak on sekiz ve daha küçük yaştaki işçilerle elli ve daha yukarı yaştaki işçilere verilecek yıllık ücretli izin süresi yirmi günden az olamaz.

Yıllık izin süreleri iş sözleşmeleri ve toplu iş sözleşmeleri ile artırılabilir.

Yıllık ücretli izne hak kazanma ve izni kullanma dönemi

Çalışma Süresi

Madde 63- Genel bakımdan çalışma süresi haftada en çok kırk beş saattir. Aksi kararlaştırılmamışsa bu süre, işyerlerinde haftanın çalışılan günlerine eşit ölçüde bölünerek uygulanır.

Tarafların anlaşması ile haftalık normal çalışma süresi, işyerlerinde haftanın çalışılan günlerine, günde on bir saati aşmamak koşulu ile farklı şekilde dağıtılabilir. Bu halde, iki aylık süre içinde işçinin haftalık ortalama çalışma süresi, normal haftalık çalışma süresini aşamaz. Denkleştirme süresi toplu iş sözleşmeleri ile dört aya kadar artırılabilir.

Telaflı Çalışması

Madde 64- Zorunlu nedenlerle işin durması, ulusal bayram ve genel tatillerden önce veya sonra işyerinin tatil edilmesi veya benzer nedenlerle işyerinde normal çalışma sürelerinin önemli ölçüde altında çalışılması veya tamamen tatil edilmesi ya da işçinin talebi ile kendisine izin verilmesi hallerinde, işveren iki ay içinde çalışılmayan süreler için telafî çalışması yaptırabilir. Bu çalışmalar fazla çalışma veya fazla sürelerle çalışma sayılmaz.

Telaflı çalışmaları, günlük en çok çalışma süresini aşmamak koşulu ile günde üç saatten fazla olamaz. Tatil günlerinde telafî çalışması yaptırılmaz.

Gece süresi ve gece çalışmaları

Madde 69- Çalışma hayatında "gece" en geç saat 20.00'de başlayarak en erken saat 06.00'ya kadar geçen ve her halde en fazla on bir saat süren dönemdir.

Bazı işlerin niteliğine ve gereğine göre yahut yurdun bazı bölgelerinin özellikleri bakımından, çalışma hayatına ilişkin "gece" başlangıcının daha geriye alınması veya yaz ve kış saatlerinin ayarlanması, yahut gün döneminin başlama ve bitme saatlerinin belirtilmesi suretiyle birinci fıkradaki hükmün uygulama şekillerini tespit etmek yahut bazı gece çalışmalarına herhangi bir oranda fazla ücret ödenmesi usulünü koymak veyahut gece işletilmelerinde ekonomik bir zorunluluk bulunmayan işyerlerinde işçilerin gece çalışmalarını yasak etmek üzere yönetmelikler çıkarılabilir.

İşçilerin gece çalışmaları yedi buçuk saati geçemez. **(Ek cümle: 4/4/2015-6645/37 md.)** Ancak, turizm, özel güvenlik ve sağlık hizmeti yürütülen işlerde işçinin yazılı onayının alınması şartıyla yedi buçuk saatin üzerinde gece çalışması yaptırılabilir.

Gece ve gündüz işletilen ve nöbetleşe işçi postaları kullanılan işlerde, bir çalışma haftası gece çalıştırılan işçilerin, ondan sonra gelen ikinci çalışma haftası gündüz çalıştırılmaları suretiyle postalar sıraya konur. Gece ve gündüz postalarında iki haftalık nöbetleşme esası da uygulanabilir.

Postası değiştirilecek işçi kesintisiz en az on bir saat dinlendirilmeden diğer postada çalıştırılmaz.

Analık Halinde Çalışma ve Süt İzni

Madde 74- Kadın işçilerin doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı haftalık süre için çalıştırılmamaları esastır. Çoğul gebelik halinde doğumdan önce çalıştırılmayacak sekiz haftalık süreye iki hafta süre eklenir. Ancak, sağlık durumu uygun olduğu takdirde, doktorun onayı ile kadın işçi isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda, kadın işçinin çalıştığı süreler doğum sonrası sürelerle eklenir.

(Ek cümle: 13/2/2011- 6111/76 md.) Kadın işçinin erken doğum yapması halinde ise doğumdan önce kullanamadığı çalıştırılmayacak süreler, doğum sonrası sürelerle eklenmek suretiyle kullanılır.

(Ek cümleler: 29/1/2016-6663/22 md.) Doğumda veya doğum sonrasında annenin ölümü hâlinde, doğum sonrası kullanılmayan süreler babaya kullanılır. Üç yaşını doldurmuş

Çocuğu evlat edinen eşlerden birine veya evlat edinene çocuğun aileye fiilen teslim edildiği tarihten itibaren sekiz hafta analık hâli izni kullanılır.

(Ek fıkra: 29/1/2016-6663/22 md.) Birinci fıkra uyarınca kullanılan doğum sonrası analık hâli izninin bitiminden itibaren çocuğunun bakımı ve yetiştirilmesi amacıyla ve çocuğun hayatta olması kaydıyla kadın işçi ile üç yaşını doldurmuş çocuğu evlat edinen kadın veya erkek işçilere istekleri hâlinde birinci doğumda altmış gün, ikinci doğumda yüz yirmi gün, sonraki doğumlarda ise yüz seksen gün süreyle haftalık çalışma süresinin yarısı kadar ücretsiz izin verilir. Çoğul doğum hâlinde bu sürelerle otuzar gün eklenir. Çocuğun engelli doğması hâlinde bu süre üç yüz altmış gün olarak uygulanır. Bu fıkra hükümlerinden yararlanan süre içerisinde süt iznine ilişkin hükümler uygulanmaz.

Yukarıda öngörülen süreler işçinin sağlık durumuna ve işin özelliğine göre doğumdan önce ve sonra gerekirse artırılabilir. Bu süreler hekim raporu ile belirtilir.

Hamilelik süresince kadın işçiye periyodik kontroller için ücretli izin verilir.

Hekim raporu ile gerekli görüldüğü takdirde, hamile kadın işçi sağlığına uygun daha hafif işlerde çalıştırılır. Bu halde işçinin ücretinde bir indirim yapılmaz. İsteği halinde kadın işçiye, on altı haftalık sürenin tamamlanmasından veya çoğul gebelik halinde on sekiz haftalık süreden sonra altı aya kadar ücretsiz izin verilir.

(Ek cümle: 29/1/2016-6663/22 md.) Bu izin, üç yaşını doldurmuş çocuğu evlat edinme hâlinde eşlerden birine veya evlat edinene verilir. Bu süre, yıllık ücretli izin hakkının hesabında dikkate alınmaz.

Kadın işçilere bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam bir buçuk saat süt izni verilir. Bu sürenin hangi saatler arasında ve kaç bölünerek kullanılacağını işçi kendisi belirler. Bu süre günlük çalışma süresinden sayılır.

(Ek fıkra: 29/1/2016-6663/22 md.) Bu madde hükümleri iş sözleşmesi ile çalışan ve bu Kanunun kapsamında olan veya olmayan her türlü işçi için uygulanır.

6.6.2.4 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Geçici 23. Maddesi Uyarınca İdarelerce Sürekli İşçi Kadrolarına Geçirilen İşçilerin Ücret ile Diğer Mali ve Sosyal Haklarının Belirlenmesinde Esas Alınacak Toplu İş Sözleşmesi Hükümleri

Hafta ve Genel Tatillerde Çalışma ve Ücreti

- Normal çalışma yapılan yerlerde hafta tatili pazar günüdür. Vardiyalı çalışma yapılan yerlerde hafta tatili çalışmaya başlandığı 6. günü takip eden 7. gündür.
- Hafta tatillerinde çalıştırılan işçilere takip eden hafta içinde bir gün izin verilir. Çalışılan bu hafta tatili günü için toplam iki yevmiye ödenir.
- Kanunda belirtilen ulusal bayram ve genel tatil günlerinde yapılacak çalışmalar, önceden işçiye duyurulur. Ulusal bayram, genel tatil günlerinde çalıştırılan işçilere çalıştıkları her bir gün için toplam 3 (üç) yevmiye ödenir.
- (A) ve (B) bentlerindeki ödemeler için haftalık çalışma süresi şartı aranmaz.

Gece Çalışması

Saat 20.00-06.00 arasında yapılan çalışmalar gece çalışmalarıdır. Güvenlik görevlileri hariç bu saatlerde çalıştırılan işçilere ücretleri %10 zamlı ödenir.

Fazla Çalışma Ücreti ve Ödenmesi

Fazla çalışma ücreti normal ücretin %60 zamlısı olarak ödenir.

İzinler:

A. Yıllık Ücretli İzinler,

Yıllık ücretli izinler konusunda Kanun hükümleri uygulanır. Ancak, yıllık ücretli izin günleri aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

Hizmet süresi;

- 1 yıldan 5 yıla kadar olanlara 16 gün,
- 5 yıldan fazla 15 yıldan az olanlara 22 gün,
- 15 yıl ve daha fazla olanlara 28 gün yıllık izin verilir.

B. Ücretsiz Mazeret İzni;

İşçinin talep etmesi ve mazeretinin makul görülmesi hâlinde işverence yılda 45 (kırkbeş) güne kadar ücretsiz mazeret izni verilebilir.

C. Ücretli Sosyal İzinler;

İşçiye;

- Eşinin doğum yapması hâlinde 5 gün
- Evlenmesi hâlinde 5 gün
- Eş ve çocuğunun ölümünde 6 gün
- Ana, baba veya kardeşinin ölümünde 5 gün
- Kayınpeder veya kayınvalidesinin ölümünde 2 gün
- Tabii afetten zarar görmesi hâlinde 10 güne kadar ücretli sosyal izin verilir.

6.7 HASTANEYE ULAŞIM VE SERVİS GÜZERGAHLARI

6.7.1 Hastaneye Ulaşım

Adres:

Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi

Ortahisar /TRABZON

Ulaşım:

Meydan-Farabi Hastanesi Başhekimliği; Atatürk meydanından kalkan Tıp Fakültesi dolmuşları ile gelinir.

Havaalanı- Farabi Hastanesi Başhekimliği; Havaalanı dolmuşları ile gelirken Forum alışveriş Merkezi yanında inerek ışıklardan karşıya geçip Tıp Fakültesi-Meydan/Tıp Fakültesi Moloz dolmuşlarına binerek hastanemize ulaşabilirsiniz.

Otogar- Farabi Hastanesi Başhekimliği; Otogar önünden geçen Tıp Fakültesi-Meydan/Tıp Fakültesi Moloz dolmuşlarına binerek hastanemize ulaşabilirsiniz

6.7.2 Servis Güzergahları

	Sabah Hareket Saati	Akşam Hareket Saati
Akçaabat	07: 05	17: 10
Ayasofya-Fatih (İç Hat)	07: 25	16: 10
Çukurçayır	07: 20	17: 10
Erdoğdu	07: 20	17: 10
Bahçecik	07: 20	17: 10
Yomra	07: 25	17: 10

KONTROLLÜ KOPYA

Gece Servisi: Hastaneye gelişte ihtiyaca göre saatleri belirlenmektedir. Hastaneden evlere 00: 15’de hareket etmektedir. Sabah hastaneden merkeze 08:30’da hareket etmektedir. Fatihden→ Hastaneye 14: 30’da hareket etmektedir

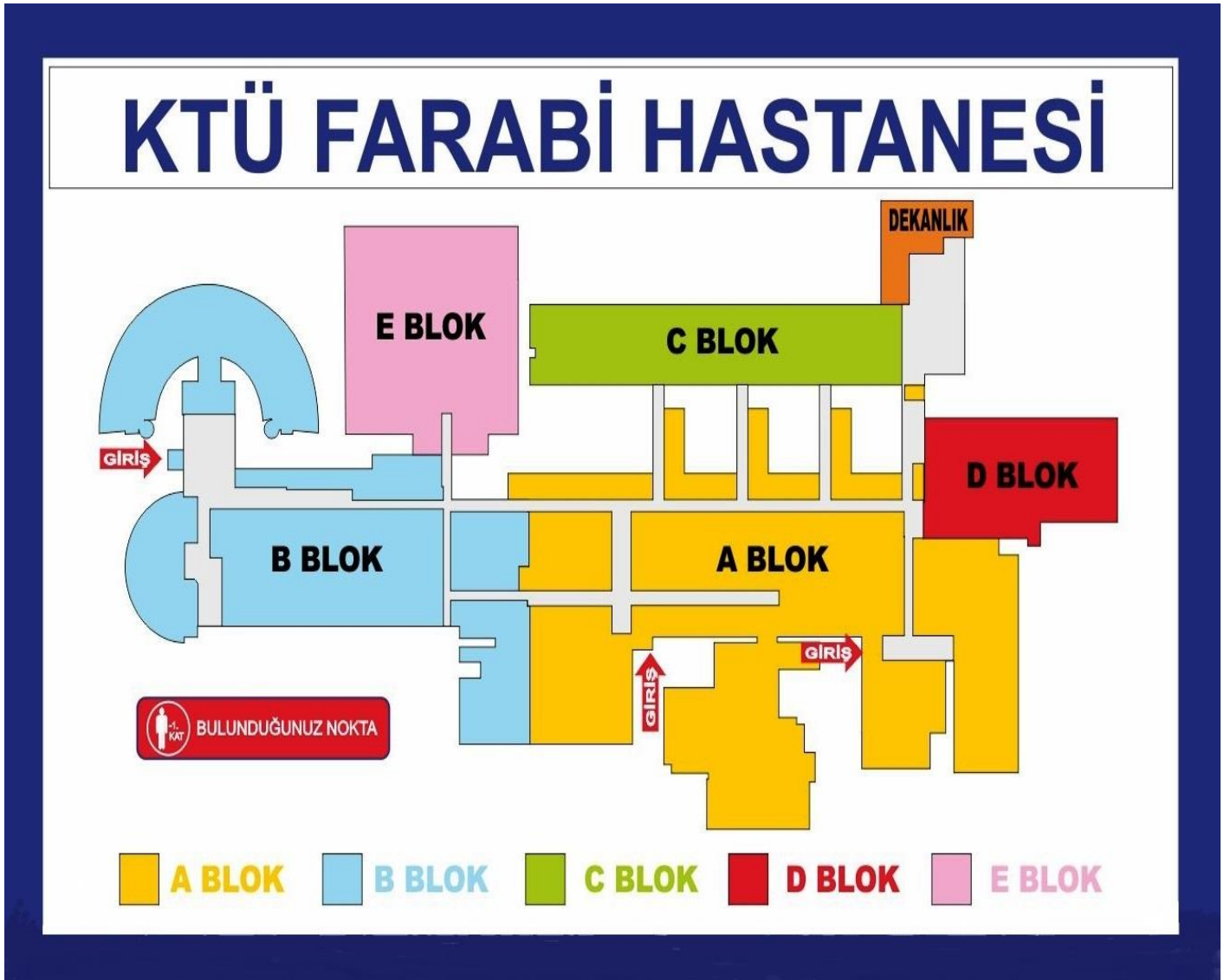
6.8 HASTANE İLETİŞİM BİLGİLERİ

BÖLÜM/BİRİM	TELOFON NUMARASI
Hastane Santral	0 462 377 50 00
Başhekimlik	0 462 377 54 54
Başhemşire	0 462 377 54 52-5695
Süpervizör	0 462 377 56 44
Personel Büro	0 462 377 54 18-54 11
Nöbetçi Müdürlük	0 462 377 54 22
Belge Geçer (Faks)	0 462 325 05 18
KTÜ Santral	0 462 377 30 00
Güvenlik Ofisi	0 462 377 53 17
Tıp Fakültesi Dekanlığı	0 462 377 54 04-54 05

E-Posta: farabibashekimlik@ktu.edu.tr

6.9 HASTANE YERLEŞİM PLANI VE HİZMET VEREN BÖLÜM/BİRİMLER

6.9.1 Hastane Krokisi



KONTROLLÜ KOPYA

6.9.2 İdari Birimlerimiz

BLOK/KAT	BÖLÜM/BİRİM
A/ZEMİN	Güvenlik
	Danışma
	Evrak Tasdik
	Nöbetçi Müdürlük
	Santral
	Çamaşırhane
	Terzihane
	Matbaa Baskı
	Araç İşletme
A/-1	Sağlık Kurulu
	Yemekhane
	Sarf Malzeme Deposu
A/-2	Morg/İmamlık
	Su Atölyesi
	Cam Atölyesi
	Marangoz Atölyesi
	Demir Atölyesi
	Telefon Atölyesi
	Elektrik Atölyesi
	İnşaat Atölyesi
	Teknik Bakım Depo
Mutfak	
B/ZEMİN	Başhekimlik
	Kalite Koordinatörlüğü
	İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi
	Güvenlik Ofisi
	Teknik Bakım Ofisi
	Eğitim Koordinatörlüğü
B/-1	Taş Kırma Ünitesi
B/-2	Arşiv
	Temizlik Malzeme Ofisi
D/1	Personel Yemekhanesi
D/2	Biyomedikal
	Mescit
E/1	Bilgi İşlem
E/-2	Klima Dairesi

6.9.2.1 Sağlık Kurulu

Mesai saatleri içerisinde Başhekimliğe dilekçe verilerek rapor isteğinde bulunulur. Başhekimliğin onayladığı dilekçe örneği ile birlikte sağlık kuruluna müracaat edilir. Hastanemiz sağlık kurulu kapsamında verdiği hizmetler,



Rapor isteme gerekçesi (ücretsiz)

- Eğitim (Öğrenci Belgesi İbraz Edilecektir)
 - Yurt Kayıtı (Öğrenci Belgesi İbraz Edilecektir)
 - Aylık Bağlanması (Gazi veya Şehit Yakınına Olduğu Belgelenecektir)
 - İşe Giriş (Gazi veya Şehit Yakınına Olduğu Belgelenecektir)
 - Şehidin Silahının Teslimi
- Bakım ve Bakıcı Maaşı Almak
 - 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesizler (2022 Sayılı Kanun)

- Gebelik Sonlandırma

Özel Amaçlı (Ücrete Tabi) Raporlar;

- ÖTV İndiriminden Yararlanmak (*Özürlü Araç Almak*)
- Vergi İndiriminden Yararlanmak
- Askerlik Şubesine Vermek
- Durum Bildirir (*3 İmzalı*)
- Vasi Tayini Raporu (*Kurumca Karşılanmayan*)
- Sigorta İşlerinde Kullanılmak Amaçlı
- Engelli B Sınıfı Ehliyeti
- Tüp Bebek

Sağlık Kurulu Raporları;

- Ehliyet,
- Silah Ruhsatı,
- Naklen Tayin,
- İşe Giriş,
- Evlilik (*Nikah*)

6.9.2.2 Yemekhane

Yemekhanemiz, KTÜ Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesinde tedavi gören hastalar, refakatçiler ile Hastanede görevli kişiler ve hizmet satın alımı kapsamında çalışan firma personelinin resmi ve idari tatiller dahil, 365 gün ve haftanın yedi günü beslenme gereksinimlerinin karşılanmasına dönük olarak, idarenin öngördüğü ilkeler doğrultusunda kahvaltı, yemek (R1, R2, R3), diyet yemeği, gününbirlik öğün, ara öğün ve çocuk menülerinin (malzeme ve personel giderleri dahil) hazırlanması, pişirilmesi, dağıtılması, bulaşıklarının yıkanması ve kullanılan alanların temizlenmesi ile bu işle ilgili diğer bütün hizmetleri yürütmektedir.

Yemekhanemiz personel ve akademik personel yemekhanesi olarak yataklı tedavi hizmetleri yönetmeliği gereğince hizmet vermekte olup, Yemekhaneye girişler personel kartıyla yapılmaktadır



Personel yemekhanesi A blok zemin katta olup yemekhane,

Mesai içinde,

- Öğle Yemekleri 12.00 - 13.30 arasında hizmet vermektedir.

Mesai dışı ise,

- Kahvaltı Saati 06.30-07.30,
- Öğle Yemekleri 12.00-13.30
- Akşam Yemekleri 18.00-19.00 arasındadır.

KTÜ sağlık uygulama ve araştırma merkezi Farabi hastanesi olarak yemek hizmetlerimiz **“Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Mutfak ve Beslenme Hizmetleri”** kapsamında hizmet vermektedir.

6.9.2.3 Teknik Bakım

Teknik Bakım, tüm Hastane bünyesine hizmet vermekte olup, yapılması istenilen tadilatlar, giderilmesi gereken arızalar ilgili birim sorumluları tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden **“Arıza Bildirimi”** doldurularak teknik servisteki ilgili branşlara iletilmektedir ve arıza bildirimini iletilen teknik servis bölümü, bildirimini değerlendirerek ilgili birim ile iletişime geçip arızayı gidermektedir



KTÜ sağlık uygulama ve araştırma merkezi Farabi hastanesi olarak yemek hizmetlerimiz **“Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Teknik Hizmetler”** kapsamında hizmet vermektedir

6.9.2.4 Arşiv

Arşiv hizmetleri, **KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi** olarak ayakta ve yatarak tedavi gören, acil ve adli vakalara ait kayıtların, düzenlenen ve kullanılan dokümanların toplanması ve bu dokümanların hastaların bir sonraki başvurularında veya araştırmacılar veya adli makamlarca her istenildiğinde hazır bulundurulması için arşiv sistemi içinde tasnif ve muhafaza edilmesini sağlamayı amaç edinmiştir.

Hasta Dosyaları,

- Hasta Dosyası olarak, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde belirtilen A4 kâğıdı boyutlarında, nümerik sisteme göre renkli şeritler bulunan, kartondan imal edilmiş ve iki kapaktan oluşan telli saklama aracı kullanılır.
- Tıbbi kayıt kalitesi yönünden her hasta için tek dosya kullanılır.
- HBYS’de bulundurulmayan form ve dokümanların belirlenerek, Hasta Dosyası içeriğinin belirlenmesinden Başhekimlik sorumludur.
- Hasta Dosyalarının içeriklerinin tam ve eksiksiz olarak doldurulmasından servis sekreteri ve servis sorumlu hemşiresi sorumludur.
- Arşiv görevlisine teslim edilecek dosyanın muhtevasına göre herhangi bir evrakın eksik olup olmadığını kontrol etmek, dosya üzerinde gerekli Adli Vaka ve Ex işaretleme yapmayı yapmak teslim edenin sorumluluğundadır.
- Dosyaların Arşiv içerisinde muhafaza edilmesi ve Hastane içerisinde tedavi amaçlı dolaşımının sağlanmasından Arşiv Dosyalama Memuru ve teslim alan tıbbi sekreter sorumludur.
- Hasta Dosyasına takılmadan, dosya arasına konularak veya elden gönderilen belgeler Arşivde teslim alınmaz.

Hastanemizde elektronik ortamda ve hasta dosyasında bulundurulması gereken dokümanlar tanımlanmış olup, hasta dosyaları toplanarak hastanemiz **Arşiv Bölümünde** muhafaza edilmektedir. Her dosyada bulunan bilgilerin farklı saklanma süreleri bulunmaktadır ve bu yasal süreler doğrultusunda hasta dosyaları saklanır.

KTÜ sağlık uygulama ve araştırma merkezi Farabi hastanesi olarak yemek hizmetlerimiz **“Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Merkezi Tıbbi Arşiv”** kapsamında hizmet vermektedir

6.9.2.5 Çamaşırhane

Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi:10.9.1982, No: 8/5319

Yayımlandığı R. Gazetesinin Tarihi:13.1.1983, No: 17927 Mük.

Yayımlandığı Düsturun Tertibi:5, Cilt: 22, S. 2889

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Çamaşır ve Çamaşır Yıkama- Ütü İşleri:

Madde 93 – Çamaşır işleri; *kirli çamaşırların servislerden çamaşırhaneye gelişi, yıkama ve kurutulması, ütüleme işleri, tasnif ile servislere dağıtılması ve depolama hizmetlerinden ibarettir.*

Kurumca sağlanan veya kurum terzihanesinde dikilen her türlü çamaşır çamaşırhane yetkilisine, depo memuru tarafından zimmetle teslim edilir. Bu teslim edilen eşyalardan çamaşırhane yetkilisi kurum deposuna karşı sorumludur. Çamaşırhane yetkilisi servislere ihtiyacı miktarınca vereceği çamaşır vesaireyi takip etmekle görevlidir. Servis sorumlu hemşireleri kendilerine zimmet mukabili teslim edilen bu gibi eşyadan çamaşırhane yetkilisine karşı sorumlu olup, bu hizmet akışından başhemşirede baştabibe karşı sorumludur. Hastane müdürü ise bu konuda başhemşireye yardım etmekle yükümlüdür.

Servisler, kirli çamaşırlarını çamaşırhaneye götürür ve götürdüğü kadar temiz çamaşır alır. Çamaşırhane kendisine gelen kirlilerden, yıpranmış fakat tamiri kabil olanları onarılmak üzere zimmet veya makbuzla terzihaneye verir. Kullanılmaz duruma gelenlerini ayrı bir yerde toplar. Zaman zaman başhemşire, hastane müdürü ve çamaşırhane yetkilisi tarafından bunların tür ve miktarları tutanakla belirlenerek temizlik işlerinde kullanılmak üzere başhemşireye teslim edilir. İmha edilenler bir tutanakla çamaşırhane zimmetinden düşülür. Yerine verilecek yeni çamaşırlar da zimmete geçirilir. Yeni açılacak servisler hizmeti



KONTROLLÜ KOPYA

çevirmeye yarayacak ilk çamaşırları gerekli belgeleri düzenleyerek çamaşırhaneden alırlar.

Çamaşırhaneye yıkanmak üzere gönderilen çamaşırlardan enfekte olanlar Kan, cerehat vesair ifrazatla bulaşık bulunanlar ve normal çamaşırlar renkleri birbirinden farklı ve üzerinde servis işareti bulunan ayrı torbalar içerisinde çamaşırhaneye teslim edilir. Enfekte olanlar dezenfeksiyon işlemine tabi tutulduktan sonra kan, cerehat vesair organik madde ve ifrazatla bulaşık olanlar temizleyici bir solusyonda bırakılarak lekeleri eritilip, yıkanır. Çamaşırhanede çalışan personelin el ve ayakları için koruma tedbiri alınır.

Madde 94 – Personelin gömlekleri ve lüzum görülen diğer çamaşırları ayrı olarak yıkanır ve kolalanır. Bütün hasta çamaşırları ütülenir ve muntazam katlanarak, varsa genel çamaşır deposuna yoksa, servis dolaplarına yerleştirilir.

6.9.2.6 Bilgi İşlem

K.T.Ü Farabi Hastanesi Bilgi işlem merkezi, hastanemize hizmet almak için başvuran hastalara ve tüm kurum çalışanlarına, ait bilgilerin doğru olarak toplanmasını, iletilmesini, depolanmasını ve kullanılmasını sağlayarak hasta ve çalışanlara ait bilgileri, güvenliği sağlanmış bilgisayar sisteminde ve arşivlerde uygun koşullarda muhafaza ederek bilgi güvenliğini sağlamayı amaç edinmiştir.

Bilgi İşlem Merkezinin Yapısı,

- Yazılım, Yazılım Destek ve Donanım Destek olmak üzere üç gruptan oluşur
- Tüm Bilgi İşlem Merkezi personelinin santral ve nöbetçi müdürlükte güncel iletişim bilgileri bulunur. Böylece mesai saatleri dışında da sistemdeki arızalara müdahale edilir.
- Hastane için gerekli HBYS donanımının tespiti ve satın alma aşamasına kadar olan aşamalar Bilgi İşlem Merkezi tarafından yürütülür.



- Yapılan güncellemelerle kullanılmakta olan tüm programların yasa ve yönetmeliklere uygunluğu Bilgi İşlem Merkezi tarafından kontrol edilir ve sağlanır.
- Başhekiminin onayıyla hastane işleyişinde ihtiyaç duyulan alanlarda yeni projeler üretip uygulamaya koyulur. Bu kapsamda yeni yazılımların hazırlanması, yasal prosedürlere uygunluğu ve sisteme dahil edilip kullanıcı eğitiminin verilmesi BİM tarafından hastane yönetimi kontrolünde sağlanır.
- Bilgi güvenliğinden hastane yönetimi, BİM çalışanları ve tüm

HBYS kullanıcıları sorumludur

Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin (HBYS) Yapısı

- HBYS'nde kullanılan tüm modüller Bilgi İşlem Merkezinde bulunan tek bir veri tabanından yönetilir.
- HSBY de bulunan Poliklinik ve Servis Sekreter Modülleri, Poliklinik ve Servis Doktor Modülleri, Öğretim Üyesi ve Servis Hemşire Modülleri, Eczane, Satın Alma, Ayniyat, Vezne, Fatura ve Personel Modülleri Bilgi İşlem Merkezi tarafından geliştirilmiş olup gerekli işleyiş veya yasal mevzuat değişikliği durumlarında güncelleme yine Bilgi İşlem Merkezi tarafından yapılır.
- Bölümlerin malzeme ve demirbaş istekleri otomasyon üzerinden yapılır, onaylanır, satın alınır. Tüm ihale işlemleri ve satın alınan malzeme veya demirbaşın ana depoya alımı ile birim depolarına dağıtımı da HBYS üzerinden yapılır. Ayrıca tüm kayıtlı malzeme, ilaç ve demirbaşın hastaneye girişinden itibaren tüm hareketi HBYS üzerinden gerçekleşir.
- Hastanede çalışan tüm personelin (hizmet alımı dahil) işyeri bilgileri, fotoğraf, kan gurubu iletişim bilgileri, izin-rapor takibi, eğitim bilgileri vb. HBYS' nde takip edilir.
- Tedavi amacıyla hastanemize başvuran hastaların kabulünden taburcu olup hastaneden ayrılışına ve faturasının hazırlanmasına kadarki tüm süreçleri HBYS üzerinden yürütülür.

6.9.3 Kliniklerimiz

BLOK/KAT	KLİNİKLERİMİZ
A/11	Hematoloji
	KİT Ünitesi
A/10	Endokrinoloji Servisi
	Nefroloji Servisi
A/9	Gastroentoloji Servisi
	Onkoloji Servisi
A/8	Plastik Cerrahi Servisi
	İmmünoloji Servisi
A/7	Göğüs Hastalıkları Servisi
	Uyku Ünitesi
A/6	Göz Servisi
	Radyasyon Onkolojisi Servisi
A/5	Dermatoloji (Cildiye) Servisi
	Fizik Tedavi Servisi
A/4	Pediyatri Cerrahi Servisi
	Pediyatri Hematoloji Servisi
A/3	Pediyatri Enfeksiyon Servisi
	Pediyatri Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi 2
A/2	Kadın Doğum Servisi
	Kadın Hastalıkları Servisi
	Doğumhane
A/1	Adölesan Servisi
	Süt Çocuğu Servisi
A/ZEMİN	Enfeksiyon Servisi
	Psikiyatri Servisi
B/5	Nöroloji Servisi
	Göğüs Cerrahi Servisi
B/4	Nöroşirurji Servisi
B/3	Ortopedi Servisi
B/2	Üroloji Servisi
B/1	Kardiyoloji Servisi
	Kalp Damar Cerrahi Servisi
B/ZEMİN	KBB Servisi
B/-1	Genel Cerrahi Servisi
B/-2	Genel Cerrahi Servisi

Hastane Ziyaretçi Politikamız



ZİYARETÇİLERİMİZİN BİLGİSİNE

HASTALARINIZ, SİZLER İÇİN OLDUĞU KADAR BİZLER İÇİN DE ÖNEMLİDİR. ZİYARETLERİNİZ SIRASINDA HASTANEMİZ KURALLARINA ÖZEN GÖSTERMENİZ, HASTALARIMIZIN SAĞLIĞI VE KONFORU AÇISINDAN ÖNEM TAŞIMAKTADIR. ANLAYIŞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

HASTANEMİZ ZİYARET SAATLERİ

GÜNDÜZ: 13:00 - 14:00 AKŞAM: 19:00 - 20:00

	LÜTFEN ZİYARET SÜRESİNİ KISA TUTUNUZ (TERCİHEN 10 DAKİKA)		ZİYARET SIRASINDA HASTALARIMIZIN MORALİNİ BOZACAK SÖZ VE DAVRANIŞLARDAN KAÇININIZ.
	LÜTFEN HASTANE İÇERİSİNDE SİGARA İÇMEYİNİZ. LÜTFEN CANLI ÇİÇEK GETİRMEYİNİZ.		LÜTFEN HASTA ZİYARETLERİNİZE 12 YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUK GETİRMEYİNİZ.
	ZİYARET SIRASINDA LÜTFEN YÜKSEK SESLE KONUŞMAYINIZ. ÇEVREYİ KİRLETMEYİNİZ.		LÜTFEN BİR HASTAYI AYNI ANDA İKİ KİŞİDEN FAZLA ZİYARET ETMEYİNİZ. HASTA YATAKLARINA OTURMAYINIZ.

6.9.4 Polikliniklerimiz

Hastanemizde poliklinik hizmetleri hafta içi her gün saat: 08.00-17.00 saatleri arasındadır. Muayene için aldığınız sıra numarasına göre muayene olacağınız poliklinik odasının önündeki bekleme alanlarında **“Muayene Takip Ekranı”** nda sıranızı oturarak takip edebilirsiniz.

Sağlık Bakanlığının yayınladığı ilgili genelge uyarınca belirlenmiş öncelikli hastaların muayenede önceliği bulunmaktadır.

Öncelikli Hastalar;

- Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),
- Özürlüler (**Değişik 2010/80 sayılı Genelge**),
- Hamileler,
- 65 yaş üstü yaşlılar,
- Yedi yaşından küçük çocuklar,
- Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler,

Poliklinikte hastalar sıra numarasına göre içeri alınır. Hekim tarafından hastanın şikâyeti dinlenir ve muayenesi yapılır. Hastaya konulan ön tanı, tanı, tetkik işlemleri, yapılan tedavi, reçete, rapor vb. kaydı **Hastane Bilgi Yönetim Sistemine (HBYS)** kayıt edilir.

Hekim tarafından yapılan muayene sonucunda; başka poliklinik ya da sağlık kurulu veya hastaneye sevk kararı, yatış kararı verilebilir veya tedavi amacıyla **e-reçete** yazılabilir. Yazılan **e-reçete** numarası hastaya yazılı olarak verilir. Alınan **e-reçete** numarasını herhangi bir eczaneye vererek ilaçlarınızı alabilirsiniz. Muayene sonucunda hekim hastayı başka bir branş hekimine yönlendirmiş ise, o bölüme muayene olabilmek için yeniden sıra numarası alınması gerekmektedir.

Muayene sonucunda hekim hastaya yatış kararı verir ise; doktor tarafından doldurulan **Hasta Yatış Kâğıdı** ile ilgili kliniğin sekreterine yatış işlemleri için başvurulur.

KONTROLLÜ KOPYA

BLOK/KAT	POLİKLİNİKLERİMİZ
A/-2	Anestezi Polikliniği
	Ağrı Polikliniği
A/-1	Diş Polikliniği
	Diyet Polikliniği
	Psikiyatri Polikliniği
	Endokrinoloji Polikliniği
A/Zemin	Dahiliye Polikliniği
	Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği
	Gastroenteroloji Polikliniği
	Genel Cerrahi Polikliniği
	Hematoloji Polikliniği
	Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği
	Nefroloji Polikliniği
	Onkoloji Polikliniği
	Organ Nakli Polikliniği
	Ortopedi Polikliniği
A/1	Pediyatri Göğüs Ve Allerji Polikliniği
	Pediyatri Psikiyatri Polikliniği
	Pediyatri Hematoloji Ve Onkoloji Polikliniği
	Pediyatri Endokrin Polikliniği
	Pediyatri Nefroloji Polikliniği
	Pediyatri Yeni Doğan Polikliniği
	Pediyatri Nöroloji Polikliniği
	Pediyatri Kardiyoloji Polikliniği
	Pediyatri Romatoloji Polikliniği
	Pediyatri Gastroenteroloji Polikliniği
B/-1	Kardiyoloji Polikliniği
	Üroloji Polikliniği
	Kulak Burun Boğaz Polikliniği
C/3	Cildiye Polikliniği
C/2	Kalp Damar Cerrahi Polikliniği
	Aile Hekimliği
C/1	Plastik Cerrahi Polikliniği
D/2	Göz Hastalıkları Polikliniği
	Beyin Cerrahi Polikliniği
D/1	Göğüs Hastalıkları Polikliniği
	Astım Ve Bronşit Polikliniği
	Uyku Hastalıkları Polikliniği
	Sigara Bırakma Polikliniği
D/ZEMİN	Nöroloji Polikliniği
	Fizik Tedavi Polikliniği
	Epilepsi Polikliniği

6.9.5 Bebek Dostu Hastane

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi 2003 yılından itibaren
“*Bebek Dostu Hastane*”
Olup, bebek beslenmesi konusundaki temel politikamız
“*Anne Sütü ile Beslenme*” dir.

Kurum çalışanları, hamileler ve anneler emzirmenin yararları, yöntemleri, sütün salgılanmasının sürdürülmesi, sütün sağılması ve saklanması hakkında bilgilendirilmektedir.

Bebekler doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirtilmekte, annelerin *ilk 6 ay* sadece anne sütü, **6. Aydan** sonra tamamlayıcı besinlerle *2 yaşına* kadar emzirmeyi sürdürmeleri önerilmektedir. Anne ile bebeklerin 24 saat bir arada kalmaları ve bebeğin her istediğinde emzirilmesi teşvik edilmektedir.

Anneler, taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam edebilmeleri, karşılaşılabilecek sorunları çözebilmeleri ve kontroller için belirli aralıklarla *Çocuk Hastalıkları* ve *Kadın Doğum Polikliniklerine* çağırılmaktadır. Bebeklere yalancı meme veya emzik türünden herhangi bir şey verilmemektedir.

6.9.6 Yoğun Bakım Ünitelerimiz

BLOK/KAT	YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ	SEVİYE
E/3	Yoğun Bakım Ünitesi 1	3
	Yoğun Bakım Ünitesi 2	3
	Yoğun Bakım Ünitesi 3	3
	Pediyatri Yoğun Bakım Ünitesi	3
E/1	Yanık Merkezi	3
A/3	Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi 2	3
A/2	Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi 1	3
B/-1	Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	2
B/1	KVC Yoğun Bakım Ünitesi	3

6.9.6.1 Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Yatırma Kriteri

Yoğun bakım, hayatı tehdit eden ciddi hastalığı olan olguların tedavisini ve bakımını içerir. Yoğun bakım ünitesine hasta yatış kararında “yapılacak tedaviden yarar görme olasılığı bulunan olguların alınması” önceliği esastır.

Genel olarak tanısı ne olursa olsun;

- 2 saatten daha sık hemşire bakımı gerektiren hastalar,
- Yeni entübe edilmiş, invaziv monitörizasyon gereken hastalar,
- Agresif tedavilerin başlanacağı veya kesileceği hastalar,
- Kardiyopulmoner Resüstasyon (CPR) uygulanmış ve hayatı tehdit edici komplikasyon olasılığı olan hastalar, mutlaka yoğun bakım ünitesinde izlenmelidir.

Yoğun Bakım Ünitesine Alınması Uygun Hastalıklar

- Ani kalp ve solunum durmaları,
- Kafa, beyin travmaları, omirilik travmaları,
- Genel beden travmaları,
- Felçler,
- Her türlü şoktaki hastalar,
- Akut solunum yetersizlikleri (Akciğer travması, Akciğer ödemi vb.),
- Kronik solunum yetersizlikleri (KOA),
- Ağır metabolik bozukluklar ve Asit- Baz dengesizlikleri,
- Sinir sistemi hastalıkları (Beyin kanaması vb),
- Kas hastalıkları (Myasteni, ALS, Gullian Barre vb),
- Sıvı elektrolit bozuklukları,

- Her türlü zehirlenmeler,
- Büyük ve uzun süren özellikli ameliyatların sonrası,
- Gebelik zehirlenmeleri (Eklampsi, HELLP Sendromu),
- Tetanoz,
- Ciddi yanıklar,
- Organ nakilleri

Detaylı bilgilere “*Yoğun Bakım İşleyiş Prosedürleri*” nden ulaşabilirsiniz

6.9.6.2 Yanık Merkezi

Karadeniz Teknik Üniversitesin Sağlık Uygulama Araştırma Farabi Hastanesi **Yanık Merkezi** Doğu Karadeniz Bölgesinin en büyük merkezi olup bünyesinde 4 yataklı yoğun bakım, 8 yataklı servis, 2 odalı ameliyathane, servis içinde pansuman odası ve ayaktan hasta takibi için poliklinik bulundurmaktadır.

23/02/2011 tarih ve 8601 sayılı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge ile ameliyathane, yoğun bakım, pansuman odası tam steril alan içerisinde olup bu alanlara giriş çıkışlar “*Steril Alanlara Giriş Çıkış Kurallarına*” uygun şekilde gerçekleşmektedir.

Yanıklı hastalara ilk klinik müdahale acil serviste görevli **Acil Servis Hekimi** veya konsültasyon isteği ile **Genel Cerrahi Hekimi** veya **Plastik Cerrahi Hekimi** ve sağlık personeli tarafından yapılır.

Yatış Endikasyonu Gerektiren Yanıklar

- Erişkinlerde %15–25 arası 2. derece yanıklar,
- Çocukta %10–20 arası 2. derece yanıklar,
- Erişkin veya çocukta %2–10 arası 3. derece yanıklar.
- Erişkinlerde %25 den fazla 2. derece yanıklar,
- Çocukta %20’den fazla 2. derece yanıklar,
- Erişkinde veya çocukta %10’dan fazla 3. derece yanıklar,
- İnhalasyon yanıkları,
- Elektrik yanıkları,
- Başka bir travmanın eşlik ettiği yanıklar (kafa travması, karın içi yaralanma, kırıklar, vs.)
- Gebelikte yanık yaralanması,
- Yanığa ilave risk getiren boyutta yandaş hastalığın varlığı (DM, steroid kullanımı, immün baskılanma, vb).
- Göz, kulak, yüz, el, ayak, büyük eklem ve genital bölge yanıkları.

6.9.7 Laboratuvarlarımız

BLOK VE KAT	LABORATUVARLARIMIZ
A/-1	Biyokimya Laboratuvarı
	Mikrobiyoloji (Bakteriyoloji) Laboratuvarı
A/1	Pediyatri EEG Laboratuvarı
C/ ZEMİN	Mikrobiyoloji (Seroloji) Laboratuvarı
	Patoloji Laboratuvarı
	Doku Tipleme Laboratuvarı
	Hematoloji Laboratuvarı
	Tıbbi Genetik Laboratuvarı

6.9.7.1 Patoloji Laboratuvarı, C blok zemin katta hizmet vermekte olup sonuç verme süreleri,

Testin Adı	Ortalama Çalışma Süresi
Sitoloji Materyal ve Biyopsi İçin	5 İş Günü
Organ Rezeksiyonu ve Radikal Biyopsi İçin	7 İş Günü
Özel Tetkik Gerektiren Materyaller İçin Bu Sürelere	2 İş Günü Eklenerek

6.9.7.2 Biyokimya Laboratuvarı, A Blok-1. Katta 24 saat kesintisiz hizmet vermekte olup sonuç verme süreleri,

TESTLER	RUTİN	ACİL
Hemogram	2 saat	30 dakika
Eritrosit Sedimentasyon Hızı	3 saat	1 saat
Biyokimya	4 saat	1 saat
Hormon	5 saat *Bazı testler Cuma günleri	2 saat (TSH, fT4, fT3,HCG,E2)
Tümör Belirteçleri	4 saat	-
Kan Gazı	-	15 dakika
Kardiyak Belirteçler	-	45 dakika
Koagülasyon Testleri PT, APTT, Fibrinojen, D-Dimer Protein C, Protein S, At III	2 saat 2 hafta	45 dakika -
Spesifik Proteinler	5 saat *Bazı testler Cuma günleri	-
Hb A1C	3 saat	-
D Vitamini	2 hafta	-
A-E Vitamini	3 hafta	-
Homosistein	2 hafta	-
Protein Elektroforezi	2 hafta	-
İkili-Üçlü Tarama Testi	Çarşamba ve Cuma günleri	-
Tam İdrar Tahlili (Tit)	2 saat	30 dakika
İdrar Katekolaminleri, Vma, Hva, 5-Hiaa	2 hafta	-
Oksalat, Sitrat	a. hafta	-

6.9.7.3 Doku Tipleme Laboratuvarı, C blok zemin katta hizmet vermekte olup sonuç verme süreleri,

TESTİN ADI	ORTALAMA ÇALIŞMA SÜRESİ
HLA-A, B, DR	2 Hafta
HLA-B*27	1 Hafta
HLA-B*5/51	1 Hafta
HLA-DQ Lokus	1 Hafta
HLA-DR Lokus	1 Hafta
CDC-Cross Match	2 Gün
FlowCross Match	2 Gün
PRA SpesifikAg Tarama	2 Hafta
PRA/DSA ClassI SpesifikAg Tanımlama	2 Hafta
PRA/DSA ClassII SpesifikAg Tanımlama	2 Hafta

6.9.7.4 Mikrobiyoloji Laboratuvarı, A Blok -1 ve C Blok zemin katta hizmet vermekte olup sonuç verme süreleri,

TESTLER	ÇALIŞMA SÜRELERİ
Aerop Kültür	2-4 Gün
Alerji Testleri	4 Gün
Anaerop Kültür	2-5 Gün
Boriella Antikorları	7 Gün
Boyalı Mikroskopik İnceleme	1 Gün
Burucella ve Salmonella Antikorları	1 Gün
Clostridium Difficile Toxin A/B	1 Gün
Dış Tetkikler	15 Gün
Dışkıda Calprotectin Aranması	2 Saat
Doku Biyopsileri (Mantar Kültürü)	7-42 Gün
Helikobakter Tanısı	3 Saat
Hepatit-HIV	6 Saat
Hemojenize ARB	3 Gün
Kan Kültür Vasatında Aerop Kültür	2-7 Gün
Mantar Kültürü	7-21 Gün
Moleküler Testler	4 Gün
Otoantikolar	7 Gün
Parazitoloji Testleri	2 Saat
Solunum Sistemi	1 Gün
Thoma İnceleme	3 Saat
Toksikoloji Paneli	3 Saat
Tüberküloz Tanısı	42 Gün
Vücut Sıvılarında (Boyalı Mikroskopik İnceleme)	a.saad

6.9.8 Özellikli Birimlerimiz

BLOK/KAT	BİRİM ADI
A/-2	Transfüzyon Merkezi
	Sterilizasyon Ünitesi
A/-1	Eczane
	Organ Nakli Koordinatörlüğü
	Nükleer Tıp
	Radyasyon Onkolojisi
	Röntgen
	Hemovijilans
	Kemik Dansitometresi
	Hasta Hakları Birimi
Ozon Terapi	
A/ZEMİN	Tüp Bebek Ünitesi
	Cerrahi Endoskopi
A/1	Endoskopi Ünitesi
B/6	Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Ünitesi
B/ZEMİN	Kemoterapi Ünitesi
B/-1	Koroner Anjiyo
C/-1	Bilgisayarlı Tomografi
	Mamografi
	MR
	Ultrasonografi
D/1	Hemodiyaliz Ünitesi
D/2	Retina Lazer
E/-1	Girişimsel Radyoloji
	PET CT
	Bilgi İşlem Merkezi
AMELİYATHANE	E.R.C. P

6.9.8.1 Transfüzyon Merkezi

A Blok-2. Katta hizmet vermekte olan transfüzyon merkezinin işleyişi,

Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği
Resmî Gazete: 4.12.2008-27074



MADDE 10 – (1) *Transfüzyon Merkezi; Acil durumlar dışında kan bağışçısından kan alma yetkisi olmayan, kan ve bileşenlerini bağlı bulunduğu BKM' den temin eden, transfüzyon için çapraz karşılaştırma ve gerek duyulan diğer testleri yaparak hastalarda kullanımı için hazırlayan birimdir.*

(2) *Tüm yataklı tedavi kurumları ile acil müdahale şartlarını taşıyan ve Bakanlığın transfüzyon uygulaması için gerekli gördüğü sağlık kuruluşları TM açar. TM;*

a) *İdarî açıdan kendi kurumuna bağlıdır.*

b) *Gerekli olan her tür kan ve kan bileşenini bağlı olduğu BKM' den aralarında imzalanan protokole uygun olarak sağlar.*

c) *Bağlı olduğu BKM' ne bu Yönetmeliğin ilgili maddeleri uyarınca Bakanlıkça düzenlenmiş ruhsatı protokol sırasında ibraz eder.*

ç) *BKM' nin yükümlülüklerini yerine getirmemesi durumunu yazılı olarak Bakanlığa bildirir.*

(3) *Transfüzyon kararı, uygulanması, takibi, istenmeyen etki/olayların bildirimi, doğrulanması ve tedavisi ile hemovigilans açısından rehberde tanımlanmış ilgili form ve verilerin düzenlenmesinden hastanın hekimi sorumludur. Hastanelerde yapılan transfüzyon uygulamalarından hastanın hekimi ile beraber hastane transfüzyon komiteleri de sorumludur. Transfüzyon merkezi transfüzyonun takibi ile ilgili verilerin toplanmasından, değerlendirilmesinden ve Bakanlığa ve bağlı olduğu BKM' ne iletilmesinden sorumludur.*

(4) *Acil transfüzyon gerektiren durumlarda müdavi hekim tarafından bildirilen transfüzyon ihtiyacı transfüzyon merkezi stoklarından karşılanır. TM bu talebi karşılayamadığı durumlarda BKM' den acil talepte bulunur. BKM' nin TM' ne uygun kan veya kan bileşenini karşılayamaması halinde BKM' den acil durum onayı en hızlı iletişim vasıtası ile alınır. Bu durumda kan TM'nde alınır. Gerekli testler acil şartlarda çalışılır. Yapılan testlerle ilgili sorumluluk TM ye aittir. TM bu uygulama ile ilgili bilgileri BKM' ne iletmekle yükümlüdür.*

6.9.8.2 Sterilizasyon Ünitemiz

Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi:10.9.1982, No: 8/5319

Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi:13.1.1983, No: 17927 Mük.

Yayımlandığı Düsturun Tertibi:5, Cilt: 22, S. 2889

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Merkezi Sterilizasyon Hizmetleri:

Merkezi sterilizasyonda ameliyathane, tüm hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemeler hizmete uygun olarak kâğıt veya özel bohçalar içerisinde, setler halinde topluca sterilize edilerek kullanılmaya hazır vaziyette buradan dağıtılır. Sterilizasyon sorumlusu, kullanan bölüm tarafından yıkanarak sterilizasyona hazır hale getirilen setleri teslim alarak, aldığı miktar kadarını steril halde verir. Merkezi sterilizasyon hizmetleri ve burada çalışanlar ameliyathane sorumlusuna bağlıdır



Sterilizasyon Ünitemiz,

A Blok-2. katta bulunan Merkezi Sterilizasyon Ünitemiz A ve B-Blok Ameliyathaneleri arasında tüm hastanenin Klinik-Poliklinik, birimlerine 4 Buhar Otoklav, 2 Etilen Oksit, 1 Hidrojen Peroksit otoklavı ve gerekli birçok diğer altyapı donanımı ile beslenerek hizmet vermektedir.

Hastanemizde kullanılan Sterilizasyon Yöntemleri

- Kuru sıcaklık sterilizasyon yöntemi
- Basınçlı buhar sterilizasyon yöntemi
- Düşük sıcaklıkta sterilizasyon yöntemleri

KONTROLLÜ KOPYA

- Etilen oksit ile sterilizasyon
- Formaldehit ile sterilizasyon
- Gaz plazma sterilizasyonu
- Perasetik asit sterilizasyonu
- Gamma radyasyonu ile sterilizasyon

6.9.8.3 Eczane



A Blok-1. Katta hizmet vermekte olup, yataklı tedavi hizmetleri yönetmeliği gereğince hizmet vermektedir.

*Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi:10.9.1982, No: 8/5319
Yayımlandığı R. Gazetesinin Tarihi:13.1.1983, No: 17927 Mük.
Yayımlandığı Düsturun Tertibi:5, Cilt: 22, S. 2889
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ*

Madde 17 – Kurum eczaneleri yatan hastalarla, kanun, tüzük, yönetmelik ve emirler gereğince yatırılmadan ilaç verilmesine lüzum görülen hastalara ilaç ve sıhhi malzeme sağlanan yerlerdir.

Eczane hizmetleri: Yataklı tedavi kurumunun yıllık ilaç ihtiyaçlarının ve bunların muhammen bedellerinin tespitini ve idareye bildirilmesini,

İlaç ve tıbbi malzemenin evsafına uygun olarak kuruma kabulünü,

Bunların uygun şekilde ve Ayniyat Yönetmeliği hükümlerine göre depo edilmesini,

Günlük ihtiyaçların karşılanması için özel dağıtım yerinde hazır bulundurulmasını,

Yıl içinde miktarı azalan ilaç ve tıbbi malzemenin zamanında alınması için ihtiyaçların idareye iletilmesini,

Hastaların verilecek ilaçların usulüne uygun olarak hazırlanıp ilgililere teslimini,

Uzmanlarla görüşerek aynı maksat için kullanılacak veya aynı tertipte olan ilaçların daha az kaleme indirilmesini,

İmkân ölçüsünde majistral ilaçlarla ekonomik ve standart tedavi uygulanmasına yardımcı olunmasını,

Az kullanılan eşdeğer ilaçların sarfını sağlamak için eczane mevcutlarını sık sık servislere duyurarak, bu ilaçların kullanılmasının teminini,

Miadının dolması yaklaşan ilaçların tüketimini, imkân olmadığı takdirde başka kurumlara devrini, sağlamak gibi hizmetleri kapsar.

Madde 18 – (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.)

Yataklı tedavi kurumları eczanesindeki ilaçlar aşağıdaki şekilde kullanılır:

- Yatan hastaların tabelalarına yazılan ilaçlar, eczacı veya hemşire tarafından, hazırlanmak üzere eczaneye verilir. Eczanede hazırlanan ilaçlar, ilgili hemşireye teslim edilir.*
- Ücret karşılığı verilen ilaçlar; kurumun bulunduğu yerde başka bir eczane bulunmadığı veya bulunup da önemli ve acil bir vaka için kullanılacağı tabip raporu ile kanıtlanmış ilaçlar, serbest eczanelerden herhangi biri tarafından piyasada bulunmadığının belirtilmesi halinde perakende satış fiyatı üzerinden ücreti alınmak suretiyle verilir. Alınan ücret ilaçların giriş şekline göre döner sermaye veya Maliye veznesine yatırılır.*

6.9.8.4 Organ Nakli ve Bağışı Koordinatörlüğü

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak Organ ve Doku Nakli Hizmetleri “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği” ve “Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi” kapsamında yürütülmekte olup;

Ventilatörlü Yoğun bakım yatağı olan hastanelerde Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüğü Birimi ve en az bir Organ ve Doku Nakli Koordinatörü bulunmalıdır. Organ ve doku nakli koordinatörleri 7 gün 24 saat icap sistemine göre çalışırlar.

Organ nakli koordinatörleri **KTÜ Farabi Hastanesi** gibi Organ Nakli yapılabilen bir 3. Basamak sağlık kuruluşlarında

- Organ nakline ihtiyacı olan organ yetmezliğindeki hastaların bekleme listelerine alınmasını ve listedeki verilerin takibinin yapılmasından sorumludur. İlgili hastalara organ çıkması durumunda hastayı bilgilendirmek ve nakil olabilmesi için gerekli organizasyonu yapmak,
- Yoğun bakımlarda potansiyel donör adaylarını tespit etmek (beyin ölümü gerçekleşmiş olma ihtimali olan hastalar), beyin ölümü tanısını konulduktan sonra (donör adayı), aile ile organ bağıışı konusunda görüşmek ve organ bağıışının kabulü durumunda Ulusal Koordinasyon Merkezine (UKM) bilgi verilmesi, güncel verilerin ilgili sisteme (TDİS) girilmesi, organın çıkarımının ve alıcı organ nakli merkezlerine gönderimi konusunda ilgili organizasyonu yapmak,
- Hangi sağlık kuruluşunda olursa olsun organ bağıışı konusunda görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Organ bağıışı konusunda insanlara bilgi vermek, bağıış yapmak isteyen kişilerin organ bağıışı işlemlerini almak ve organ bağıışı kartlarını vermek ile yükümlüdürler. Ayrıca toplumun organ bağıışı konusundaki bilgi ve duyarlılığını artırmaya yönelik eğitimler yapmak ve çeşitli faaliyetler düzenlemek ile görevlidir.



A Blok -1. Katta bulunan Organ Nakli ve Bağıışı Koordinatörlüğünden Organ Bağıışı hakkında bilgi alabilirsiniz.

6.9.8.5 Nükleer Tıp Ünitesi

Nükleer Tıp, radyoaktif elementlerle işaretli kimyasal moleküller ve biyolojik materyaller yardımıyla, hastalıklarının tanı ve tedavisi ile uğraşan bir tıp dalıdır. Radyolojik tetkiklerin aksine nükleer tıpta organların yapısından çok işlevi ve çalışma bozuklukları incelenir.

Sintigrafi Nedir?

Organizmaya verilen radyonüklidlerin incelenecek organ veya dokudaki dağılımını görüntü şeklinde saptama yöntemine Radyonüklid (Radyoizotop) Görüntüleme (RG) adı verilir. Radyonüklidler vücuda yalnız başına veya incelenecek organa ve lezyona uygun bir farmasötiğe bağlanarak verilebilir. Radyonüklidin organizmadaki dağılımının görüntülenmesi ile anatomik bilgiler, bu dağılımın zamana göre değişikliklerinin saptanması ile de fizyolojik bilgiler elde edilir. Radyonüklidin organizmadaki dağılımı, radyasyonun parlamalar halinde ışığa çevrildiği (sintilasyon) dedektörlerle saptanır. Bu nedenle yöntem sintigrafi adı verilmektedir. Sintigrafiler incelenecek her organ için farklı bir radyoaktif ilaç verilerek, o ilacın incelenen organda tutuluşu, dağılımı, atılışı gibi özellikleri inceleyen bir tanı yöntemidir.

Hastanemiz Nükleer Tıp Ünitesinde Yapılan tetkikler;

1. Akciğer Perfüzyon Sintigrafisi Planar
2. Akciğer Perfüzyon Sintigrafisi SPECT
3. Miyokard Perfüzyon SPECT
4. Miyokard Perfüzyon SPECT,reenjeksiyon
5. Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tc-99m kompleksleri)
6. Miyokard Perfüzyon SPECT (Tc-99m kompleksleri)
7. Farmakolojik STRES
8. Kemik Sintigrafisi, Üç Fazlı
9. Kemik Sintigrafisi, Tüm Vücut
10. Kemik sintigrafisi, SPECT
11. Kemik PET
12. Paratroid Sintigrafisi, Dual Faz
13. Paratroid Sintigrafisi, SPECT
14. Troid Sintigrafisi
15. Troid Uptake Çalışması (Tc-99m Perteknetat)
16. Troid Uptake Çalışması (I-131)

17. Gastroözefajiyal Reflü Çalışması
18. Mekkel Divertikülü Araştırması
19. Mide Boşalma Çalışması
20. Böbrek Sintigrafisi Dinamik (Tc-99m DTPA)
21. Böbrek Sintigrafisi Dinamik (Tc-99m MAG-3)
22. Böbrek Parankim Sintigrafisi, SPECT (Tc-99m DMSA)
23. GFR Ölçümü, Kamera Metodu (Tc-99m kompleksleri)
24. Böbrek Sintigrafisi ACE İnhibitörlü (Tc-99m MAG-3)
25. Böbrek Sintigrafisi ACE İnhibitörlü (Tc-99m DTPA)
26. Lenfosintigrafi
27. Tümör görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m V-DMSA)
28. Tümör görüntüleme, SPECT (Tc-99m V-DMSA)
29. İyot 131 tüm vücut tarama, tanısal
30. İyot 131 tüm vücut tarama, tedavi sonrası
31. Tümör görüntüleme, tüm vücut (In-111 Oktreotid)
32. Tümör görüntüleme, SPECT (In-111 Oktreotid)
33. İntraoperatif Gama Prop Uygulaması
34. Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (I-123 MIBG)
35. Tümör Görüntüleme, SPECT (I-123 MIBG)
36. Sentinel Lenf Nodu Çalışması
37. Radyonüklid Sinovektomi
38. Radyonüklid Tedavi Re-186
39. Radyonüklid Tedavi Sm-153
40. Radyonüklid Tedavi Planlama, Dozimetri
41. Daktiosintigrafi

Ayrıca özel radyoaktif ilaçların hedef organda tutulma özelliğinden yararlanarak yüksek doz radyoaktif ilaçlar tedavi amacıyla da kullanılırlar. Birçok hastalıkta hasta için son derece kolay ve rahat tedavi olanağı da sunmaktadır.

6.9.8.6 Radyasyon Onkolojisi

Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi *Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı* Mayıs 1995 yılında açılmış olup halen radyoloji gereksinimi olan hastalarımıza hizmet vermekte olup, kullanılan radyoaktif maddeler ve radyasyon üreten cihazlar, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) lisansı ile çalışmaktadır.

Radyoterapi, *bening* veya *maling* hastalıkların herhangi bir aşamasında hastaları iyileştirmek (küratif) veya yakınmalarını gidermek (palyatif) ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanmaktadır.

Radyoterapi genellikle dışardan ve içerden olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır.

Dışarıdan (*Eksternal*) Radyasyon (*Radyoterapi*)

Radyasyon genellikle eksternal yani dışarıdan verilir. Bu tedavilerin birkaç günden fazla veya birkaç hafta alabileceği anlamına gelir. Bazen tanıya göre 1 gün ile 8 hafta arasında değişen tedavi şemaları uygulanabilmektedir.

Radyoterapi cihazı, planlama aşamasında belirlenen Radyasyon dozunu vermek için kullanılır. Cihazla tedavi edilmek istenen alana bir veya daha fazla demetle radyasyon ışını yöneltir, bu nedenle değişik yapıda cihazlar kullanılabilir ve bunların her biri farklı şekilde çalışır.

İçerden (*İnternal*) Radyasyon (*Brakiterapi*)

İnternal radyasyon, intrakaviter (vücut boşluklarına), interstisyel (doğrudan tümör yatağına), intralüminal (lümeni olan akciğer gibi organlara), intraoperatif (operasyon sırasında tümör yatağına), yüzeysel (cilt yüzeyine), intravasküler (tek bir kaynağın arter içine yerleştirilmesi) gibi birkaç farklı şekilde yapılabilir. Vücuda yerleştirilmiş radyoaktif iğneler veya kaynaklar kullanılır.

6.9.8.7 Hemovijlans

Amaç, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde, kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından alıcıların takibine kadar tüm transfüzyon zincirini kapsayan, kan ve kan bileşenlerinin toplanmasından ve klinik kullanımından kaynaklanan beklenmeyen veya istenmeyen durumlar hakkında bilgi toplamak, değerlendirmek ve bunların oluşumunu veya tekrarlanmasını önlemek ve izlemektir.

Transfüzyon ile İlişkili İstenmeyen Reaksiyonların Ciddiyet Derecelendirmesi;

CİDDİYET DERECESESİ	AÇIKLAMA
Derece 1 Ciddi Olmayan Reaksiyonlar	Hastaya tıbbi müdahale yapılmasını gerektirebilen ancak müdahale yapılmassa da vücut fonksiyonlarında bozulmaya veya kalıcı bir hasara yol açmayan şiddette reaksiyonlardır.
Derece 2 Ciddi Reaksiyonlar	Hastanın; Kalıcı veya belirgin sakatlık veya iş görmezliğe yol açan Vücut fonksiyonlarında bozulma veya kalıcı hasarı önlemek için tıbbi veya cerrahi müdahale gereksinimine neden olan şiddette reaksiyonlardır.
Derece 3 Yaşamı Tehdit Eden Reaksiyonlar	Transfüzyonu takiben ölümü önlemek için ciddi müdahale gereksinimi (Vazopressörler, Entübasyon, Yoğun Bakım) doğuracak şiddette reaksiyonlardır.
Derece 4 Ölüm	Hastanın ölümüne neden olan transfüzyon reaksiyonlarıdır

Detaylı bilgi için **“Hemovijlans İşleyiş Prosedürü”** ne bakabilirsiniz.

6.9.8.8 Hasta Hakları Birimi

Hastanemizde,

Hasta Hakları Birimine gelen bildirimler,

- Dilek- şikâyet kutularından,
- Web sayfası üzerinden
- Halkla ilişkiler birimine gelen
- Hasta hakları birimine doğrudan gelen dilekçeler.

Şikâyet konusuna, durumuna ve kişisine göre değerlendirilip ilgili bölüm/birimlere yazılı olarak gönderilir.

HBBS üzerinden gelen bildirimler;

Hasta başvuru bilgi sistemi (HBBS) üzerinden gelen (SABİM, BİMER hariç) ve HBBS' ye çıkarılan dilekçeler,

- Şikâyetçi olan kişilerden bilgi istemi yapılır (7 gün içinde)
- Olaya şahitlik eden kişilerden bilgi istemi yapılır (7 gün içinde)
- Hastaya ait bilgiler toplanır ve il sağlık müdürlüğüne bağlı HBBS sayfasına atılır (15 gün içinde)
- Ardından kurul tarih belirlenir ve dosya görüşülmek üzere kurula çıkarılır.



Mail üzerinden gelen bildirimler

- Mail üzerinden gelen dilekçelerde şikâyet içerikli olanlar ilgili bölüm/birimlere ve kişilere yazılı olarak iletilir.
- Bilgi alma içerikli olan dilekçelere mail üzerinden cevap verilir.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak hasta hakları birimi **“Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge”** gereği çalışmalarını yürütmektedir.

6.9.8.9 Ozon Terapi

Ozonterapi, ozon gazı kullanılarak yapılan bir tedavi yöntemidir. Tıbbi ozon, doğal ozondan farklıdır; saf ozonla saf oksijenin belli oranda karıştırılmasıyla oluşur. Elde edilen tıbbi ozon, hastaya belli dozlarla verilir. Tıpkı ilaçlarda olduğu gibi, ozon uygulamalarında da her hastalıkta farklı doz uygulamaları vardır. Her hastaya ve her hastalığa aynı doz verilmez. Sizin hastalığınız için uygun olan ozon dozuna, doktorunuz karar verecektir.

KONTROLLÜ KOPYA

Ozonterapinin Etkileri

- Ozon, kuvvetli bir antimikrobiyal ajandır. Dünyada varolan tüm bakteri, mantar ve virüsler üzerinde etkilidir.
- Bağışıklık sistemini regüle eder. İmmünmodülatör etki adı verilen bu etki sayesinde, bağışıklık sisteminin dengeli çalışmasına yardımcı olur.
- Metabolizmayı hızlandırmaya yardımcı olur.
- Dolaşımı destekler, dolaşım sistemi bozukluklarında kullanılır.
- Vücudun oksijen kapasitesini artırır, hücresel fonksiyonları destekler.
- Vücudun kendi kendini iyileştirme mekanizmalarına destek olur.

6.9.8.10 Tüp Bebek Ünitesi

Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Tüp Bebek Merkezi 2010 yılı temmuz ayında yaklaşık 800 m2 alana kurulmuş olup, modern yapısı ile çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere hizmet vermektedir.

Merkez kamu hastanesi bünyesinde açılmış olması dolayısı ile de ticari kaygılardan yoksun olarak hizmet kalitesini temel amaç edinmiş olup devlet güvenceli tüp bebek tedavisi uygulamaktadır. Ülkemizde “akademik anlamda tüp bebek” sunan az sayıda merkezlerden biridir.

Ünitemizde güncel teknolojilere uygun olarak klinik ve laboratuvar kapsamında tüm yeni işlemler (mikro chip, embriyo mikromanipasyonu, IMSI granüloze hücre kültürü, endometrial hasarılama, lazer ICSI, ERA, PGS, NGS, L/S, H/S) yapılmaktadır.

Standart infertil çift kapsamında klinik gebelik başarılarımız dünya standartlarındadır. Merkezde devletin talep ettiği ücretin dışında herhangi bir ücret talep edilmemektedir.

6.9.8.11 Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Ünitesi

Ayaktan hastalar kardiyoloji, kalp damar veya başka poliklinikte muayene olur, Kardiyak Rehabilitasyonu uygun görülen; HT, İskemik kalp hastalığı, Kalp yetmezliği, Periferik arter hastalığı, Kalp transplantasyonu, Kapak hastalıkları tanısı olan hastalar ünitemize yönlendirilerek değerlendirmeye alınır.

Ayaktan ünitemize başvuran hasta FTR uzman hekimi tarafından değerlendirilir Hastanın kardiyak öyküsü alınıp, kardiyoloji önerileri incelenir. Kardiyak rehabilitasyon programı esnasında bisiklet ve kol ergonometri ile egzersiz yapılacağından egzersize engel olabilecek ciddi kas-iskelet sistemi problemleri açısından da değerlendirilir. Uygun görülen hastaya kardiyak rehabilitasyon ünitesinin işleyişi konusunda; bu işlem sırasında oluşabilecek komplikasyonlar, bu programın hastaya sağlayabileceği yararlar anlatılır ve hastanın onamı alınarak tedaviye başlanır.

6.9.8.12 Kemoterapi Ünitesi

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi kemoterapi alan tüm hastaların ilaç temininin sağlanması, standart ve kaliteli bir hizmetin hasta ve çalışan güvenliğini riske etmeyecek şekilde sunulması, gerekli eğitimlerin verilmesi amacıyla hizmet vermektedir.

6.9.8.13 Hemodiyaliz Ünitesi

Hemodiyaliz ünitesi, tedavi gören Akut ve kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için, hemodiyaliz tedavisinin belirlenen standartlar ölçüsünde yapılması ve bu amaçla hastalara randevu verilerek gerekli kayıtlarının tutulması, tedavilerinin sürdürülmesini amaçlar,

Hastanın Diyaliz Ünitesine Kabulü,

- Aylık rutin evden gelen hastalara aylık sevk açılarak bir ay boyunca bu sevk üzerinden işlem yapılır.
- Yatan hastalar yattıkları bölüm üzerinden hemodiyaliz alt vizite olarak işlem yapılır.
- İşlem yapılan hastalar protokol defterine kaydedilir.

Ayaktan Gelen Poliklinik Hastaları,

- Ayaktan ve poliklinikten gelen hastalara Hemodiyaliz Ünitesi Hasta Tedavi Formu açılır.
- Hemodiyaliz Ünitesi Hasta Takip Formu ay boyunca diyaliz işlemleri bu form üzerinden işlenir.
- Hastanın kimlik doğrulaması kendisine sözlü olarak isim sorularak yapılır. Hasta cevap veremeyecek konumda ise yakınlarından veya kimlik bilgilerinden doğrulama yapılır.
- Hasta Fistüllü ise; diyaliz öncesi fistülün çalışıp çalışmadığı iğne giriş yerinden enfeksiyon açısından kontrolü hasta kateterli ise kateterin çalışıp çalışmadığı, kateter yerinin enfeksiyon açısından kontrolü yapılır.

- Hasta 4-6 saat süreyle diyalize alınır.
- Ayaktan gelen her hasta için ayrı dosya tutulur.
- Her hasta için ayrı gözlem ve takip formu doldurulur.
- Hastaların ayda bir kez hemodiyaliz sorumlu öğretim üyesi tarafından tıbbi muayeneleri yapılır.

Diyalize Giren Yatak Başlı Hastaları

Tüm yoğun bakımlarda, reanimasyonda ve KİT Ünitesinde ve diğer servislerde yatan hastalar yatağında Nefroloji uzmanı tarafından görülüp diyaliz orderi verilen hastaya, yatağı başında (mobil su sistemi ve hemodiyaliz cihazı ile) yatak başlı hemodiyaliz hizmeti verilir.

6.9.8.14 Girişimsel Radyoloji

Girişimsel Radyoloji, cerrahi kesisi oluşturmadan, iğne deliği küçüklüğündeki yollarla vücuda girilerek gerçekleştirilen tanı ve tedavi yöntemlerini içerir. İşlemler yapılırken vücuda giriş bölgesine lokal anestezi uygulanmakta ve damardan hastayı rahatlatıcı ilaçlar verilmektedir. Bu sayede hastalar herhangi bir acı hissetmeden konforlu bir şekilde tedavi olabilmektedir. Uygulanan işlemlerde, çoğunlukla yüksek teknoloji içeren cihazlar kullanılarak, bu malzemeler her işlem ve amaç için özel olarak tasarlanıp üretilmektedir. Ağrısız ve riskleri oldukça az olan bu yöntemlerle hastaların yaşam kalitesi artarak, hastanede kalış süresi kısaltılmakta ve hastalar işlem günü ya da genellikle bir gün sonra taburcu edilmektedir.

Girişimsel radyolojide; karaciğer, meme, lenf bezleri, prostat, gibi birçok organdan biyopsiler alınabilir, kistler ve apseler tedavi edilebilir, tıkanmış olan safra ve idrar yolları açılabilir, diyaliz kateterleri takılabilir, özellikle karaciğer tümörleri özel iğne ve ilaçlarla yakılarak tedavi edilebilir. Beyin kanamasına neden olan baloncuklar veya inmeye yol açan damar hastalıkları da kafatası açılmadan girişimsel olarak tedavi edilmektedir.

6.9.9 Acil Servis

Bölümümüz mevcut durumda 4 öğretim üyesi, 22 araştırma görevlisi ile ilimize ve bölgeye hizmet vermektedir. Erişkin acil ve çocuk travma acillerine yönelik hizmet verilmekte olup, hizmet verdiğimiz alanda,

- İlk muayene ve triaj odası,
- 5 yataklı monitörlü gözlem odası,
- 2 adet 3 yataklı acil gözlem odaları,
- Obstetrik ve jinekoloji odası,
- 3 yataklı ortopedi ve alçı odası,
- KBB ve psikiyatri hastalarının değerlendirildiği 2 yataklı oda,
- 3 adet travma hastasına aynı anda müdahale imkânı sağlayan travma bölümü,
- 4 adet yoğun bakım hastasının takip edilebildiği yoğun bakım bölümü,
- Travma ve resusitasyon için kullanılan 2 hasta kapasiteli resusitasyon odası,
- Cerrahi hastalarının takip edildiği 5 yataklı cerrahi bölümü mevcuttur.



Resusitasyon odasında acil hastalara bakabileceğimiz ultrasonografi cihazı, dakikalar içerisinde litrelerce uygun sıcaklıkta sıvı replasman tedavisi yapılabilen travma kiti, yakın takip için monitörler ve defibrilatörler, gerektiğinde kullanılabilen mekanik ventilatörler, hasta ısıtma soğutma setleri, infüzyon pompa setleri bulunmaktadır.

Bölümümüze başvuran hastalar; acil teknisyenleri tarafından hızlıca değerlendirilip aciliyet durumuna göre uygun odaya ve ilgili araştırma görevlisine bildirilip muayenesi yapılarak ilgili öğretim üyesiyle birlikte değerlendirilir. Gerekli tanı konulup acil tedavisi yapıldıktan sonra ya taburcu edilir veya yatış endikasyonu bulunuyorsa ilgili bölümlere yatış açısından konsülte edilirler. İlgili bölümde yer olmaması durumunda hastalarımız gözlem odalarımızda kısa süreli takip sonrası diğer hastanelere sevk edilmektedir.

Bölümümüze yıllık ortalama 70 bin hasta başvurusu olmaktadır. Bölümümüz bölgedeki en önemli travma, zehirlenme ve acil merkezidir.

7-24saat uzman personelin çalıştığı, tüm radyolojik görüntüleme hizmetinin içerisinde verildiği, kadın doğum da dahil acil triaj uygulandığı acil servisimiz bölgenin en büyük acil servis olma özelliğini taşımaktadır.

E BLOK /ZEMİN KAT	HASTA MUAYENE SEDYESİ
Erişkin Acil	37
Çocuk Acil	10

6.9.10 Ameliyathanelerimiz

*Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi:10.9.1982, No: 8/5319
Yayımlandığı R. Gazetesinin Tarihi:13.1.1983, No: 17927 Mük.
Yayımlandığı Düsturun Tertibi:5, Cilt: 22, S. 2889
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ*

Ameliyathane

Madde 16 – I) Ameliyathane Hizmetleri:

Ameliyathanelerin yönetimi, hizmete devamlı hazır bulundurulması, alet ve malzemenin sağlanması, bakım, onarım ihtiyaçlarının saptanarak yaptırılmak üzere ilgililere bildirilmesi ve burada çalışan personelin yönetimi ve eğitimlerinin yapılması ile genel cerrahi uzmanı görevli olup, bu hususlarda baştabipliğe karşı doğrudan sorumludur.

Çeşitli cerrahi dalların ya da birçok cerrahın bulunduğu kurumlarda, ilgili uzmanların görüşü alınarak baştabip tarafından seçilecek cerrahi dal uzmanı ameliyathane sorumlusu olarak görevlendirilir.

Bu sorumlu, anesteziyoloji uzmanının bulunmadığı kurumlarda, uyandırma odası hizmetlerinin yürütülmesi ve narkoz personeli ile uyandırma odası personelinin yönetim ve eğitimi ile de görevlidir.

Bütün bu hizmetlerin yürütülmesi için ameliyat salonu adedine ve iş hacmine göre sorumlu uzmanın emrinde çalışmak üzere eczacı, ameliyathane başhemşiresi, ameliyathane narkoz teknisyeni, hemşire, ameliyathane teknisyeni ve hastane hizmetlisi gibi gerekli görülen personel görevlendirilir.

Ameliyathanelerimiz;



- A Blok-2. katta bulunan ameliyathanemiz,12 masalı olup, Kadın Doğum, Pediatrik Cerrahi, Göz, Plastik Cerrahi, Günübirlik Cerrahi odasında (Ortopedi, Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Diş, Fizik Tedavi) operasyonları yapılmaktadır.

- B Blok 1.katta bulunan ameliyathanemiz,13 masalı olup, Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Ortopedi ve Travmatolojik Cerrahi, Beyin Cerrahi, Kulak Burun Boğaz (KBB) ve Üroloji operasyonları yapılmaktadır.

Farabi Hastanesi Ameliyathanelerinde bulunan alanlar; Steril Alan, Yarı Steril Alan ve Steril Olmayan alanlar şeklinde ayrılmış olup;

Steril Alan

- Yarı steril alanın bitiminden başlayan, ameliyathane koridoru, anestezi cepleri, ameliyat odaları ve otomasyonu içeren alanlardır.
- Bu alanda bulunmak için personel ameliyathane formasını giyer, maske ve bone takar. Ameliyat sırasında steril boks gömlekleri bu formanın üstüne giyilir.
- Hasta için steril alan ile personel için steril alan kabul edilen yerlerle aynı bölümlerdir. Hasta bu bölümlerde sedye ya da tekerlekli sandalye üzerinde ve ameliyat önlüğü ve bonesi takılı vaziyette bulunabilir.
- Diğer alanlardan bu alanlara geçişte El Hijyeni Prosedürüne uygun olarak el yıkama yapılarak geçiş sağlanır.

Yarı Steril Alan

- Bu bölgeye ameliyathane kıyafetleri dışında giysilerle girilmez.

KONTROLLÜ KOPYA

- Bone ve maskelerin takıldığı alan, kafeteryalar, ofisler, çocuk anestezi odası, ameliyathane arka koridorlar ve alet yıkama alanlarıdır.

Steril Olmayan Alan:

- Bu bölgeye izinsiz ve yetkisiz personel girişine izin verilmez.
- Çocuk hastaların birinci derece bir yakını dışında hasta yakını kabul edilmez.
- Personel giriş kapısı, koridor, dış sekreterlik, soyunma odaları, anestezi muayene odası, anestezi departmanı, atık koridoru.

Ameliyathanelerimizde, **12.517** tanesi A ve B grubu olmak üzere yılda toplam **75.461** ameliyat gerçekleştirilmiştir.

6.10 ÖDÜLLENDİRME

Karadeniz Teknik Üniversitesi akademik, idari personeli, öğrencileri ile üniversite dışındaki kişi, kurum ve kuruluşların, çalışmalarında göstermiş oldukları üstün başarıların ve hizmetlerin değerlendirilmesi, performanslarının artırılması ve çalışmalarının desteklenmesi amacıyla ödüllendirilmeleri esaslarını düzenlenmesi için hazırlanmış olan Karadeniz Teknik Üniversitesi Ödül Yönergesine göre yapılır. Bu yönergeye göre idari personele verilecek ödüller,

Hizmet Ödülleri

MADDE 5- (1) Ödül verilecek tarih itibari ile Karadeniz Teknik Üniversitesinde 25 ve 40 yıl hizmet vermiş idari personele hizmet belgesi, plaket ve benzerleri verilir. 25 yıl ödülleri personelin bağlı olduğu idari birim tarafından, 40 yıl ödülleri ise Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü tarafından verilir.

Başarı Ödülleri

MADDE 6- (1) Verilen görevi başarı ile yürütenlere görevli oldukları birimlerde olağanüstü gayret ve çalışmaları ile emsallerine göre başarılı görev yapmak suretiyle; kamu kaynağında önemli ölçüde tasarruf sağlanmasında, kamu zararının oluşmasının önlenmesinde ve önlenemez kamu zararlarının önemli ölçüde azaltılmasında, kamusal fayda ve gelirlerin beklenenin üzerinde artırılmasında ve sunulan hizmetlerin etkinlik ve kalitesinin yükseltilmesinde somut olaylara ve verilere dayalı olarak katkı sağladıkları tespit edilen idari personeller dekanlar, enstitü müdürleri, konservatuar müdürü, yüksekokul müdürleri, meslek yüksekokulu müdürleri, uygulama ve araştırma merkezi müdürleri, genel sekreter ve hastane başhekimleri tarafından başarı ödülü için önerilebilirler.

(2) Aday gösterme süreci, ödüllerin verileceği tarih, değerlendirme komisyonları ve komisyonların çalışma prensipleri ile ödüllerin neler olduğu, Karadeniz Teknik Üniversitesi Yönetim Kurulu tarafından belirlenerek ilan edilir. Değerlendirme komisyonları, yeterli kriterlerin sağlanmadığı gerekçesi ile ödül verilmemesi kararını alma hakkına sahiptir. Değerlendirme komisyonları kararları, Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlük Makamına sunulur. Kararların Rektörlük Makamınca onaylanmasını takiben ödüller verilir.

6.11 HİZMET İÇİ EĞİTİMLER

Sağlık hizmetleri sürekli değişim ve gelişim halindedir. Hastalıkların tanı, tedavi ve hastalara verilen sağlık hizmetlerine yönelik yeni yaklaşımlar ortaya çıkmaktadır. Bu yenilikler kullanılan teknolojiyi değiştirdiği gibi sahip olunan bilgilerinde değişimi söz konusu olmakta ve tüm yenilikler yeni bilgi, beceri ve davranışların kazanılmasını gündeme getirmektedir.

Hizmet içi eğitimlerde amaç;

- Personelimizi, değişen ve gelişen sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirmek ve verimli olabilmeleri için gerekli bilgi, beceri ve davranışları kazandırmak,
- Çalışanların kurumsal kimlik çatısı altında bütünleştirmektir.

İş verimini artırmak amacıyla; Rektörlüğümüz, KTÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı, Anabilim Dalı/Bilim Dalı Başkanlıkları ve hastanemiz Eğitim Komitesi tarafından yıl içinde hizmet içi eğitimler düzenlemektedir. Önceden duyurusu yapılan, planlı hizmet içi eğitimlerimize katılım zorunludur. Hastanemiz eğitimlerini planlı ve sistematik olarak sürdürmektedir. Konu ile detaylı bilgi almak amacı ile **Eğitim Koordinatörlüğü** ile görüşmenizi önemle rica ediyoruz.

6.12 SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI HASTANE

6.12.1 Amaç ve Kapsam

SKS Hastane, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Türkiye’de sağlık alanında hizmet sunan tüm hastanelerde öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

SKS Hastane Türkiyede tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde sağlık hizmeti veren hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır.

Hedefler

SKS-Hastane, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla,

- **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.
- **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştir-me faaliyetleridir.
- **Hakkaniyet:** Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerin-de aktif katılımının sağlanmasıdır.
- **Uygunluk:** Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
- **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçları-na göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- **Süreklilik:** Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.

6.12.2 SKS Yapısal Çerçeve

SKS Hastane, yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

SKS Hastane, boyut, bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri ile rehberlik ifadelerinden oluşmaktadır

SKS Hastane setinde, 5 Boyut, 46 Bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır

Standart ve değerlendirme ölçütleri, ele alındığı hizmet konusuna özgü amacı belirlemek için ortaya konulmuş temel gereklilikler, rehberlik bilgileri ve tanımlamalar içeren optimal kurallardır

Rehberlikler ise standart veya değerlendirme ölçütleri hakkında uygulamalara yol gösterici olması açısından açıklayıcı bilgiler içeren ifadelerdir.

Standartlar, yer aldığı bölüme özgü süreçler esas alınarak hazırlanmış ve sıralanmıştır. Standartlar, ilgili bölüm amaç ve hedefleri doğrultusunda, değerlendirme ölçütleri ve rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele alınır ve uygulanır.

SKS Hastane 5 boyutta ele alınmaktadır.

Bu boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

- **Kurumsal Hizmetler Boyutu;** hastanede, tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.
- **Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu;** hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

- **Sağlık Hizmetleri Boyutu;** hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler Alan ve Süreç Bazlı Sağlık Hizmetleri olmak üzere kendi içinde iki kategoriden oluşmaktadır.
- **Destek Hizmetler Boyutu;** tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.
- **Gösterge Yönetimi Boyutu;** hizmet sunum performansını sürekli izleyerek kalite iyileştirme süreçlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla hazırlanmış bölümden oluşmaktadır.

6.12.3 SKS-Hastane Puanlandırma Metodolojisi

Sağlıkta Kalite Standartlarının puanlandırma metodolojisi 3 başlıkta ele alınmaktadır:

- Standartların Puanlandırılması
- Standartların Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi
- Kalite Puanının Belirlenmesi

SKS Hastane içerisinde yer alan her bir standardın bir puan değeri bulunmaktadır. Kuruluşun standarttan alacağı puanı tespit etmek için, standardın karşılanma düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirilen standartların puanlarından yola çıkarak kuruluşun elde edeceği **“Kalite Puanı”** na ulaşılmaktadır.

Standartların Puanlandırılması;

Sağlıkta Kalite Standartları puanlama sistematığı kapsamında 10'luk puanlama sistemi kullanılmaktadır. Standart ve göstergeler; SKS ve Bakanlık stratejik hedefleri ile uygulamanın emek yoğunluğu göz önünde bulundurularak 10- 50 puan aralığında puanlandırılmaktadır.

Bu puan aralığında **50** puan değerindeki standartlar **çekirdek**, **40** puan değerindeki bazı standartlar ise **opsiyonel** standartlardır. Çekirdek standartlar, sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik öneme sahip, Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan standartlardır. Bu standartların karşılanmaması durumunda Hastane Kalite Puanı doğrudan etkilenir. Set içinde yer alan çekirdek standartlar, ilgili standardın başında yer alan **(Ç)** harfi ile ifade edilmektedir. Opsiyonel standartlar ise uygulanması zorunlu olmayan standartlardır. Bu standartların karşılanması durumunda Hastane Kalite Puanı pozitif yönde etkilenir. Set içinde yer alan opsiyonel standartlar, ilgili standardın başında yer alan **(O)** harfi ile ifade edilmektedir. Daha önceki SKS sürümlerinde “Bölüm Bazlı Kalite Göstergeleri” başlığı altındaki göstergeler Sürüm 6 ile kitaptan çıkarılmış ve Gösterge Yönetim Rehberi ile Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı internet sitesinde yayımlanmıştır. Rehber ve gösterge listesi gerektiğinde Bakanlıkça güncellenebilecektir. Her bir göstergenin sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamındaki puansal değeri **20** olarak belirlenmiştir.

Standartların Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi

Standartların karşılanma düzeyi belirlenirken amaçsal yorumlama yapılarak standart ve değerlendirme ölçütleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Standartların karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

- Karşılanıyor (K)
- Kısmen Karşılanıyor (KK)
- Karşılanmıyor (KM)

Standardın karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

- Karşılanıyorsa; Standart için belirlenen tam puan
- Kısmen Karşılanıyorsa; Standart için belirlenen puanın yarısı
- Karşılanmıyorsa; O (Sıfır) puan

**Standardın karşılanma düzeyi belirlenirken
“Sağlıkta Kalite Standartları Ölçme, Değerlendirme ve Puanlandırma Rehberi”
Esas alınır**

Hastane Kalite Puanının Belirlenmesi

Kalite Puanı; yerinde yapılan Sağlıkta Kalite Değerlendirmesi neticesinde SKS' nin uygulanma düzeyini gösteren, sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir. Elde edilen Kalite Puanı ile

KONTROLLÜ KOPYA

hastanelerin değerlendirme dönemlerine göre gelişimleri ortaya konulabilmekte, diğer hastaneler ile karşılaştırmalar yapılabilmekte, Bakanlık politikalarına uyum izlenebilmektedir.

Ayrıca, puan dağılımı kullanılarak hastaneler derecelendirilebilmektedir.

Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

- SKS setinin bütününe yönelik yapılan yerinde değerlendirmede;
- **“Karşılanmayan”** her bir çekirdek standardın puanının yarısı kadar puan, elde edilen toplam puandan düşürülür.
- **“Kısmen Karşılanan”** her bir çekirdek standardın puanının beşte biri kadar puan, elde edilen toplam puandan düşürülür.
- Yapılan son değerlendirmede **“Kısmen Karşılanıyor”** ve **“Karşılanmıyor”** olarak tespit edilen standartlara yönelik yapılan yerinde değerlendirmeler ile Bakanlıkça belirlenen standart ve bölümlere yönelik gerçekleştirilen yerinde değerlendirmelerde, **“Karşılanmayan”** çekirdek standartlara yönelik ayrıca puan düşürülmez.
- Opsiyonel standart veya göstergenin karşılanması durumunda, toplam puana ilgili standart veya göstergenin puan değeri kadar puan eklenir.
- Opsiyonel standart veya göstergenin karşılanmaması ya da değerlendirilmesinin talep edilmemesi durumunda, ilgili standart veya gösterge puanlamaya dâhil edilmez.
- Hastane kalite puanı bu kurallar dâhilinde 100’ü geçiyorsa, **“Kalite Puanı”** 100 kabul edilir.

Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül

Kalite Puanı: [SKS de değerlendirilen bölümlerden elde edilen puan toplamı / (SKS de değerlendirilen bölümlerdeki standartlar ve göstergelerin puan toplamı – SKS de değerlendirilen bölümlerdeki standart ve göstergelerden değerlendirme dışı bırakılan puan toplamı)] x 100 +/- Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

6.12.4 Öz Değerlendirme

- SKS ye ilişkin öz değerlendirmeler, yılda en az iki kez olacak şekilde ve düzenli aralıklarla yapılır.
- Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanır. Bu süreçler,
- Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenir,
- Öz değerlendirme takvimi hazırlanır,
- Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler/birimler önceden bilgilendirilir,
- Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsayacak şekilde yapılır.
- Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır.

Konu ile ilgili detaylı bilgi almak için **Kalite Koordinatörlüğü** çalışanları ile iletişim kurmanız gerekmektedir

6.12.5 Doküman Yönetimi

KTÜ Farabi Hastanesi olarak kurumumuzun büyüklüğü ve hizmet sunum alanlarının fazlalığı, multidisipliner çalışma sistemi, çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimlerinin fazla olması hazırlanacak dokümanların sayısını ve içeriğini önemli derecede etkilemektedir. Bu sürecin düzgün yönetilebilmesi için; **Kalite Koordinatörlüğü** ile birim kalite temsilcileri ve ilgili komite üyeleri bir araya gelerek Sağlık Kalite Standartları Rehberini birimler bazında tüm standartlarını inceleyerek hangi standartlar için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

Doküman hazırlamada temel hedef, gerçekten gerekli ve faydalı olacağı düşünülen KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak aynı işin tüm bölümlerde aynı şekilde yapılmasını sağlamak ve standardize etmek için en az sayıda dokümanın hazırlanmasıdır.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde, doküman hazırlanması gerekli olduğu durumlarda **“Doküman Yönetimi Prosedürü”** esas alınır.

Mevcut dokümanlarınızın güncellenmesi veya yeni doküman talepleriniz için Kalite Koordinatörlüğü çalışanları ile iletişim kurabilirsiniz.

Dış Kaynaklı Dokümanların Kontrolü, KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi; Dış kaynaklı dokümanların takibinden ve kuruluş içinde kopyaların kontrollü olarak dağıtımından ve değiştirilmesinden başhekimlik sorumludur. Hastane ile ilgili dış kaynaklı dokümanları, standartları, gerekli yasal mevzuatları ve benzeri dokümanları kapsamaktadır. Standart, Yasa, Yönetmelik, Tebliğ, Şartname vb. dış kaynaklı dokümanların güncelliklerinin takibi resmî gazetenin/internet ortamında ilgili sitelerin izlenmesi yolu ile yapılır. Kalite koordinatörlüğü modülü üzerinden ilgili linke ulaşılabilecek ve güncel halinin takip edilebileceği şekilde sistem hazırlanmıştır.

Başhekimlik ve yazı işleri müdürlüğünden geçen dış kaynaklı dokümanları Kalite Koordinatörlüğü **“Dış Kaynaklı Doküman Listesine”** kaydeder, ilgili link bağlantısını yapar. Dış kaynaklı dokümanlar ilgili oldukları bölümlerin sorumlularına Kontrollü Doküman olarak dağıtırlar Kalite Koordinatörü gerek gördüğü durumda bu dokümanların orijinal nüshasını saklar. HBYS’ de dış kaynaklı doküman listesinde yayınlanır.

Dokümanların Asılması: Kalite Koordinatörlüğü tarafından asılacak dokümanlar T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün **“Dokümanların Asılması Genelgesi”** ne uygun olarak, hastane içerisinde belirlenmiş alanlarda bulunan panolara asılır.

6.12.6 Düzeltici Önleyici Faaliyetler (DÖF)

Düzeltici Önleyici Faaliyetin Amacı, mevcut ve potansiyel uygunsuzlukların temeldeki nedenlerini (kök neden) tespit etmek, bu uygunsuzlukları ortadan kaldırmak için çözüm önerileri geliştirmek, düşünülen çözüm önerilerinin gerçekleştirilmesini sağlamak, suçlarını takip etmek için yapılır. Hizmete yönelik süreçlerde aksadığı ve yanlış yapıldığı saptanan olaylarında HBYS üzerinde dokümanite edilmesi ve toplu olarak sorunların belirlenmesinde yıllık kayıtların yapılması sağlanır. Böylelikle her DÖF iyileştirme çalışmalarında veri kaynağı olacak kayıtları oluşturur.

Hastanemizde verilen hizmetlerde; öz değerlendirmeler, dış değerlendirmeler, denetimler, bina turları, gözlemler, hasta ve çalışan şikâyet, görüş ve önerileri, komite ve ekiplerin olağan toplantılar gibi faaliyetler sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar veya hasta ve çalışan anketleri, kalite indikatörleri, olay bildirimleri, hedeflerdeki sapmalar, SKS uygulamaları, hastane istatistikleri, güvenlik raporlama sisteminden elde edilen veriler DÖF tespit kaynaklarıdır. Tespit edilecek faaliyetin kalite iyileştirme ve geliştirmeye katkısı dikkate alınarak DÖF belirlenir.

Bölüm/ Biriminizde yaşanan uygunsuzluklar için **“Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü”** ne göre hareket etmeniz gerekmektedir.

Konu ile ilgili detaylı bilgi almak için **Kalite Koordinatörlüğü** çalışanları ile iletişim kurmanız gerekmektedir.

6.12.7 Personel Tanıtım Kartı Kullanımı

Sağlık kurumlarında **6 Ağustos 2013 tarih ve 28730 sayılı Resmî Gazetede** yayımlanan Sağlık Hizmet Kalitesi Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik gereği uygulanması zorunlu olan SKS göre sağlık çalışanları,

Kalite Yönetimi	K	KY	14	00	Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.
Kalite Yönetimi	K	KY	14	01	Tanıtım kartları; standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir. REHBERLİK: Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.
Kalite Yönetimi	K	KY	14	02	Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.

Personel kimlik kartları;

- Hastane tarafından size teslim edilen personel kimlik kartını mesai giriş ve çıkışlarında kart okuyuculardan okutmalı ve mesai saatleri içerisinde görünür bir şekilde takılmalıdır.
- Personel kimlik kartı sizin kimlik bilgilerinizi barındırdığından hastaların ve diğer sağlık çalışanlarının sizi tanımasına yardımcı olacaktır.
- Personel yemekhanesine giriş için personel kimlik kartları kullanılmaktadır.

6.12.8 İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi (İOB)

İstenmeyen Olay Bildirimi, hastaya veya çalışana zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemeye yönelik sistemde iyileştirme çalışmalarının yapılmasına ve bu süreçten bir eğitim materyali oluşturularak benzer olayların oluşmasını engellemeye odaklı bir bildirim sistemidir. İOB, kurumsal güvenlik kültürünün oluşmasını ve kurum içinde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşmasını sağlamaya odaklanmış bir sistemdir

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine HBYS üzerinde bulunan Kalite Modülünden ulaşılmaktadır.

FARABI HASTANESİ BİLGİ İŞLEM MERKEZİ (KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ)

KURUMSAL HİZMETLER
Kurumsal Yapı
Kalite Yönetimi
Doküman Yönetimi
Risk Yönetimi
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Afet ve Acil Durum Yönetimi
Eğitim Yönetimi
Sosyal Sorumluluk
Kurumsal Verimlilik
Kinyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER
Hasta Deneyimi
Hizmete Erişim
Yaşam Sonu Hizmetler
Sağlıklı Çalışma Yaşamı

SAĞLIK HİZMETLERİ
Hasta Bakımı
İlaç Yönetimi
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon
Transfüzyon Hizmetleri
Radyasyon Güvenliği
Acil Servis
Ameliyathane
Yoğun Bakım Ünitesi
Doğum Hizmetleri
Diyaliz Ünitesi
Psikiyatri Hizmetleri
Biyokimya Laboratuvarı
Mikrobiyoloji Laboratuvarı
Patoloji Laboratuvarı
Doku Tipleme Laboratuvarı

DESTEK HİZMETLERİ
Tesis Yönetimi
Otelcilik Hizmetleri
Bilgi Yönetim Sistemi
Malzeme ve Cihaz Yönetimi
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
Atık Yönetimi
Dış Kaynak Kullanımı

GÖSTERGE YÖNETİMİ
Göstergelemin İzlenmesi
Bölüm Bazlı Göstergeler
Klinik Göstergeler

KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ

Anket Yönetimi
Dokümanlar
Çalışan / Görüş / Önerileri
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Düzeltici Önleyici Faliyet (DÖF)
Tesis Güvenliği Komitesi
Eğitim Komitesi
Hasta Güvenliği
Çalışan Güvenliği Komitesi
Gösterge Yönetimi
Dış Kaynaklı Dokümanlar

Duyuru Ekranı
Eğitim Modülü

Tarih	Duyuru No	Duyuruyu Yapan	D	Ö	F	Pasif	Birimler
21/01/2021 09:12:48	197	KEGÜ02	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T
20/01/2021 16:23:30	196	KEGÜ02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T
20/01/2021 14:26:04	195	KEGÜ02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T
20/01/2021 09:10:45	194	KEGÜ02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T

Açıklama
TÜM BÖLÜM/BİRİM SORUMLULARINA
21.01.2021 tarihinde (bugün) aydın inel amfisinde saat 11:00 da TSE Baş Denetçi Uzm. Yaşar EFENDİOĞLU Kalitenin Geliştirilmesi eğitimini düzenleyecektir. katılımınız önemle rica olunur.

Listele Birimler ? Liste Güncelle

Bildirimler Kalite Modülü üzerinde bulunan istenmeyen olay bildirim segmesinden yapılmaktadır bildirim yapılacak olaylar asgari;

- Kan ve vücut sıvıları ile temas,
- Kesici delici alet yaralanmaları,
- Düşen hasta,
- İlaç hataları sınıflandırma,
- Cerrahi hata sınıflandırma,
- Hasta hata sınıflandırma,
- Dilek ve şikâyet bildirimi,
- Kan ve kan bileşenleri reaksiyonları bildirimi,

İstenmeyen Olay Bildirimi hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik kurumun iyileştirme süreci olarak ele alınmaktadır. İstenmeyen Olay Bildirim süreci de sağlıkta kalite sistemleri çerçevesinde kurumumuz içerisindeki bildirim yapılan olaylar üzerinden verileri analiz ederek sürecin yönetimini sağlamaktadır.

Konu ile ilgili detaylı bilgi için **“İstenmeyen Olay Bildirim Prosedürü”** ne bakabilirsiniz

6.13 ACİL DURUM KODLARI

İnsan yaşamının devam ettiği tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmeti sunulan alanlarda da çeşitli riskler mevcuttur. Bu risklerin önceden tespit edilmesi, gerçekleşmesi durumunda neler yapılması ve risk yönetiminin nasıl sağlanması gerektiğinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çerçevede, acil durumları

KONTROLLÜ KOPYA

yönetmek için çeşitli araçlara ihtiyaç duyulmuş ve bunlara yönelik bir takım uyarıcı sistemler geliştirilmiştir. Tüm dünyada bu amaçla en yaygın kullanıma sahip olan araçlardan birisi de renkli kodlardır.

Renkli kodlar, belirlenmiş olan acil duruma göre;

- Hastane çalışanlarını haberdar etmekte,
- Risk durumunda iletişime olanak tanımakta,
- Kısa ve net mesaj vermekte,
- Doğru müdahale için zaman kazandırmakta,
- Panik oluşmasına engel olmakta,
- Acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta,
- Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktadır.

Renkli kodların çalışanlar tarafından kabul görmesi ve uygulanmasını sağlamak için belirlenen renk kodlarıyla ilgili eğitimler verilmeli, sağlık kurum ve kuruluşuyla ilgisi bulunan herkesin haberdar olması sağlanmalı ve ortak bir dil oluşturulmalıdır. Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılında beyaz kod ve 2015 yılında kırmızı kodun hayata geçmesiyle birlikte 4 farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır.

Mavi Kod; tüm dünyada aynı acil durum için aynı rengin kullanıldığı tek renkli koddur. Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır. Sağlık çalışanı tarafından verilen kod, hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasını mümkün kılmaktadır.

Mavi kod çağırısı atabilmek için iç hat telefonlarımızdan **2222** numarasını çevirmeniz yeterlidir. Konu ile ilgili detaylı bilgi almak amacı ile **Mavi Kod Talimatını** okuyabilirsiniz.

Pembe Kod; sağlık kurum ve kuruluşunda bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

Bir pembe kod vakası ile karşı karşıya kaldığınızda derhal **3333** numarasını arayarak uygulamayı başlatabilirsiniz. Konu ile ilgili detaylı bilgi almak amacı ile **Pembe Kod Talimatını** okuyabilirsiniz.

Beyaz Kod; sağlık kurum ve kuruluşunda görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. Bu kodla ilgili sağlık çalışanlarına eğitimler verilmekte, beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat gerçekleştirilmektedir. Olaya maruz kalan çalışanlara ise gerekli destek sağlanmaktadır. Ardından, gerçekleşen olaylara ilişkin kayıtlar **Kalite Koordinatörlüğüne** teslim edilmekte ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılmaktadır.

Beyaz kod bildirim için **1111** numarası çevirmeniz yeterlidir. Beyaz kod ile ilgili detaylı bilgi için **Beyaz Kod Talimatını** okuyarak yeterli bilgiye ulaşabilirsiniz.

Kırmızı Kod; sağlık kurum ve kuruluşlarında çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

Beyaz Kod	1111
Mavi Kod	2222
Pembe Kod	3333
Kırmızı Kod	5110

6.14 HASTANEMİZDE OLUŞTURULAN KOMİTE VE EKİPLER

6.14.1 SKS Kapsamında Oluşturulan Komite ve Ekipler

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekipler, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yapılandırılmıştır.

SKS kapsamında oluşturulan komite ve ekipler,

- Hasta Güvenliği Komitesi
- Çalışan Güvenliği Komitesi
- Eğitim Komitesi
- Tesis Güvenliği Komitesi
- Radyasyon Güvenliği Komitesi
- İlaç Yönetimi Ekibi
- Nutrisyon Destek Ekibi
- Bina Turu Ekibi
- Mavi Kod Ekibi
- Beyaz Kod Ekibi
- Pembe Kod Ekibi
- Klinik Kalite İyileştirme Ekibi
- Çalışan Görüş ve Önerilerini Değerlendirme Ekibi olarak belirlenmiştir

Komite ekipler ile ilgili detaylı bilgiye “*Komite/Ekiplerin İşleyiş ve Toplantı Prosedürü*” nden ulaşabilirsiniz.

6.14.2 Diğer Komite ve Ekipler

Hastanemizde oluşturulan diğer komite ve ekipler;

- Transfüzyon Komitesi
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi
- Hasta Görüş ve Öneri Değerlendirme Ekibi
- Kırmızı Kod Ekibi
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Ekibi

Komite ekipler ile ilgili detaylı bilgiye “*İşleyiş Prosedür*” lerinde ulaşabilirsiniz.

6.15 ATIK YÖNETİMİ

Yaşanabilir bir dünya için atık yönetiminin önemine inanıyor, her türlü atığın oluşumunu vermiş olduğumuz sağlık hizmet kalitesini düşürmeden mümkünse tekrar kullanılabilir malzemeler ve ekipmanlar kullanarak ya da atık oluşumunu en aza indirerek çevre kirliliğine engel olmayı hedefliyoruz. Atıkları kaynağında ayrıştırarak geri kazanılabilecek atıkların ülke ekonomimize katkı sağlaması ve çevreye zarar vermemesi için ambalaj atıkları olarak toplayarak, geri kazanımının sağlanmasına yardımcı oluyoruz. Geri kazanılamayacak atıkları ise ilgili yasal düzenlemelere uygun olarak ayrı ayrı toplayarak canlı ve cansız varlıkların zarar görmemesi için lisanslı bertaraf şirketlerine bertarafı için teslim ediyoruz.

11.08.1983 tarih ve 18132 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Çevre Kanunu ve bu kanuna bağlı olarak çıkarılan 05.07.2008 tarih ve 26927 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, 22.06.2005 tarih ve 25755 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 14.03.2005 tarih ve 25755 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 9.03.2013 tarih ve 28582 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Radyoaktif Atıkların Kontrolü Yönetmeliği vb. atıklarla ilgili benzer yönetmelikler ile SHKS gereği *Atık Yönetimi Prosedürü* oluşturulmuştur.

Atık Yönetimi Prosedürümüze göre hastanemizde oluşan atıklar;

1. Evsel Nitelikli Atıklar

- **Genel Atıklar:** Sağlıklı insanların bulunduğu kısımlar, hasta olmayanların muayene edildiği bölümler, ilk yardım alanları, idari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklar: B, C, D, E, F ve G gruplarında anılanlar hariç, tıbbi merkezlerden kaynaklanan tüm atıklar.
- **Ambalaj Atıkları:** Tüm idari birimler, mutfak, ambar, atölye v.s den kaynaklanan tekrar kullanılabilir, geri kazanılabilir atıklar.

2. Tıbbi Atıklar

- **Enfeksiyöz Atıklar:** Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, anatomik parçalar, otopsi

materyali, plasenta, fetus ve diğer patolojik materyali; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tamponlar, eküvyon ve benzeri atıkları; hemodiyaliz ünitesi ve karantina altındaki hastaların vücut çıkartılarını; bakteri ve virüs tutucu hava filtrelerini; enfeksiyöz ajanların laboratuvar kültürlerini ve kültür stoklarını; araştırma amacı ile kullanılan enfekte deney hayvanlarının leşleri ile enfekte hayvanlara ve çıkartılarına temas etmiş her türlü malzemeyi, veterinerlik hizmetlerinden kaynaklanan atıklar.

- **Patolojik Atıklar;** Cerrahi girişim, otopsi veya anatomi çalışması sonucu ortaya çıkan dokuları, organları, vücut parçalarını, insan fetusunu ve hayvan cesetleri.
- **Kesici Delici Atıklar;** Şırınga, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi suture iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıkları
- 3. **Tehlikeli Atıklar;** Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden dolayı ya da yasal nedenler dolayısı ile özel işleme tabi olacak atıklar, Tehlikeli kimyasallar, Sitotoksik ve sitostatik ilaçlar, Amalgam atıkları, Genotoksik ve sitotoksik atıklar, Farmasötik atıklar, Ağır metal içeren atıklar, Basınçlı kaplar. Bu atıkların bertarafı Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre yapılır.
- 4. **Radyoaktif Atıklar;** Erbestleştirme sınırlarının üzerinde aktivite konsantrasyonu içeren ve bir daha kullanılması düşünülmeyen nükleer ve radyoaktif maddeler ile radyoaktif madde bulaşmış ya da radyoaktif olmuş yapı, sistem, bileşen ve malzemeleridir. 09.03.2013 tarih ve 28582 Resmî Gazetede yayımlanan Radyoaktif Atık Yönetim Yönetmeliğine hükümlerine göre toplanıp uzaklaştırılır.

Atıkların toplanması ve bertarafı **Atık Yönetimi Prosedürü**” ne göre yapılmaktadır.

6.16 YANGINDAN KORUNMA

Yanma; Yanma olayının meydana gelebilmesi için üç unsura ihtiyaç vardır. Yanıcı maddenin ısı yardımıyla oksijenle birleşmesi sonucu oluşan kimyasal bir olaydır.

Yangın tüpünün kullanımı; tüm birimlerimizde olası yangınlara karşı hazır bulundurulan yangın tüpleri ve ulaşılabilir yerlerde yangın dolapları mevcuttur. Yangın tüpünün kullanım esnasında uymanız gereken kurallar şekilde açıklanmış ve gösterilmektedir. Periyodik olarak sizlere ayrıca Sivil Savunma Amirliği tarafından yangın tüpü kullanım ve yangın dolabı kullanım eğitimleri verilecektir



Ateşi Söndürmenin 4 Temel Yöntemi;

Yanıcı maddelerin cinsine göre, yangınları başlangıç anında söndürmek üzere imal edilmiş cihazlara yangın söndürme cihazları denir. Hastanemizde bulunan yangın söndürme cihazlarını iki grupta tanıyabiliriz.

- Kuru Kimyevi Tozlu Yangın Tüpleri (Hastanemizde çıkabilecek her çeşit yangınlarda kullanımı uygundur.

KONTROLLÜ KOPYA

- Karbondioksitli Yangın Tüpleri (Elektrikli ve elektronik ekipmanlarda oluşabilecek yangınlarda kullanmanızı önermekteyiz)



Yangın Anında Yapmanız Gerekenler

- Telaşlanmayın,
- 5110 numaralı telefonu arayıp olay yerini ve durumu kısaca özetleyerek kırmızı kod bildirimini yapınız, (5110)
- Yangının yayılmasını önlemek için kapı ve pencereleri kapatınız
- Tehlikeli maddeleri çevreden (yanıcı, patlayıcı, parlayıcı) uzaklaştırınız,
- Ünite sorumlusunun talimatı ile gaz vanalarını kapatınız,
- Yangını söndürmek için elinizdeki mevcut imkanlardan yararlanınız, (Yangın dolaplarındaki malzemeleri kullanınız.)
- Hastaları tahliye etmeye hazırlayınız, Hastane Afet Planı Başkanı (Hap Başkanı (Başhekim)) tarafından tahliye kararı alındığında Tahliye Planı'nı uygulayınız,
- Tahliye esnasında paniği engelleyiniz. Hasta ve hasta yakınlarını en yakın güvenli çıkışa yönlendirilmesine yardımcı olunuz.
- Kaçmak gerektiğinde kaçış levhalarını takip ederek güvenli sahaya geçiniz,
- Asansörleri kesinlikle kullanmayınız ve kullandırtmayınız.
- Bunları yaparken kendinizi ve başkalarını tehlikeye atmayınız.

Tahliye;

- Tahliye esnasında hastalar dosyaları ile tahliye edilecektir. Hastaların başka hastanelere transferi söz konusu olduğunda veya tahliye yapıldığı diğer serviste hangi tedavilere ihtiyacı olduğu, nasıl tedavi edileceği, hangi dozda ilaç verileceği, müdahalesinin gecikmemesi açısından önem arz etmektedir. Acil ilaç arabaları da hastaların tahliye edildiği alana getirilecektir.
- Servislerde acil durumlarda kimlerin ne iş yapacağı Yangın Talimatında belirlenmiş ve görev tanımları talimatta belirtilmiştir.
- Toplanma alanında Başhemşire ve/veya görevlendirmiş olduğu personele birimlerinizde bulunan/kurtarılması gereken personel/hasta/hasta yakını sayısını bildiriniz.
- Görevli ekiplerin çalışmalarını aksamaması için geçiş yollarının açık bulunmasına yardımcı olunuz

a. Toplanma Alanları

- A Blok Personel Otoparkı
- A Blok Öğretim Üyesi Otoparkı
- B Blok Doğu ve Kuzey Cephesi Yeşil Alan
- Acil Servis önündeki boş alan
- C Blok Dekanlık Otoparkı

KTÜ Sağlık uygulama ve araştırma merkezi Farabi hastanesi olarak yangından korunma **“Yataklı Servisler Acil Eylem Plan Prosedürü”** ne göre faaliyetini sürdürmektedir.

KONTROLLÜ KOPYA

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 SKS Hastane

7.2 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Dokümanları

7.3 Devlet Memurları Kanunu

7.4 Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar

7.5 İş Kanunu

7.6 Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

7.7 Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği

7.8 Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği

7.9 Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi

7.10 Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge

7.12 Hasta Hakları Yönetmeliği

7.14 Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik