



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



TEDAVİ KAPASİTE VE YETENEĞİNİN İLK
DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Dok. Kodu: HAP PR 01

Yayın Tarihi:

Revizyon Numarası:00

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:1/1

1.0.AMAÇ

- 1.1. K.T.Ü Farabi Hastanesinin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek. Bu kapsamda,
- 1.2. K.T.Ü Farabi Hastanesine, kabul edilecek hasta/yaralılara hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek,
- 1.3. Ayakta tedavi edilecek hasta/yaralılara hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek,
- 1.4. Kritik hizmetlerin iş sürekliliğini sağlamak amacıyla nicel kapasitesini değerlendirmek,
- 1.5. Tıbbi bakım hizmeti ve/veya özellikli tıbbi bakım hizmetlerini (kimyasal olay, epidemi vb.) yeterli düzeyde sunmak için hastanenin (nitel) kapasitesini değerlendirmek,
- 1.6. İlk 6 saat içerisinde hastaneye gelen hastaları önceliklendirmek ve tedavi etmek amacıyla
- 1.7. Acil Servisin ve/veya afet triyaj alanının imkan ve kapasitesini değerlendirmek,
- 1.8. İlk 24 saat sonunda söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek.

2.0.KAPSAM

- 2.1. K.T.Ü Farabi Hastanesi'nin; yatarak ve ayaktan hasta tedavi eden tüm birimleri, laboratuvarları, eczane, destek sağlık hizmeti veren birimleri ile idari hizmet veren tüm birimleridir.

3.0.TANIMLAR

- 3.1. **Standart Operasyon Planı:** Spesifik bir işin yapılmasını sağlamak için kurulan bir organizasyonun işlevini, bu işlevi etkili, uyumlu ve sonuç alıcı biçimde nasıl yürüteceğini, bu amaçla kimin, nerede, ne zaman, ne yapması gerektiğini önceden ve ayrıntılı biçimde belirten yazılı kurallardır. Ayrıca, bilginin nasıl paylaşılacağını, neyin nasıl kayıt altına alınacağını, kime ne zaman ve nasıl rapor edileceğini de içermektedir.

- 3.2. **HAP:** Hastane Afet ve Acil Durum Planı

4.0. KISALTMALAR

- 4.1. **SOP :** Standart Operasyon Prosedürü
- 4.2. **HAP :** Hastane Afet ve Acil Durum Planı

5.0.SORUMLULAR

- 5.1. Başhekim,
- 5.2. Hastane Afet Planı Hazırlama ve Uygulama Komisyonu Üyeleri,
- 5.3. HAP'da görevli akademik ve idari personeller,
- 5.4. Hastanede idari, akademik ve hizmet alım yolu ile göre yapan personeller

6.0.FAALİYET AKIŞI

6.1.Gerçekleştirilecek Eylemlerle, Gerçekleştirilme ve Raporlama Zaman Çizelgesi

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
<p>6.1.1. HAP Başkanına, Planlama Şefi, Personel ve Malzeme Sorumlusuyla, Durum Değerlendirme Sorumlusu tarafından Hasta İzleme Birim Sorumlusundan; Sevis ve Poliklinik Birim Sorumluları, aracılığıyla Form 35 kullanılarak tespit edilen;</p> <p>a. Hâli hazırda kullanılmakta olan,</p> <p>b. Boşaltılabilecek</p> <p>c. Eklenebilecek yatakların, sayısını değerlendirerek (koridorlardaki sedyeler dahil), bildirir.</p>	0-2 saat
<p>6.1.2. Yatak İzleme Birim Sorumlusu</p> <p>a. Yatakların kullanımını işlevsel hale getirmek için sonraki 24 saat içinde olabilecek değişiklikleri göz önünde bulundurarak personel, malzeme ve temel ekipman sağlama kapasitesini değerlendirir.</p> <p>b. Halkla İlişkiler Sorumlusu; Afetin durumuna göre diğer sağlık tesisleri, özel sektör veya akredite gönüllülerden (sağlık veya genel gönüllü) gelen ek personeli İnsan Kaynakları Sorumlusu aracılığıyla Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusuna yönlendirir.</p> <p>c. Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusu; Hastaneye yardım için başvuran gönüllülerin tedavi alanlarından uzak bir noktada karşılanmasını sağlar. Tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur. Gönüllüleri yetkinlik ve yeteneklerine göre sınıflandırır. Güvenli ve yetkin gördüklerinin kimlik bilgilerini kayıt altına alır, kimliklendirir ve gönüllü yeleklerini verir. Gönüllü talimatını okutur, durum ve hastane ile ilgili bilgi verir. HAP Başkanı talimatıyla ihtiyaç duyulan tedavi birimlerine bir görevli eşliğinde yönlendirir ve ilgili birim sorumlusunun emrine girmesini sağlar. Gerektiğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydı yaptıranları göreve davet eder, yönlendir gelen personeller ile hastaneyi destekleyin,</p>	<p>İlk saatten itibaren HAP sonlandırılana kadar.</p> <p>İhtiyaç halinde personel yeterli sayıya ulaşana kadar.</p> <p>İhtiyaç halinde personel yeterli sayıya ulaşana kadar.</p>
<p>6.1.3. Tıbbi Bakım Sorumlusu, Acil Servis Birim Sorumlusu ve Hastane Afet.Triyaj Alanı Birim Sorumlusuyla birlikte; sonraki 48 saat içerisinde meydana gelebilecek olası değişiklikleri dikkate alarak, travma ve cerrahi bakıma yönelik maksimum kapasiteyi değerlendirin, Operasyon Şefine bilgi verir.</p>	2. saat sonrası
<p>6.1.4. Operasyon Şefi kan bankası, laboratuvar, görüntüleme, Lojistik Şefi ise eczane, gibi kritik hizmetler sunan birimlerin maksimum kapasitelerini değerlendirin (hizmet verilebilecek hafif, orta, ağır yaralı/hasta sayılarını tahmin edin),</p>	2-12 saat arası
<p>6.1.5. Planlama Şefi, Personel ve Yönetim Sorumlusundan almış olduğu bilgilere göre; görev başında bulunan ve göreve çağırılabilir personel (sağlık, idari ve teknik) durumunu ve sonraki 24 saat içerisinde meydana gelebilecek olası personel değişimini değerlendirin,</p>	2-12 saat arası
<p>6.1.6. Afet ve Acil Durumlarda, durum normale dönene kadar hastanenin tüm kaynakları ekonomik olarak kullanılır. Gereksiz kaynak tüketimi engel olacak tedbirler alınır. İlk 72 saat içerisinde, dış desteğe ihtiyaç duymamamız için gerekli planlama ve alt yapılar sağlanmıştır. Bundan uzun süren afet hallerinde, Operasyon, Planlama, Lojistik ve Finans Şefleri tarafından ihtiyaç duyulan kaynakların karşılanması için İl Kriz Merkezi ile HAP Başkanı iletişime geçecektir.</p>	30.dk saatten itibaren 72 saat sonrası
<p>6.1.7. Personel İzleme Birim Sorumlusu, tüm Departman/Servis/Birim Sorumlularından, hali hazırdaki personelin sayı ve yeterliklerini tahmin etmelerini ve olası değişimi değerlendirmelerini ister 2-12. Saatler arasında mevcut personel Form 16'ya kayıt edilir, 12. Saatten sonra personel kayıtları Form 36 ile birlikte durum değerlendirmesi yapılır.</p>	2-12 saatler Form 16 12. saatten sonra Form 36
<p>6.1.8. Personel ve Malzeme Yönetim Sorumlusu</p> <p>a. Görevlilerin belirlenmesini, atanmasını ve eğitimini sağlar.</p> <p>b. Afet halinde personel izleme işlerinin planlarını yapar ve bu planların aktive edilmesini sağlar.</p> <p>c. Çalışan personel ve gönüllü personelin varlığı, durumu ve yeriyle ilgili bilgiler sağlar.</p> <p>d. Tesiste kurtarılan kazazedelerin sayısını izler ve devamlı yenilenmesini sağlar.</p>	2. saatten itibaren

e. Talebe göre kritik personel veya görev için gönüllü insan gücü birimiyle işbirliği yaparak personel, doktor ve gönüllülerin çalışma ve izin hesaplamalarını ve yeni sayılarını düzenler.	
6.1.9. Personel Tedarik Birim Sorumluları a. Görevlilerin belirlenmesini, atanmasını ve eğitimini sağlar. b. Afet halinde insan gücü temin işlerinin planlarını yapar ve bu planların aktive edilmesini sağlar. c. Alarm dönemi dışında gereksinim duyulacak personelin sayı ve niteliğini belirler. d. Toplanma alanlarının belirlenmesi, çağrı yönteminin belirlenmesi için gerekli girişimlerde bulunur. e. Personeli çağrı sistemi konusunda bilgilendirir.	2. saatten itibaren

7.0. İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
7.1. HAP Başkanı tarafından İş Güvenliği ve Risk Değerlendirme Ekibi tarafından olası risklere karşı alınması gereken tedbirler hakkında gerekli çalışmalar İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve bu kanuna bağlı yayınlanan yasal mevzuatlara göre yürütülür.	0. dakikadan itibaren
7.2. Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik kapsamında tespit edilen eksiklikler Alt Yapı Sorumlusu tarafından öncelik sırasına göre en kısa sürede giderilir.	0. dakikadan itibaren
7.3. Belirlenen risklere yönelik olası senaryolar kapsamında HAP Ofisi ve İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanları (varsa) tarafından hastane genelinde tüm personel ya da ilgili personellere eğitimler ve tatbikatlar yaptırılması planlanır.	0. dakikadan itibaren
7.4. İlgili kişiler, varsa Afet ve Acil Durumla ilgili OYP'ler de açıklanan güvenlik önlemlerini alır	
7.5. İş Güvenliği Sorumlusu , olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceğini Form 5'in kullanımını sağlayarak Operasyon Şefi aracılığıyla Alt Yapı Sorumlusundan ister ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceğini kontrol edilmesini sağlar. Hastane geneli Form 19 kullanılarak İş Güvenliği Uzmanlarınca ya da Risk Değerlendirmesi Ekip Üyeleri değerlendirilir	30 dk-2 saat 30dk'dan sonra HAP sonlandırılıncaya kadar
7.6. İş Sürekliliği Olay Eylem Plan Formu, İş Güvenliği Sorumlusu tarafından tamamlanır.	
7.7. Form 48, Form 49'a göre alınması gereken tedbirler İş Güvenliği Uzmanları ve Birim Risk Değerlendirme Ekip Üyeleri tarafından değerlendirilir.	0. dakikadan itibaren
7.8. Psikososyal Destek Sorumlusu tarafından SOP 13 ve Form 31 göre ihtiyacı olduğu düşünülen personeller değerlendirilir. Tespit etmiş olduğu ihtiyaçların giderilmesi için gerekli olan çalışmaları yürütür ya da yürütülmesini sağlar. a. Sağlık personelinin, psikososyal risk ve psikososyal ihtiyaçlarına göre (yalnız yaşamak, engeli bulunmak vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilir. b. Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan sağlık personeli tespit edilerek doğrudan sağlık personeline veya yakınlarına yönelik psikososyal destek planlaması yapılır, gerektiğinde diğer kurumlarla işbirliği sağlanır. c. Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla psikolojik bilgilendirme ve psikolojik eğitim çalışmalarına hastanedeki tüm personel dahil edilir. d. HAP Başkanı , afet ve acil durum sonrasında sağlık personelinin normal aktivitelerine geri dönmelerine yardımcı olacak paylaşım grupları ile sosyal faaliyetlerin düzenli olarak yerine getirilmesi sağlayacak çalışmaları destekler. e. Planlama Şefi , Sağlık personelinin çocuklarına yönelik kreş için Hemşire Lojmanında gerekli alt yapı çalışmalarını yaptırır.	2. saatten itibaren
7.9. İlgili personel tarafından, yataklar hazırlanmadan (çarşaf değişimi, yastık vb.) hasta yatırılmaz.	

7.10.	KBRN vakaları için SOP 15'e göre hareket edilir.	İlk andan itibaren
7.11.	OYE SOP 9'a göre Genel Bilgi ve Risk İletişimi Yönetimini sağlar	İlk andan itibaren
7.12.	İş güvenliği prosedürleri, personel ve hastalar için olağan durumdaki gibi aynen uygulanır.	İlk andan itibaren

8.0.KULLANILACAK MATERYALLER

<p>8.1. Tıbbi Cihazlar, 8.2. Tıbbi Sarf Malzemeler, 8.3. Kişisel koruyucu ekipmanlar, 8.4. İlaç, aşı ve serumlar, 8.5. Dekontaminasyon sürecinde yer alan personele yönelik koruyucu ekipman, 8.6. Dekontaminasyon Ünitesi: dekontaminasyon alanı, malzemeler (duş, sabun vb.), atık suların yönetimi, 8.7. Dekontaminasyon prosedürü, 8.8. Dekontaminasyon için trafik akışını düzenleyici işaretler (güvenlik şeridi), 8.9. Hasta dosyaları, formlar, 8.10. Hayat kurtarıcı tıbbi bakım hizmetine yönelik malzemeler ve ekipman, 8.11. Kayıt malzemeleri (Triyaj kartı, fotoğraf makinesi, kol bantı vb.). 8.12. Yataklar, sedyeler, 8.13. Mevcut durumun çok hızlı bir tahliye gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, 8.14. Mümkünse tekerlekli sandalyelerin koridorları kapamadan kullanılmaları. 8.15. Krokiler,</p>	
--	--

9.0. Kalite Kontrol

<p>9.1. Güvenlik personeli hazır bulunur, güvenlik önlemlerini almakta görev alır, 9.2. Kontamine hastalar dekontamine edilir ve akut tıbbi bakım hizmetini alır, 9.3. Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığı korunur, 9.4. Hastane ekipmanına kimyasal bulaşması engellenir, 9.5. Temel hastane hizmetlerinin devamlılığı sağlanır, 9.6. Hastalar, sağlık sonuçları hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilir. 9.7. Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, prosedürlere uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. 9.8. Triyaj kartlarını standartlara uygun doldurun</p>	
---	--

10.0. Zaman Dilimi

<p>10.1. Tedavi Kapasitesinin Artırılması 10.1.1. Kullanılabilir yatakların sayısı <i>Olay Yönetim Ekibi'nin</i> talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her departman/servis/birim, ilgili formu (<i>Form 14</i>) kullanarak <i>Olay Yönetim Ekibi'ne</i> mümkün olan en kısa sürede geri bildirimde bulunur; <i>Olay Yönetim Ekibi</i>, <u>saatte bir güncellenen</u> kayda dayanarak bilgileri kaydeder. 10.1.2. <i>Olay Yönetim Ekibi</i>, (hastaları taburcu veya transfer ederek) geçici olarak boşaltılması gereken yatakların sayısına karar verir. 10.1.3. <i>Olay Yönetim Ekibi</i>, ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir. Yataklar, her zaman "fonksiyonel" 12 olmalıdır. 10.1.4. Kabul edilen hastalara herhangi bir zarar gelmeyecek şekilde söz konusu prosedürlere (<i>SOP 6</i>) uygun olarak, departman/servis/birimlerin kapasite ve imkanlarına göre, hastaların başka bir sağlık tesisine transferine <i>Olay Yönetim Ekibi</i> karar verecektir; bu faaliyeti <i>Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu</i> yürütür. 10.2. Ekipman ve Malzemelerin Artırılması 10.2.1. Hastanenin müdahalede bulunması ve/veya temel hizmetleri sunmaya devam etmesi için hasta akını durumunda tıbbi kapasitesini önemli ölçüde artırması gerekebilir. <i>Cihaz Araç Gereç ve Malzeme Sorumlusu</i> tarafından birimlerden gelen talepler karşılanır. Gelen yardımlar depolanır ve korunur. 10.2.2. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (genel ilkeler) • <i>Olay Yönetim Ekibi</i>, lojistik ile ilgili talep ve bilgileri bir merkezde toplar. • <i>Acil Müdahale Planı</i> aktive edildiğinde tüm hastane personeli, lojistik yönetimi için, Plan'ın ilgili bölümlerinde açıklanan prosedür, kayıt ve formları kullanır. • İlk değerlendirme mümkün olan en kısa süre içerisinde yapılır. Bu değerlendirme kilit öğelerin ve temel kaynakların mevcudiyetine ilişkin olmalıdır. Her Departman/Servis/Birim sorumlusu, takviye veya yeniden tedarik için zamanında</p>	
---	--

talepte bulunur.

- Tıbbi malzeme, ekipman, ilaç vb. talepler için, ilgili rutin talep formlarının kullanılmadığı durumlarda afet ve acil durumlar için geliştirilen formlar kullanılır.
- İlgili kayıtlar ve formlar **HAP Ofisi** tarafından sürekli güncel tutulmalıdır.
- Bilgi paylaşımı son derece önemlidir. Bu nedenle raporlamada ilgili SOP ve İş Akış Talimatlarına mutlaka uyulmalıdır.
- Azami sayıda hastanın tıbbi bakım hizmetini yeterli düzeyde almasını sağlamak için, tıbbi malzemelerin ve ekipmanların mümkün olduğunca makul ve ekonomik bir şekilde kullanılmasına tüm personel dikkat eder.

10.2.3. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

- Etkin lojistik yönetimi için türü ne olursa olsun dışarıdan kaynak talep etme yetkisi **Olay Yönetim Ekibi'ndedir**. **Olay Yönetim Ekibi** gerekli durumlarda bu yetkiyi kısmen farklı bölümlere verebilir.
- Normalde kullanılanlardan ziyade, özel veya ekstra malzemelere (örneğin; ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) yönelik tüm talepler, bölümlere söz konusu malzemelerin sağlanması konusundaki önceliklere karar vermek için, **Olay Yönetim Ekibi'ne** iletilmelidir.
- Normalde kullanılan ilaç, sarf malzemesi vb. malzemelerin dışında talep edilecek malzemelerin önceliklendirilmesi **Olay Yönetim Ekibince** yapılmalıdır.

10.3. Personelin Geri Çağırılması

- 10.3.1. **Olay Yönetim Ekibi**, hangi personelin geri çağırılacağına karar verecektir (nitelik ve sayı bakımından). **Planlanma bölümü**, gerekli personelin çağırılmasından sorumludur. Bununla birlikte, **Olay Yönetim Ekibi**, bu görevi departmanlara veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini **Planlama Şefi** yönetir.
- 10.3.2. **Olay Yönetim Ekibi'nin** görevli olmadığı durumlarda, ilgili prosedür (**SOP 8**) ve **İş Akış Talimatları** personelin geri çağırılması ve görevlendirilmesi için uygulanabilir. Göreve gelen tüm personel bilgilendirilir, yaka kartları verilir ve **Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekiminin** talimatıyla yönlendirilir.

10.4. Gönüllü Yönetimi

- 10.4.1. Gönüllü yönetimi, **Olay Yönetim Ekibi'nce** yapılır. Hastane bazı durumlarda, gönüllülerden yardım isteyebilir. Gönüllüler **yalnızca Olay Yönetim Ekibi** tarafından bu tür bir yardıma ihtiyaç duyulması halinde kabul edilecektir. Gönüllüler **Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü akreditasyonu ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayıyla** çalıştırılabilir.
- 10.4.2. Gönüllüleri talep etme, alma, tespit etme ve kabul etme işlemleri için ilgili prosedür (**SOP 8**), **form ve kayıtlar** kullanılabilir. Olaya özel durumlarda izlenecek prosedür olaya özel planlarda belirtilir.

10.5. Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği

- 10.5.1. Sağlık tesislerinin yerelde diğer sağlık tesisleriyle işbirliği yapması, hastane kapasitesi için önemli bir unsurdur. **Olay Yönetim Ekibi**, faaliyete geçirilmesi gereken işbirliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verir.

10.6. Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları

- 10.6.1. Hastane afet triyaj alanı, taburcu edilen hastalar için taburculuk alanı, ayaktan tedavi bölümü, aile ve medya bilgilendirme alanı, geçici morg vb. sayılabilir. Hastane afet ve acil durum planında, krokilerde belirlenen yerlerine konumlandırılır.

10.7. Görev yeleklerini ve kimlik kartlarını takın,

- 10.8. Triage alanlarını kurun ve güvenlik önlemlerini alın, Hastane afet triyaj alanı açılması ve uygulanması, hastaların taşındığı araçların (ambulans) varış konumları ve diğer hususlar ile ilgili prosedürler (**SOP 5, SOP 15**) belirtilmiştir.

10.9. Hastane Afet Triage Alanındaki Faaliyetler

10.9.1. Gelen Hastalar

Hastaneye gelen tüm hastalar için triyaj uygulanır. Hastaya iliştirilen ve hastane öncesi aşamada kullanılmış olan kayıtlar ve etiketler **çıkartılmaz**. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karar alınmasıdır. Hastaya ilişkin son değerlendirmenin ve son kararın ardından hasta kategorisi değişmiş olabilir. **Hastane Afet Triage Alanında** veya **Acil Servis Biriminde** kullanılan tüm dokümanlar, önceden hastaya iliştirilmiş olan dokümanlara eklenir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı **Form 8-9-10-12** kayıt altına alınır.

10.9.2. Alandaki Personel

Triage Ekibi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen **Triage Ölçeğine** uygun olarak, **Hastane Afet Triage Alanına** veya **Acil Servise** gelen her yaralının ilk değerlendirmesinden ve triyaj kodunun belirlenmesinden sorumludur. Tıbbi triyaj yönetimi ile ilgili prosedürler (**SOP 5**) belirlenmiştir. Yaralıların triyaj alanından

Acil Servis birimine ve/veya diğer departman/ servis/birimlere naklinin yönetimine yardımcı olmak ve **gerekli olduğu takdirde** Acil Servis personelini desteklemek üzere Planlama Şefi görevli tayin eder.

10.9.3. Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi

Tıbbi bakım düzeyi yalnızca, derhal uygulanması gereken hayat kurtarıcı prosedürlerin yanı sıra, ileri düzey bakım olması gereken veya başka bir alana sevk edilmesi gereken hastaların önceliğine karar vermekle sınırlıdır. Diğer tüm prosedürler, **Acil Servis biriminde** veya hasta kabul eden servislerde veya sevk olunan **Ayaktan Tedavi Bölümü'nde** gerçekleştirilecektir.

10.9.4. Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel

Triyaj alanında çalışan sağlık görevlileri **Acil Servis Sorumlu Hekimi** tarafından tayin edilir. Bu kişiler, **Hastane Afet Triyaj Alanının** işleyişi için, ilgili **İş Akış Talimatları** doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler.

10.9.5. Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, **Acil Serviste** ve **Hastane Afet Triyaj Alanında** ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılır: **Form 8, Form 9, Form 10** ilgili diğer formlar. **Hastane Afet Triyaj Alanında** gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, kayıtları ve formları (özellikle özel hasta çizelgeleri) kullanılarak kayıt altına alınır. Bilgilerin **Olay Yönetim Ekibi'ne** raporlanması ve paylaşılması, **Acil Servis Sorumlu Hekimi** tarafından prosedüre (**SOP 5**) uygun olarak ve ilgili formlar (**Form 2-10-11-12-29**) kullanılarak yapılır.

10.9.6. Ekipman, Yelekler ve Lojistik

Triyaj alanında çalışan personeller ilgili **İş Akış Talimatı'nda** belirtilen görev yeleklerini kullanır. Triyaj faaliyetlerini yürütmek için gerekli ekipman ve sarf malzemeleri, hastane tarafından oluşturulan listeye göre sağlanır (görev yeleği, triyaj kartı, branda, emniyet şeridi, işaretleme kazıkları vb). Bu ekipman, gecikme yaşanmaksızın triyaj alanına getirilebilecek olan seyyar malzeme arabası, konteynır, depo vb. yerlerde muhafaza edilir.

10.10. Triyaj için gerekli ekipman ve malzemeleri hazır edin,

10.11. Hastaneye ve triyaj alanlarına dışarıdan ölü kabul etmeyin,

10.12. Hastane triyaj sistemi, ulusal algoritma kullanılarak aşağıda yer alan kriterleri temel alır:

- Acil bakım ihtiyacı (tıbbi veya cerrahi),
- Zamanında yeterli bakım sağlandığı takdirde hayatta kalma şansı,
- Zamanın ve kaynakların tüketimine karşı hayatta kalma şansı,
- Fonksiyonel prognoz,
- Özel bakımın elverişliliği,
- Acil tedavi uygulanması gereken hasta sayısı ve en iyi prognoza sahip hastaların seçimi.

Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):

- **Kategori I** (yeşil: acil değil),
- **Kategori II** (sarı: geciktirilebilir) ilave acil tıbbi bakım,
- **Kategori III** (kırmızı: acil hastalar) cerrahi veya acil tıbbi bakım,
- **Kategori IV** (siyah: ölü).

10.13. Hastaların Nakli; Servis, Birim ve Departmanlara Yönlendirilmesi

10.13.1. Hastalar; Hastane Afet Triyaj alanından acil servise, servislere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitelerine, ya da ayaktan tedavi gerekenler doğrudan ayaktan tedavi bölümüne gönderilir.

10.13.2. Triyaj Alanından acil servis birimine ve diğer departman/servis/birimlere doğru trafik akışı, ilgili prosedür (**SOP 4**) ve **İş Akış Talimatına** uygun olarak yapılır. Hastaların nakli, ilgili form ve kayıtlar kullanılarak kayıt altına alınır.

10.13.3. **Olay Yönetim Ekibi** tarafından triyaj alanında çalışan **İdari Görevliye** (hastane müdür yardımcısı, supervisor, nöbetçi memur vb.) talimat verilmediği sürece, hastalar hastane içerisindeki diğer bölümlere nakledilemez. Durum uygun olduğu takdirde, cerrahi müdahale gerektiren hastalar doğrudan ameliyathaneye nakledilebilir.

10.13.4. İhtiyaç halinde **İdari Görevli** tarafından uygun personel sedye personeli olarak görevlendirilir. Hastalar, **İdari Görevli** tarafından (**SOP 5**) verilen talimatla sedye personeli tarafından taşınır. Daha sonraki işlemler ve **Olay Yönetim Ekibi'ne** yapılacak raporlama için, sedye personeli tarafından **İdari Görevliye** geri bildirim yapılır.

10.14. Acil Servis Ve Hastane İçi Hasta Trafik Akışı

10.14.1. Hastanenin Acil Servis Birimi

a. Kontamine Hastalar

- Acil Servise girmeden önce; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalara dekontaminasyon işlemi uygulanması gerekir. Dekontaminasyon işlemi, olay yerinde, **II Afet ve Acil Durum Müdürlüğü** tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanın, **Acil Servise** kabulü yapılmadan önce olaya özel plan dikkate alınarak, dekontaminasyon sürecini ayrıntılı olarak anlatan

uygun dokümantasyon göre gerçekleştirilir.

• Hastane öncesi süreçte gerçekleştirilen dekontaminasyon işlemine ilişkin güvenilir dokümantasyon olmaması durumunda, hastaların hala kontamine olduğu varsayılmalıdır ve **Acil Servis** kabulden önce hastane tarafından olaya özel plan dikkate alınarak resmi bir dekontaminasyon prosedürü başlatılmalıdır.

• Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (özellikle insandan insana bulaşma yoluyla epidemiyeye dönüşme ihtimali olan) Epidemiyeye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemiyeye (veya pandemi) durumunda, hastaneler tarafından hazırlanması gereken Bulaşıcı Hastalıklara ilişkin Olaya Özel Plan'da açıklanan ilgili özel prosedürlere uyulur:

- İlgili temel SOP,
- Triyaj sistemi gerekleri,
- Personele yönelik koruyucu önlemler,
- Hastalara yönelik koruyucu önlemler,
- Ekipmana yönelik koruyucu önlemler,
- Uluslararası Sağlık Tüzüğü ilgili maddeleri.

b. Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi

• Acil Servis birimine ek personel görevlendirme kararı **Olay Yönetim Ekibi** tarafından alınır. Konu **Olay Yönetim Ekibi** üyesiyle görüşülmeden önce aniden hasta akımı olması durumunda, Acil Servis'te görevde olan **Acil Servis Sorumlu Hekimi** mevcut personelin görevlendirilmesine karar verir ve aynı zamanda ek personel ihtiyacını değerlendirip **Olay Yönetim Ekibi'nden** talepte bulunur. **Acil Servis Sorumlu Hekimi**, ilgili **İş Akış Talimatları** uyarınca personelin nerelere görevlendirileceğine karar verir.

10.15. Acil Serviste Temel İşlevler

HAP hazırlama komisyonu, Acil Servis'te İş Akış Talimatları gerektiren kilit fonksiyonların neler olduğuna karar verecektir. Aşağıda örnek olarak verilen fonksiyonlar hastane tarafından değiştirilebilir veya çoğaltılabilir. Her bir işlev, ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde, mümkün olan en kısa sürede sağlanmalıdır:

• **Acil Servis Sorumlu Doktoru İş Akış Talimatı**

o Acil Servis'e kabul edilen tüm yaralılar için klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır,

o Acil Servis Sorumlu Doktorunun bulunmaması durumunda, gelene kadar kıdemli Acil Servis Doktoru bu görevi üstlenecektir,

o Hasta/yaralının durumu acil resüsitatif müdahale gerektirmediği sürece, **Acil Servis Sorumlu Doktoru** herhangi bir hasta/yaralı yönetimini üstlenmeyecektir.

• **Cerrahi Uzmanı İş Akış Talimatı**

o **Olay Yönetim Ekibi** tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak **Acil Servis Sorumlu Doktorunun** koordinasyonunda çalışacaktır; hasta değerlendirmesi yapmak ve cerrahi servislere (jinekoloji, beyin cerrahisi vb.) sevk için derhal karar vermek üzere mümkün mertebe **Acil Servis'te** kalacaktır,

o Hasta/yaralı için acil resüsitatif prosedür veya operasyon gerektirmediği ve ortamda başka bir cerrah bulunduğu sürece, **Cerrahi Kıdemli Doktoru** herhangi bir yaralı yönetimine üstlenmeyecektir.

• **Anestezi Uzmanı İş Akış Talimatı**

o **Acil Servis Sorumlu Hekimi'nin** koordinasyonunda çalışacaktır; acil hava yolu müdahalesi, resüsitasyon, sevk işlemleri ve preoperatif değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Serviste kalacaktır.

• **Ortopedi Uzmanı İş Akış Talimatı**

o **Acil Servis Sorumlu Doktorunun** koordinasyonunda çalışacaktır ve acil sevk işlemleri ve değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Servis'te kalacaktır.

• **Acil Servis Doktoru/Acil Servis Asistanı İş Akış Talimatı**

o **Acil Servis Sorumlu Doktorunun** idaresi altında çalışır. İlgili mevzuata göre hasta/yaralıların değerlendirilmesi ve yönetiminde görev alır.

• **Acil Servis Sorumlu Hemşiresi İş Akış Talimatı**

o **Acil Servis Sorumlu Hekimi'ne** bağlı olarak çalışacak ve idari işleri organize etmek, idari personelin, güvenlik personelinin ve teknik personelin çalışmalarını koordine etmek üzere **Acil Servis** biriminde kalacaktır,

o Hasta/yaralıların kimliklerini tespit etmeye yardımcı olacak, hasta/yaralı takibi yapacak ve sevk işlemleriyle ilgili kayıtların ve formların kullanılmasını sağlayacaktır.

10.16. Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

• Herhangi bir nakil aracıyla hastaneye getirilen hasta/yaralıları, **Olay Yönetim Ekibi** tarafından verilecek karara göre, ilk karşılama için aşağıdaki alanlardan birine yönlendirilir (Hastane Afet Triyaj alanı, Acil Servis, diğer).

• Yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralıları **Ayaktan Tedavi Bölümüne** yönlendirilir.

• Ambulansların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana

girmesi, yalnızca prosedürlere (**SOP 4**) uygun olarak ve ilgili **İş Akış Talimatı** çerçevesinde **Güvenlik Sorumlusundan** izin alınarak mümkündür.

• Hastaları diğer sağlık tesislerine sevk için gelen ambulanslar (ciddi vakaları kabul edebilmek için tıbbi kapasiteyi artırmak amacıyla hastaların araçlara tahliye, taburcu ya da sevki durumunda), taburcu edilen hastaların araçlara bindirildiği alana yönlendirilir. Böylelikle hastaneye gelen hasta/yaralıları taşıyan araçlarla, hastaneden çıkan hastaları taşıyan araçların trafik akışı rahatlar.

10.17. Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (ilaç, sarf malzemesi, ekipman)

• Afet stoğunun derhal kullanımına, **Acil Servis Sorumlusu** tarafından karar verilir. Afet stoğunun içeriği önceden belirlenmiş olmalıdır.

• Afet stoğunda hali hazırda bulunmayan veya rutin prosedürlerle kısa sürede elde edilemeyecek olan gerekli malzemeler, olağan durumda kullanılan malzeme talep formu kullanılarak **Olay Yönetim Ekibi'nden** derhal talep edilmelidir. Gereksiz miktarlarda stoklama yapmadan, ihtiyaçların önceden tahmin edilerek belirlenmesi tavsiye edilir.

10.18. Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

• Hastaneye gelen hastalar arasında, giysileri çıkarılması gerekenler veya kendi başlarına kişisel eşyalarına göz kulak olamayacak durumda olanlarla şu şekilde ilgilenilmelidir:

- ✓ Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketleneceği, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgilendirilir.
- ✓ Kişisel eşyalar için önceden belirlenen özel form (**Form 15**) kullanılır.
- ✓ Bu amaçla ayrılan özel oda (**Güvenlik Şefi Odası**), depolama alanı olarak kullanılır; bilinci kapalı hastaların kişisel eşyaları düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve özel odada saklanır.
- ✓ Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alınca kadar özel odada saklanır.
- ✓ Oda kilitli tutulur ve başında, bu odada saklanan her torbanın kaydını tutan bir polis/güvenlik görevlisi/görevli memur nöbet tutar.

10.19. Görev Yeleklere ve Personel Kimlik Kartları

• **Afet Triyaj Alanında** ve **Acil Servis** biriminde çalışan tüm personel, aşağıda belirtilen yaka kartlarını takacak veya görev yeleklerini giyecektir.

- ✓ Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Acil Servis Sorumlu Hekimi,
- ✓ Hekimler,
- ✓ Acil Servis Sorumlu Hemşiresi,
- ✓ Sağlık personeli,
- ✓ Sağlık dışı personel,
- ✓ Güvenlik personeli.

10.20. Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi

10.27.1. Genel İlke ve Esaslar

a. **Acil Müdahale Planı** aktive edildiğinde, tüm personel aşağıdaki ilkelere uymalıdır:

• **Departman/Servis/Birim sorumluları**, normal zamanda birlikte çalıştıkları personelin güncel iletişim bilgilerinin yer aldığı listeleri hazırlamalıdır. Bu listelerde çalışanların ad-soyadı, telefon numarası (ev ve cep) ve yaşadığı adres gibi bilgiler yer alır. Bu listeler, **ilgili birim sorumluları** tarafından sürekli olarak güncel tutulur, 6 ayda bir değişiklik olduğunda HAP Ofisine teslim edilir ve personeli geri çağırma prosedürleri için derhal **Olay Yönetim Ekibi'ne** teslim edilir.

• Birime gelen bilgileri kaydetmek için, gerekli görülmesi durumunda, gelen arama kaydı tutulması gündeme gelebilir (**İlgili Form 29**).

• Haberleşme araçları, **Acil Müdahale Planı'nın** aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılamaz.

• **Rutin bulaşıcı hastalık raporlama sisteminde Olay Yönetim Ekibi** tarafından değişiklik yapılabilir. Ancak her durumda **Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne** tam uygun gerçekleştirilir.

10.27.2. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

• **HAP Başkanı ve bütün yöneticiler**, olay müdahalesi boyunca kayıt tutmalıdır. Bu kayıtlar HAP Sekreteryası ve OYE tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır. Kayıtlar ve formlar temel olarak şu işlevi yerine getirir:

- o Devam eden konuların/sorunların takibini yapmak,
- o Tüm ana eylemlerin, taleplerin ve kararların kaydını tutmak,
- o Hem devam eden hem de tamamlanmış olan iletişim sorunlarını özetlemek,
- o Olay sonrası izleme değerlendirmede kullanılabilen (yasal inceleme/ölüm vakalarını soruşturma mahkemesi dâhil olabilir), olay müdahalesine ilişkin

yasal bir kayıt tutmak.

• Bir olaya yönelik müdahale sırasındaki tüm eylem, talep ve karar kayıtlarının sorumlu kişi ve ekipler tarafından tutulması ve korunması yasal bir yükümlülüktür.

Bu kişiler:

o Belirlenen idari görevliler,

o İdari sorumlu,

o Güvenlik sorumlusu,

o Hastane Müdürü,

o Acil Servis sorumlusu/Departman/Servis/Birim idari sorumluları,

o Santral görevlisi vb.

10.27.3. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Hastane içinde ya da dışında olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmemeli, ilgili alanda görev yapan tüm personel tarafından erken izole edilmelidir. Olay yerindeki konumuyla kanıt arasındaki bağlantı korunmalıdır. Bu durum, şöyle özetlenebilir: "torbala, etiketle, mühürle ve güvenli hale getir". Ayrıca, kanıtın alındığı yer ve konunun, kimin tarafından alındığının kaydedilmesi de önemlidir ve yasal yükümlülüktür.

10.21. Hasta Kaydı ve Takibi

Tıbbi bakı, müdahale ve tedavi sunulan her hasta/yaralı ile hastanede ölen ya da hastaneye ulaştırılan ölümlerin kayıtlarının yönetimi:

• Hasta takip çizelgesi (*Form 8-9*), takip kaydı (*Form 10*), ölüye ilişkin kayıtlar (*Form 10-11*) ve ilgili prosedür (*SOP 17*),

• *Acil Müdahale Planı* etkin olduğu süreçte, ilgili tüm personel sistemli bir şekilde bu formları ve kayıtları kullanır,

• Raporlama kurallarına *SOP 9'da* açıklandığı gibi kesinlikle uyulmalıdır.

10.22. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

• Birim sorumlusu tarafından yetki verilmediği sürece, personelin hasta yakınlarına bilgi vermesi yasaktır (hastanede yatan hastaları ziyarete gelen hasta yakınları için genel kural geçerlidir).

• Olay Yönetim Ekibi, hasta yakınlarından gelen soruları/bildirimleri almak için gerekli araçları derhal ve prosedüre (*SOP 14*) uygun olarak organize eder.

10.23. Medyayı Bilgilendirme:

• Personel, görevlendirilmediği sürece medyaya herhangi bir bilgi veremez (veya röportaj yapmayı kabul edemez).

• *Olay Yönetim Ekibi* gerekli izinleri aldıktan sonra medyaya bilgi verebilir.

• *Olay Yönetim Ekibi*, basına bilgi verme konusunda resmi sözcüler görevlendirebilir.

• Medya çalışanları, yetkilendirilmedikleri sürece, hastaneye serbestçe giremez ve herhangi bir yeri ziyaret edemezler; *Halkla İlişkiler Sorumlusu*, *HAP Başkanı* ziyaret izni verdiği takdirde medya çalışanlarına eşlik etmeli ve medya çalışanları hastane tarafından sağlanan görev yeleğini giymelidir.

10.24. Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

• *Olay Yönetim Ekibi*, gerekli verileri toplaması ve işlemesi için bir ekip veya bir kişi görevlendirir.

• Özellikle insandan insana bulaşarak *epidemiye* dönüşme ihtimali olan bulaşıcı hastalıklar ve *pandemi vakaları*, olaya özel planda ele alınır.

• Hastaların hastaneyle ilk temas noktası olan alanlarda çalışan özellikli personel, beklenmeyen bulaşıcı hastalık vakası, zehirlenme ya da kontamine hastalar gibi diğer olağan dışı durumlarda derhal *Birim Sorumlusunu* ve *Olay Yönetim Ekibini* bilgilendirmelidir.

10.25. Durum Raporları

• Raporlama yükümlülüğü olan herkesin, durum raporlarını düzenli tamamlaması gerekir. Bu raporlar, yönetim zincirinde yer alan bir sonraki kontrol düzeyi, harici katılımcı kurumlar ve ilgili paydaşlar bakımından özellikle önemlidir. *Sağlık Bakanlığı, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği veya Halk Sağlığı Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.*

• *Olay Yönetim Ekibi*, çeşitli birimlerden gerekli bilgileri sağlayacak, raporlama sıklığı ve rapor verilecek kişileri, kullanılması gereken form ve kayıtları, toplanması gereken verileri ve bu verilerin kim tarafından toplanacağını, işleme mekanizmalarını belirleyecektir.

• Durum raporu başlıca şu başlıkları içermelidir:

o Olayın tanımı (özet),

o Kaynak talebi ve kaynakların kullanılabilirliği,

o Hazırlık tarihi/zamanı,

o Oluşan veya beklenen riskler,

o Mevcut sorunlar ve olay eylem planları,

o Yatakların kullanılabilirliği, personel tedarik durumu,

o İletişim bilgileri,

o Raporlama yapan kişinin imzası ve adı-soyadı.

10.26. **Personel Brifingi**

- **Acil Müdahale Planı** aktive edildiğinde, hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı durumlar vb. ilgili yeterli bilgi verilecektir.
- Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine tayin edilmişlerse) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verilecektir.

10.27. **Güvenlik ve Emniyet**

10.27.4. **Hastaneye Ulaşım**

- Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle beraber, hastane alanı güvenli hale getirilir ve erişim yalnızca yetkili personelle ve araçlarla sınırlandırılır. Gerekli prosedürlerin uygulanması için **Güvenlik Sorumlusuna, Olay Yönetim Ekibi** tarafından talimat verilir.
- Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personel, hastane içinde servislerine erişmek için belirtilen yolları takip eder. Bu personel **görevli personel formuna (Form 17)** kayıt edilir.
- Gelen ve giden araçlar için trafik akışını rahatlatmak üzere, gerekli görüldüğü takdirde hastanede çalışan personelin arabalarını çekmeleri talep edilebilir.
- Hastaneye gelip göreve başlayacak personel, arabalarını yasak alana park etmemelidir.
- Personel, yaka kartlarını (ve spesifik çalışmalar için ilgili görev yeleklerini) her zaman yanında taşır.
- Asansör erişimi, öncelikli olarak hastaların ulaşımı için kullanılır.
- Medya çalışanları, güvenlik görevlileri tarafından Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan basın ve medya alanına yönlendirilir.
- Hasta yakınları ve aile fertleri, güvenlik görevlileri tarafından Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda yer alan aile ve yakınları alanına yönlendirilir.
- Geçici bir süreliğine askıya alınan, ayaktan tedavi faaliyetleri için, Ayaktan Tedavi Bölümüne gelen hastaların tümü, bölümlerin kullanılabilirliği hakkında bilgi alabilecekleri karşılama/yönlendirme personeli tarafından yönlendirilir. Yaralı sayısının çok olduğu durumlarda, **Ayaktan Tedavi Bölümü** hafif yaralı kişilere bakım sunmak için kullanılabilen rutin hizmetleri sunamayabilir.
- **Olay Yönetim Ekibi** kararı ile **Ayaktan Tedavi Bölümü** personelinin işbölümü de yeniden yapılabilir.
- Afet bölgesinden kendi imkânlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, hastane **afet triyaj alanına** yönlendirilecektir.

10.28. **Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü**

- Trafik akışı, prosedüre (**SOP 15**) uygun olarak **Güvenlik Personeli** tarafından organize edilir. Yalnızca hasta veya önemli malzeme taşıyan araçlar, hastanenin sınırlandırılmış alanına girmek üzere kabul edilecektir. Hasta getiren ambulanslar, güvenlik personeli tarafından uygun şekilde işaretlenmiş hasta kabul alanlarına yönlendirilecektir.
- Tahliye, taburcu veya sevk için hastaları almaya gelen aile fertleri ve/veya araçlar, **Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda** yer alan taburcu hastaları araçlara bindirmek için ayrılmış özel alana yönlendirilecektir.
- Hastaneye erişim yolunun daima açık olmasını sağlamak üzere, gerekli görüldüğü durumlarda **Olay Yönetim Ekibi** kolluk gücünden yardım talep edecektir.

10.29. **Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı**

- Ekipman ve malzemelerin bakımından sorumlu personelle, acil haberleşme yoluyla irtibat kurulacaktır. Söz konusu personel, hizmet sunumunda kesinti yaşanmaması için hangi prosedürlerin hangi sırayla uygulanacağına dair **Olay Yönetim Ekibi'nden** talimat alır.
- Ekipman ve malzemeden sorumlu personel, ilgili prosedür ve **İş Akış Talimatına** göre çalışır, ilgili form (**Form 5-19**) ve kayıtları kullanarak rapor verir.
- Yeniden tedarik veya onarım gibi konularda hastane dışı yardım gerekli olduğunda, etkinliğin ve güvenliğin her durumda sağlanması için **Güvenlik Personeli, Bakım Personeliyle** işbirliği yapar ve **Olay Yönetim Ekibi'ni** bilgilendirir.

10.30. **Lojistik ve Malzemeler**

10.30.1. **Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (genel ilkeler)**

- Lojistik yönetimi, malzemeleri ve hizmetleri içerir. **Olay Yönetim Ekibi**, lojistikle ilgili talep ve bilgileri bir merkezde toplar.
- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde tüm hastane personeli, lojistik yönetimi için, Plan'ın ilgili bölümlerinde açıklanan prosedür, kayıt ve formları kullanır.
- **Olay Yönetim Ekibi**, kilit öğelerin ve temel kaynakların mevcudiyetine ilişkin ilk değerlendirmeyi mümkün olan en kısa süre içerisinde yapar. Her **Departman/Servis/Birim sorumlusu**, takviye veya yeniden tedarik için zamanında talepte bulunmalıdır.

- Tıbbi malzeme, ekipman, ilaç vb. talepler için, ilgili rutin talep formlarının kullanılmadığı durumlarda afet ve acil durumlar için geliştirilen formlar kullanılır.
- İlgili kayıtlar ve formlar sürekli güncel tutulur.
- Bilgi paylaşımı son derece önemlidir. Bu nedenle raporlamada ilgili **SOP** ve **İş Akış Talimatlarına** mutlaka uyulmalıdır.
- Azami sayıda hastanın tıbbi bakım hizmetini yeterli düzeyde almasını sağlamak için, tıbbi malzemelerin ve ekipmanların mümkün olduğunca makul ve ekonomik bir şekilde kullanılmasına dikkat edilir.

10.30.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

- Etkin lojistik yönetimi için türü ne olursa olsun dışarıdan kaynak talep etme yetkisi **Olay Yönetim Ekibi'ndedir**. **Olay Yönetim Ekibi** gerekli durumlarda bu yetkiyi kısmen farklı bölümlere verebilir.
- Normalde kullanılanlardan ziyade, özel veya ekstra malzemelere (örneğin; ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) yönelik tüm talepler, bölümlere söz konusu malzemelerin sağlanması konusundaki önceliklere karar vermek için, **Olay Yönetim Ekibi'ne** iletilir.
- Normalde kullanılan ilaç, sarf malzemesi vb. malzemelerin dışında talep edilecek malzemelerin önceliklendirilmesi **Olay Yönetim Ekibince** yapılır.

10.31. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

10.31.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Afet ve acil durumların ardından hastanelerde yürütülecek psikososyal desteğin temel amacı afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve hastanelerin afetlerden önce ve sonra yürütülecek "**psikososyal müdahale ve destek**" kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.
- Psikososyal destek hizmetleri sorumlusu hastanede görevli **psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı** arasından seçilmiştir.
- **Psikososyal destek personeli**, kendisini, sağlık personelinin, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik belirtilerini gözlemleyerek takip eder.
- Hazırlık ve zarar azaltma safhasında hastane içinde psikososyal destek merkezi olarak hizmet verecek ünitenin kurulacağı yer psikiyatri polikliniği olarak belirlenmiştir.
- HAP'ın aktive edilmesiyle **Psikososyal Destek Birimi** belirlenen yerde hazır bulunur
- **Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmıştır:**
 - o Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek,
 - o Hasta ve Hasta yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek,
 - o Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları.
- Psikososyal destek hizmetlerinin kapsamı psikolojik triyaj, psikososyal risk ve ihtiyaç analizi, psikolojik ilk yardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları, psikoeğitim çalışmaları, takip ve sevk vb. dir.
- Afet ve acil durumlarda **Psikososyal Destek** çalışmaları **kapsamında psikososyal destek ekibine** afet öncesinde sunulacak eğitim programının içeriği asgari olarak aşağıdaki konulardan oluşmaktadır:

- Afet yönetimi, temel tanım ve ilkeler
- Travmatik Olay, Psikolojik Travma, Toplumsal Travma,
- Toplumsal Travma ve Evreleri
- Afetlerde Psikolojisi
- Afetlerde Ekip Çalışması
- Sağlıklı İletişim
- Çatışma Çözümü
- Kendi Kendine Yardım Becerileri
- Stres Yönetimi
- Öfke Yönetimi
- Akut Stres Belirtileri
- Travma Sonrası Stres Belirtileri
- Psikolojik İlk Yardım
- Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları
- Psikolojik Triage

10.31.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

- Afet ve acil durum öncesinde hastanedeki tüm personele psikososyal ihtiyaç ve psikososyal risk analizi yapılır. Bu amaçla, eklerde yer alan **Form 31** kullanılır.
- Afet ve acil durum halinde görev yapacak personelin ihtiyaçlarıyla ilgili **HAP Başkanıyla** sürekli iletişim halinde olunmalı ve gerektiğinde sağlık personeline psikososyal destek sunulur.
- Sağlık personeline psikososyal desteğin temelinde öncelikle görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunulur. Tüm personel ve yakınlarına psikososyal destek sunulması için gerekli olan çalışmalar

yürütülür.

- Sağlık personelinin psikosozal risk ve psikosozal ihtiyaçlarına göre (yalnız yaşamak, engeli bulunmak vb.) psikosozal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilir.
- Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan sağlık personeli tespit edilerek doğrudan sağlık personeline veya yakınlarına yönelik psikosozal destek planlaması yapılmalı, gerektiğinde diğer kurumlarla işbirliği sağlanır.
- Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla psikolojik bilgilendirme ve psiko eğitim çalışmalarına hastanedeki tüm personel dahil edilir.
- Afet ve acil durum sonrasında sağlık personelinin normal aktivitelerine geri dönmelerine yardımcı olacak paylaşım grupları ile sosyal faaliyetlerin düzenli olarak yerine getirilmesi HAP Başkanı tarafından desteklenir.
- Hemşire Lojmanında, sağlık personelinin çocuklarına yönelik kreş faaliyetlerinin düzenlenir.
- Psikosozal destek sunulan ve takip edilen vakaların kayıt ve takibinde standart kayıt prosedürlerinin aynı şekilde uygulanması için gerekli önlemler alınır.

10.31.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikosozal Destek

- Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yürütülecek psikosozal destek, afet ve acil durum sonrasında hastaneden sağlık hizmeti almak üzere başvurulara yönelik olarak yürütülecektir.
- Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikosozal ihtiyaçlarının karşılanması için **HAP Başkanına** yönlendirme ve önerilerde bulunmak **Psikosozal Destek Personelinin** sorumluluğundadır.
- **Psikosozal Destek Ünitesi'nin** görünür ve ulaşılabilir olması için gerekli yönlendirme tabelaları asılır.
- Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dâhil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için veya kayıp aramak için hastaneye başvuran ailelere psikosozal destek sunulur.
- Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için gereken ilaçların teminine yönelik önlemler **Eczane Sorumlusu ve Psikosozal Destek Sorumlusu** tarafından alınır ve gerektiğinde hastaların sevkı sağlanır;
- **Psikosozal Destek Sorumlusu** tarafından talep edilen hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için gelen ailelere uzun süreli psikosozal destek ihtiyacı doğduğunda paydaş kurumlarla işbirliği ve sevk çalışmalarının düzenlenmesi OYE sağlar.
- Psikosozal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulur.

10.31.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

- Hasta ve hasta yakınlarının psikosozal ihtiyaçlarına göre (kayıp, kimliği belirlenemeyen, kimsesi olmayan, engeli bulunan vb.) psikosozal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilir.
- Afet ve acil durumlarda yürütülecek sosyal hizmet uygulamaları, **HAP aktivasyonu** sonlanana kadar **Psikosozal Destek Ünitesi** kapsamında uygulamalarını yürütülür.
- Afet ve acil durumlardan etkilenerek hastaneye başvuran engelli, kimsesiz, yoksul, kimliği belirlenemeyen veya afetin doğası gereği oluşabilecek psikosozal riski yüksek bireylerin afet ve acil durumlar halinde hastanelere başvuruda bulunabileceği göz önünde bulundurularak gerekli önlemler alınır.
- HAP çerçevesinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütülmesi OYE koordinasyonunda gerçekleştirilir.
- Afetlerden önce sağlık personeline verilecek eğitim konuları içinde "**Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları**" konusu yer almalı ve tüm personel bilgilendirilmelidir.
- Afetlerden sonra yürütülecek sosyal hizmet uygulamalarının kayıt altına alınması ile ilgili gerekli tüm tedbirlerin alınması önemlidir.

10.32. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER

10.1.Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

- Hastanenin geçici morg işlevi görmemesi için ölü kabul edilmez. Bu nedenle öncelikle afet ve acil durumlar öncesinde ölümlerin hastaneye transfer edilmemesi için gerekli yerel koordinasyon ve işbirliği çalışmaları İLSAP tarafından yürütülür.
- Hastanede ölenlerin sayısının, hastanenin olağan ölü muhafaza kapasitesinden fazla olduğu durumlarda; ölümlerin Belediye veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nün belirlediği geçici morga transfer edilemediği durumlarda hastane, geçici morg işlevi görmek üzere B Blok -2 deki Klima Santral Odası planlanmıştır.

- Hastane, ölümlerin kimliğinin tespit edilmesine ve kayıpların aranmasına aktif bir şekilde katkıda bulunması için **SOP 17** hazırlanmıştır.
 - Ölümlerin muhafazası için ceset torbası bulundurmaya üzere SOP 17'de hazırlık yapılmıştır.
 - Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili yapılacak eğitimlerde bilgilendirilecektir.
- 10.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı**
- Gerekli olması halinde, hastanede geçici morg işlevi görmesi için uygun bir yer **SOP 17'de** belirlenmiştir. Geçici morg alanı OYE'nin kararı ile açılır.
 - **Siyah Alan Sorumlusu ve Morg Sorumlusu** tarafından, alan, ilgili prosedüre (**SOP 17**) tamamen uygun olarak işaretlerle belirtilir, güvenli hale getirilir ve yönetilir.
- 10.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı**
- Kitlesel ölümlerin yaşandığı her türlü durumda kayıp insanlar olmaktadır. Hastane, tüm yatan hastalara yönelik uygun bilgi sağlayarak kayıp kişilerin yönetimine katkıda bulunabilmek amacıyla (**SOP 17**) göre hareket eder.
 - Hastane, ölümlerin kimliklendirilmesi için ilgili kurumlara destek verir.
 - Ölümlerin kimliklendirilmesi ve transfer edilmesi sürecinde hastane, ilgili kurumlara (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz işbirliği sağlar. Bunun için afet ve acil durum öncesinde işbirliği çalışmaları yürütülecek ve gerekirse karşılıklı işbirliği protokolleri düzenlenecektir.
 - Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi/kişiler **Siyah Alan Sorumlusu ve Morg Sorumlusu** olarak belirlenmiştir.
 - Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölümlerin tamamı **triyaj kartı** ile kimliklendirilir.
 - Bunun için triyaj kodu verme, fotoğraflama, eşgal yazma, DNA, parmak izi vb. (kolluk kuvvetlerinin resmi isteği üzerine) işlemler yerine getirilir.
 - Hasta yakınlarının ölümlerin kimliğini tespit edebilmesi amacıyla uygun bir alan, tespit alanı olarak SOP 17'de belirlenmiştir. Bu alan hasta yakınlarının birçok cansız bedeni görmek zorunda kalmayacakları şekilde organize edilecektir.
 - Psikososyal destek ekibi görsel teşhis sürecinde hasta yakınlarına eşlik ederek gerektiğinde psikososyal destek sunacaktır.
 - İlde Cumhuriyet Başsavcılığı'nın onayı olmadan, ölümlerin yakınlarına verilmesine izin verilmeyecektir.
 - Kimliği belirlenemeyen kişiler için ilgili kurumlara bildirim yapılır.
 - **Ölü ve kayıpların takibi, ölü takip listesi (Form 11-12)** kaydı kullanılarak organize edilir.
- 10.33. Departman/Servis/Birimlerin Müdahale Prosedürleri SOP 7 göre yürütülür. Yoğun bakım üniteleri, Ameliyathane, Psikiyatri, Mahkum servisi, Pediatri, servisleri için SOP geliştirilecektir.**
- 10.34. Raporlama Sistemi**
- Her Departman/Servis/Birim kendine ait SOP ve/veya Müdahale Prosedüründe belirtildiği gibi **Olay Yönetim Ekibi'ni** tam zamanında bilgilendirecektir. Müdahale Prosedürünü geçici olarak değiştirme ihtiyacı doğarsa, departman/servis/birim'in yönetiminden sorumlu olan kişi, **Olay Yönetim Ekibi'ni** derhal bilgilendirecektir.
- 10.35. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürüne Erişim**
- Her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü**, herhangi bir güvenlik engeli olmadığı sürece, basit bir taleple diğer departman/servis/birimlerin erişimine de açılır. Tüm Müdahale Prosedürleri, daimi olarak **Olay Yönetim Ekibinin** erişimine açıktır.
- 10.36. Form EK/B4 İş Sürekliliği Eylem Formunu doldurun**
- 10.37. Form EK/B5Hasar Tespit Ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Formu doldurun,**
- 10.38. Triyaj için gerekli ekipman ve malzemeleri hazır edin,**
- 10.39. Hastaneye ve triyaj alanlarına dışarıdan ölü kabul etmeyin,**
- 10.40. KBRN olaylarında, dekontaminasyon alanlarını oluşturun,**
- 10.41. Hasta ve yakınlarını bekleme ve bilgilendirme alanlarına yönlendirin,**
- 10.42. Taburcu edilebilecek hasta ve yaralıları taburcu edin,**
- 10.43. Ameliyathanede ertelenebilecek vakaların tamamını erteleyin,**
- 10.44. Personellerin psikolojisini değerlendirin ihtiyacı olan personellere psikolojik destek sağlayın,**
- 10.45. Personel sayısını değerlendirin, ihtiyaç halinde Tıbbi Bakım Sorumlusu, Operasyon Şefi vasıtasıyla personel talebinde bulunun,**
- 10.46. Gelen akredite gönüllüleri uzmanlık alanlarına göre kayıt edin.**
- 10.47. Form 32 Afet ve Acil durum sonlandırma Formunun ilgili bölümlerini tamamlayarak operasyonu sonlandırın.**

11.0 Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar İle Koordinasyon İlgili Olaya Özel Standart Operasyon Planları

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
<ul style="list-style-type: none">• Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,• Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,• Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İş Akış Talimatı,• Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı,• Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.• Tıbbi bakım hizmeti sunumunun devamlılığına ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri,• Güvenlik sorumlusu İş Akış Talimatı,• Birim Sorumlusunun İş Akış Talimatı,• Multisektörel müdahalenin yönetimi konusunda KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü (112 KKM/İl SAKOM) ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile irtibata geçin.• Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP,• Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP,• Departman sorumlusunun İşAT,• SOP 4• SOP 5• SOP 6• SOP 7• SOP 8• SOP 9• SOP 10• SOP 11• SOP 13• SOP 14• SOP 15• SOP 16• SOP 17• SOP 19	

11.0. Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
<ul style="list-style-type: none">• Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,• Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin. Bu olağanüstü bir durumdur. Tahliyeye her zaman öncelik verilmelidir.• Kimyasal vakalarda ilgili kimyasal(lar)ın yapısı bilinmiyorsa, kimyasalların personelin sağlığı açısından zararlı olabileceğini farz ederek ihtiyati prosedürleri ve dekontaminasyon prosedürlerini uygulayın,• Kontamine olmuş kişilerin sayısı (şehirlerde yüzlerce kontamine olmuş kişiye kadar), tedavi için kullanılan mevcut kaynakların sayısından fazlaysa, müdahaleden en çok yararlanacak hastaların önceliklendirilmesi konusunda karar alın.• Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP,• Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP,• Güvenlik Sorumlusunun İşAT,• Departman sorumlusunun İşAT,• <i>Ta'biyat sonuçlarına göre geliştirilecektir.</i>	Olay anından itibaren

12.0.Sürece Dâhil Kişiler

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
12.1. HAP'da görevlendirilen personeller	Olay anından itibaren
12.2. Akademik, idari ve hizmet alımında görevli tüm personeller,	Olay anından itibaren
12.3. Hasta ve hasta yakınları,	Olay anından itibaren
12.4. Personel yakınları,	2. saat sonrası

12.5. Akredite Gönüllüler,	İhtiyaç anında OYE kararıyla
12.6. AFAD,	S2 seviye afetlerden itibaren
12.7. UMKE,	S2 seviye afetlerden itibaren
12.8. Protokol yapılan kuruluşlar	S2 seviye afetlerden itibaren
12.9. 112 ekipleri	S2 seviye afetlerden itibaren
12.10. Belediye görevlileri	S2 seviye afetlerden itibaren
12.11. İtfaiye	S2 seviye afetlerden itibaren
12.12. Cumhuriyet Başsavcılığı	S2 seviye afetlerden itibaren
12.13. İl Müftülüğü	S2 seviye afetlerden itibaren
12.14. Adli Tıp	S2 seviye afetlerden itibaren
12.15. Emniyet personeli	OYE kararıyla

13.0. Ekler

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
13.1. SOP'lar	Olay anından itibaren
13.2. Formlar	Olay anından itibaren
13.3. Protokoller	Olay anından itibaren
13.4. Hastane acil tahliye planları	Olay anından itibaren
13.5. Hastane planları	Olay anından itibaren

14.0. Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
<p>14.1. Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.</p> <p>14.2. OYE, Birim/Kısım Sorumluları tarafından tüm eylemler ilgili formlarla kayıt altına alınır.</p> <p>14.3. Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi, toplum sağlığı takibi,</p> <p>14.4. Formlar: Tahliye durumunda hasta tanımlama formu (her bir hastaya iliştilir)/tıbbi kayıtları da ayrıca hastanın formuna eklenir. Triyaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi, Hastalar, taburcu edilmeden önce hasta bilgilendirme formunu alır (geç ortaya çıkan semptomlar olursa hastanın ne yapacağı).</p>	Olay anından itibaren

14.0. İzleme

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
14.1. Kaliteli tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	Olay anından itibaren
14.2. OYE ve birim kısım sorumluları hastanenin tedavi imkan ve kapasitesinin gelişimini izler	Olay anından itibaren
14.3. SOP'larına göre belirlenen eylemler gerçekleştirilir.	Olay anından itibaren
14.4. İşAT'larına göre belirlenen eylemler gerçekleştirilir.	Olay anından itibaren
14.5. Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.	Olay anından itibaren
14.6. Sürece dâhil olan personelin sağlığının değerlendirmesi (çalışan sağlığı ve güvenliği),	Olay anından itibaren
14.7. Tedavi edilen hastaların takibi (geç ortaya çıkan semptomlar),	Olay anından itibaren
14.8. Halk sağlığına uzun süreli etkileri, bu amaç doğrultusunda geliştirilen toplum sağlığı programı ile izlenir.	Olay anından itibaren

15.0. Güvenlik Konuları

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
15.1. Her türlü güvenlik tedbirleri alınır. Hiçbir personel kendisinin ya da başka birinin hayatını tehlikeye sokacak eylemde bulunmaz ve bulunulmasına engel olur.	Olay anından itibaren
15.2. Olay bölgesi güvenlik personeli tarafından emniyet altına alınır.	Olay anından itibaren
15.3. Yetkisiz personelin girişine engel olur,	Olay anından itibaren
15.4. Tüm kayıtlar OYE ulaştırılır	Olay anından itibaren
15.5. Basın açıklaması HAP Başkanı ya da Halkla İlişkiler Sorumlusu tarafından yapılır	Olay anından itibaren

15.6. Basın açıklaması HAP Başkanı ya da Halkla İlişkiler Sorumlusu tarafından yapılır

Olay anından itibaren