



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
TESİS GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No :OE-TG-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi :20.11.2017
Sayfa No : 1 / 2

1. Amaç:

Bu prosedürün amacı, Onkoloji Enstitüsü binalarında altyapı ve cihaz sürekliliğinin sağlanması, tehlikeli madde yönetimine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması, acil durum ve afetlere karşı planlamaların yapılması ve yürütülmesini sağlamak için yapılacak çalışmalara ilişkin ilkelerin belirlenmesidir.

2. Kapsam:

Onkoloji Enstitüsü' nün tüm bölümlerini kapsar.

3. Tanımlar:

HKT: Hastane Kalite Temsilcisi

HKK: Hastane Kalite Kurulu

Kırmızı Kod: Hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

4. Sorumlular:

Hastane Başhekimliği, ilgili birim sorumluları, çalışanları

5. Uygulama:

5.1. Acil Durum ve Afet Yönetimi:

5.1.1. Acil durum ve afetlerde alınacak önlemler, “**Acil Durum ve HAP Planı**”nda tanımlanmıştır.

5.1.2. “**Acil Durum ve HAP Planı**” uyarınca, bina/yerleşke ölçeğinde tatbikatlar planlanır ve gerçekleştirilir.

5.1.3. Hastanemizde yangına zamanında müdahale yapılması gereken durumlarda “**Kırmızı Kod Talimatı**” uygulanır.

5.1.4. Kurumda kullanılan yangın donanımı periyodik olarak kontrol edilir ve kontrol sonuçları “**Yangın Dolapları Kontrol Formu**” ve “**Yangın Tüpleri Kontrol Formu**” kayıt altına alınır.

5.2. Tehlikeli Madde Yönetimi

5.2.1. Tehlikeli madde sınıfına giren maddeler belirlenmiş ve bunun için birimlerde “**Tehlikeli Madde Envanter Listesi**” oluşturulmuştur. “**Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatı**” nda bu maddelerin kullanımı, taşınması, saklanması ile ilgili ilkeler ve temas halinde yapılması gerekenler belirlenmiştir.

5.3. Tıbbi Cihaz Yönetimi

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



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
TESİS GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No :OE-TG-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :001
Revizyon Tarihi :20.11.2017
Sayfa No : 2 / 2

5.3.1. Hastanemizde kullanılan tıbbi cihazların yönetimi “**İzleme Ölçme Donanımının Kontrolü Prosedürü**” na göre yapılır.

5.3.2. Tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonları “**Birim Tıbbi Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Planı**” doğrultusunda takip edilir.

5.4. Alt Yapı Elemanlarının Sürekliliğinin Sağlanması:

5.4.1. Altyapı elemanlarının sürekliliğinin sağlanmasına ilişkin genel kurallar “**Teknik Hizmetler Atölyesi Çalışma Talimatı**”nda belirtilmiştir.

5.4.2. İÜ OE’de bulunan jeneratör ve elektrik sistemlerinin bakım ve kontrollerine ilişkin ilkeler “**Elektrik Sistemleri Kontrol Talimatı**” nda belirtilmiştir.

5.4.3. İÜ OE’de bulunan medikal gazların rutin bakım ve kontrollerine ilişkin ilkeler “**Medikal Gaz Kontrol Talimatı**” nda belirtilmiştir.

5.4.4. İÜ OE’de bulunan UPS’lerin rutin kontrolleri ilgili firma tarafından yapılır.

5.4.5. Tesis güvenliği kapsamında alınan tedbirlerin yeterli olup olmadığının yerinde belirlenmesi, kayıt altına alınması ve iyileştirilmesine ilişkin ilkeler “**Bina Turu Uygulama Talimatı**” nda belirtilmiştir.

6. İlgili Dokümanlar:

- 6.1.** Acil Durum ve HAP Planı
- 6.2.** Kırmızı Kod Talimatı
- 6.3.** Yangın Dolapları Kontrol Formu
- 6.4.** Yangın Tüpleri Kontrol Formu
- 6.5.** Tehlikeli Madde Envanteri Listesi
- 6.6.** Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatı
- 6.7.** İzleme Ölçme Donanımının Kontrolü Prosedürü
- 6.8.** Birim Tıbbi Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Planı
- 6.9.** Teknik Hizmetler Atölyesi Çalışma Talimatı
- 6.10.** Elektrik Sistemleri Kontrol Talimatı
- 6.11.** Medikal Gaz Kontrol Talimatı
- 6.12.** Bina Turu Uygulama Talimatı

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