



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİRİMLERDE İLAÇ- MALZEME- TIBBİ CİHAZ
YÖNETİM TALİMATI**

Doküman No : OE-TMY-PR-001/TL-001
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 1 / 4

1. Amaç

Bu talimatın amacı; birimlerde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerinin; kritik stok düzeylerini ve son kullanım tarihleri kontrol altında tutulacak şekilde takibini gerçekleştirmek, ilaç ve malzemelerin uygun koşullarda saklanması sağlamak ve cihazların kullanıma uygun olduğuna ilişkin kontrolleri sağlamaktır.

2. Kapsam

Bu talimat sağlık bakımı sunulan alanları kapsar.

3. Tanımlar

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

Ara depo: Birimde kullanılan transfer deposu, operasyonel depo, faturalandırılmayan malzeme deposu, resusitasyon deposu, tüketim malzemeleri deposu.

4. Sorumlular

Bu birimlerin sorumlu hemşire ve hemşireleri, sorumlu tekniker ve teknikerleri

5. Uygulamalar

5.1. Genel ilkeler

5.1.1. Birimlerde ilaç ve malzeme saklanan ortamların ve buzdolaplarının ısı ve nem düzeyleri her gün günde iki (2) kez sorumlu hemşire/hemşire/sorumlu tekniker/tekniker tarafından kontrol edilerek “**Buzdolabı Isı Kontrol Formu**” ile kayıt altına alınır.

5.1.2. Uyuşturucu ilaçlar “**Uyuşturucu İlaç Yönetimi Talimatı**” na uygun şekilde; soğuk zincire tabi ilaçlar “**Soğuk Zincire Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı**” na uygun şekilde yönetilir.

5.1.3. Birimlerde herhangi bir nedenle zayı olan ilaçlar, “**Fire Fişi**” ile kayıt altına alınır. Bu form, İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü birim sorumlusu, başeczacı/eczacı ve Başhekim'e imzalatıldıktan sonra birimde saklanır.

5.1.4. Anestezi biriminde kullanılan ilaç ve malzemeler “**Anestezi Biriminde İlaç ve Malzeme Yönetimi Talimatı**” uyarınca takip edilir.

5.1.5. HBTC'nin yönetimi “**HBTC Yönetimi Talimatı**” na göre yapılır.

5.2. Hasta başı kullanılacak ilaçların ve malzemelerin yönetimi

5.2.1. KTÜ'de hasta başı ilaç ve malzemelerin yönetimi “**KTÜ İşleyiş Prosedürü**”nde tanımlanmıştır.

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



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİRİMLERDE İLAÇ- MALZEME- TIBBİ CİHAZ
YÖNETİM TALİMATI**

Doküman No : OE-TMY-PR-001/TL-001
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 2 / 4

5.2.2. Birimlerde hasta başına kullanılacak ilaç ve malzemeler ilgili hekim tarafından HBYS üzerinden istenir.

5.2.3. İstem eczacı tarafından onaylandıktan sonra, ilaç ve malzemeler, hasta üzerine asılı kalmak üzere eczane stoğundan düşülür ve ilaçların birime gönderilmesi hasta bazında yapılır (her hasta için ayrı ayrı paketlenerek birime gönderilir). Ürünler ilgili birim personeli tarafından teslim alınır.

5.2.4. Eczane tarafından hasta başına olacak şekilde birime gönderilen ilaç ve malzemelerin dökümü alınır ("**İlaç/Malzeme Döküm Formu**"), teslim eden eczane görevlisi ve teslim alan birim görevlisi tarafından imzalanır. Birimde ürünleri teslim alan hemşire ürünleri kontrol ederek kabul eder ve dökümü imzalar.

5.2.5. Kliniğe "**İlaç/Malzeme Döküm Formu**" ile gelen ilaçlar ve malzemeler her hastanın hemşiresi tarafından hasta ilaç dolaplarına, malzemeler de personel tarafından depoya yerleştirilir.

5.2.6. "**İlaç/Malzeme Döküm Formu**" gün sonuna kadar saklanır.

5.2.7. Hastaya kullanılan ilaç ve malzemeler ilgili hemşire tarafından HBYS üzerinden hasta üzerine aktarılır.

5.2.8. Herhangi bir nedenle hastaya kullanılmayan ürünler "**İlaç ve Malzeme İade Talimatı**" uyarınca eczaneye iade edilir.

5.3. Birim ara depolarında bulundurulmuş ilaç ve malzemelerin yönetimi

5.3.1. Birim ara depolarında bulundurulmuş ürünler haftalık olarak sorumlu hemşire/tekniker tarafından HBYS üzerinden istenir.

5.3.2. İstem eczacı/aynıyat personeli tarafından onaylandıktan sonra, "**Taşınır İşlem Fişi**" düzenlenir, ilgili birim personeli tarafından teslim alınır.

5.3.3. Birime gelen ürünler sorumlu hemşire/tekniker tarafından kontrol edilerek kabul edilir.

5.3.4. Teslim alınan ilaçlar ve malzemeler eczane/aynıyat çalışanları tarafından HBYS üzerinden eczane/aynıyat stoklarından düşülüp birim ara deposuna aktarılır.

5.3.5. Hastaya kullanılan ilaçlar ve malzemeler, sorumlu hemşire/hemşire/sorumlu tekniker/tekniker tarafından HBYS üzerinde hastaya üzerine aktarılır.

5.3.6. Birimlerde ara depolarda bulunan ilaç ve malzemelerin stok düzeylerinin uygunluğu ve miadları; birim sorumlu hemşiresi/teknikeri tarafından HBYS üzerinden haftalık olarak kontrol edilir ve sistem çıktıları imzalanarak biriminde arşivlenir.

5.3.7. Birim ara deposunda kritik stok altına düşmüş ilaç ve malzemeler için sorumlu hemşire tarafından eczaneden/aynıyattan talep yapılır.

5.3.8. Miadının dolmasına 3 ay kalan ilaçlar, sorumlu hemşire/tekniker tarafından eczaneye yazılı

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



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİRİMLERDE İLAÇ- MALZEME- TIBBİ CİHAZ
YÖNETİM TALIMATI**

Doküman No : OE-TMY-PR-001/TL-001
İlk Yayın Tarihi : 03.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 3 / 4

olarak bildirilerek gönderilir ve uygun miadlı ilaç ve malzeme ile değişimi sağlar.

5.4. Birimlerde bulunan acil donanımının yönetimi

5.4.1. Birimlerde bulunması gereken acil ilaç ve malzemeler “**Acil Arabası / Çantası Kontrol Formu**”nda belirtilmiştir.

5.4.2. Birimlerde bulunan acil arabasının/çantasının rutin kontrolü ayda bir kez birim sorumlu hemşiresi/ hemşiresi tarafından yapılır. İlaç ve malzemelerin stok düzeyleri ve miadları “**Acil Arabası / Çantası Kontrol Formu**”na kaydedilir.

5.4.3. Acil arabasının/çantasının kullanıldığı durumlar sonrasında, içindeki ilaç ve malzemeler, ilgili hemşire tarafından “**Acil Arabası / Çantası Kontrol Formu**” ile kontrol edilir. Eksilen (kullanılan) ilaçlar ve malzemeler temin edilir.

5.4.4. Acil donanımında bulunan dış ekipmanın (defibrilatör, aspiratör ve oksijen tüpü) kontrolü her gün sorumlu hemşire/hemşire tarafından yapılır ve sonuçları “**Acil Arabası / Çantası Kontrol Formu**” ile kayıt altına alınır.

5.5. Birimlerde steril malzeme yönetimi

5.5.1. Steril malzemeler üzerinde yer alan sterilizasyon tarihi ve raf ömrüne göre saklanır. Steril malzemelerin raf ömrü ;

- Polipropilen tyveck poşet ile paketlenen malzemeler için en fazla 1 yıl,
- Sterilizasyon poşetleri ile paketlenen malzemeler için en fazla 6 ay,
- Çift kat tekstil ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gün,
- Çift kat wrap ile paketlenmiş malzemeler için en fazla 30 gündür.

5.6. Birimlerde cihaz yönetimi

5.6.1. Birimlerde bulunan tıbbi cihazların kalibrasyonları “**İzleme ve Ölçme Donanımının Kontrolü Prosedürü**” uyarınca gerçekleştirilir.

5.6.2. Kalibrasyonlar “**Birim Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı**” doğrultusunda planlanır ve izlenir.

5.6.3. RT birimlerinde kullanılan cihazların kontrolüne ilişkin yöntem; “**RT İşleyiş Prosedürü**”nde tanımlanmıştır.

5.6.4. Birimlerde bulundurulmuş tıbbi cihazların kontrolü ilgili hemşire tarafından günlük olarak yapılır “**Klinik Ekipman Düzen Kontrol Formu**” (KTÜ ve kliniklerde) , “**BRT Tıbbi Cihaz Takip Formu**”na ve “**Ameliyathane Salon Kontrol Formu**” na kaydedilir.

5.6.5. Arıza durumlarında Biyomedikal Birimi ile iletişime geçilir.

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



**İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİRİMLERDE İLAÇ- MALZEME- TIBBİ CİHAZ
YÖNETİM TALİMATI**

Doküman No : OE-TMY-PR-001/TL-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 4 / 4

6. İlgili Dokümanlar:

- 6.1. Isı-Nem Kontrol Formu
- 6.2. Uyuşturucu İlaç Yönetimi Talimatı
- 6.3. Soğuk Zincire Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı
- 6.4. Fire Fişi
- 6.5. Anestezi Biriminde İlaç ve Malzeme Yönetimi Talimatı
- 6.6. HBTC Yönetimi Talimatı
- 6.7. KTÜ İşleyiş Prosedürü
- 6.8. İlaç/Malzeme Döküm Formu
- 6.9. İlaç ve Malzeme İade Talimatı
- 6.10. Taşınır İşlem Fişi
- 6.11. Acil Arabası/Çantası Kontrol Formu
- 6.12. İzleme ve Ölçme Donanımının Kontrolü Prosedürü
- 6.13. Birim Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Planı
- 6.14. RT İşleyiş Prosedürü
- 6.15. Klinik Ekipman Düzen Kontrol Formu
- 6.16. BRT Tıbbi Cihaz Takip Formu
- 6.17. Ameliyathane Salon Kontrol Formu

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