



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
LABORATUVAR GÜVENLİK
PROSEDÜRÜ**

Doküman No :OE-CHGS-PR-005
İlk Yayın Tarihi :06.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :1 / 7

1. Amaç

Laboratuvarlarda hasta, hasta yakını, laboratuvar çalışanı ve laboratuvara gelen tüm bireylerin güvenliğini sağlamak amacı ile hizmet üretiminde kullanılan cihaz, araç, gereçten kaynaklananlar dahil her türlü fiziksel etken, kimyasal madde ve enfektif materyalden kaynaklanabilecek zararların önlenmesine yönelik koşulları sağlamak, korunma kurallarını ve maruziyet durumunda uygulanacak kuralları belirlemek, oluşabilecek çevre zararlarını önleyici tedbirler alıp uygulayarak sağlıklı ve güvenli laboratuvar ortamı oluşturmak, laboratuvarın,teçhizat, malzeme, cihaz ve bilgi sistemlerinin korunması için alınacak önlemleri belirlemektir.

2. Kapsam

Tüm laboratuvar çalışanlarını ve buradan hizmet alanları kapsar.

3. Sorumlular

Tüm laboratuvar sorumluları ve çalışanları.

4. Tanımlar

4.1. Biyogüvenlik Düzeyi: Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarının çalıştığı klinik örneklerdeki mikroorganizmaların çevre ve insanlara zararı açısından belirlenmiş risk düzeyidir.

4.2. Laboratuvar Kaynaklı Biyolojik Kirlenme: Biyolojik kirlenme çeşitli zararlı mikroorganizmaların kaynağından yakın ve uzak çevreye yayılmasıdır. Laboratuvar ortamı çalışanların enfeksiyon riski ile karşı karşıya olduğu tehlikeli bir çevre oluşturmakta olup, bu ortamda bulunan patojen mikroorganizmaların çalışanlara, diğer bireylere ve bölümlere bulaşma/yayılma potansiyeli de yüksektir. Laboratuvarda enfeksiyonların genel kaynağı, doğrudan hastanın kendisi ve hastadan analiz için alınan her türlü klinik örnek (kan, idrar gibi) dir.

4.3. Laboratuvar Kaynaklı Kimyasal Kirlenme:Laboratuvarda analiz sırasında kullanılan, insan ve çevre sağlığını tehdit eden çeşitli kimyasal maddelerin veya kimyasal madde ile işlenmiş biyolojik atıkların, analiz bölgesine ve diğer laboratuvar içi ve dışı bölgelere yayılmasıdır.

4.4. Beklenmedik Olay:Ölüme, ciddi fiziksel ya da psikolojik travmayaneden olan olayları veya bu olayların oluşma riskini tanımlayan ve bu durumda yapılacak davranışları belirtmek için kullanılan bir ifadedir.

5. Uygulamalar

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:
SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
LABORATUVAR GÜVENLİK
PROSEDÜRÜ**

Doküman No :OE-CHGS-PR-005
İlk Yayın Tarihi :06.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :2/7

5.1. Laboratuvar Çalışma Alanı Genel Güvenlik İlkeleri

5.1.1.Laboratuvarların toz, gürültü, zararlı canlılar gibi olumsuz etmenlerden korunmasına özen gösterilir. Cihaz seçimlerinde titreşim ve gürültü düzeylerinin düşük olmasına dikkat edilir.

5.1.2.Depolar dahil gerekli tüm laboratuvar alanlarının, sıcaklık ve nem düzeyinin belli aralıklarda tutulması sağlanır. Bu ortamların, buzdolaplarının, derin dondurucuların ve etüvlerin her sabah görevli laboratuvar personeli tarafından sıcaklık takibi yapılarak “**Isı Nem Takip Formu**” ile kayıt altına alınır. Herhangi bir arıza durumunda bölüm sorumlusunun bilgisi dahilinde ilgili Birime haber verilerek arızanın giderilmesi sağlanır. Arıza giderilinceye kadar laboratuvarda bulunan diğer dolaplar/etüvler kullanılır.Cihazların bakım onarım kayıtları birimlerde saklanır.

5.1.3.Aydınlatmalar, iklimlendirme cihazları, elektrik ve gaz ile çalışan bekler, mikroskop lambaları dahil tüm elektrikli cihazlar, su muslukları ve laboratuvarda kullanılan tıbbi gaz tüplerinin vanaları çalışılmadığı zamanlarda kapalı tutulur. Su baskınlarına karşı önlem olarak zarar görebilecek malzeme ve cihazlar laboratuvar içinde belli yüksekliklere yerleştirilir.

5.1.4.Çalışma ortamında, çalışanları rahatsız edecek ve dikkatlerini dağıtacak tüm olumsuz etkilerden kaçınılır. Laboratuvarın çalışma alanına giriş ve çıkışlar kontrol altında tutulur.Mikrobiyolojik çalışmaların yapıldığı bölümlerde kontaminasyonu ve enfeksiyonları önlemek için yetkisiz girişlere izin verilmez. Bu alanlar, kapılarına yerleştirilen “**Biyolojik Tehlike**” işareti ile belirlenir.

5.1.5.Laboratuvara örnek taşıyan personelin örnek teslim birimleri dışındaki çalışma alanlarına girişine ve cihazlarla temasına izin verilmez.

5.1.6.Gerekli durumlarda firma teknik elemanlarının, cihazla ilgili personelin refakatinde ve laboratuvar sorumlusunun bilgisi dahilinde laboratuvar çalışma alanına girişine izin verilir.

5.1.7.Hasta ve hasta yakınlarının kan alma, kayıt, örnek teslim ve rapor teslim birimleri dışındaki laboratuvar alanlarına girişine izin verilmez.

5.1.8.Ziyaretçilerin laboratuvar çalışma alanlarına girişine izin verilmez. Ziyaretçiler, ziyaretine geldiği ilgili laboratuvar personeli eşliğinde, iş akışını aksatmayacak sürede ofis alanlarında veya laboratuvar dinlenme alanında kabul edilir.

5.2. Güvenli Çalışma Ortamı İçin Laboratuvarda Uyulması Gereken Kurallar

Tüm çalışanlar,kendilerini ve diğer çalışanları korumak için aşağıda yer alan evrensel önlemler ve standart biyogüvenlik kuralları ile aşağıda belirtilen koşullara uymakla yükümlüdür:

5.2.1.Çalışma ortamında koruyucu giysi olarak temiz, boyu en az diz hizasında, uzun kollu,tüm düğmeleri kapatılmış laboratuvar önlüğü giyilir. Önlük üzerine hırka, ceket gibi başka giysiler giyilmez. Laboratuvarda kapalı ayakkabı/terlik kullanılır. Çalışma ortamından ayrılırken önlük/iş kıyafeti çıkarılır.

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:
SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
LABORATUVAR GÜVENLİK
PROSEDÜRÜ

Doküman No :OE-CHGS-PR-005
İlk Yayın Tarihi :06.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :3 / 7

- 5.2.2.** Palto, ceket gibi giyim eşyaları, çanta ve kitaplar çalışmatezgahtarlarının üzerine bırakılmaz, bu eşyalar için özel olarak ayrılmış yerlere konur.
- 5.2.3.** Saçlar uzun ise toplanır. Tırnaklar kısa kesilir. Laboratuvar da kontakt lens manipülasyonu yapılmaz, kozmetik uygulanmaz.
- 5.2.4.** Laboratuvar da ki çalışma alanları içinde kesinlikle herhangi bir şey yenmez ve içilmez.
- 5.2.5.** Laboratuvar çalışma alanları içindeki buzdolabı ve dolaplara yiyecek–içecek konulmaz. Yiyecek–içecekler ofis veya dinlenme alanlarındaki dolaplarda tutulur.
- 5.2.6.** Eller ve kağıt, kalem gibi eşyalar yüze ve ağıza sürülmez. Elde yara, kesi varsa su geçirmez bant ile kapatılır.
- 5.2.7.** Kan ve vücut sıvılarının sıçrayabildiği ya da kontamine aerosollerin oluşabildiği durumlarda, tehlikeli kimyasallarla çalışıldığında yüz–göz koruyucu, maske kullanılır.
- 5.2.8.** Laboratuvar çalışma ortamlarında süs bitkileri bulundurulmaz, evcil hayvanların girişine izin verilmez.
- 5.2.9.** Laboratuvar temizliği, “**Temizlik Uygulamaları Talimatı**”nda belirtildiği gibi yapılır. Yerlerin kaygan olmasına yol açacak su, yağ gibi kirlenmelere izin verilmez.
- 5.2.10.** Ağızla pipetleme yapılmaz. Tek kullanımlık plastik pipetler, otomatik pipetler veya puar gibi pipetleme gereçleri kullanılır.
- 5.2.11.** Klinik örneklerle direkt temasla sonuçlanabilecek her türlü kaza (iğne batması, kırılma, dökülme gibi), kimyasallara maruziyet derhal laboratuvar sorumlusuna bildirilir ve “**Olay Bildirim Formu**” ile kayıt altına alınır.
- 5.2.12.** Cihazlar üreticilerinin önerdiği ve imal edildikleri materyallere uygun temizlik malzemesi ile temizlenir. Patoloji Laboratuvarı dışındaki laboratuvarlarda çalışmalar sırasında kullanılan malzemeler “**Laboratuvar Sterilizasyon Talimatı**” na uygun olarak temizlenir.
- 5.2.13.** Çalışmalar sırasında “**Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı**” uyarınca koruyucu ekipman kullanılır.
- 5.2.14.** Kan ve diğer klinik örnekler ile çalışmalarda mutlaka tek kullanımlık eldiven giyilir. Delik ya da yırtık eldiven kullanılmaz. Eldivenli iken temiz yüzeylere, ağız, burun ve göze dokunulmaz. Çalışma bitince eldivenler kırmızı tıbbi atık torbasına atılır ve eller “**El Yıkama Talimatı**”na uygun şekilde yıkanır. Laboratuvarların çalışma alanları, cihaz, telefon ve bilgisayarlar kontamine olarak kabul edilir. Laboratuvardan çıkarken eller mutlaka yıkanır.
- 5.2.15.** Patoloji Laboratuvarı dışındaki tüm laboratuvarların biyogüvenlik düzeyleri saptanmıştır. Her laboratuvar “**Biyogüvenlik Düzeyini Belirleme ve Uygulama Talimatı**”na uygun çalışır.

5.3. Laboratuvar Güvenlik Araçlarının Kullanımı

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:
SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
LABORATUVAR GÜVENLİK
PROSEDÜRÜ

Doküman No :OE-CHGS-PR-005
İlk Yayın Tarihi :06.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :4 / 7

5.3.1.Laboratuvar güvenlik araçlarının temininden laboratuvar yöneticileri sorumludur. Eldiven, maske, dezenfektanlar, atık toplama kapları ve torbaları gibi araç ve gereçler hastane ana malzeme deposundan temin edilir.

5.3.2.Laboratuvarda eldiven, önlük, maske, koruyucu gözlük, tıbbi atık toplama kapları ve torbaları, amaca uygun biyogüvenlik kabinleri gibi koruyucu ekipman ile acil duş ünitesi, yangın söndürme cihazları gibi ilk yardım araç ve gereçleri bulundurulur. Bunların kullanımı ile ilgili bilgiler Laboratuvar Güvenlik Eğitimi kapsamında personele anlatılır.

5.4. Biyolojik, Kimyasal Ve Radyoaktif Kirlenmeye Karşı Alınan Önlemler

5.4.1.Laboratuvarda meydana gelen ve enfeksiyöz materyalle kontaminasyon riski taşıyan dökülme-saçılmalarda "**Kan ve Diğer Klinik Örneklerin Dökülme ve Saçılmalarında Yapılacak İşlemler Talimatı**" na uyulur.

5.4.2.Çalışmalar esnasında laboratuvarın biyogüvenlik düzeyine uygun biyogüvenlik kabinleri "**Biyogüvenlik Düzeyini Belirleme ve Uygulama Talimatı**"doğrultusunda kullanılır.

5.4.3.Laboratuvarda bulunan kimyasallar için "**Tehlikeli Kimyasal Madde Envanteri Listesi**" hazırlanır. Bu maddelerin kullanımı ve depolanması sırasında"**Tehlikeli Madde Yönetim Talimatı**"na uygun çalışılır.

5.5. Dezenfeksiyon Ve Sterilizasyonla İlgili Kuralların Belirlenmesi

5.5.1.Laboratuvarda yüzeylerin dezenfeksiyonu "**Laboratuvar Temizlik Dezenfeksiyon Talimatı**"na uygun olarak yapılır.

5.5.2.Tekrar kullanılacak olan (patoloji dışı) laboratuvar gereçleri kullarımlarını takiben; uygun deterjanla mekanik yıkama yapıldıktan ve distile sudan geçirildikten sonra; gereken gereçlerde "**Laboratuvar Sterilizasyon Talimatı**"na uygun şekilde sterilizasyon uygulanır.

5.6. Laboratuvarda Atıkların Yönetimi

5.6.1.Enjektör ve iğne uçları, bisturi, lanset gibi delici-kesici aletler, pipet uçları gibi plastik sarflar, kullanılmış eldivenler, işlemi tamamlanmış klinik örnekler, mikroorganizma kültürleri laboratuvar kaynaklı tıbbi atıklar olarak kabul edilmektedir.

5.6.2.Laboratuvar kaynaklı tıbbi ve kimyasal atıklar"**Çevre ve Atık Yönetim Talimatı**" nde belirtildiği şekilde laboratuvar içinde deuygun atık torbalarında ayrı ayrı toplanır ve ilgili görevliler tarafından geçici atık depolarına taşınır.

5.6.3.Delici-kesici aletler ve pipet uçları kullanıldıktan sonra "**Tıbbi Atık**" yazısı ve/veya işareti bulunan, delinmez, plastik sarı/turuncu renkli atık kutularında toplanır. Bu kutular 3/4 seviyesine kadar dolduğunda ağızları kapatılarak üzerinde "**Dikkat Tıbbi Atık**" ve/veya "**Uluslararası Biyotehlike**" işareti bulunan kırmızı renkli tıbbi atık torbalarında toplanır.

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:
SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
LABORATUVAR GÜVENLİK
PROSEDÜRÜ**

Doküman No :OE-CHGS-PR-005
İlk Yayın Tarihi :06.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :5 / 7

5.6.4. İşlemi tamamlanmış klinik örnekler ve mikroorganizma kültürleri, kullanılan disposable eldivenler gibi tek kullanımlık sarflar kırmızı renkli tıbbi atık torbasına atılır.

5.6.5. Kırmızı renkli tıbbi atık torbaları 2/3 seviyesine kadar dolduktan sonra ağzı sıkıca bağlanarak tıbbi atıkların uzaklaştırılması ile görevli temizlik personeli tarafından alınır. Atık kutusuna yeni tıbbi atık torbası yerleştirilir.

5.6.6. Biyokimya Laboratuvarında cihazların ürettiği sıvı atıklar; cihazlar tarafından enfeksiyöz etkenlerden uzaklaştırılmış ve asit-baz dengesi sağlanmış olarak doğrudan kanalizasyona verilir.

5.6.7. Moleküler ve genetik laboratuvarlarında üretilen sıvı atıklar, tehlikeli atık olarak ayrıştırılır, üzerine “Tehlikeli Atık” belirteci konur ve uzaklaştırılır.

5.6.8. Yarılanma ömrü yüz günden kısa olan radyoaktif kalıntı içeren atıklar özel kurşun tanklarda depolanarak yarılanma ömürleri tamamlandıktan sonra kanalizasyona verilir. Radyoaktif atıkların konulduğu tankların üzerine gerekli uyarı işaretleri yanı sıra kullanım tarihi, yarı ömür süresi gibi bilgileri içeren etiketler konulur. Yarılanma ömrü yüz günden uzun olan radyoaktif kalıntı içeren atıklar özel kurşun tanklarda depolanarak belirli aralıklarla bertaraf edilmek üzere Atom Enerjisi Kurumu’na ulaştırılır.

5.7. Tehlikeli Madde Yönetimi

5.7.1. Laboratuvarında kullanılan her tür tehlikeli maddenin taşınması, depolanması ve kullanılması “**Tehlikeli Madde Yönetim Talimatı**” na uygun olarak yapılır.

5.7.2. Laboratuvarında kullanılan her tür tehlikeli maddenin envanteri hazırlanarak, üretici firmalardan temin edilen güvenlik bilgi formları ile birlikte birimde saklanır.

5.7.3. Tehlikeli madde ve kimyasalların kullanımı sırasında zararlı maddelerle her türlü teması önlemek için, etiket üzerindeki güvenlik uyarılarına dikkat edilerek ürün güvenlik bilgi formlarında belirtilen koşullarda çalışılır.

5.7.4. Tehlikeli madde ve kimyasalların kullanımı sırasında oluşan saçılmalar ve dökülmeler, ilgili kimyasal maddenin güvenlik bilgi formunda belirtilen esaslara göre ortadan kaldırılır. Kullanıcının kontaminasyonu veya yaralanması durumunda ilk müdahale yerinde yapılarak, “**Acil Servis**”e yönlendirilir, “**Olay Bildirim Formu**” doldurularak Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi’ne bildirilir.

5.7.5. Tehlikeli ve kimyasal maddelerin dökülme, saçılma ve teması ile ilgili nötralizanlar ve ilk yardım gereçleri birimlerde hazır bulundurulur ve gerekli birimlerde bunların kullanıma uygunluğu; bu işle görevlendirilmiş laboratuvar çalışanı tarafından periyodik olarak (ayda 1) kontrol edilir, kontrol sonuçları “**Acil Müdahale Seti Kontrol Formu**” ve “**Dekontaminasyon ve Nötralizasyon Kiti Kontrol Formu**” na kaydedilir.

5.7.6. Patoloji Laboratuvarlarında formik asit ve ksilen ölçümleri Patoloji Dernekleri Federasyonu’nun belirttiği ilkeler çerçevesinde gerçekleştirilir.

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:
SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
LABORATUVAR GÜVENLİK
PROSEDÜRÜ**

Doküman No :OE-CHGS-PR-005
İlk Yayın Tarihi :06.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :6 / 7

5.8. Cihaz ve Ekipman Güvenliğinin Sağlanması

5.8.1.Laboratuvarda kullanılan tüm cihazların rutin bakımları“..... **Laboratuvar Cihaz Envanteri Listesi**”na uygun olarak takip edilir.

5.8.2.Kullanılmakta olan bir cihaz bozulduğunda öncelikle laboratuvar sorumlusuna bilgi verilir Arızalı cihaz demirbaş ise “**Biyomedikal Birimi**” aracılığıyla onarım süreci başlatılır, kit karşılığı alınan cihaz ise ilgili firmanın teknik servisi, iklimlendirme cihazları ise Hastane Müdürlüğü’nün Teknik Hizmetler Birimi bilgilendirilerek onarımı sağlanır.

5.9. Elektrik Güvenliğinin Sağlanması

5.9.1.Laboratuvardaki bütün elektrikli cihaz prizlerinin topraklamalı olması ve yalıtımlarının çift ya da takviyeli yapılması esastır. Elektrik kablosu zedelenmiş cihazların laboratuvarda kullanımına izin verilmez, hasarlı kablolar derhal değiştirilir.

5.9.2.Kablolar zeminde dağınık bulundurulmaz, kanallar aracılığı ile cihazlara ulaştırılırveya duvara sabitlenerek cihaza kadar ulaştırılır. Prizlerin yer seviyesinden yüksek olmasına özen gösterilir.

