



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI
PROSEDÜRÜ**

Doküman No : OE-ECZ-PR-002
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 02
Revizyon Tarihi : 23.05.2019
Sayfa No : 1 / 6

1. Amaç

Temini Onkoloji Enstitüsünde Eczanemizce yapılan ve Onkoloji Enstitüsü'nde tedavi edilen hastaların tedavilerinde kullanılacak olan tüm ilaçların; temininden saklanmasına; order edilmesinden transferine; uygulanmasından uygulama sonrası izlemine kadar her aşamada güvenli kullanımı sağlamak amacıyla yapılan düzenlemelerle ilgili yöntem tanımlamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür; Hasta bakımı ve tedavisinin uygulandığı birimleri, eczaneyi ve eczaneye bağlı depoları kapsar.

3. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasından tüm eczane çalışanları, tüm hekimler, hemşireler sağlık memurları ve hasta bakıcılar sorumludur.

4. Tanımlar

5. Uygulamalar

5.1. İlaçların Saklanması:

5.1.1. Tüm ilaçlar ve tıbbi malzemeler ambalajlarında belirtilen koşullarda ve mümkünse orijinal ambalajında saklanır.

5.1.2. "Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi" nde bulunan ilaçlar direkt güneş ışığına maruz kalmayan raflarda saklanır. İlaç hastane ambalajı şeklinde temin edilmişse, eczaneye bölüme ilacı gönderirken gün ışığını engelleyecek şekilde paketleyerek gönderir. Birimlerde de bu ilaçların orijinal kutularında ya da ışıktan korunaklı ambalajlarda saklanması sağlanır.

5.1.3. "Soğuk Zincire Tabi İlaç Listesi"nde bulunan ilaçlar eczanede ve buldukları birimlerde, buzdolaplarında muhafaza edilir. Buzdolabının ısı kontrolü kliniklerde günde 2 kez kontrol edilir. Sorumlu Hemşire / Hemşire tarafından "Buzdolabı Isı Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır.

5.1.4. Eczanede buzdolaplarının ısı ve ortam ısı - nem kontrolü günde 3 kez kontrol edilir. Eczane çalışanları tarafından " Buzdolabı Isı Ve Ortam Isı-Nem Takip Formu " ile kayıt altına alınır.

5.1.5. İlaçların saklandığı tüm ortamların ısı ve nem düzeyleri ısı ve nemölçerler aracılığıyla izlenir ve birim sorumlularınca "Isı-Nem Takip Formu" ile kayıt altına alınır.

5.1.6. Aksi belirtilmediği takdirde tüm ilaç ve malzemeler Isısı oda sıcaklığı düzeyinde (ortalama 25 derece) ve nemin de %40-%60 düzeyinde tutulduğu ortamlarda saklanması tercih edilir.

5.1.7. İlaçlar, depolama mekânlarında yerle direkt temas etmeyecek şekilde stoklanır. Depoların tavan yüksekliğine 40 cm kala istifleme sonlandırılır. Ambalajların üzerindeki istifleme yüksekliği belirteçlerine harfiyen uyulur.

HAZIRLAYAN

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN

ONAYLAYAN

Süreç Sorumlusu

Kalite Temsilcisi

Enstitü Müdürü/Başhekim



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI
PROSEDÜRÜ**

Doküman No : OE-ECZ-PR-002
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 02
Revizyon Tarihi : 23.05.2019
Sayfa No : 2 / 6

5.1.8. Her ne koşulda olursa olsun ilaç ve birlikte kullanılan tıbbi malzemelerin terapötik niteliğini bozacak ambalaj, delik ve yırtık ürün ne eczaneye teslim sırasında ne de iade anında teslim alınamaz.

5.1.9. İlaçlar tüketilirken, birim sorumluları tarafından en yakın miadlı olanların öncelikli tüketilmesi sağlanır. Miadının dolmasına 3 ay kalmış ve birimde sadece bir aylık stok bırakılarak tüketilme olasılığı olmayan ilaçlar HBYS üzerinden eczaneye iade edilir.

5.1.10. Eczane tarafından miadının dolmasına 3 ay kalmış ilaçlar için ilgili firmalarla iletişime geçilerek, uzak miadlı ürünlerle değişimi sağlanır. Değişimi gereken ürünler firmalara mail yoluyla iletilir. Bu doküman eczanede muhafaza edilir.

5.1.11. İlaçların miadının dolması ve kullanılamaması durumunda **“Eczane İşleyiş Prosedürü”** ne uygun olarak imha edilir.

5.1.12. **“Yazılışları ve Okunuşları Benzer İlaç Listesi”**nde yer alan ilaçlar, eczanede ve birimlerde depolanırken; raflarda yan yana bulundurulmaz. Aynı ilacın farklı dozları arasında ambalaj benzerliği varsa bunlar da yan yana bulundurulmaz. Bu ilaçlar **“Ambalajı Benzer İlaç Listesi”** ile belirlenmiştir.

5.1.13. Uyuşturucu ilaçların saklanma koşulları **“Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı”**nda belirtilmiştir.

5.2. Birimlerde İlaç Yönetimi:

5.2.1. Birim depolarında ve acil çantasında/arabasında bulunan ilaçlar, **“Birim İlaç ve Malzeme Yönetimi Talimatı”** uyarınca birim sorumluları tarafından periyodik olarak kritik stok düzeyleri ve miad açısından kontrol edilir. Kontrol sonuçları ilgili forma kaydedilir.

5.2.2. Birimlerde kullanılacak tüm ilaçlar (hastaların evlerinden getirdikleri ilaçlar da dahil) hemşire odalarında ve/veya hemşirelerin denetiminde bulunan saklama alanlarında muhafaza edilir. Hemşire hastanın yanında yer alan, evde kullandığı ve hastanede kullanmaya devam edeceği ilaçları **“Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu”** ile teslim alır ve ilaç dolabına yerleştirir.

5.2.3. Uyuşturucu niteliğinde olan ilaçlar **“Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı”**na , Soğuk zincir ile saklanması gerekli olan ilaçlar da **“Soğuk Zincire Tabi İlaçların Kontrolü Talimatı”**na uygun olarak yönetilir.

5.3. Güvenli Order ve Güvenli Uygulama:

5.3.1. Hastanın planlanan tedavisi, **“Tedavi Tabelası”** ile kayıt altına alınır. Tedavi orderi; order tarihi, ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, sıklığını, uygulama şeklini ve verilmiş süresini, orderi veren hekimin kaşe ve imzasını içerir. Tanımlanan şekilde order edilmemiş ilaçlar hiçbir

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI
PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-002
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 02
Revizyon Tarihi : 23.05.2019
Sayfa No : 3 / 6

şekilde uygulanmaz. Orderlarda “**Kullanımı Sakıncalı Kısaltmalar Listesi**”nde yer alan kısaltmalar kullanılmaz.

5.3.2. Sözel order kullanılması gerektiğinde “**Sözel Order Alma Talimatı**” uygulanır. “**Yüksek Riskli İlaç Listesi**”nde bulunan ilaçlarda sözel order uygulanmaz.

5.3.2.1. Hastalara ilaç verilirken, 9 doğru ilkesi gözetilir:

- **Doğru hasta** olduğu; order ile hasta bilekliği üzerindeki 3 demografik bilgi karşılaştırılarak doğrulanır.
- **Doğru ilaç** olduğu order ile tedavi kartı karşılaştırılarak doğrulanır.
- **Doğru doz** olduğu order ile tedavi kartı karşılaştırılarak doğrulanır.
- **Doğru yol** olduğu order ile tedavi kartı karşılaştırılarak doğrulanır.
- **Doğru zaman** olduğu order ile tedavi kartı karşılaştırılarak doğrulanır.
- **Doğru form** olduğu order ile tedavi kartı karşılaştırılarak doğrulanır.
- Yukarıda belirtilenlere ek olarak göze, kulağa ya da özelliği bir tarafa uygulanacak ilaçlar için ayrıca, **doğru taraf** olduğu order ile tedavi kartı karşılaştırılarak doğrulanır.
- Yapılan işlem **doğru şekilde kayıt altına alınır.**

5.3.3. Hazırlanmış olarak saklanan ilaçlar (kas gevşeticiler, antikolinergikler, kolinesteraz inhibitörleri, hipnotikler, opioidler, vb) enjektöre çekildiğinde hazırlayan tarafından etiketlenerek üzerine tarih, saat ve ilacın adı, veriliş yolu, sulandırma oranı, hazırlayan kişinin inisiyalleri yazılır, ilacın özelliğine göre uygun sürede “**Eczane İşleyiş Prosedürü**”na uygun şekilde imha edilene kadar güvenli şekilde saklanır.

5.3.4. Birimlerde çoklu kullanımı mümkün olan örneğin göz damlaları, pomatlar, şuruplar gibi ilaçların üzerine açılma tarihi yazılır ve ambalajında aksi bildirilmemişse açıldıktan sonra 15 gün içinde tüketilmemesi durumunda kalan ilaç enfekte kabul edilir ve “**Eczane İşleyiş Prosedürü**”ne uygun imhası gerçekleştirilir.

5.3.5. Heparin ve İnsulin gibi multidoz ilaçların üzerine de, açan tarafından ilaçların açılış tarihi, saati yazılır ve ilacın ağız dezenfektan bir materyalle kapatılır. Tüketimi 24 saati aşmadı ise yeni flakon açmaktan kaçınılır.

5.4. Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi:

5.4.1. Eczane deposunda ara depolara toplu transferlerde dozajı farklı, ambalajı aynı yüksek riskli ilaçlar (örneğin atropin ve adrenalin), dozaj karışıklığını önlemek amacıyla işaretlenir. İşaretleme birimlere verilirken yapılır. Kutuyla veriliyorsa kutunun üzerinde dozajı belirten bölüm kırmızı fosforlu kalemle işaretlenir. Tek tek veriliyorsa (hasta başına çıkılıyorsa) ilaç dökümünü

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI
PROSEDÜRÜ**

Doküman No : OE-ECZ-PR-002
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 02
Revizyon Tarihi : 23.05.2019
Sayfa No : 4 / 6

gösteren HBYS çıktısı üzerinde dozajı gösteren bölüm kırmızı fosforlu kalemle işaretlenir. Bu ilaçların farklı dozları, birimlerde aynı bölmelerde bulundurulamaz.

5.4.2. Yüksek konsantrasyonlu elektrolit çözeltilerinin hazırlanması sırasında kullanılan sıvılara ve miktarlarına, bu çözeltilerle birlikte uygulanan ilaçlara azami özen gösterilir. Kalsiyum, sodyum, fosfor ve magnezyumun bikarbonatlı çözeltilerle hazırlanmaması ve uygulanmamasına, dikkat edilir.

5.5. Güvenli İlaç Hazırlama:

5.5.1. İlaçlar, eczaneden birimlere verilirken “**Güvenli İlaç Hazırlama, Dağıtım ve Taşıma Talimatı**”nda belirtilen ilkeler doğrultusunda hazırlanır.

5.5.2. Eczaneden birimlere gönderilen tabletler poşetlenerek üzerine hastanın adı-soyadı, yattığı klinik, ilacın adı, adedi ve son kullanma tarihi bulunacak şekilde eczane etiketi yapıştırılır. Hastaya ait ilaçların tümü poşetlenerek ayrı kutuya konur. İlaç dökümünü içeren HBYS çıktısı da poşetin içine yerleştirilir.

5.6. Güvenli İlaç Dağıtımı:

5.6.1. İlaçlar bölümlere “**Güvenli İlaç Hazırlama, Dağıtım ve Taşıma Talimatı**” na uyularak dağıtılır. Eczanede hazırlanan ilaçlar, ilgili birim personeli tarafından teslim alınır.

5.6.2. Uyuşturucu ilaçların dağıtım koşulları “**Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı**”nda tanımlanmıştır.

5.6.3. Soğuk zincir ilaçların dağıtım koşulları “**Soğuk Zincire Tabi İlaçların Kontrolü Talimatı**”nda belirtilmiştir.

5.6.4. Eczaneden birimlere ilaç transfer edilirken sadece bu işe ayrılmış kutu kullanılır.

5.7. İlaç-İlaç ve İlaç-Besin Etkileşimlerinin Yönetilmesi:

5.7.1. Birbiriyle etkileşme riski olan ilaçlar “**İlaç-İlaç Etkileşim Listesi**” ile belirlenmiştir. Birim eğitimleri ile özellikle hemşirelerin konuya dikkati çekilir.

5.7.2. Hastaların var olan kronik hastalıkları ile ilgili kullandığı ilaçlar “**Hasta Tanılama Formu**” ile kayıt altına alınır. Hastanemizde sunulan bakım sırasında etkileşim riski olan ilaç başlanması gerekirse bu durum ilgili klinisyenlerce değerlendirilir ve ilaç tedavisine devam edilecekse order edilir.

5.7.3. Çeşitli besinlerle etkileşme riski olan ilaçlar “**İlaç-Besin Etkileşim Listesi**” ile belirlenmiştir. Birim eğitimleri ile özellikle hemşirelerin konuya dikkati çekilir.

5.8. Diğer Önlemler

5.8.1. İlaçların çocuk dozları “**Acil İlaçların Çocuk Dozları Listesi**” ile tanımlanmıştır.

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI
PROSEDÜRÜ**

Doküman No : OE-ECZ-PR-002
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 02
Revizyon Tarihi : 23.05.2019
Sayfa No : 5 / 6

5.8.2. Yatarak tedavi görmüş hastaların taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar “**Hasta Bilgilendirme ve Çıkış Formu**” ile kayıt altına alınır ve hekim/hemşire tarafından hastaya/yakınına açıklanır.

5.9. Yan Etkilerin İzlenmesi

5.9.1. Bakım sunumu sırasında bakımı verenlerce gözlenen advers ilaç etkileri “**Advers Etki Bildirim Formu**” kullanılarak Farmakovijilans Sorumlusu’na iletilir.

5.9.2. Tanı amaçlı ya da tedaviye yönelik kullanılan ilaçların ve bitkisel ürünlerin, tedavi dozlarında gösterdiği ciddi/beklenmeyen reaksiyonlar, advers etki kapsamında ele alınır.

5.9.3. İlgili hekim ve hemşirenin olası bir advers etkiden kuşku duyması, bildirim için yeterlidir (Bildirimi yapan advers etkiden emin olmak zorunda değildir).

5.9.4. Advers etki bildiriminde, mahremiyet ilkesi gereği etkilenen hastanın kimliği gizli tutulur; ancak bildirimi yapanın kimliği açık olarak yazılır.

5.9.5. Advers etki kuşkusu olan ilacın (ürünün) ambalajı, bildirimi yapan tarafından mutlaka saklanır.

5.9.6. Hekim ve hemşireler, gözledikleri etkileri Farmakovijilans Sorumlusu’na iletebilecekleri gibi, doğrudan TÜFAM’a ve/ya da ilgili firmaya da iletebilirler.

5.9.7. Farmakovijilans Sorumlusu “**Advers Etki Yönetmeliği**” uyarınca gerekli bildirimleri yapar ve gerektiğinde ilgili ürünün kurumda kullanımını kısıtlanması amacıyla Eczane ile işbirliği yapar.

5.10. İzleme ve kontrol:

5.10.1. İlaç uygulamaları sırasında gelişen beklenmedik olaylar ve neredeyse olaylar, “**Olay Bildirim Formu**” ile kayıt altına alınır ve “**Uygun Olmayan Hizmetin/Ürünün Kontrolü Prosedürü**”ne uygun şekilde izlenir.

5.10.2. İlaç listelerinin (“**Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi**”, “**Soğuk Zincire Tabi İlaç Listesi**”, “**Yüksek Riskli İlaç Listesi**”, “**Yazılışı-Okunuşu Bezer İlaç Listesi**”, “**Ambalajı Benzer İlaç Listesi**”, “**İlaç-Besin**” ve “**İlaç-İlaç Etkileşim Listeleri**”, “**Acil İlaçların Çocuk Dozları Listesi**”), “**Kullanımı Sakıncalı Kısaltmalar Listesi**”nin ve “**Advers Etki Bildirim Formu**”nun yer aldığı “**İlaç Güvenliği Rehberi**” hasta bakım alanlarında bulundurulur. Parantral ilaçların stabilite ve geçimsizlik kontrolü için “**İlaç Çözücü Solüsyon Bilgi Rehberi**” hasta bakım alanlarında bulundurulur.

6. İlgili Dokümanlar

6.1. Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi

6.2. Soğuk Zincire Tabi İlaç Listesi

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI
PROSEDÜRÜ**

Doküman No : OE-ECZ-PR-002
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 02
Revizyon Tarihi : 23.05.2019
Sayfa No : 6 / 6

- 6.3. Isı-Nem Takip Formu
- 6.4. Buzdolabı Isı Ve Ortam Isı-Nem Takip Formu
- 6.5. Eczane İşleyiş Prosedürü
- 6.6. Yazılışları ve Okunuşları Benzer İlaç Listesi
- 6.7. Ambalajı Benzer İlaç Listesi
- 6.8. Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı
- 6.9. Birim İlaç ve Malzeme Yönetimi Talimatı
- 6.10. Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu
- 6.11. Soğuk Zincire Tabi İlaçların Kontrolü Talimatı
- 6.12. Tedavi Tabelası
- 6.13. Kullanımı Sakıncalı Kısaltmalar Listesi
- 6.14. Sözel Order Alma Talimatı
- 6.15. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- 6.16. Güvenli İlaç Hazırlama, Taşıma ve Dağıtım Talimatı
- 6.17. İlaç-İlaç Etkileşim Listesi
- 6.18. Hasta Tanılama Formu
- 6.19. İlaç-Besin Etkileşim Listesi
- 6.20. Acil İlaçların Çocuk Dozları Listesi
- 6.21. Hasta Bilgilendirme ve Çıkış Formu
- 6.22. Advers Etki Bildirim Formu
- 6.23. Advers Etki Yönetmeliği
- 6.24. Olay Bildirim Formu
- 6.25. Uygun Olmayan Hizmetin/Ürünün Kontrolü Prosedürü
- 6.26. İlaç Güvenliği Rehberi
- 6.27. Buzdolabı Isı Kontrol Formu
- 6.28. İlaç Çözücü Solüsyon Bilgi Rehberi

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim