



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



GENEL BİLGİ VE RİSK İLETİŞİMİ YÖNETİMİ
PROSEDÜRÜ

Dok. Kodu: HAP PR 09

Yayın Tarihi:

Revizyon Numarası:00

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:1/1

1.0.AMAÇ

- 1.1. K.T.Ü Farabi Hastanesinin, bilgi yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.
- 1.2. Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak,
- 1.3. Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak,
- 1.4. Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak,
- 1.5. Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak;
- 1.6. İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda olaya özel planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak,
- 1.7. İhtiyaç duyulduğunda farklı eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak,
- 1.8. Toplumla yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak,
- 1.9. Sağlık sürveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak,
- 1.10. Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak,
- 1.11. Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.

2.0.KAPSAM

- 2.1. K.T.Ü Farabi Hastanesi'nin; yatarak ve ayakta 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
- 4.3.

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. İdari Personeller/Akademik Personeller/Hizmet Alım Personelleri İçin Düzenli Güncellenecek Formlar</p> <p>a. İdari Personeller için (Form 35-36) her bölüm tarafından güncel olarak tutulur. Değişiklik olduğunda birim sorumluları,</p> <p>b. Akademik Personeller için (Form 36) her bölüm tarafından güncel olarak tutulur. Değişiklik olduğunda Anabilim Dalı Başkanları,</p> <p>c. Hizmet Alım Personelleri için (Form 36) her bölüm tarafından güncel olarak tutulur. Değişiklik olduğunda firma temsilcileri, tarafından revize edilerek HAP Ofisine teslim edilir</p>	
<p>6.1.2. Tesis Güvenliği Komitesi tarafından bina turlarında elde edilen verilere göre (Form 48-49) düzenli olarak güncellenerek tespit edilen eksiklikler ve açılan ve kapatılan DÖF'ler kayıt edilir. HAP Ofisine değişiklikler işlenmiş formlar en geç altı ayda bir bilgi verilir.</p>	

6.1.3. HAP Ofisi tarafından; (Form 36-37-38-39-40-42-43) altı ayda bir gözden geçirilir, (Form 41-44-45-46-) yıllık olarak revize edilir.	
6.1.4. Diyaliz Ünitesi tarafından Form 34 HAP Ofisine değişiklikler işlenmiş formlar <i>en geç altı ayda</i> bir bilgi verilir.	
6.1.5. Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama ve Uygulama Komisyonu tarafından Güvenli Hastane Kontrol Listesi, Form 24 yılda bir kez kontrol edilir. Değişiklikler varsa revize edilerek HAP işlenir	
6.1.6. AFET ve ACİL DURUM anında OYE tarafından (Form 01-02-03-04-05-06-07-19-27-28-29-30-33-32)	
6.1.7. AFET ve ACİL DURUM anında Lojistik Şefi tarafından (Form 26)	
6.1.8. AFET ve ACİL DURUM anında Finans Şefi tarafından (Form 25)	
6.1.9. AFET ve ACİL DURUM anında Operasyon Şefi tarafından (Form 08-17-18-20-23)	
6.1.10. AFET ve ACİL DURUM anında birimler tarafından (Form 09-10-11-12-13-14-21-22)	
6.1.11. İlk etapta OYE tarafından Acil Müdahale Planında yer alan kritik veriler gözden geçirilir ve analiz edilir. (İL SAKOM ya da 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığıyla; ana paydaşların ve bölgedeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler),	
6.1.12. OYE, aşağıdaki faaliyetlerin acilen yerine getirilmesi için hemen bilgi yönetimi sorumlusu görevlendirir (genellikle OYE bünyesinde planlama fonksiyonu dahilinde bir ekip): <ul style="list-style-type: none"> a. Diğer hastaneler, Acil Sağlık Hizmetleri, sağlık yetkilileri ve basın ile bilgi paylaşım yöntem ve kurallarını gözden geçirin, b. Acil durumlarda, hastanede gereksiz yoğunluğun önlenmesi amacıyla kamuoyunu bilgilendirilir (tüm hastaların uygun tedavi alabilecekleri diğer sağlık kurumlarına yönlendirilmesi de dahil), c. Basın ve halkla ilişkiler konusundaki prosedürleri değerlendirilir, d. Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesini sağlar, e. Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğini ve verilere nasıl ulaşılabileceğini belirler (örn: mevcut kaynaklara ve değişen ihtiyaçlara dair veriler), f. Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesini sağlar, g. Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığını kontrol edilir. 	
6.1.13. OYE sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirir: <ul style="list-style-type: none"> a. Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunu risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit eder, b. Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, bağışıklama, laboratuvar sevki ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi. Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemiyolojideki durumunda sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi. 	
6.1.14. OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar afet ve acil durumun niteliğine göre karar verir. Bu kararlar, epidemiyolojideki durum ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir	

7.0. İŞ GÜVENLİĞİ KURALLARI VE KONTROL PROSEDÜRLERİ

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
7.1. OYE, Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, bilgi yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığını kontrol eder, basından takip eder.	0. dakikadan itibaren
7.2. OYE, bilgi paylaşımının, personeli ve hastaları korumayı esas almasını ve bunun aksinin olmamasını sağlar,	
7.3. OYE, kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesini sağlar;	
7.4. OYE ve tüm personeller, tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulmasını azami dikkat gösterir;	

7.5. Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir,	
7.6. Kamuya ya da medyaya dönük bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılabilir,	
7.7. HAP Başkanı; Enfeksiyon Komitesi, aracılığıyla hastanenin sağlık sürveysans sistemine aktif olarak katkıda bulunmasını ve özellikle sürveysans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesini sağlar (Uluslar arası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).	
7.8. 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.	
7.9. Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik kapsamında tespit edilen eksiklikler Alt Yapı Sorumlusu tarafından öncelik sırasına göre en kısa sürede giderilir.	0. dakikadan itibaren
7.10. 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
7.11. İlgili kişiler, varsa Afet ve Acil Durumla ilgili OYP'ler de açıklanan güvenlik önlemlerini alır	
7.12. 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 Değerlendirme Ekip Üyeleri değerlendirilir	30 dk-2 saat
7.13. İş Sürekliliği Olay Eylem Plan Formu, İş Güvenliği Sorumlusu tarafından tamamlanır.	30dk'dan sonra HAP sonlandırılıncaya kadar
7.14. Form 48, Form 49'a göre alınması gereken tedbirler İş Güvenliği Uzmanları ve Birim Risk Değerlendirme Ekip Üyeleri tarafından değerlendirilir.	0. dakikadan itibaren
7.15. 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
7.16. İlgili personel tarafından, yataklar hazırlanmadan (çarşaf değişimi, yastık vb.) hasta yatırılmaz.	
7.17. KBRN vakaları için SOP 15'e göre hareket edilir.	İlk andan itibaren
7.18. OYE SOP 9'a göre Genel Bilgi ve Risk İletişimi Yönetimini sağlar	İlk andan itibaren
7.19. İş güvenliği prosedürleri, personel ve hastalar için olağan durumdaki gibi aynen uygulanır.	İlk andan itibaren

8.0.KULLANILACAK MATERYALLER

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 tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler,	
8.14. Mümkünse tekerlekli sandalyelerin koridorları kapamadan kullanılmaları.	
8.15. Krokiler,	
8.16. Acil Müdahale Planı'nın Olayla İlgili Bölümü/Böümleri	
8.17. İş Akış Talimatı/Talimatları	
8.18. Standart Operasyon Prosedürü/Prosedürleri	
8.19. Kontrol Listesi/Listeleri	
8.20. Olay Bildirim ve Alarm İşleme Şablonu	
8.21. Formlar	
8.22. Standart Operasyon Prosedürü	
8.23. Kayıtlar	
8.24. Takip kayıt belgeleri	
8.25. Haberleşme araçları	
8.26. Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları	

9.0. Kalite Kontrol

9.1. Kritik verilerin düzenli olarak toplanmasını, işlenmesini, değerlendirilmesini, kullanılmasını ve depolanması sağlanır,	
9.2. Ana faaliyet ve operasyonların Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde kayıt altına alınması sağlanır.	
9.3. Bilgilendirilen kişilerin takibini sağlayacak formu kullanın,	
9.4. İl SAKOM'u veya Acil Sağlık Hizmetleri (112 KKM)'nin bilgilendirilmesi.	
9.5. Güvenlik personeli hazır bulunur, güvenlik önlemlerini almakta görev alır,	
9.6. Kontamine hastalar dekontamine edilir ve akut tıbbi bakım hizmetini alır,	
9.7. Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığı korunur,	
9.8. Hastane ekipmanına kimyasal bulaşması engellenir,	
9.9. Temel hastane hizmetlerinin devamlılığı sağlanır,	
9.10. Hastalar, sağlık sonuçları hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilir.	
9.11. Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, prosedürlere uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın.	
9.12. Triyaj kartlarını standartlara uygun doldurun	

10.0. Zaman Dilimi

10.1. OYE'nin aktive edilmesiyle başlar ve devam eder	
---	--

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
Tüm Standart Operasyon Prosedür'leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir).	

11.0. Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
11.1. Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin; gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) Topluma Bilgi Verilmesi, Basın Açıklaması Ve Bilgilendirmenin Hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulanır.	Olay anından itibaren

12.0.Sürece Dâhil Kişiler

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
12.1. OYE,	
12.2. Departman/Servis/Birim sorumlusu,	
12.3. Güvenlik personeli,	
12.4. Sağlık yetkilileri.	
12.5. HAP'da görevlendirilen personeller	Olay anından itibaren
12.6. Akademik, idari ve hizmet alanında görevli tüm personeller,	Olay anından itibaren
12.7. Hasta ve hasta yakınları,	Olay anından itibaren
12.8. Personel yakınları,	2. saat sonrası
12.9. Akredite Gönüllüler,	İhtiyaç anında OYE kararıyla
12.10. AFAD,	S2 seviye afetlerden itibaren
12.11. 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
13.6. Olay bildirim formu,	Olay anından itibaren
13.7. Talepleri karşılamak amacıyla gerekli tedavi kapasitesinin kabaca tahminine yönelik kontrol listesi.	Olay anından itibaren

14.0.Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
14.1.Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin. 14.2.OYE, Birim/Kısım Sorumluları tarafından tüm eylemler ilgili formlarla kayıt altına alınır.	Olay anından itibaren
14.3.Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi, toplum sağlığı takibi,	
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).	

14.5. Acil Müdahale Planı'nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.	
14.6. OYE tarafından bir değişiklik yapılmadığı sürece Acil Müdahale Planı'nda açıklanan çeşitli prosedürlere ve varsa olaya özel planlara her zaman uygun davranılır	

14.0. İzleme

Gerçekleştirilecek Eylemler	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
14.1. HAP Ofis Personeli ve HAP Sekreteryası; OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olmasını sağlar. Tatbikatlarda OYE tarafından kontrol edilir: a. Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun, b. Ana operasyonların ve faaliyetlerin HAP Ofis Personeli tarafından kayıt altına alınır, HAP Ofisinde korunur. c. Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sürveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanılması Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından sağlanır d. Personellerle paylaşılacak bilgiler HAP Başkanı tarafından belirlenir. Belirlenen bilgilerin dışında hiçbir bilgi paylaşılmaz.	Olay anından itibaren
14.2. İl SAKOM'u veya Acil Sağlık Hizmetlerini (112 KKM) bilgilendirin.	
14.3. Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı almadığını kontrol edin;	
14.4. Kaliteli tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.	
14.5. OYE ve birim kısım sorumluları hastanenin tedavi imkan ve kapasitesinin gelişimini izler	Olay anından itibaren
14.6. SOP'larına göre belirlenen eylemler gerçekleştirilir.	Olay anından itibaren
14.7. İşAT'larına göre belirlenen eylemler gerçekleştirilir.	Olay anından itibaren
14.8. Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.	Olay anından itibaren
14.9. Sürece dâhil olan personelin sağlığının değerlendirmesi (çalışan sağlığı ve güvenliği),	Olay anından itibaren
14.10. Tedavi edilen hastaların takibi (geç ortaya çıkan semptomlar),	Olay anından itibaren
14.11. 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