5.9.3.Elektrik güvenliği kontrolü, demirbaş cihazlarda Biyomedikal Birimi ve/veya cihazın ilgili teknik servisi tarafından, kit karşılığı kullanılan cihazlarda ise ilgili firma tarafından kalibrasyonlarla birlikte yapılır ve düzenli aralıklarla tekrarlanır.

5.9.4.Laboratuvarda bulunan cihazlardan kaynaklanan elektrik çarpması hissi/elektrik çarpması durumunda cihaza ve ekipmanlarına müdahale edilmez, cihazın kullanımı durdurularak derhal Teknik Hizmetler Birimi ve/veya cihazın ilgili teknik servisine bildirilir, “**Olay Bildirim Formu**” doldurularak Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi’ne iletilir.

5.9.5.Tümlaboratuvar cihazları ve çevre donanımları elektrik kesintileri ve akım düzensizliklerine karşı kesintisiz güç kaynakları (UPS) ile desteklenmektedir. Kesintisiz güç kaynaklarınınperformansı senede en az bir kez kontrol edilir.

5.10. Beklenmedik Olayların Analizi ve Yönetimi

5.10.1.Beklenmedik bir olay geliştiğinde “**Uygun Olmayan Hizmetin ve Ürünün Kontrolü Prosedürü**” ne uygun davranılır, durum“**Olay Bildirim Formu**” ile kayıt altına alınır.

5.10.2.Laboratuvarda kaza ve yaralanmalar için ilk yardım gereç ve malzemeleri bulundurulur. Acil yardım gerektiren durumlarda kurum içi ve kurum dışı(itfaiye, polis, İGDAŞ gibi) yardım istenecek birim ve ilgili kişilerin iletişim bilgileri laboratuvarda herkesin görebileceği bir yere asılır.

5.11. Laboratuvarda Güvenlik Eğitimlerinin Verilmesi

5.11.1.Laboratuvar Güvenlik Eğitimi;işe yeni başlayan personele göreve başlar başlamaz ve ilgili tüm personele yılda en az bir kez verilir. Çalışma ortamında risk yaratan herhangi bir değişiklik durumunda eğitim tekrarlanır.

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:
SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
LABORATUVAR GÜVENLİK
PROSEDÜRÜ

Doküman No :OE-CHGS-PR-005
İlk Yayın Tarihi :06.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No :7 / 7

5.11.2. Verilen eğitimler“**Eğitim Komitesi İşleyiş Prosedürü**” uyarınca gerçekleştirilir ve “**Eğitim Katılım Formu**”ile kayıt altına alınır.

5.12. Laboratuvar güvenlik prosedürü baz alınarak hazırlanan “**Laboratuvar Güvenlik Rehberi**” tüm laboratuvarlarda bulundurulur.

6. İlgili Dokümanlar

- 6.1. Isı Nem Takip Formu
- 6.2. Biyogüvenlik Düzeyini Belirleme ve Uygulama Talimatı
- 6.3. Temizlik Uygulamaları Talimatı
- 6.4. Laboratuvar Sterilizasyon Talimatı
- 6.5. Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı
- 6.6. El Hijyeni Talimatı
- 6.7. Kan ve Diğer Klinik Örneklerin Dökülme ve Saçılmalarında Yapılacak İşlemler Talimatı
- 6.8. Tehlikeli Madde Envanteri Listesi
- 6.9. Tehlikeli Madde Yönetim Talimatı
- 6.10. Laboratuvar Temizlik ve Dezenfeksiyon Talimatı
- 6.11. Çevre ve Atık Yönetimi Talimatı
- 6.12. “..... Laboratuvar Cihaz Envanteri Listesi”
- 6.13. Arıza Kayıt ve Takip Formu
- 6.14. Uygun Olmayan Hizmetin ve Ürünün Kontrolü Prosedürü
- 6.15. Eğitim Komitesi İşleyiş Prosedürü
- 6.16. Eğitim Katılım Formu
- 6.17. Laboratuvar Güvenlik Rehberi
- 6.18. Acil Müdahale Seti Kontrol Formu
- 6.19. Dekontaminasyon ve Nötralizasyon Kiti Kontrol Formu

HAZIRLAYAN:	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:
SÜREÇ SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM