1. Amaç

Yataklı birime kemoterapi (KT)/ radyoterapi (RT)/ tıbbi tedavi/ cerrahi tedavi almak için kabul edilen hastaların tedavilerini düzenli, eksiksiz ve zamanında almalarını sağlamak, yataklı birimlerin işleyişine ilişkin ilkeleri belirlemektir.

2. Kapsam

Bu prosedür, yatarak tedavi uygulanan tüm klinikleri ve burada yapılan işlemleri kapsar.

3. Sorumlular

İlgili öğretim üyeleri, uzman ve asistan doktorlar, servis sorumlu hemşiresi, servis hemşireleri, yardımcı personeller, ilgili sekreterler, eczacı

4. Uygulamalar

4.1. Yatan Hasta Servisine Hasta Kabulü

4.1.1. Hekimler tarafından yatarak kemoterapi/ radyoterapi/ tıbbi tedavi alması uygun görülen hastanın yatışı **"Hasta Yatış Çıkış Talimatı"na** göre yapılır.

4.1.2. Yatışı yapılan hastanın dosyası arşivden servis personeli tarafından alınır ve hasta yatış-çıkış personeline verilir. Hasta dosyası hasta yatış-çıkış personeli tarafından hazırlanır ve servis hemşiresine teslim edilir.

4.1.3. Hemşireler birimde kullanacağı tüm formları **"Hemşirelik Formları Kullanım Talimatı"na** uygun kullanırlar.

4.1.4. Yatışı yapılan hastanın ilk değerlendirilmesi ilgili hemşiresi tarafından yapılır ve **"Hasta Tanılama Formu"**na kaydedilir. Çocuk hastalarda **"Çocuk Hasta Tanılama Formu"** kullanılır. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.1.5. Yatışı yapılan her hastaya, hemşire tarafından klinik işleyiş hakkında bilgi verilir, verilen eğitimler **"Hasta Tanılama Formu"** ile kayıt altına alınır. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.1.6. Yatışı yapılan hastanın ilk değerlendirilmesi ilgili hekim tarafından yapılır ve "**Hasta İzlem Formu"na** kaydedilir. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.1.7. Yatarak tedavi alan hastalarda ana hasta dosyasının ilgili bölümleri hekim tarafından doldurulur.

4.1.8. Yatışı yapılan her hastaya, hastayı kabul eden hemşire tarafından beyaz renkli hasta kimlik bilekliği takılır. Hastanın alerji durumu hemşire tarafından sorgulanır ve alerjisi var ise sadece kırmızı renkli hasta kimlik bilekliği takılır.

4.1.9. Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde **"Hasta Kimliği Doğrulama Talimatı"**na uygun hareket edilir.

4.1.10. Hastanın yanında getirdiği ilaçlar servisteki görevli hekim tarafından kontrol edilip kullanılmaya devam edilecek olanlar hekim tarafından order edilir ve hemşire tarafından **"Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu"** doldurularak teslim alınır. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.1.11. Yatan hastaya verilen eğitimler **"Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Formu"**na hemşiresi tarafından kaydedilir.

4.1.12. Kesin/olası COVİD-19 olgularının takip edildiği yataklı servislerde, hasta refakatçıları tarafından **"Covid-19 Tanısı Alan Hasta Refakatçı Uygulamaları Talimatı**"na uygun hareket edilir.

4.1.13. Kesin/olası COVİD-19 olgularının takip edildiği yataklı servislerde, sağlık çalışanları tarafından **"Covid-19 Pandemi Servislerinde Hasta Odasına Giriş ve Hastaya Yaklaşım Talimatı"na** uygun hareket edilir.

4.1.14. COVID-19 hastası (kesin vaka)/ şüpheli hastası (olası vaka)/ hasta temaslısı olarak değerlendirilen ve hastaneye yatışı gerekmeyen kişilere "**Evde Covid-19 Hastası/ Temaslısı İzlem (Karantina) Bilgilendirme ve Onam Formu"** hekim tarafından düzenlenir ve bir nüshası ilgili kişiye, diğer nüshası ise dosyasına eklenir.

4.2. Hastanın Bakım ve Tedavisi

4.2.1. Yatışı yapılan hastanın yaşam bulguları hekim tarafından farklı bir order verilmediği sürece 12 saatte bir ve hastanın klinik durumuna göre izlenmesi gereken diğer parametreler (saturasyon, kol çapı gibi) hemşiresi tarafından alınır ve "**Yaşam Bulguları İzlem Formu"**na kaydedilir. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.2.2. Hastaların birime kabulünden itibaren doktor tedavi tabelasında belirtilmesi üzerine ve yine doktor tedavi tabelasında belirtilen sıklıkta hastanın kan şekeri sonuçları ve yapılan insülin tedavisi **"Kan Şekeri İzlem Formu"**na kaydedilir. Bu form hasta dosyasına eklenir

4.2.3. Hastaların birime kabulünden itibaren doktor tedavi tabelasında belirtilmesi üzerine ve yine doktor tedavi tabelasında belirtilen sıklıkta hastanın aldığı- çıkardığı sıvı miktarı ve varsa dreninden gelen miktarı **"Sıvı İzlem Formu"**na kaydedilir. Bu form hasta dosyasına eklenir

4.2.4. Hasta ile ilgili izlemler hemşire tarafından (8 saati geçmemek üzere) **"Hemşirelik Raporu Formu"**na kaydedilir. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.2.5. Hastanın tedavisi hekim tarafından planlanır. Kemoterapi dışında uygulanacak tedavi hekim tarafından **"Tedavi Tabelası Formu"**na yazılır ve kaşe basılarak imzalanır. Hasta Kemoterapi tedavisi alacak ise hekim tarafından hastanın "**Kemoterapi Şeması"** tarih yazılıp, kaşe basılıp, imza atılarak onaylanır ve Eczaneye gönderilir. Eczane, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden kemoterapi şemasında yer alan ilaçları sisteme kaydeder.

4.2.6. Hastanın kemoterapi tedavisi değiştiğinde veya iptal edildiğinde klinik sorumlu hemşiresi tarafından Eczaneye bilgi verilir. Eczane tarafından da Merkezi Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesi bilgilendirilir.

4.2.7. Hastanın tedaviye/girişime özel "**Aydınlatılmış Onam Formu"** hekim tarafından düzenlenir ve dosyanın ilgili bölümüne yerleştirilir.

4.2.8. Hemşire hekim tarafından yazılıp onaylanan **"Tedavi Tabelası Formu"**nu kontrol ederek tedaviyi saatlendirir ve tedavi orderının altına saat ve paraf atarak orderı kapatır. Yapılan tedaviyi saati daire içerisine alarak ve üzerine hemşire parafını (adının-soyadının baş harfi) atarak belirtir.

4.2.9. Hekim tarafından onaylanan **"Kemoterapi Şemasını"** (doz uygunluğu açısından) hemşire kontrol eder ve tedavi şemasının altında bulunan yere parafını atar.

4.2.10. Kemoterapi ilaçları merkezi kemoterapi ilaç hazırlama ünitesinde hazırlanacak ise; servis sorumlu hemşiresi, servis hemşiresi, serviste bulunan kemoterapi alacak hastaların bir kürlük ilaç ve serumlarını toplu olarak antineoplastik ilaç taşıma kutusuna yerleştirir ve kemoterapi şeması ile birlikte merkezi kemoterapi ilaç hazırlama ünitesine servis personeli ile gönderir.

4.2.11. Kemoterapi ilaçları serviste hazırlanacak ise **"Antineoplastik İlaç Hazırlama Prosedürü"**ne göre hazırlanır.

4.2.12. Merkezi Kemoterapi İlaç Hazırlama Ünitesinde hazırlanarak servise gelen ilaçları hemşire uygularken **"Kemoterapi Şeması İlaç Hazırlama ve Uygulama Formu"**nun uygulama bölümünü doldurur. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.2.13. Kemoterapi ilaçları hastaya **"Antineoplastik İlaç Uygulama Talimatı"**na göre hemşire tarafından uygulanır.

4.2.14. İlaç bulundurulan servislerde **"Güvenli İlaç Uygulamaları Prosedürü"**ne uygun hareket edilir.

4.2.15. Orderlarda ilacın adı, dozu, veriliş zamanı/sıklığı, veriliş yolu, hekim adı ve kaşesi bulunur. Orderlarda **"Kullanımı Sakıncalı Kısaltmalar Listesi'**nde bulunan kısaltmalar kullanılmaz.

4.2.16. "Tedavi Tabelası Formu"nun üzerinde karalama, tipeks ile düzeltme yapılmaz ve renkli kalem kullanılmaz. Düzeltme gerekirse düzeltilecek ilgili order maddesi üzerine tek çizgi ile üzeri çizilir. Düzeltmeyi yapan kişi, iptal ettiği order maddesi üzerine kaşe basar, imzasını atar ve tarih saati yazar. Düzeltme yerine verilecek order yeni bir order maddesi olarak yazılır.

4.2.17. Hekimin hastanın bulunduğu bölüme gelemeyeceği durumlarda hemşire hekimden **"Sözel Order Alma Talimatı"**na göre order alır.

4.2.18. Servislerde kullanılan uyuşturucu ilaçların yönetimi **"Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı"**na göre yapılır.

4.2.19. Hasta muayene, tetkik, tedavi ve tıbbi girişim yapılmasını reddediyorsa doktoru ve hemşiresi tarafından, erişkin hastalar için "**Muayene, Tetkik, Tedavi ve Tıbbi Girişim Red Formu"** çocuk veya şuuru yerinde olmayan hastalar için **"Hasta Muayene, Tetkik, Tedavi ve Tıbbi Girişim Red Formu"** doldurulur ve hasta dosyasına eklenir.

4.2.20. İntravenöz tedaviye başlanacak ise hastanın önce damar yolu açıklığı sağlanır. Venöz port kateter kullanılacak ise **"Venöz Port Katater İğnesi Takılması ve Bakımı Talimatı"**na göre açılır ve takibi yapılır.

4.2.21. Damar içi kateter yerleştirme ve takibi **"Damar içi Kateter ile İlişkili Enfeksiyonları Önleme Talimatı"**na göre hareket edilir. Damar içi kateter takılan her hasta **"Damar İçi Kateter İzlem İndikatör Formu"**na kaydedilir.

4.2.22. Damardan doku aralıklarına ilaç sızdığı zamanlarda "**Extravazasyon Bakım Talimatı",** İlaç uygulaması esnasında döküntü meydana gelirse **"Antineoplastik İlaç Dökülme Saçılmalarında Yapılacaklar Talimatı"** uygulanır.

4.2.23. Eczaneden hasta adına gelen ilaçlar hastanın hemşiresi tarafından **"İlaç Döküm Formu"** kontrol edilerek servis ilaç dolaplarına yerleştirilir.

4.2.24. Hastaya kan ve/veya kan ürünü uygulanacaksa **"Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu Uygulama Talimatı'**na uygun hareket edilir.

4.2.25. Hekim tarafından hastaya laboratuvar tetkiki istenecek ise **"Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı Tektik İstem Formu"**na istediği laboratuvar tetkiklerini işaretler ve kaşeler, formu kat sekreteri/ yatış-çıkış elemanına gönderir. Kat sekreteri/ yatış-çıkış elemanı HBYS üzerinden hizmet girişini yapar, girişi yapılan laboratuvar tetkiklerinin barkodları hemşire tarafından yazdırılır ve barkodları örnek tüpü üzerine yapıştırılır, hastadan örnek alınır, HBYS üzerinden numune alındığı onaylanır ve alınan örnekler **"Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı Örnek Taşıma Talimatı"**na göre laboratuvara gönderilir.

Eğer tetkik Enstitü dışında çalışılacak ise, hekim tarafından istek yazılır, kaşelenir ve imzalanır. Kat sekreteri HBYS üzerinden hizmet girişini yapar, **"Sağlık Hizmeti İstek Formu"** düzenlenir, hekim tarafından imzalanır, bu formla birlikte üzerine hasta barkodu yapıştırılmış olan örnek, servis personeli tarafından **"Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı Örnek Taşıma Talimatı"**na uygun şekilde ilgili laboratuvara götürülür. Birimlerden alınan örnekler **"Örnek Teslim Formu"**na ilgili personel tarafından kaydedilir.

4.2.26. Hastadan konsültasyon istenmesi gerekirse **"HBYS üzerinden/Konsültasyon Formu"** kullanılarak konsültasyon istenir. Konsültasyon sonucu aynı formla/ HBYS üzerinde kayıt altına alınır. Acil konsültasyon istekleri telefonla yapılabilir, sonuçları aynı formla kayıt altına alınır. Kurum dışı konsültasyonlarda, konsültasyon formunun çıktısı üzerine konsültasyon sonucu yazılır, bir örneği birimde kalır, bir örneği konsültasyonu yapan hekime verilir.

4.2.27. Hekim tarafından hastaya radyolojik tetkik istenecek ise "**Radyodiagnostik-Radyoloji İstem Formu"**na istediği radyolojik tetkikleri işaretler, istek nedenini yazar, kaşesini basar ve imzalar. Kat sekreteri HBYS üzerinden hizmet girişini yapar. Eğer Radyodiagnostik - Radyoloji istemi OE dışından istenecek ise kat sekreteri "**Sağlık Hizmeti İstek Formu"**nu düzenlenir, hekim tarafından imzalanır, hasta hizmet formu ile birlikte **"Hasta Transfer Talimatı"**na uygun şekilde tetkike gönderilir.

4.2.28. Yatarak RT alan hastaların günlük RT cihazına yönlendirilmesi işlemini servis sorumlu hemşiresi koordine eder.

4.2.29. Yatan her hastanın beslenme durumu yetişkinler için NRS-2002, çocuklar için STRONGkids ölçeklerine göre değerlendirilir. Değerlendirme skoru **"Hasta Tanılama Formu**"na kaydedilir. Beslenme riski olan hastalar için Diyetisyenden konsültasyon istenir.

4.2.30. Diyetisyen tarafından hasta değerlendirilir **"Nütrisyonel Durum İzlem Formu"** doldurulur. Beslenme izlemi bu forma diyetisyen tarafından kaydedilir.

4.2.31. Hastanın ağrısı, bası yarası risk değerlendirmesi "**Hasta Değerlendirme Rehberi"**ne göre hemşire tarafından değerlendirilir ve **"Yaşam Bulguları İzlem Formu**"na kaydedilir.

4.2.32. Kliniğe yatan hastaların ağrı değerlendirmeleri klinik hemşiresi tarafından hastanın yatışı yapıldıktan sonra ilk 8 saat içerisinde **"Ağrı Yönetimi Talimatı"**na göre yapılır. **"Hasta Tanılama Formu"** ve **"Yaşam Bulguları İzlem Formu"**na hemşire tarafından kaydedilir.

4.2.33. Kliniğe yatan hastaların ağız değerlendirmeleri klinik hemşiresi tarafından hastanın yatışı yapıldıktan sonra ilk 8 saat içerisinde "**Ağız Bakım Talimatı**"na göre oral mukoza değerlendirmesi yapılır.

4.2.34. Hastanın oral mukoza değerlendirmesi **"Oral Mukoza Değerlendirme ve Bakım Formu"** ile hemşire tarafından değerlendirilir.

4.2.35. Hastada bası yarası gelişmiş ise **"Bası Yarası Önleme ve Bakım Talimatı"na** uygun hareket edilir ve **"Bası Yarası İzlem Formu"** servis hemşiresi tarafından doldurulur**.**

4.2.36. Hastanın transferinin olacağı durumlarda **"Hasta Transfer Talimatı"**na ve **"Hasta Taşıma-Kaldırma Talimatı"**na uygun hareket edilir.

4.2.37. Hastaların düşmelerinin önlenmesi için **"Düşmelerin ve Düşmelerden Kaynaklanan Zararların Önlenmesi Talimatı"**na uygun hareket edilir. Hastanın düşme riski yönünden değerlendirilmesi düşme riski ölçeği kullanılarak yapılır ve "**Düşme İndikatör İzlem Formu"** kullanılarak kayıt altına alınır.

4.2.38. Yatan hastalar da belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelik tanısına göre **"….. Hemşirelik Bakım Planı"** ile hastanın hemşiresi tarafından kayıt altına alınır. Planlanan izlem ve bakım-tedavi işlemleri sonunda müdahalenin etkinliği değerlendirilir ve aynı plana hemşire tarafından kaydedilir.

4.2.39. Klinik sorumlu hemşiresine bir gün öncesinden ameliyathane tıbbi sekreteri tarafından ameliyat olacak hastaların listesi ve hasta dosyaları (içinde güvenli cerrahi kontrol formu ve kimlik kol bantları ile birlikte) teslim edilir.

4.2.40. Ameliyat öncesi hastanın pre-op hazırlığı klinik hemşiresi tarafından **"Pre-op Hasta Hazırlığı Talimatı"**na göre yapılır ve **"Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi"**nin klinikten ayrılmadan önce bölümü işaretlenerek kayıt altına alınır.

4.2.41. Ameliyat olacak hastaya verilecek pre-op, post-op ve taburculuk öncesi eğitimi ameliyathane hemşiresi tarafından verilir. Verilen pre-op, post-op eğitimler **"Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Formu"** ile taburculuk öncesi eğitimi ise **"Hasta Bilgilendirme ve Çıkış Formu"** ile kayıt altına alınır. Bu formlar hasta dosyasına eklenir. **"Hasta Bilgilendirme ve Çıkış Formu"** 2 adet doldurulur. Biri hastaya verilir diğeri ise hasta dosyasına eklenir.

4.2.42. Hastanın klinikten ameliyathaneye teslimi **"Ameliyathane İşleyiş Prosedürü"**ne uygun olarak yapılır.

4.2.43. Hastanın ameliyathaneye teslim notu **"Hemşirelik Raporu"** ile kayıt altına alınır.

4.2.44. Ameliyathanede işlemi tamamlanan hasta **"Ameliyathane İşleyiş Prosedürü"**ne göre kliniğe teslim edilir.

4.2.45. Ameliyathaneden teslim alınan hastanın teslim alma notu **"Hemşirelik Raporu"** ile kayıt altına alınır.

4.2.46. Ameliyat olacak hastanın taraf işaretlemesi **"Güvenli Cerrahi Uygulama Talimatı"**nda belirtildiği gibi yapılır.

4.2.47. Girişim/tedavi uygulanacak hastalarda girişime/tedaviye yönelik "**Aydınlatılmış Onam Form"**ları hekim tarafından alınır, hasta/yakını ve hekim tarafından imzalanır.

4.2.48. Brakiterapi alan hastalar, işlem sonrası brakiterapi hemşiresi tarafından takip edilir. Hasta geceyi klinikte geçirecek ise Brakiterapi hemşiresi tarafından klinik hemşiresine hasta dosyaları ile birlikte saat 16:00'da teslim edilir. Teslim nöbet defteri kullanılarak kayıt altına alınır ve **"Hemşire Nöbet Teslim Talimatı"**na göre hareket edilir.

4.2.49. Brakiterapi hastalarının taburculuk eğitimi brakiterapi hemşiresi tarafından verilir ve **"Güvenli Brakiterapi Kontrol Listesi "** ile kayıt altına alınır.

4.2.50. Hemşireler tüm vardiya değişimlerinde **"Hemşire Nöbet Teslim Talimatı"**nı uygular.

4.2.51. Hekimler nöbet teslimlerini "**Hekim Nöbet Teslim Talimatı**"na göre gerçekleştirir.

4.2.52. Serviste kullanılan acil arabalarının, ara depoların ve cihazların kontrolü, **"Birimlerde Tıbbi Cihaz, İlaç ve Tıbbi Malzeme Yönetim Talimatı**"nda belirtildiği şekilde yapılır. **"Acil Arabası Kontrol Formu**" sorumlu hemşire/ hemşire tarafından ve **"Klinik Ekipman Düzen Kontrol Formu"** yardımcı sağlık personeli tarafından kayıt altına alınır. Birimlerde ilaç ve malzeme saklanan ortamların ve buzdolaplarının ısı düzeyleri her gün günde iki (2) kez sorumlu hemşire/hemşire tarafından kontrol edilerek **"Buzdolabı Isı Kontrol Formu"** ile kayıt altına alınır. Birimlerde bulunan ölçme izleme aletleri her mesai bitiminde, hemşire tarafından sayımı yapılır ve **"Hemşire Malzeme Teslim Formu"** ile kayıt altına alınır.

4.3. Hastanın Taburculuğu

4.3.1. Hastanın taburculuğuna hekim tarafında karar verilir. Taburculuk orderı **"Hasta İzlem Formu"** üzerinde kayıt altına alınır.

4.3.2. Hastanın invaziv girişimleri varsa hemşire tarafından çıkartılır ve hastaya taburculuk eğitimi verilir. **"Hasta Bilgilendirme ve Çıkış Formu"** 2 adet doldurulur, biri hastaya verilir diğeri ise hasta dosyasına eklenir

4.3.3. Hastanın yanından teslim alınan ilaçları var ise kalanlar hastaya teslim edilir, teslim işlemi **"Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu"** ile kayıt altına alınır. Bu form hasta dosyasına eklenir.

4.3.4. Taburculuk sonrası evde kullanması gereken ilaçlar hekim tarafından hastaya reçete edilir.

4.3.5. Taburcu olacak hastaların beslenme desteği devam edecek ise isimleri servis sorumlu hemşiresi tarafından Diyetisyene bildirilir. Diyetisyen tarafından hastanın beslenme programı düzenlenir ve **"Hasta Bilgilendirme ve Çıkış Formu"** ile kayıt altına alınır.

4.3.6. Hastanın epikrizi hekim tarafından HBYS üzerinden yazılır ve 2 nüsha olarak çıktısı alınıp, hekim tarafından kaşelenip imzalanır. Bir örneği hastaya verilir, bir örneği faturalandırma işlemlerinde kullanılmak üzere hasta dosyasına konur.

4.3.7. Hastanın ilaç dolabında eczaneden istenmiş kullanılmamış ilacı varsa HBYS üzerinden düşülerek eczaneye iade edilir.

4.3.8. Hasta çıkış işlemleri için hasta dosyası servis personeli ile birlikte hasta yatış –çıkış birimine gönderilir. Dosya kontrolü tamamlanınca hasta dosyası servis personeli tarafından arşive teslim edilir.

4.3.9. Hastanın genel durumuna/planlanan tedavisine göre hekim tarafından hastanın kontrol randevu tarihleri belirlenir ve randevu kayıtlarının yapılabilmesi için ilgili poliklinik sekreterine yönlendirilir. Hastanın genel durumuna ve aldığı tedaviye göre bir sonraki kontrol muayenesine/tedavisine kadar istenilen radyolojik ve kan tetkikleri var ise istek formlarına hekim tarafından yazılır, imzalanıp kaşelenir ve hastaya verilir.

4.3.10. Ex olan hastanın işlemleri **"Ex Talimatı"**na uygun yapılır.

5. İlgili Dokümanlar

5.1. Hasta Yatış Çıkış Talimatı
5.2. Hemşirelik Formları Kullanım Talimatı
5.3. Hasta Tanılama Formu
5.4. Çocuk Hasta Tanılama Formu
5.5. Hasta İzlem Formu
5.6. Hasta Kimliği Doğrulama Talimatı
5.7. Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu
5.8. Hemşirelik Bakım Planı
5.9. Yaşam Bulguları İzlem Formu
5.10. Ağrı Yönetimi Talimatı

5.11. Kan Şekeri İzlem Formu
5.12. Sıvı İzlem Formu
5.13. Hemşirelik Raporu Formu
5.14. Tedavi Tabelası Formu
5.15. Kemoterapi Şeması
5.16. Aydınlatılmış Onam Formları
5.17. Kemoterapi Şeması İlaç Hazırlama ve Uygulama Formu
5.18. Antineoplastik İlaç Hazırlama Prosedürü
5.19. Antineoplastik İlaç Uygulama Talimatı
5.20. Güvenli İlaç Uygulamaları Prosedürü
5.21. Kullanımı Sakıncalı Kısaltmalar Listesi
5.22. Sözel Order Alma Talimatı
5.23. Yüksek Riskli İlaç Listesi
5.24. Soğuk Zincir İlaçların Kontrolü Talimatı
5.25. Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimat
5.26. Muayene, Tetkik, Tedavi ve Tıbbi Girişim Red Formu (erişkin hasta)
5.27. Muayene, Tetkik, Tedavi ve Tıbbi Girişim Red Formu (çocuk veya şuuru yerinde olmayan hastalar)
5.28. Venöz Port Katater İğnesi Takılması ve Bakımı Talimatı
5.29. Extravazasyon Bakım Talimatı
5.30. Damar içi Kateter ile İlişkili Enfeksiyonları Önleme Talimatı
5.31. Damar içi Kateter İzlem İndikatör Formu
5.32. Antineoplastik İlaç Dökülme Saçılmalarında Yapılacaklar Talimatı
5.33. İlaç Döküm Formu (HBYS)
5.34. Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu Uygulama Talimatı
5.35. Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı Tektik İstem Formu
5.36. Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı Örnek Taşıma Talimatı
5.37. Örnek Teslim Formu
5.38. Sağlık Hizmeti İstek Formu
5.39. Radyodiagnostik/ Radyoloji İstem Formu
5.40. Konsültasyon Formu
5.41. Nütrisyonel Durum İzlem Formu

5.42. Hasta Değerlendirme Rehberi

5.43. Bası Yarası Önleme ve Bakım Talimatı

5.44. Bası Yarası İzlem Formu

5.45. Oral Mukoza Değerlendirme ve Bakım Formu

5.46. Ağız Bakım Talimatı

5.47. Hasta Transfer Talimatı

5.48. Hasta Taşıma-Kaldırma Talimatı

5.49. Düşmelerin ve Düşmelerden Kaynaklanan Zararların Önlenmesi Talimatı

5.50. Pre-op Hasta Hazırlığı Talimatı

5.51. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

5.52. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Formu

5.53. Covid-19 Tanısı Alan Hasta Refakatçı Uygulamaları Talimatı

5.54. Covid-19 Pandemi Servislerinde Hasta Odasına Giriş ve Hastaya Yaklaşım Talimatı

5.55. Evde Covid-19 Hastası/Temaslısı İzlem (Karantina) Bilgilendirme ve Onam Formu

5.56. Hasta Bilgilendirme ve Çıkış Formu

5.57. Ameliyathane İşleyiş Prosedürü

5.58. Güvenli Cerrahi Uygulama Talimatı

5.59. Güvenli Brakiterapi Kontrol Listesi

5.60. Hekim Nöbet Teslim Talimatı

5.61. Hemşire Nöbet Teslim Talimatı

5.62. Kliniklerde İlaç, Malzeme ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Talimatı

5.63. Acil Arabası Kontrol Formu

5.64. İkinci Kat Acil Arabası Kontrol Formu

5.65. Klinik Ekipman Düzen Kontrol Formu

5.66. Buzdolabı Isı Kontrol Formu

5.67. Hemşire Malzeme Teslim Formu

5.68. Ex Talimatı

5.69. Düşme İndikatör İzlem Formu