



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 1 / 9

1. Amaç

Bu prosedür İÜ Onkoloji Enstitüsü'nden hizmet alan tüm hastalar ve burada görev yapan çalışanlar için risk oluşturabilecek durumları belirlemek, olası hataların ortaya çıkmasını önlemek, bu hataların hastaya ya da çalışana ulaşmadan belirlenmesini, analiz edilmesini ve giderilmesini sağlamak üzere hazırlanmıştır.

2. Kapsam

Bu prosedür İÜ Onkoloji Enstitüsü' ne ait tesisleri, buradan hizmet alan hastaları ve tüm çalışanları kapsar.

3. Tanımlar Ve Kısaltmalar

ÇHG: Çalışan ve Hasta Güvenliği

ÇHGK: Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi

4. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasından tüm çalışanlar, planlama ve kontrolünden Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi sorumludur.

5. Uygulamalar

5.1. Planlama:

5.1.1. ÇHGK'nin çalışma ilkeleri ve görev alanı "**Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi Çalışma Prosedürü**"nde tanımlanmıştır.

5.1.2. İÜ Onkoloji Enstitüsü'nün tüm bölümleri, ÇHGK tarafından ÇHG riskleri açısından değerlendirilir ve risk analizi yapılır.

5.1.3. Olası riskler ve bu riskleri yönetmede uygulanabilecek önlemler tanımlanır. Bu riskler ve tanımlanan önlemler "**Hastane Risk Analiz Planı**" ve "**Hasta Güvenliği Planı**" ile dokümante edilir.

5.1.4. ÇHGK, periyodik olarak tüm çalışanlara yönelik ÇHG eğitimlerinin organize edilmesine destek olur. Gerektiğinde ÇHGK üyeleri bu eğitimleri verir. Ayrıca kuruma yeni başlayan çalışanlar için düzenlenen genel oryantasyon eğitimlerinde, ÇHG konusunda İÜ Onkoloji Enstitüsü'nde uygulanmakta olan önlemler tanıtılır. Bu eğitimlerin planlanması, kayıt altına alınması ve izlenmesi Eğitim Komitesi tarafından "**Eğitim Komitesi Çalışma Prosedürü**" uyarınca yürütülür.

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

SÜREÇ SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 2 / 9

5.2. Hasta güvenliği uygulamaları:

5.2.1. Uygulamada kurumsal, ulusal ve uluslararası hasta güvenliği hedefleri temel alınır. Bu hedefler, amaçları ve bunlara ilişkin hastanemizde uygulanacak önlemler aşağıda sıralanmıştır:

5.2.2. Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi:

5.2.2.1. Hastaların bakım kararlarına bilinçli bir şekilde katılmalarını ve tedaviden gördükleri yararı artırmak amacıyla **“Hasta ve Yakınlarının Bilgilendirilmesi ve Onam Alınması Talimatı”** hazırlanmıştır.

5.2.3. Hastanın doğru kimliklendirilmesi:

5.2.3.1. Hasta kimliklendirme hataları bakımın tüm aşamalarında karşılaşılabilecek bir sorundur. Burada amaç iki ayıklıdır: Birincisi bakımı alan hastanın doğru hasta olduğunun doğrulanması, ikincisi doğru bakımın doğru hastaya yapıldığının güvenilir bir şekilde belirlenmesidir. Bu amaçla hastanemizde yatışı yapılan her hastaya **“Hasta Kimliği Doğrulama Talimatı”** uyarınca bileklik takılır.

5.2.3.2. Hastalara uygulanan her tür medikal girişim öncesinde (ilaç/tedavi uygulama, numune alma, test uygulama, transfüzyon gerçekleştirme, cerrahi girişim uygulama) hastanın kimliği ve uygulanacak girişim, **“Hasta Kimliği Doğrulama Talimatı”** na göre doğrulanır.

5.2.4. Sağlık hizmeti sunanlar arasında etkili iletişimin sağlanması:

5.2.4.1. Etkili iletişim; doğru zamanlı, kesin, tam, belirsizlik içermeyen, alıcı tarafından kolay anlaşılabilir ve hataları azaltan iletişimdir. Burada amaç, sağlık hizmeti sunanlar arasında oluşabilecek iletişim hatalarından hastaların zarar görmelerini önlemektir.

5.2.4.2. Bu amaçla, hastanede kullanılmaması gereken kısaltmalar **“Kullanımı Sakıncalı Kısaltmalar Listesi”** ile belirlenmiştir.

5.2.4.3. Ayrıca biyokimya ve patoloji laboratuvarlarında çalışılan testlerin/yapılan işlemlerin sonuçlarının **“Panik Değer Listesi”** ve **“Panik Tanı Listesi”** aralığında çıkması durumunda yapılması gerekenler **“Panik Değer Bildirim Talimatı”** ve **“Panik Tanı Bildirim Talimatı”** ile belirlenmiştir. Sağlık hizmeti sunanlar arasında hızlı ve etkin iletişim sağlanması amacıyla laboratuvar sonuçlarının, tetkik isteyen hekimlerce HBYS üzerinden takip edilebilmesi için HBYS’de gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

5.2.4.4. Sözel orderlardan kaynaklanabilecek hataların önlenmesi amacıyla sözel orderların hangi kurallar dahilinde uygulanacağı **“Sözel Order Alma Talimatı”** ile belirlenmiştir.

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



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 3 / 9

5.2.4.5. İlaç orderlarında daima, ilacın adı, dozu, formu, veriliş yolu, sıklığı ve zamanı açık olarak yazılır; orderı yazan doktor, order altına kaşesini basarak imzalar. İlaç adları Kemoterapi Protokolleri için bilinen standart kısaltmalar dışında, hiçbir zaman kısaltılarak yazılmaz.

5.2.4.6. Hastaya ilişkin bilgilerin aksamadan, kesintiye uğramadan sağlık hizmeti sunanlar arasında etkin şekilde iletilmesi için nöbetler “**Hekim/Hemşire Nöbet Teslim Talimatları**”na uygun şekilde hasta başında teslim edilir, hasta kayıtları güncel tutulur.

5.2.5. İlaç güvenliğinin sağlanması:

5.2.5.1. Bu amaçla hastanemizde güvenli ilaç uygulamalarını içeren “**Güvenli İlaç Uygulamaları Prosedürü**” hazırlanmıştır. İlaçların saklanma ve depolanma ilkeleri, ilaç uygulama ilkeleri, uygulama sonrası izlem ile “**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**”nde, “**Yazılışları-Okunuşları Benzer İlaç Listesi**”nde, “**Ambalajı Benzer İlaç Listesi**”nde, “**İlaç-İlaç Etkileşim Listesi**” ve “**İlaç-Besin Etkileşim Listesi**”nde, “**Soğuk Zincire Tabi İlaç Listesi**”nde, “**İşıktan Korunması Gereken İlaç Listesi**”nde ve “**Acil İlaçların Çocuk Dozları Listesi**”nde bulunan ilaçlara ilişkin önlemler bu prosedürde tanımlanmıştır.

5.2.5.2. Hastanın yanında getirdiği ilaçlar, yataklı birimlerde hemşire tarafından “**Hasta İlaçları Teslim Formu**” ile teslim alınır ve yattığı sürece hemşire tarafından uygulanır.

5.2.5.3. “**Advers Etki Bildirim Formu**” çalışanlarca kolay ulaşılabilir yerlerde bulundurulur ve ilaçların beklenmedik yan etkileri izlenir ve bu formla raporlanır.

5.2.5.4. İlgili tüm dokümanları içeren “**İlaç Güvenliği Rehberi**” tüm yataklı birimlerde, KTÜ’de ve ameliyathanede bulundurulur.

5.2.6. Güvenli cerrahi uygulamaların sağlanması:

5.2.6.1. Yanlış taraf-yanlış girişim-yanlış hasta şeklinde ortaya çıkabilecek hataların önlenmesi ve olası per-op komplikasyonların (cerrahi alet unutma, anestezi hataları, sterilizasyon hataları vb) kontrol altına alınması hasta güvenliği kavramının önemli bir parçasını oluşturur. Burada amaç, doğru hasta, doğru taraf, doğru girişim, doğrulamalarının her cerrahi girişimden önce yapılmasının sağlanmasıdır.

5.2.6.2. Bu amaçla hastanemizde; tüm cerrahi girişim uygulamalarından önce hastanın kimliği, girişim yapılacak taraf ve girişimin ne olduğu “**Güvenli Cerrahi Uygulama Talimatı**” uyarınca doğrulanır. Hastanın opere edilecek tarafı pre-op son visitte doktor tarafından hasta üzerinde işaretlenir ve ameliyattan hemen önce yapılan sözlü doğrulama ameliyat ekibinden 3 kişinin (operatör, anestezi uzmanı ve ameliyat hemşiresi) imzaladığı “**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**” kayıt altına alınır.

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

SÜREÇ SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 4 / 9

5.2.6.3. Hastaya özel anestezi risklerinin olup olmadığı ve bunlara ilişkin önlemler “**Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi**” aracılığıyla kontrol edilir.

5.2.6.4. Ameliyathane salon hemşiresi hastaya kullanılacak malzemenin sterilizasyonunda problem olup olmadığını kontrol ederek “**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**” ne işaretler.

5.2.7. Hastanın ve hastaya kullanılan malzemelerin hasta ameliyathaneden çıkmadan önce ameliyathane salon hemşiresi tarafından kontrolü sağlanarak yabancı cisim unutulması riski en aza indirilir. Buna ilişkin kontrol de yine “**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**” ile kayıt altına alınır.

5.2.8. Sağlık bakımı ilintili enfeksiyonların azaltılması:

5.2.8.1. Sağlık bakımı ilintili enfeksiyonlar (nozokomiyal enfeksiyonlar) hasta sağlığını tehdit edebilecek en ciddi sorunlardandır. Burada amaç etkin bir enfeksiyon kontrolünün sağlanmasıdır.

5.2.8.2. Bu amaçla hastanemizde “**Enfeksiyon Kontrol Prosedürü**” ve bu prosedür çerçevesinde oluşturulmuş talimatlar hazırlanmıştır.

5.2.9. Kan ve kan bileşenleri transfüzyon hatalarının önlenmesi:

5.2.9.1. Kan ya da kan bileşeni transfüzyonu gerektiren durumlarda gerek hasta kimliğinin gerekse takılacak ürünün hastaya uygunluğunun doğrulanması yaşamsal önem taşımaktadır. Burada amaç transfüzyon hatalarının ve transfüzyondan kaynaklanabilecek sorunların önlenmesidir.

5.2.9.2. Bu amaçla hastanemizde hastaya transfüzyon uygulanması gerektiğinde “**Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyon Uygulama Talimatı**” doğrultusunda gerekli adımlar izlenerek transfüzyon gerçekleştirilir ve yapılan tüm doğrulama ve izlemler “**Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyon İzlem Formu**” ile kayıt altına alınır.

5.2.10. Düşmelerden kaynaklanan zarar görme risklerinin azaltılması:

5.2.10.1. Burada amaç düşme riski olan hastaların belirlenmesi ve düşmelere karşı gerekli önlemlerin alınmasıdır.

5.2.10.2. Bu amaçla “**Düşmelerin ve Düşmelerden Kaynaklanan Zararların Önlenmesi Talimatı**” hazırlanmıştır. Düşme riskinin tespitine ilişkin ilkeler ve yüksek riskli hastalara yaklaşım ve birlikte alınacak genel önlemler bu talimatta tanımlanmıştır.

5.2.10.3. Hastane içinde hasta transferleri “**Hasta Transfer Talimatı**” uyarınca gerçekleştirilir.

5.2.11. Kısıtlamadan Kaynaklanan Zararların Önlenmesi:

5.2.11.1. Kısıtlama uygulanması gereken hastalarda bu işlemin güvenli bir şekilde uygulanabilmesi için gerekli önlemler “**Hasta Kısıtlama Talimatı**”nda tanımlanmıştır.

5.2.12. Medikal ekipman güvenliği ve cerrahi yanıkların önlenmesi:

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



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 5 / 9

5.2.12.1. Burada amaç, hastaların hastanede kullanılan aletlerde oluşabilecek bazı teknik sorunlardan kaynaklanan nedenlerle yaralanmasını önlemektir.

5.2.12.2. Bu amaçla hastanemizde kullanılacak medikal ekipman için “**Cihaz Kullanım Talimatları**” hazırlanmıştır.

5.2.12.3. Ayrıca ameliyathanede kullanılan cihazlar için alınması gereken genel önlemler “**Cerrahi Yanıkları Önleme Talimatı**” nda tanımlanmıştır.

5.2.12.4. Tüm medikal ekipmanın elektriksel güvenlik ve kalibrasyonları, “**İzleme ve Ölçme Donanımının Kontrolü Prosedürü**” doğrultusunda izlenir.

5.2.13. Mavi Kod Uygulamaları:

5.2.13.1. Hastanemizde acil Kardiyopulmoner resusitasyon uygulanması gereken durumlarda “**Mavi Kod Uygulama Prosedürü**” uygulanır.

5.2.14. Sıra Beklemeden Kaynaklanan Olumsuzlukların Önlenmesi:

5.2.14.1. Bu amaçla hastanemize başvuran hastalar risk gruplarına göre değerlendirilir ve yüksek riskli hastalara öncelik tanınır.

5.2.14.2. Hastalar tedaviye başlama süreleri hakkında bilgilendirilir.

5.2.15. Hastanede intihar girişimlerinin önlenmesi:

5.2.15.1. Bu amaçla yatışı yapılan hastalarda “**Hasta Tanılama Formu**” aracılığıyla hastanın psikolojik durumu değerlendirilmeye çalışılır, gerektiğinde Psikiatri konsültasyonu istenir.

5.2.16. Hasta Mahremiyetinin ve Tıbbi Bilgilere Erişimde Bilgi Mahremiyetinin Sağlanması:

5.2.17. Hastanemize muayene, tetkik, girişimsel işlem ve günübirlik tedavi için başvuran veya yatan hastalarımızın tüm sağlık hizmeti süreçlerinde mahremiyetinin korunmasını sağlamak için “**Hasta Mahremiyetinin Korunması ve Tıbbi Bilgilere Erişimde Bilgi Mahremiyetinin Sağlanması Talimatı**” nda belirtilen önlemler alınır ve uygulanır.

5.3. Çalışan güvenliği uygulamaları:

5.3.1. Çalışan güvenliği uygulamaları kapsamında ele alınan konular aşağıda sıralanmıştır:

5.3.2. Meslek Hastalıklarından Korunma:

5.3.2.1. Kurumumuzda çalışanlar açısından riskli olabilecek alanlar ve bunlara ilişkin önlemler “**Hastane Risk Analiz Planı**” ile belirlenmiştir.

5.3.2.2. Hastanemizde çalışan güvenliği açısından yüksek riskli alan kabul edilen Radyasyon alanları için “**Radyasyon Güvenliği Prosedürü**”, Patoloji, Kanser Genetiği ve Biyokimya Laboratuvarları için “**Laboratuvar Güvenliği Prosedürü**”nde tanımlanmıştır.

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

SÜREÇ SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 6 / 9

5.3.2.3. Bu amaçla yapılan personel sağlık taramaları, birimi temsil eden ilgili Hasta ve Çalışan Güvenliği Komitesi üyelerince ve Enfeksiyon hemşiresi tarafından organize edilir.

5.3.2.4. Personel sağlık taramalarının etkin şekilde yürütülmesi için “**Personel Sağlık Taramaları Planı**”na göre hareket edilir.

5.3.2.5. Tetkik sonuçları ilgili yetkili tarafından (Çalışan Sağlığı Polikliniği hekimleri, radyasyon çalışanlarının dozimetre sonuçları için radyasyon fizikçisi, vb) kontrol edilir, kontrol sonuçları ilgili çalışana iletilir.

5.3.2.6. Yapılan tetkiklerin sonuçları ve “**Kişisel Sağlık Bilgi Formları**” ÇHGK koordinatörünün dentiminde tarafından, dozimetre sonuçları ilgili birim tarafından arşivlenir, bu bilgilerin mahremiyetine azami özen gösterilir.

5.3.2.7. Personelin genel sağlık durumları “**Kişisel Sağlık Bilgi Formu**” ile kayıt altına alınır.

5.3.3. Çalışanların Enfeksiyonlara Karşı Korunması:

5.3.3.1. Hastanemizde bu amaçla “**İzolasyon Talimatı**” hazırlanmıştır. Buna göre gerektiğinde kullanılması zorunlu olan kişisel koruyucu ekipmanlar ve hangi durumlarda kullanılacakları tanımlanmıştır.

5.3.3.2. Çalışanların el hijyeni konusunda duyarlılığının artırılması Hastane Enfeksiyonlarından korunma konusunda öncelikli basamaklardandır. Bu amaçla “**EI Yıkama Talimatı**” hazırlanmıştır.

5.3.3.3. Bu plan uyarınca çalışanlarımızın konuya yaklaşımı Enfeksiyon Kontrol Ekibi /hemşiresi tarafından “**EI Hijyeni Gözlem Formu**” aracılığıyla izlenmektedir.

5.3.3.4. Kontamine materyalle temasın ve kesici-delici alet yaralanmalarının önlenmesi amacıyla “**Kontamine Materyalle Temasın Önlenmesi ve İzlenmesi Talimatı**”, “**Bölüm Bazında Kullanılacak Kişisel Koruyucu Ekipman Listesi**” ve “**Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı**” hazırlanmıştır. Bu tip yaralanmalar Enfeksiyon Hemşiresi tarafından izlenmektedir.

5.3.3.5. Tıbbi atıkların ayrıştırılması, toplanması ve uzaklaştırılmasına ilişkin uygulamalar “**Çevre ve Atık Yönetim Talimatı**”nda tanımlanmıştır.

5.3.3.6. Ayrıca Enfeksiyon önlemleri gerek oryantasyon eğitimlerinde verilerek, gerekse Hizmet İçi Eğitimlerde tekrarlanarak personelin konuyla ilgili farkındalığı artırılır. Bu eğitimlerin planlanması, kayıt altına alınması ve izlenmesi Eğitim Komitesi tarafından “**Eğitim Komitesi Çalışma Prosedürü**” uyarınca yürütülür.

5.3.4. Fiziksel Şiddetle Mücadele:

5.3.4.1. Çalışanlarımızın darp durumlarından korunabilmesi amacıyla kurumumuzda Beyaz Kod sistemi kullanılmaktadır. Bu durumlarda “**Beyaz Kod Uygulama Talimatı**” uygulanır.

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



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 7 / 9

5.3.5. Tehlikeli Maddelerle Temas Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunların Önlenmesi:

5.3.5.1. Tehlikeli atıklar “**Çevre ve Atık Yönetimi Talimatı**”na göre bertaraf edilirler.

5.3.5.2. Hastanemizde bulunan tehlikeli malzemeler “**Tehlikeli Madde Envanteri**”nde belirtilmiştir. Bu maddelerin depolanmasına, taşınmasına ve kullanımına ilişkin önlemler “**Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatı**” nda belirtilmiştir.

5.3.5.3. Bu maddelerle temas halinde yapılması gerekenler ve maddelerin özellikleri “**Tehlikeli Madde Güvenlik Bilgi Formları**” ile tanımlanmıştır.

5.3.5.4. Antineoplastik ilaç dökülme saçılması durumunda “**Antineoplastik İlaç Dökülme Saçılmalarında Yapılacak İşlemler Talimatı**” uygulanır.

5.4. İş Kazalarının Bildirimi

5.4.1. Kurumda meydana gelen iş kazalarında “**İş Kazası Bildirim Talimatı**” uygulanır.

5.5. Raporlama, Kontrol ve İzlem:

5.5.1. Yukarıda belirtilen ya da belirtilmeyen ve hasta/çalışan güvenliğini tehdit eden herhangi bir olay gelişmesi durumunda bu durum “**Olay Bildirim Formu**” doldurularak Hasta ve Çalışan Güvenliği Komitesi Koordinatörü’ne iletilir.

5.5.2. “**Uygun Olmayan Hizmetin ve Ürünün Kontrolü Prosedürü**”ne uygun şekilde değerlendirilen olay bildirimleri sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları ÇHGK’nce planlanır ve bu olayların tekrarı önlenir.

5.5.3. Yapılan iyileştirme çalışmaları “**Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü**”ne uygun şekilde değerlendirilir.

6. İlgili Dokümanlar

6.1. ÇHGK Çalışma Prosedürü

6.2. Hasta Güvenliği Planı

6.3. Hastane Risk Analiz Planı

6.4. Eğitim Komitesi Çalışma Prosedürü

6.5. Hasta ve Yakınlarının Bilgilendirilmesi ve Onam Alınması Talimatı

6.6. Hasta Kimliği Doğrulama Talimatı

6.7. Kullanımı Sakıncalı Kısaltmalar Listesi

6.8. Panik Değer Listesi

6.9. Panik Tanı Listesi

6.10. Panik Değer Bildirim Talimatı

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

SÜREÇ SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 8 / 9

- 6.11. Panik Tanı Bildirim Talimatı
- 6.12. Sözel Order Alma Talimatı
- 6.13. Hekim/Hemşire Nöbet Teslim Talimatları
- 6.14. Güvenli İlaç Uygulamaları Prosedürü
- 6.15. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- 6.16. Yazılışları-Okunuşları Benzer İlaç Listesi
- 6.17. Ambalajı Benzer İlaç Listesi
- 6.18. İlaç-İlaç Etkileşim Listesi
- 6.19. İlaç-Besin Etkileşim Listesi
- 6.20. Soğuk Zincire Tabi İlaçlar Listesi
- 6.21. Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi
- 6.22. Acil İlaçların Çocuk Dozları Listesi
- 6.23. Hasta İlaçları Teslim Formu
- 6.24. Advers Etki Bildirim Formu
- 6.25. İlaç Güvenliği Kılavuzu
- 6.26. Güvenli Cerrahi Uygulama Talimatı
- 6.27. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- 6.28. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi
- 6.29. Enfeksiyon Kontrol Prosedürü
- 6.30. Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyon Uygulama Talimatı
- 6.31. Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyon İzlem Formu
- 6.32. Düşmelerin ve Düşmelerden Kaynaklanan Zararların Önlenmesi Talimatı
- 6.33. Hasta Transfer Talimatı
- 6.34. Hasta Kısıtlama Talimatı
- 6.35. Cihaz Kullanım Talimatları
- 6.36. Cerrahi Yanıkları Önleme Talimatı
- 6.37. İzleme ve Ölçme Donanımının Kontrolü Prosedürü
- 6.38. Mavi Kod Uygulama Prosedürü
- 6.39. Hasta Tanılama Formu
- 6.40. Radyasyon Güvenliği Prosedürü
- 6.41. Laboratuvarı Güvenlik Prosedürü
- 6.42. Personel Sağlık Taramaları Planı

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

SÜREÇ SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞAN VE HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:OE-CHGS-PR-001
İlk Yayın Tarihi : 06.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi : 22.11.2017
Sayfa No : 9 / 9

- 6.43. Kişisel Sağlık Bilgi Formu
- 6.44. İzolasyon Talimatı
- 6.45. El Yıkama Talimatı
- 6.46. El Hijyeni Gözlem Formu
- 6.47. Kontamine Materyalle Temasin Önlenmesi ve İzlenmesi Talimatı
- 6.48. Bölüm Bazında Kullanılacak Kişisel Koruyucu Ekipman Listesi
- 6.49. Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı
- 6.50. Çevre ve Atık Yönetimi Talimatı
- 6.51. Beyaz Kod Uygulama Talimatı
- 6.52. Tehlikeli Madde Envanteri
- 6.53. Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatı
- 6.54. Tehlikeli Madde Güvenlik Bilgi Formları
- 6.55. Antineoplastik İlaç Dökülme Saçılmalarında Yapılacak İşlemler Talimatı
- 6.56. İş Kazası Bildirim Talimatı
- 6.57. Olay Bildirim Formu
- 6.58. Uygun Olmayan Hizmetin ve Ürünün Kontrolü Prosedürü
- 6.59. Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

SÜREÇ SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM