

1. AMAÇ:

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek amacıyla kuruluş ve çalışanlarımızın alacağı önlemleri belirlemektir.

2. KAPSAM:

Hastanemizdeki tüm birimleri kapsar.

3. SORUMLULAR:

Başhekim ve Hasta Güvenliği Komitesi sorumluluğunda;

Komite Üyeleri :

- Başhekim Yardımcısı : **KBB Uzmanı Op. Dr. İlker YİĞİT**
- Başhekim Yardımcısı : **Dr. Ahmet Kürşad ACAR**
- Başhemşire : **Güldane TEZCAN**
- İdari İşler Müdürü : **Bilal ALTUN**
- Bilgi Sistemleri Müdürü : **Ali KOÇAK**
- Kalite Yönetim Direktörü : **Serkan TÜRKALP**
- Eczacı : **Ferahye ŞİRECİ**
- Gerekli Hallerde İlgili Bölüm Sorumluları ve Hekimler

4. ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI:

Hasta güvenliği komitesi üyeleri HKS çerçevesinde, Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütür. Komite rutin olarak üç ayda bir toplanır. Olağanüstü durumlarda başkanın daveti ile toplantı yapılabilir. Gerekğinde Hastane yönetimi ve diğer çalışanlar toplantıya davet edilebilir.

Toplantılarda; Hasta güvenliği uygulamaları, güvenlik raporları (GRS) düşme bildirimleri, hasta ve çalışan görüş ve önerileri, eğitim talepleri vb. gibi hasta güvenliğini ilgilendiren konular tartışılarak karara bağlanır. Toplantı tutanak formu ile toplantı kararları kayıt altına alınır. Kararların bir örneği Kalite Yönetim Birimine ve üst yönetime gönderilir.

Bu prosedür 07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. Maddesinin 1. Fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamesinin 43. Maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

5. HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİNİN GÖREV TANIMI:

- Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi
- Çalışanlar Arasında Etkili İletişimin Sağlanması
- Güvenli İlaç Uygulamasının Sağlanması
- Transfüzyon Güvenliğinin Sağlanması
- Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması
- Düşmelerden Kaynaklanan Risklerin Azaltılması
- Güvenli Cerrahi Uygulamaların Sağlanması
- Tıbbi Cihaz Güvenliğinin Sağlanması
- Enfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesi
- Hasta Mahremiyetinin Sağlanması
- Hastaların Güvenli Transferi
- Bilgi Güvenliğinin Sağlanması
- Pembe Kod, Mavi Kod
- Hasta Kısıtlaması
- Laboratuvarda Hasta Güvenliği
- Hasta Bilgileri ve Kayıtlarının Sağlık Çalışanları Arasında Güvenli Devredilmesi
- Çalışanlara Hasta Güvenliği Eğitiminin Verilmesini Sağlamak

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

Doküman Kodu	FRB.KY.PR.03
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa Numarası	2/13

6. UYGULAMALAR:**6.1. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi**

Herhangi bir tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan evvel klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde bütün çalışanlar için temel esas; doğru hastaların planlanan doğru bakım hizmetini aldığından emin olmak, kimlik doğrulama işlemini gerçekleştirmektir.

Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı, alerjik hastalarda ise; kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.

Kimlik bilekliği/kol bandında olması gereken bilgiler:

- Protokol Numarası (Kalın ve Büyük Punto İle Yazılmış)
- Hasta Adı ve Soyadı
- Doğum Tarihi (Gün, Ay, Yıl)
- Doktor İsmi

Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde oda ve yatak numarası kullanılmaz. Bileklik hastanın el bileğine, el bileği uygun değilse ayak bileğine takılır. Yatan hastalarda ex olan hastaların kimlik tanımlayıcı bilekliği çıkarılmadan morga gönderilir. Acil serviste yatışı yapılmadan ex olan hastalar, kayıta tanımlanmış hasta barkodu ile morga gönderilir.

Doğum yapacak annelerin kol bandı öncelikle beyaz renkli takılır. Doğum sonrasında bebeğin cinsiyetine göre mavi ya da pembe olarak değiştirilir. Bu kol bandı aynı seri numarasını taşıyan büyük ve küçük kol bandı şeklinde yapışktır. Erkek bebekler için mavi, kız bebekler için pembe anne-bebek kol bandı kullanılır. Çoğul bebeklerde ise her bir bebek için ayrı ayrı anne-bebek kol bandı hazırlanarak takılır. Bu durumda annenin kolunda her bir bebek sayısı kadar kol bandı bulundurulur. Bebeğin kol bandında annenin adı soyadı, bebeğin doğum tarihi, anne veya bebeğin protokol numarası ve doktor adı bulunmalıdır.

6.2. Çalışanlar Arasında Etkili İletişimin Sağlanması

Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında;

- Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, hekimin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.
- Sözlü/telefon talimatlarının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.
- Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır. Lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

6.2.1. Sözlü/telefon talimatlarının kaydında;

- Talimatı veren hekimin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve hasta dosyasında bulunan Sözel İstem Formuna kaydedilir.
- Talimatların altına "Sözlü Talimat" veya "Telefon Talimatı" olduğu yazılır.
- Sözel istem formu, sözlü talimatı veren hekim tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta dosyasına geçirilir.
- Talimatı veren hekime 24 saat içinde ulaşılamadığı takdirde "Sözel İstem Formu" hastayı devralan servis hekimi tarafından onaylanır ve hasta dosyasına geçirilir.
- Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.
- Yüksek Riskli İlaçlar Formundaki ilaçların kullanılmasında sözlü/telefon talimatı kabul edilmez.

İŞLEM BASAMAKLARI;

- Kimliği Doğrulat
- Orderi İşit
- Orderi Kayıt Altına Al
- Orderi Oku Doğrulat
- Düzgün Olarak Kaydet, İmzalat

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

6.3. Güvenli İlaç Uygulamasının Sağlanması

Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar “**Hasta Eşyaları ve İlaçları Teslim Formu**” ile kayıt altına alınarak, miat kontrolleri yapılır. Hemşire tarafından imza karşılığı teslim alınır, ilgili hekime bildirilir. İlgili hekim hastanın tedavisindeki ilaçlarla, sürekli kullandığı ilaçları kontrol ederek hasta dosyasına yazar. Hastanın kullandığı ilaçların tümü, ilgili hemşire tarafından verilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta dosyasına hastanın kendi hekimi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır. Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemşire hekimin tedavi planını hasta dosyasında bulunan hemşire gözlem formuna kaydeder. İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanır. İlgili hekim ilaçları hasta dosyasına kısaltarak yazmamalıdır. Yazılışı okunuşu ve ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar, “İlaç Yönetim Prosedür”üne göre gereğince yapılır.

6.4. Transfüzyon Güvenliğinin Sağlanması**Güvenli transfüzyon için yapılması gerekenler;**

- Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross-match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan verilmiş süresi doğrulanır. “**Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu**” hasta ve hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.
- Transfüzyon öncesinde; ilk 10 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenir, “**Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Formu**” doldurulup imzalanır.
- Transfüzyon süreci “**Transfüzyon Kalite Dosyası**” kapsamındaki prosedürlere göre uygulanır.

6.5. Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması

Hasta, hasta yakınları ve hastane çalışanlarının radyasyondan korunmasına yönelik alınacak tedbirler, hasta ve hastane çalışanları için “**Radyasyon Güvenliği Prosedürü**” ve “**Radyasyon Güvenliği El Kitabı**” gereği önlem alınacaktır.

6.6. Düşmelerden Kaynaklanan Risklerin Azaltılması

Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, **Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu** doldurulması esnasında belirlenir. 0-16 yaş grubundaki hastalar için **Harizmi Düşme Riski Değerlendirme Formu** ve yetişkin hastalar için **İtaki Düşme Riski Değerlendirme Formu** düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir.

- 65 yaş üstü hastalar
- Kronik hastalıklar nedeniyle sağlık durumu bozulmuş hastalar
- Düşme hikayesi olan hastalar
- Mental durumu değişmiş hastalar
- Mobilizasyonu azalmış hastalar
- Uygun olmayan ayakkabı ya da terlik giyen hastalar
- Kısıtlama uygulanmış hastalar
- Sık idrara çıkan ya da diyare olmuş hastalar
- Duyusal defisiti olan ya da kısmi görme problemi olan hastalar
- Diüretik, kuvvetli analjezik, antipsikotik ya da hipnotik özellikli ilaç kullanan hastalar

Risk kategorisine göre düşmeyi önleme faaliyetleri uygulanır. Düşme riski olan hastaların kapısına **dört yapraklı yeşil yonca figürü** yerleştirilir ve tehlikeyi azaltmak için gerekli önlemler alınır. Bu önlemler;

- Hasta odasındaki olası tehlikeler kontrol altına alınır. Hastanın ihtiyacı olan ekipmanlar (walker, baston, hastanın kişisel eşyaları) kolayca erişebileceği, fonksiyonel tarafına yerleştirilir. Çağrı cihazını kullanması konusunda hasta bilgilendirilir. Hastaya, hemşireye çağrı yapması ve yataktan yardımsız çıkmaması tavsiye edilir.
- Zeminin kuru olması sağlanır. Hasta odasındaki döküntüler ve kaymaya neden olabilecek ıslaklıklar hemen temizlenir.
- Hasta kolayca yere basabilsin diye yatak seviyesi en alt pozisyona getirilir ve aksi gerekmedikçe hasta yatağı en alt pozisyonda tutulur. Yatak kenar korumalıkları kaldırılmalı, yatak ve tekerlekli sandalyelerin frenleri, kullanılmadığı zaman kilitlenmelidir.

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

- Hasta klinik durumuna uygun olarak ve yataktan düşmesini önleyecek şekilde pozisyon verilir.
 - Özellikle gece saatlerinde yeterli ışık sağlanmıştır.
 - Hasta ve ailesi dikkatli mobilizasyon, vücut mekanikleri ve koruyucu uygulamalar konusunda eğitilir, düşme riskine karşı uyarılır ve alınacak önlemlere katılmalar sağlanır.
 - Hastanın kaymayan çorap ya da terlik giymesi sağlanır.
 - İki saatte bir hastaya tuvalet teklif edilir, bakıcı ihtiyacı değerlendirilir.
 - Telefon ve elektrik kabloları bir yaralanmaya sebep olmayacak şekilde yerleştirilir.
 - Çalışanların hasta ziyaretçilerinin ve hasta yakınlarının kullandığı merdivenler kaymayı önleyici şeritler ile döşenir.
- Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **“Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu”** doldurularak en kısa zamanda Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır. Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır. Düşen hasta ile ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir.

6.7. Güvenli Cerrahi Uygulamaların Sağlanması**6.7.1. Klinikten Ayrılmadan Önce**

Hasta değerlendirmesi sırasında (Hekim ve hemşire değerlendirmeleri) hastanın bilinen ilaç reaksiyonları, alerjileri kan transfüzyon öyküsü sorgulanır ve değerlendirme formlarına kayıt edilir. Hastadan alınan geri bildirim doğrultusunda planlama yapılır.

6.7.2. Hasta Onamı

Poliklinik muayenesi sırasında ya da hastanın yatışı yapıldıktan sonra cerrahi girişim öncesinde; hekim tarafından hastaya hangi operasyon/işlemin yapılması gerektiği, hastanın durumu, önerilen tedavi, potansiyel yararlar ve sakıncalar, olası diğer seçenekler, başarı olasılığı iyileşme ile ilgili olası sorunlar, tedavi olmamanın olası sonuçları hakkında hastanın anlayacağı dilde sözel bilgilendirme yapılır. **“Tıbbi Uygulama/Cerrahi/İnvaziv Girişim İçin Aydınlatılmış Hasta Onam Formu”** ya da **“İşleme Özgü Onam Formu”** nda cerrahi/invaziv girişimin adı ve tarafını içerecek şekilde, eksiksiz olarak hekim tarafından doldurulur ve hastadan onay alınır.

6.7.3. Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığı

Ameliyat öncesi dönemde hastanede yatmakta olan hastalarda ameliyattan bir gün öncesinden başlayarak **“Ameliyat/İşlem Öncesi Hasta Hazırlama Formu”** hazırlanır. (Traşi, açlık süresi vb.) Tüm hazırlık süreci hasta ile işbirliği içinde (bilinci açık ise) kendisine Adı-Soyadı ve Doğum Tarihi sorularak hasta kol bandı ve dokümanlara üzerinden ise Ad-Soyad ve Protokol Numarası kontrol edilerek yapılır.

6.7.4. Taraf İşaretleme**6.7.4.1. Kimlik Doğrulaması**

İşaretleme işlemi hasta bilinçli iken yapılır. Şuuru kapalı ve küçük çocuklarda ise tıbbi kayıtları, kol bandı ve hasta yakınları ile hastaların kimlikleri doğrulanır.

Hastaya/yakınına

- Kimlik Bilgileri
- Ameliyatı
- Ameliyat Bölgesi
- Hastanın Ameliyatı İle İlgili Rızası Doğrulanır.

6.7.5. Kimlik doğrulamasından sonra işaretleme işlemine başlatılır.

6.7.6. Taraf işaretleme için cerrahi taraf **işaretleme kalem kullanılır.** Yapışkan taraf işaretleycileri kullanılmaz.

6.7.7. Cerrahi/invaziv işlem uygulanacak taraf, silinmeyecek (alkolden etkilenmeyecek) kalem ile cerrah tarafından hastayı da işleme dahil ederek işaretlenir. **Opere edilecek bölge “daire” içine alınarak hastanın üzerinde işaretlenir.** İşaretleme sırasında yanlışlık ifadesini çağrıştıran **“X”** işareti kullanılmaz.

6.7.8. İşaretleme

6.7.8.1. İşaretleme sırasında hasta dosyası kayıtları, radyolojik görüntülemeler ve raporlar değerlendirilir.

6.7.8.2. Gerekli taraf belirtme işlemi sağ-sol taraf, parmaklar-parmak uçları veya omurga seviyeleri gibi çoklu yapıları da içeren durumlara odaklanarak yapılır.

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

- 6.7.8.3.** Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir. Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.
- 6.7.8.4.** Biletral ameliyatlarda her iki taraf da işaretlenir.
- 6.7.8.5.** Tek organlarda bölge işaretlemesi yapılır.
- 6.7.8.6.** Beyin ameliyatlarında **film üzerinde** işaretleme yapılır.
- 6.7.8.7.** Alçı ya da bandaj varsa üzerine işaretleme yapılır. Ameliyathanede bandaj çıkarıldıktan sonra tekrar işaretleme hastanın cildi üzerinde yapılır.
- 6.7.8.8.** Cerrahi diş tedavilerinde işaretleme radyolojik görüntü üzerinden yapılır.
- 6.7.8.9.** İşaretleme hasta ameliyata hazırlandıktan ve ameliyat örtüsü ile örtüldükten sonra bile görülebilecek şekilde yapılır.
- 6.7.8.10.** Ameliyat bölgesi dışındaki bölgelerde işaretleme yapılmaz
- 6.7.8.11.** İşaret belirsiz ve silik olmamalıdır. Ameliyat sırasında cilt temizliği/sterilizasyonu yapıldıktan sonra dahi görünür olmalıdır.
- 6.7.9. İşaretleme yapılmadığı durumlar**
- 6.7.10.** Acil müdahaleler, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, prematüre bebeklerde, genital bölge ve sezaryende ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.
- 6.7.10.11.** İşaretleme yapılmadan hastaya premedikasyon yapılmaz, hasta ameliyathaneye gönderilmez.
- 6.7.10.12.** Ameliyathaneye bir gün önceden gelen ameliyat listesinde aynı isimde hasta var ise Ameliyathane Sorumlusu tarafından kat hemşirelerine ve ameliyathane teknisyenlerine bilgi verilir.
- 6.7.11. Ameliyat Odası Hazırlığı**
Ameliyathane Teknisyeni tarafından ameliyathane, cihaz ve malzeme kontrolü yapılır. “**Tıbbi Cihaz ve Alet Yönetim Planı**” doğrultusunda cihazların bakım ve kalibrasyonlarının zamanında yapması sağlanır.
- 6.7.12. Hastanın Ameliyathaneye Teslimi**
Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce, hasta kimlik bilgileri kol bandı ve tıbbi kayıtları ile karşılaştırılır. Ameliyat alanı/tafının doğru olarak işaretlendiği kontrol edilir ve hemşire tarafından “**Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığı Kontrol Formu**” na kaydedilir.
- 6.7.13. Hastanın Kimlik Bilgileri ve Onamların Kontrolü**
- 6.7.14.** Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
- 6.7.15.** Ameliyathaneye hasta kabul edilirken; Servis Hemşiresi ile Ameliyathane Hemşiresi/Teknisyeni/Anestezi Teknisyeni hastanın kimliği, planlanan girişim türü, ameliyat alanı, hastaya özel durumlar (alerji, transfüzyon öyküsü vb.) ameliyat öncesi hazırlık sırasında gerçekleştirilemeyen basamaklar, taraf işaretlemesi, hasta dosyası ve radyolojik görüntülemelerinin varlığı karşılıklı olarak kontrol edilir. Taraf işaretlemesinin yapılmaması halinde hastanın hekimi ile irtibata geçilir.
- 6.7.16.** Yüksek kan kaybı riskine karşın yapılacak cerrahi girişimin ve hastanın durumu göz önünde bulundurularak, kan bankası ile iletişime geçilerek ameliyat öncesinde hastanın kan grubuna uygun kanın hazır bulundurulması sağlanır.
- 6.7.17. Anestezi Verilmeden Önce**
- 6.7.18.** Hastayı hayatı tehdit eden hava yolu ve solunum kaybından korumak için sorgulama yapılarak gerekli önlemler önceden planlanır.
- 6.7.19.** Hastanın açlık durumu sorgulanır.
- 6.7.20.** Hastanın onamının olup olmadığı kontrol edilir.
- 6.7.21.** Anestezi cihazlarının tam ve çalışır durumda olduğu kontrol edilir.
- 6.7.22.** Anestezi riskleri değerlendirilir.
- 6.7.23.** Profilaktik antibiyotik uygulaması sorgulanır.

HAZIRLAYAN
HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ

KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN
BAŞHEKİM

Doküman Kodu	FRB.KY.PR.03
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa Numarası	6/13

6.7.24. Süreç sorumlusu, anestezi verilmeden önce hasta üzerine bir nabız oksimetresi yerleştirildiğini ve bunun düzgün işler durumda olduğunu teyit eder. Nabız oksimetresinin okuma göstergesi ameliyat ekibi tarafından görülebilir durumda olmalıdır. Tüm kontroller Anestezi Değerlendirme Formuna kayıt edilir.

6.7.25. Hastaya Ait Risk Faktörlerinin Kontrolü

6.7.26. Ameliyathane Teknisyeni hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığını sorar, varsa ne olduğunu anestezi görevlisine sorarak teyit eder.

6.7.27. Anestezi görevlisi hastanın zor bir havayolu olup olmadığını, objektif olarak değerlendirdiğini sözlü olarak teyit eder.

6.7.28. Anestezi ekibi, ameliyat sırasında yarım litreden fazla kan kaybı riski olup olmadığını kontrol eder.

6.7.29. Hastada kullanılacak bir implant var ise, hazır olup olmadığını kontrol edilir.

6.7.30. Ameliyat Kesisinden Önce

6.7.31. Tüm cerrahi ve invaziv işlemlerde ameliyathane dışı yapılan işlemler dahil (örn; endoskopi ünitesi, girişimsel radyoloji ünitesi gibi) işlem öncesinde doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem olduğunu doğrulamak için hasta uyutulmadan önce son kontrol Ameliyat Kesisinden Önce yapılarak;

- Cerrahi ekipte bulunan kişiler ve görevlerinin belirtilmesi,
- Hastanın kimliğinin doğrulanması (Protokol Numarası, Adı-Soyadı, Doğum Tarihi),
- Uygulanacak cerrahi/invaziv işlem,
- Tarafı, seviyesi ve işaretin yeri yüksek sesle tüm ekibe tek tek hemşire tarafından sözel olarak iletilir. Ameliyat ekibi tarafından onaylanır.
- Cerrahi işlem sırasında kullanılacak olan alet, ekipman ve malzemeler hemşire/ameliyathane teknisyeni tarafından kontrol edildikten sonra işleme başlanır. Doğrulama işlemi **Güvenli Cerrahi Kontrol Formu** görevli bir personel tarafından kaydedilir. Herhangi bir şüphe ortaya çıkarsa sorun giderilmeden operasyona başlanmaz.

6.7.32. Kritik Olayların Gözden Geçirilmesi

Operasyona başlamadan önce cerrah, anestezi görevlileri ve hemşireler ile kritik tehlike durumları ve ameliyat planını gözden geçirir.

6.7.33. Ameliyattan Çıkmadan Önce

6.7.34. Patolojik Numuneler

Sirküle hemşire, hastanın adını, numunenin tanımını ve bütün ayırt edici işaretleri yüksek sesle okuyarak, girişim süresince alınan bütün patolojik numunelerin doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğunu teyit eder.

6.7.35. Ameliyat sonrası hastanın gideceği bölüm belirlenir. Gerekli güvenlik önlemleri alınarak derleneceği bölüme Anestezi Teknisyeni eşliğinde yönlendirilir.

6.8 Tıbbi Cihaz Güvenliğinin Sağlanması

Hastanemizde "Tesis Güvenliği Prosedürü" altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip oluşturulmuştur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır. Hastanemizde kalibrasyonu yapılması gereken cihazlarımız "Tıbbi Cihaz ve Alet Yönetimi Prosedürü" ne göre yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur.

Etikette;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- Kalibrasyon tarihi
- Geçerlilik süresi
- Sertifika numarası bulunur.

HAZIRLAYAN

**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ**

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM

6.9 Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi

Hastalarımızın hastanede bulundukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Enfeksiyon Kontrol Birimi” tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler, Hastanemiz “Hastane Enfeksiyon Kontrolü Yıllık Uygulama Planı” nda ayrıntılarıyla belirtilmiştir. El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup “Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı” nda enfeksiyonların ve çapraz buluşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak UHESA 'ya kaydedilir. Sürveyans sonuçlarına göre bölüm bazında DÖF (Düzenleyici Önleyici Faaliyet) başlatılır. Üç ayda bir bölüm bazında hastane enfeksiyon hızları, etkenleri, direnç paternlerini içeren sürveyans raporu hazırlanarak üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılır.

6.10. Hasta Mahremiyetinin Sağlanması

Hastaların mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta, mahremiyetinin korunmasını açıkça talep edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle yürütülür.

Hasta, hekimiyle görüşme ve muayene aşamasında, yeterli görsel (perde, paravan vb.) ve işitsel gizlilik sağlanmalıdır. Hastanın tedavisiyle doğrudan ilgisi olmayan kimselerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmasına izin verilmemelidir. Ancak tıbben sakıncası olmayan hallerde hastanın yanında bir yakınının bulunmasına izin verilebilir. Hastanın, tanı tedavi ve bakım için gerekli olmadıkça ve hasta izin vermedikçe özel ve aile hayatına müdahale edilemez.

Hastaya ait tüm bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın tedavisi ile ilgili diğer sağlık personeline ihtiyaç duyulduğunda, hastanın onayı olduğu varsayılarak davranılır. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, tedavisi, kimlik bilgileri ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.

6.11. Hastaların Güvenli Transferi**6.11.1. HASTALARIN TRANSFERİNE YÖNELİK UYGULAMALAR**

Hastanın daha önceden planlanmış ya da acil durumlarda bulundukları bölümlerden diğer bölümlere en kısa, en uygun ve en güvenli şekilde transportlarını sağlamak amacıyla izlenecek yolları tanımlamaktır.

6.11.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Sorumlulukları

A. Hasta transportuna katılan hemşireler aşağıda yer alan konulardan sorumludur.

- Damar yolunun açıklığını korumak.
- Gerektiğinde hastanın ambu ile solunum desteğine yardımcı olmak.
- Gerektiğinde transport esnasında defibrilatör ya da monitörün çalışır durumda olmasını sağlamak..
- Hastanın transport edildiği bölümün hemşiresine, transport esnasında gelişen olaylarla ilgili tüm bilgiyi vermek.
- Doktor orderi doğrultusunda transporttan önce verilen tedaviyi yerine getirmek.
- Hasta yakınlarına hastanın nereye transport edileceğini bildirmek (Hastaya refakat edilmese bile yapılmalıdır.)
- Hastanın dosyası ile hastaya ait eşyaların transport edildiği bölüme eksiksiz gönderilmesi (Hastaya refakat edilmese bile yapılmalıdır.).
- Transport esnasında diğer gerekli ekipmanları sağlamak.
- Transportuna eşlik ettiği hastalara bölüme dönerken de (Radyoloji gibi) eşlik etmek.

6.11.3. Doktorun Sorumlulukları

- Acil Servis'ten Yoğun Bakım'a ya da Radyoloji 'ye transport edilen 1. triaj grubu hastalara hemşire ve porterle birlikte refakat etmek.
- CPR durumu transport esnasında da sürdürülen, ambu ve ventilatör desteği alan hastalara refakat etmek.

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

Doküman Kodu	FRB.KY.PR.03
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa Numarası	8/13

6.11.4. Hastanın Transferi

- Hastanın sedye ile taşınması gerekiyor ise, taşıma işlemi minimum iki kişi ile gerçekleştirilir ve bunlardan birisi mutlaka hemşire olmalıdır. Gerekli durumlarda üç ya da dört kişi ile de taşıma yapılabilir. Hasta taşınmasından önce mutlaka hastanın rahatsızlığı ile ilgili bilgi edinilir. Özellikle ortopedik vakalar, nöroşirürjik vakalar ve trafik kazaları için uygun taşıma teknikleri kullanılmalı ve gerektiğinde taşıma işlemi esnasında ilgili hekimin desteği alınmalıdır. İşlem aşağıdaki gibidir:
- Hasta taşınmasına yardımcı olacak personel haberdar edilir.
- Sedyenin üzerine temiz bir örtü yerleştirilerek gerekli hazırlığı tamamlanır.
- Hastayı sedyeye alınmadan önce yapılacak işlem ve nedeni görevli hemşire tarafından açıklanır.
- Sedye hasta yatağının yanına getirilir.
- Yatak ile sedyenin baş kısmının aynı yönde olmasına dikkat edilir.
- Hasta yatağı sedye hizasına kadar yükseltilir.
- Sedye yatağa yaklaştırılır ve sedyenin kilitlemesi sağlanır.
- Hastanın ayak ve baş kısmına geçilir. Eğer gereksinim var ise, üçüncü kişi orta kısımda bulundurulur.
- Hasta hafifçe yan tarafına döndürülerek altına roller yerleştirilir.
- Hasta taşıma ekibinde en kıdemlinin "bir, iki, üç..." komutuyla hasta "roller" üzerinden kaydırılarak sedyeye alınır. Hastanın hafifçe yana dönmesi sağlanarak roller çekilir
- Hastanın üzeri örtülür ve mahremiyetine dikkat edilir.
- Sedyenin emniyet kenarlıkları yükseltilir.
- Sedyenin frenleri açılır.
- Sedyenin ön ve arka tarafına geçilir ve yönü belirlendikten sonra ilgili bölüme hasta iletilir.
- Hastanın tekerlekli sandalye ile taşınması gerekiyor ise, bu işlem bir hemşire ve porter ile sağlanır.
- Tekerlekli sandalye hasta yatağının yanına getirilir
- Tekerlekli sandalyenin frenleri kilitletlenir.
- Hemşire hastaya işlemi ve gerekliliğini açıklar
- Hasta önce yatağında oturtulup karşıya bakması sağlanır.
- Hastanın ayakları yataktan aşağıya sarkıtılır.
- Tekerlekli sandalyenin ayak gelecek kısmı dış yanlara doğru açılır.
- Hasta ayağa kaldırılır ve sonra kendi eksenini etrafında döndürülerek, yüzünün sandalyenin tersi yönde olması sağlanır.
- Hasta oturtulur ve sandalyenin frenleri açılır.
- Hastanın üzeri örtülür.

Hastanın daha önceden planlanmış ya da acil durumlarda, bulundukları bölümlerde diğer bölümlere en kısa, en uygun ve en güvenli şekilde transportlarını sağlamak amacıyla izlenecek yollar aşağıda belirtildiği gibidir.

Hastanın sedye ile taşınması gerekiyorsa, taşıma işlemi minimum iki kişi ile gerçekleştirilir ve bunlardan birisi mutlaka hemşire olmalıdır. Gerekli durumlarda üç ya da dört kişi ile de taşıma yapılabilir. Hasta taşınmadan önce mutlaka hastanın rahatsızlığı ile ilgili bilgi edinilir. Özellikle ortopedik vakalar, nöroşirürjik vakalar ve trafik kazaları için uygun taşıma teknikleri kullanılmalı ve gerektiğinde taşıma işlemi esnasında ilgili hekimin desteği alınmalıdır. İşlem basamakları;

- Hasta taşınmasına yardımcı olacak personel haberdar edilir.
- Sedyenin üzerine temiz bir örtü serilerek hazırlıklar tamamlanır.
- Hasta, sedyeye alınmadan önce yapılacak işlem ve kendi hakkında hemşire tarafından bilgilendirilir.
- Sedye hasta yatağının yanına getirilir. Yatak ile sedyenin baş kısmının aynı olmasına dikkat edilir.
- Hasta yatağı sedye hizasına kadar yükseltilir.
- Sedye yatağa yaklaştırılır ve sedyenin kilitlemesi sağlanır.
- Hastanın ayak ve baş kısmına geçilir. Eğer gereksinim var ise üçüncü kişi orta kısımda bulundurulur.
- Hasta hafifçe yan tarafına döndürülerek altına roller yerleştirilir.
- Hasta taşıma ekibinde en kıdemlinin "Bir, İki, Üç" komutuyla hasta roller üzerinden kaydırılarak sedyeye alınır. Hastanın hafifçe yana dönmesi sağlanarak roller çekilir.
- Hastanın üzeri örtülür ve mahremiyetine dikkat edilir.

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

- Sedyenin emniyet kenarlıkları yükseltilir.
- Sedyenin frenleri açılır.
- Sedyenin ön ve arka tarafına geçilir ve yönü belirlendikten sonra ilgili bölüme hasta iletilir.
- Hastanın tekerlekli sandalye ile taşınması gerekiyorsa bu işlem bir hemşire ve porter ile sağlanır.
- Tekerlekli sandalye hasta yatağının yanına getirilir ve frenleri kilitlenir.
- Hemşire hastaya işlemin gerekliliğini açıklar.
- Hasta, önce yatağında oturtulup karşıya bakması sağlanır.
- Hastanın ayakları yataktan aşağıya sarkıtılır.
- Tekerlekli sandalyenin ayak gelecek kısmı dış yanlara doğru açılır.
- Hasta ayağa kaldırılır ve sonra kendi eksenini etrafında döndürülerek, yüzünün sandalyeye tersi yönde olması sağlanır.
- Hasta oturtulur ve sandalyenin frenleri açılır.
- Hastanın üzeri örtülür.

Acil Servisten Hasta Transferi

- Acil servisten hemen transferi gereken hastalarda (kalp krizi sonrası, nörolojik acil durum, solunum yetmezliği gibi durumlarda) transfer sırasında hemşire veya ilgili doktor hastaya eşlik eder.
- Hastanın transfer edilmesinden önce IV girişi yapılır, defibrilatör ve monitöre bağlanır.
- O2 maskesi ile bir ambu torbası hastanın yanında bulundurulur.
- Kriz geçirmeye yakın veya kriz sonrası hastalar monitör ile birlikte taşınır.
- Transfer notlarına transfer sırasında hangi ekipmanın kullanıldığı, transfere kimin eşlik ettiği ve transfer öncesi uygulanan tedaviler yazılır.
- Hastanın transfer kararı, bakımından sorumlu hekim ve hasta yakını tarafından verilerek doktoru tarafından onaylanır. Hastanın transfer nedeni; hasta/hasta yakını isteği, ekonomik nedenler, sigorta şirketi talebi, hastanede tedavi edilemeyen hastalık grupları (yanık tedavisi) belirtilir.
- Hastanın doktoru, bölüm doktoru/hemşiresi tarafından gideceği kurumla iletişime geçilir. Gideceği kurum, iletişim kurulacak kişi/kişiler belirlenir. Hastanın ihtiyaçlarının kurum tarafından kabul edildiğinden emin olunur.
- Hasta transportu için ambulans gerekliyse ambulans hazırlanır.
- Hastanın hekimi tarafından epikrizi yazılır.
- Hastanın hemşiresi tarafından test/tetkik sonuçları (fotokopi), röntgen filmleri ve ilgili diğer belgeleri hazırlatılır ve taburculuk sonrası işlemleri tamamlanır.

Servisten Ameliyathaneye Hasta Transferi

- Ameliyathaneye indirilecek hasta için ameliyathaneden bir personel sedye ile birlikte servise çıkar ve bölüm hemşiresiyle birlikte hastayı ameliyathaneye indirir.
- Hastanın bulunduğu bölümdeki hemşire; anestezi teknisyenine hastanın nakli için gerekli olan özel ekipmanı bildirir. (Oksijen, Aspiratör, Traksiyonlu Yatak)
- Anestezi teknisyeni bölüm hemşiresinden "onam formunun" eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurulduğunu öğrenir. Hasta bölüm hemşiresi tarafından sözlü ve yazılı olarak anestezi teknisyenine teslim edilir.

Ameliyathaneden Servise Hasta Transferi

- Ameliyathane personeli ve anestezi teknisyeni hasta ile birlikte çıkar ve tamamlanmış olan "Onam Formu"nu kontrol eder.
- Bölüm hemşiresi anestezi teknisyenine hastanın sedyeden alınıp yatağa alınmasına yardımcı olur.
- Hasta yatağına alındıktan sonra anestezi teknisyeni bölüm hemşiresine hastaya ait bilgileri sözlü ve yazılı olarak teslim eder.
- Ameliyathaneden yoğun bakıma transfer olacak hastalar için yatak ayarlanması, anestezi doktoru tarafından yapılarak ameliyat günü ve yatağın varlığı teyit edilir. Anestezi doktoru vakanın bitimine 20 dakika kala durumu yoğun bakım sorumlusuna haber verir.
- Yoğun bakıma nakledilecek olan hasta; cerrahi anestezisti, anestezi teknisyeni ve hasta yardımcı personel tarafından yoğun bakım yatağına kadar alınmasına ve düzenlenmesine yardımcı olurlar.

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

- Ameliyattan sonra yatan hasta katına çıkarılacak olan hastalar doğrudan PACU (Uyanma) bölümüne anestezi ekibi tarafından transport edilerek, uyanma bölümünde hastanın durumunun düzenlenmesine yardımcı olurlar. Hasta uyanma sürecinde; anestezi doktoru/anestezi teknisyeni veya hemşire tarafından izlenerek anestezi doktoru ile görüşülür. Doktor onayından sonra kata gönderilir.

6.12. Bilgi Güvenliğinin Sağlanması

Bilgi Güvenliğinin sağlanması, Hastanemizde “**Bilgi Güvenliği Prosedürü**” ne göre uygulanmaktadır.

6.13. Mavi Kod, Pembe Kod

Temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir. Hastanemizde “Mavi Kod Talimatı” na göre gereken işlemler gerçekleştirilir.

Yeni doğan bebek ve çocuk hastalarımızın güvenliğinin sağlanması konusunda yürütülen tüm diğer uygulamalar rağmen, herhangi bir şekilde bebek ya da çocukların güvenliğinden şüphe duyulması ve kaçırılmalarının tespit edilmesi durumunda, acil müdahale yöntemlerini belirleyerek, önlenmesi sağlamak amacıyla hastanemizde “Pembe Kod Talimatı” gerekleri yerine getirilmektedir.

6.14. Hastaların Kısıtlanmasına Yönelik Düzenlemeler**6.14.1. Kısıtlama**

Alternatif seçenekler başarısız kaldığında, hastanın kendisini ya da başkalarını yaralamasını önlemek amacıyla, fiziksel aktivitelerinin kontrolü için, bedenin bir bölümünün hareketlerini kısıtlamaya yarayan fiziksel ya da mekanik ekipman kullanımıdır. Kısıtlama için hastanın klinik durumuna uygun minimum kısıtlama şekli seçilerek en uygun zamanda sonlandırılması esastır.

6.14.2. Kısıtlama Alternatifleri:

Kısıtlamalar denenmeden önce aşağıda yer alan alternatifler denenmiş olmalıdır:

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

Hastanın Durumu
Kısıtlamaya Alternatifler

IV yollarını, tüplerini ve pansumanını çekiştiren hastalar	- Yakın gözlem - Tüplere ya da IV yollara ulaşamayacak bir pozisyon sağlama - Bu tür girişimleri hastanın göremeyeceği şekilde giysi içine saklama
Düşmeye meyilli, yataktan çıkmaya eğilimli, davranışları şüpheli, konfüze hastalar	Yakın gözlem
Kasıtlı olmayan ajitasyon, agresyon	- Gerçek bir oryantasyon sağlama - Duyusal yardımcılarının kullanımı - Hastanın dikkatinin yeniden değerlendirilmesi - Dikkatin başka yöne yönlendirilmesi - Hastayı hemşire istasyonuna yakın bir yere yerleştirme - Işıklandırmayı arttırma - Tuvalet ihtiyaçlarını programlama - Egzersiz ihtiyacını programlama - Yeme içme ihtiyacını programlama - Yakın gözlem - Çevrenin güvenlik açısından kontrol edilmesi - Kullanılan ilaç tedavilerinin olası yan etkileri hakkında bilgi sahibi olma - Davranışlara sınır koyma - Sözel sakinleştirici teknikler kullanma - Psikiyatri konsültasyonu - İşbirliği - Yeniden güven / duygusal destek sağlama - Tıbbi durumun yeniden değerlendirilmesi

6.14.3. Alternatif girişimlerin başarısız olduğu durumlarda hastanın vücut yapısı ve ağırlığı göz önünde tutularak, fiziksel ve psikolojik zarar görmesine engel olacak kısıtlama yoluna geçilir. Kısıtlama belirlenen yöntemler doğrultusunda uygulanır. Hastaya uygulanacak olan kısıtlamanın sebepleri ve önemi, hastanın anlama düzeyine bağlı olarak açıklanır. Hastaya anlatılmıyorsa ailesine açıklanır. Açıklama, kısıtlamanın bakımın devamlılığı, diğer alternatiflerin denendiği ama başarısız olduğu, hasta kısıtlama altındayken de konforunun ve rahatının sağlanacağı, kısıtlama altında iken sürekli gözleneceği, kısıtlama kullanımı için yeniden ve sürekli değerlendirme yapılacağı, ailenin desteğinin önemli olduğu ve kısıtlamanın kaldırılması için nasıl bir yol izleneceği bilgilerini kapsar. Hasta ya da ailesinin, kısıtlamanın kazalardan koruma amaçlı olduğu ve bir cezalandırma olmadığını anlaması sağlanır.

6.14.4. Kısıtlama orderi doktor tarafından en fazla 24 saat için verilir ve sonlandırma saati yazılır. Acil durumlar dışında kısıtlama uygulanmadan önce doktorun yazılı istemi olmalıdır. Acil durumlarda sözel direktif alınarak kısıtlama uygulanır. 24 saat içinde doktor direktifi yazılı hale getirilir. 24 saat sonra doktor tarafından değerlendirilen hastanın kısıtlaması devam edecek ise yeni bir direktif yazılır. Doktor istemi; hastanın kısıtlamaya ihtiyaç gösteren değerlendirmesini, kısıtlamanın zamanını, kısıtlama şeklini, klinik endikasyonu ve istem zamanı ile doktorun imzasını kapsar.

HAZIRLAYAN
**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ**
KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ
ONAYLAYAN
BAŞHEKİM

Doküman Kodu	FRB.KY.PR.03
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa Numarası	12/13

6.14.5. Kısıtlama sırasında hastaların hakları ve saygınlıkları korunur. Kısıtlama uygulayacak personel bu konuda eğitim almış olmalıdır. Hangi kısıtlamaya ihtiyaç olduğu, kısıtlama nedeni, alternatif girişimler ve ilaç kullanımı yoluyla kısıtlama olup olmadığı "**Kısıtlama Takip Formu**" na kaydedilir.

6.14.6. Gerektiğinde güvenlik elemanı ve mümkünse hastanın ailesi, hastanın hemşiresi ve doktorun gözetimi altında kısıtlama uygulanır.

6.14.7. Hemşire kayıtları aşağıdakileri kapsar:

- Kısıtlama süresi
- Kısıtlamaya alternatif uygulamalar
- Hastanın kısıtlama ihtiyacının tanınması
- Kısıtlamanın tipi
- Hastanın kısıtlamaya cevabı
- Kısıtlama sebebi ve kısıtlama periyodunda hastanın bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi

6.14.8. Kısıtlamanın doktor progesleri aşağıdakileri kapsar:

- Kısıtlamaya başlama zamanı
- Hastanın kısıtlamaya olan cevabı
- Kısıtlamaya alternatif uygulanan girişimler
- Kısıtlama sonrası hastanın durumu

6.14.9. Kısıtlama Altında Olan Hastaların Bakımı

Kısıtlama altında olan hastalar hemşire tarafından, kısıtlama uygulanan alanın durumu (deri bütünlüğü ve dolaşım durumu), kısıtlamaya cevapları açısından her 15 dakikada bir yeniden değerlendirilir ve değerlendirme sonuçları "**Kısıtlama Takip Formu**" na kaydedilir.

- Hemşire tarafından her 60 dakikada bir beslenme, boşaltım, O₂ ihtiyacı, mobilizasyon ve hijyen yönünden ihtiyaç değerlendirmesi yapılır. Her 4 saatte bir hasta, doktor ve hemşire tarafından kısıtlamanın sonlandırma zamanı açısından birlikte değerlendirilir, kısıtlamaya devam edilip edilmeyeceğine karar verilir.
- Yeniden değerlendirme sonucu kısıtlamasına son verilen hastaların ailesine hastaya yaklaşım hakkında bilgi verilir ve bakıma katılımları sağlanır.
- Kısıtlama altındaki hastaya aktif ya da pasif egzersiz için yardım edilir. Hastanın tuvalet ve hijyen ihtiyacı eğer mümkünse hastaya eşlik edilerek ya da sürgü ve ördek ile karşılanır. Kısıtlama alanlarına dolaşımı sağlamak için nazikçe masaj yapılır.
- Hasta, yemek yerken gözlenir ve eğer gerekli ise yemesine yardımcı olunur. Hasta sırt üstü uzanmış durumda iken aspirasyon riski sebebiyle bu pozisyonda beslenmez.
- Hastanın bakımını sağlayan personel, mümkünse hastanın güveni açısından değiştirilmez ve bu konuda hastanın isteği göz önüne alınır.
- Acil durumlarda (yangın gibi) hastanın tehlike yerinden uzaklaştırılması için, hasta çabucak ve nazikçe kısıtlamalarından uzaklaştırılır ve görevli personel eşliğinde güvenli bir alana götürülür ve rahatlaması sağlanır.

6.14.10. Kısıtlamaların Kaldırılması: Her 15 dakikada bir hemşire tarafından, her 4 saatte bir doktorla birlikte hasta belirlenen kriterler doğrultusunda değerlendirilir. Hasta kısıtlamanın kaldırılması yönünden kriterlere uygunsa; sakin, kendisine ve çevresine zarar verecek davranışları azalmış, kendisine uygulanan işlemlere karşı reaksiyon göstermiyor, takılmış olan kateter ve tüpleri çıkarma girişiminde bulunmuyorsa kısıtlama kaldırılır. Hasta kısıtlamanın kaldırılması yönünden kriterlere uygun değilse doktor direktiflerinde belirtilen süre içinde kısıtlama devam eder.

6.15. Laboratuvarda Hasta Güvenliği

Laboratuvarda hasta güvenliği adına hasta ve hasta yakınlarımız için alınması gereken önlemler "Transfüzyon Kalite Dosyası" kapsamındaki prosedürlere göre uygulanmaktadır.

6.16. Hasta Bilgileri ve Kayıtlarının Sağlık Çalışanları Arasında Güvenli Devredilmesi

Hastanemizde sağlık çalışanları her mesai bitiminde hasta dosyalarını gizlilik kurallarına uyarak teslim ederler. Bu teslimler "Nöbet Teslim Defteri" ne kaydedilir.

HAZIRLAYAN

**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ**

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM

6.17. Çalışanlara Hasta Güvenliği Eğitiminin Verilmesini Sağlamak

Hastanemizde her yıl düzenlenen Eğitim Planı'na göre Hasta Güvenliği Eğitimi uygulanmaktadır.

7. KALİTE KAYITLARI

- Sözel Order Alma Talimatı
- Sözel Order / Telefonla Order Formu
- Hasta Eşyaları ve İlaç Teslim Formu
- İlaç Yönetim Prosedürü
- Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu
- Transfüzyon İzlem Formu
- Radyasyon Güvenliği Talimatı
- Güvenlik Raporlama Sistemi Prosedürü
- Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu
- Ameliyat İşlem Öncesi Hazırlık Formu
- Anestezi Onam Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Formu
- Anestezi Takip Formu
- Tıbbi Cihaz ve Alet Yönetimi Prosedürü
- Tesis Güvenliği Prosedürü
- DÖF (Düzeltilici Önleyici Faaliyet)
- Enfeksiyon Prosedürü
- Kişisel Koruyucu Ekipman Talimatı
- Bilgi Sistemi Güvenliği Prosedürü
- Mavi Kod Talimatı
- Mavi Kod Formu
- Pembe Kod Talimatı
- Kısıtlama Takip Formu

HAZIRLAYAN**HASTA GÜVENLİĞİ
KOMİTESİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**