



## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Hasta Güvenliği Komitesi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
1.0	<b>KİMLİK TANIMLAMA HATALARINI ÖNLEMEK</b>					
1.1	Hastaların doğru kimliklendirilmesi	Barkotlu kimlik tanımlayıcıda; Hasta adı-soyadı, Protokol numarası, Doğum tarihi (gün/ay/yıl) , bulunmalı Hastanın doktorunun adı soyadı	Hasta Kayıt/Kabül	Bilgiler tam olmalı	OLMALI	Hasta Tanımlama Ve Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı
1.2	Hastaların doğru kimliklendirilmesi	Yatışı yapılan hastaya kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takmak. Alerjisi olan hastaya, kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takmak. Diğer hastalara, beyaz renkli kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takmak.	Yatışta hasta anamnezini alan hemşire, sağlık memuru, ATT	Hastada uygun kimlik bilekliği takılı	OLMALI	
1.3	Hastaları alerjik reaksiyonların önlenmesi	Ameliyat sürecinde oluşan alerjilerde; alerji tespit edildiğinde hastaya, kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takmak	Alerjiyi tespit eden hekim, hemşire, anestezi teknisyeni	Hastada kırmızı kimlik bilekliği takılı	OLMALI	
1.4	Kimlik doğrulamanın yapılması	Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliğini doğrulamak	İşlemi yapan sağlık çalışanı /çalışanları	Doğru hasta	OLMALI	

## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/2

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
1.5	Hasta ve bebeğin doğru kimliklendirilmesi	Doğum sonrasında kız bebeklere ve annesine pembe, erkek bebeklere ve annesine mavi kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takmak	Doğumu yaptıran sağlık görevlisi /görevlikleri	Hastada/bebekte aynı seri numaralı kimlik bilekliği takılı	OLMALI	Hasta Güvenliği Prosedürü
1.6	Hasta bilgilerinin doğru kimliklendirilmesi	Hasta dosya bilgilerine kimlik tanımlama barkodunu koymak, ayrıca silinmez kalemle (tükenmez kalem vb) hastaya ait bilgileri yazmak	Bölüm hemşire, sağlık memuru, ATT anestezi teknisyeni	Hasta Dosyası N.C Fotokopisi Pasaport Fotokopisi	OLMALI	
1.7	Kimlik doğrulamanın yapılması	Hastaya yapılan medikal tedavi öncesinde kimlik doğrulama işlemi yapmak	Tedaviyi yapan sağlık çalışanı /çalışanları	Doğru hasta	OLMALI	
1.8	Kimlik doğrulamanın yapılması	Hastaya klinik testler için numune almadan önce kimlik doğrulama işlemi yapmak	Numuneyi alan sağlık çalışanı /çalışanları	Doğru hasta	OLMALI	
1.9	Kimlik doğrulamanın yapılması	Hastaya ait tahlil, film vb. hasta dosyasına yerleştirilirken kimlik doğrulama işlemi yapmak	Bölüm hemşire, sağlık memuru, ATT, anestezi teknisyeni	Doğru hasta	OLMALI	
1.10	Kimlik doğrulamanın yapılması	Hastane içi ve dışı hasta transferlerinden önce ve transfer olarak bölüme teslim alınan hastalarda kimlik doğrulama işlemi yapmak	Transferi yapan ve hastayı kabul eden bölüm çalışanları	Doğru hasta	OLMALI	
1.11	Kimlik tanımlamanın ve Kimlik doğrulamanın yapılması	Bölümdeki sağlık çalışanlarını, hasta kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitmek	Bölüm sorumlu hemşiresi/anestezi teknisyeni	Çalışanlar biliyor	OLMALI	
1.12	Şuuru kapalı ve iletişim yetersizliği olan hastalarda kimlik doğrulama yapmak	Varsa hasta yakınından bilgi almak. Hasta bilekliğindeki kimlik bilgileri ile kimlik doğrulama işlemi yapmak. Hastanın diğer bilgilerine de bakmak.(yaş, cinsiyet vs)	Tedaviyi yapan hekim/hemşire sağlık memuru, ATT, anestezi teknisyeni	Doğru hasta	OLMALI	
1.13	Aynı isimli hastaların karışmasını önlemek	Aynı serviste aynı isimli hastaların kimlik tanımlayıcı hasta bilekliğine lacivert renk etiket yapıştırmak	Bölüm hemşire, sağlık memuru, ATT	Hasta bilekliğinde lacivert renk etiket	OLMALI	

## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/3

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
2.0	<b>CERRAHİ RİSKLERİN ÖNLENMESİ</b>					
2.1	Yanlış hasta ve yanlış taraf / Organ/ Doku cerrahi uygulamalarının önlenmesi,	Ameliyat öncesi yapılması gereken hazırlıkları yapmak	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT	Hazırlıklar tam	OLMALI	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
2.2		Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmeli ve işlemi hastaya da doğrulamak	Hekim	Taraf işareti	OLMALI	
2.3		Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmak	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi Sorumlusu	Kayıtları	OLMALI	
2.4		Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi'ni hasta dosyasında saklamak.	Ameliyathane çalışanları	Hasta Dosyasında	OLMALI	
3.0	<b>İLETİŞİM GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI</b>					
3.1	Sözel iletişimde ve yazılı hasta kayıtlarında iletişim hatalarını önlemek	Hastaya ait edinilen doğru bilgileri, bir sonraki bakım ve tedavisindeki görevli sağlık çalışanına, anlaşılabilir şekilde zaman geçirmeden iletmek, yapılan tüm tedavi ve uygulamaları kayıt etmek	Sözel/telefon order talimatı veren hekim	Kayıtlar ve onay yapılır	OLMALI	Order Alma Talimatı
3.2		Acil durumlarda sözel ve telefon ile bilgi aktarımlarında, bilgiyi geri okumak, Gerektiğinde verilen bilgiyi kodlama yöntemi ile tekrar etmek ve uygulamaları kayıt etmek	İstemde bulunan Hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT, anestezi teknisyeni	Kayıtlar yapılır	OLMALI	

## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/4

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
3.3	Acil bildirilmesi gerekli Panik/kritik değer	Ameliyathanede hasta başı Hasta Başı Test Cihazları ile (glukometre ile kan şekeri ölçümü yapıldı ise )ilgili hekime haber vermek	Anestezi teknisyeni	Kayıtlar yapılır	OLMALI	Klinik İşleyiş Prosedürü
3.4	bildirimlerin zamanında yapılarak hasta güvenliğini sağlamak	Laboratuardan bildirim yapılan Panik/kritik değer test sonucunun çalışan-çalışan bilgilendirilmesi yapmak, hekim talimatına uygun hasta tedavisini yapmak	Hekim, Hemşire, sağlık memuru, ATT	Lab.Kayıtları	OLMALI	
4.0	<b>İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI</b>					
4.1	İlaçların güvenli uygulanmasını sağlamak	Tedavi planını belirlemek, ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini yazmak, kaşelemek ve imzalamak	Hekim	Kayıtları	OLMALI	İlaç Güvenliği Ve Uygulanması Prosedürü
4.2	İlaçların güvenli uygulanmasını sağlamak	Hekimin tedavi planını kaydetmek	Hemşire, sağlık memuru, ATT	Kayıtları	OLMALI	
4.3	İlaçların güvenli uygulanmasını sağlamak	Tedavi sürecindeki ilaçları hastaya uygulamak, kayıt etmek	Anestezi uzm. ATT Anestezi tekn. ebe, Hemşire, sağlık mem.,	Kayıtları	OLMALI	Anestezi takip formu
4.4	İlaçların güvenli uygulanmasını sağlamak	İlaç isimlerini kısaltarak yazmamak ( Hasta orderi, Hemşire gözlem Hemşire Takip ve Tedavi Formu )	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, ATT, Anestezi tekn.	Kısaltma yok.	<b>OLMAMALI</b>	

## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/5

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
4.5	İlaçların karışmasını engellemek	Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listesini kullanım alanında bulundurmak,  Yerleşimini ayrı raflarda yapmak	Bölüm sorumlu hemşiresi/anestezi teknisyeni  Hemşire,ATT, Ant. Teknisyeni	Listelere Ulaşılabilir.(Her birimde var)	OLMALI	İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi
4.6	Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler almak İlaçların karışmasını engellemek İlaçların güvenli uygulanmasını sağlamak	Acil kullanılabilir pediatrik ilaçların kilograma göre doz listesini kullanım alanında bulundurmak	Bölüm sorumlu hemşiresi/anestezi teknisyeni	Listelere ulaşılabilir	OLMALI	Çocuklarda Acil Durumlarda Kullanılan İlaç Dozları Listesi
4.7		Anesteziye kullanılan, anestezi ilaçların pediatrik dozları listesini kullanım alanında bulundurmak	Bölüm sorumlu hemşiresi/anestezi teknisyeni	Listelere ulaşılabilir	OLMALI	
4.8		Pediatrik dozdaki ilaçların listelerini ilgili bölümlerde bulundurmak	Klinik sorumlu hemşiresi	Listelere ulaşılabilir	OLMALI	
4.9		Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimini diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapmak	Hemşire, sağlık memuru, ebe, ATT	Ayrı raflarda	OLMALI	Çocuklarda Acil Durumlarda Kullanılan İlaç Dozları Listesi

## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/6

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
5.0	<b>KAN TRANSFÜZYONUNDA GÜVENLİ UYGULAMALARIN YAPILMASI</b>					
5.1	Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamak	Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgilerini iki sağlık çalışanı tarafından doğrulamak.	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, ATT	Kayıtları	OLMALI	Kan Bileşenleri Transfer ve Transfüzyon İzlem Formu
5.2		Hastanın kimliği, kan ve/veya kan ürününün türünü, miktarını ve ürünün planlanan verilmiş süresini doğrulamak	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, ATT	Kayıtları	OLMALI	
5.3		Transfüzyonun ilk 15 dakikası hastayı gözlemek	Hemşire, sağlık memuru, ATT	Kayıtları	OLMALI	
5.4		Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulgularını izlemek	Hemşire, sağlık memuru, ATT	Kayıtları	OLMALI	
5.5		Uygulama sürecinde reaksiyon gelişmesi olduğunda Transfüzyon Merkezine Bildirim yapmak	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT	Kayıtları	OLMALI	
5.6	Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamak ve hasta güvenliğini tehdit eden olayların bildirimini yapılması	Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması Yanlış kan ve/veya kan ürünü Kan ve/veya kan ürününün yanlış etiketlenmesi Kan ve/veya kan ürününün uygun olmayan koşullarda depolanması Transfüzyon sırasında uygun takip yapılmaması Uygulama sonrası reaksiyon gelişmesi olduğunda Kalite Yönetim Birimine olay bildirimini yapmak	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT	Kayıtları	OLMALI	Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu

## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/7

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
6.0	<b>HASTANIN GÜVENLİ TRANSFERİNİ SAĞLANMAK</b>					
6.1	Bakım sağlayıcılar arasındaki iletişimin etkinliğini arttırmak	Hastanın transferi sırasında kurum içinde bölümler arası ve kurum dışında bir sonraki hizmet sağlayıcısına hastaya ait bilgilerin iletilmesini sağlamak	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT ve transfer görevlisi	Kayıt	OLMALI	Hasta Transfer Formu
6.2	Hastanın güvenli kaldırılması ve taşınması	Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü'ne göre yapmak	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT ve transfer görevlisi	Kayıt	OLMALI	Hasta Güvenliği Prosedürü
6.3	Hasta düşmelerini önlenmesi	TB P 33-Düşme Riskini Değerlendirme ve Bakım Prosedürü'ne göre önlem alınmasını sağlamak	Bölüm sorumluları	Önlemler alınmış	OLMALI	Düşme Riskini Değerlendirme ve Bakım Prosedürü
6.4	Hasta düşmelerinin raporlanması	Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde Kalite Yönetim Birimine olay bildirimini yapmak	Hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT	Olay bildirimini	OLMALI	Düşme Olayı Bildirim Formu
6.5	Düşmelerden kaynaklanan zararın giderilmesi	Olay sonrası hastaya yapılan müdahaleler, iyileştirmeler ve tekrar düşmeyi önlemek için alınan tedbirlerle ilgili çalışmalar yapmak	Hekim, hemşire, ATT sağlık memuru, ve transfer görevlisi	Kayıtları	OLMALI	Hasta dosyasında hastalara ait tetkik vb bilgiler

## AMELİYATHANE HASTA GÜVENLİK PLANI

Doküman No:	AML.PL.01
Yayın Tarihi:	15.07.2012
Rev. No:	00
Rev. Tarihi:	-
Sayfa No:	8/8

SIRA NO	HEDEF	YAPILACAK UYGULAMA	İŞLEM SORUMLUSU	KONTROL KRİTERİ	KABUL KRİTERİ	İLGİLİ DOKÜMAN
7.0	<b>TANI, BAKIM VE TEDAVİ SÜRECİNDE TIBBİ CİHAZ VE MALZEME BAĞLANTILI HATALARI ÖNLEMELER</b>					
7.1	Bölüme ait cihazların envanter listesinin hazırlanması	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanter listesini yapmak ve bölümde bulundurmaktır.	Bölüm sorumlu hemşiresi	Listeye ulaşılabilir	OLMALI	Tıbbi Cihaz Envanter Listesi
7.2	Cihaz bakım ve kalibrasyon tarihlerini içeren plan hazırlanması	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan yapmak	Dış Hizmet Alımı/Hastane Müdürü	Periyodik bakım ve Kalibrasyon Plan	OLMALI	Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Prosedürü
		Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik planı bölümde bulundurmaktır.	Bölüm sorumlu hemşiresi	Plan	OLMALI	
7.3	Cihazların, bakım tarihinde bakımlarının, Kalibrasyon tarihinde kalibrasyonunun yapılması	Plan dâhilinde cihazların bakımını yaptırmak Plan dâhilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonlarını yaptırmak	Bölüm sorumlu hemşiresi	Plan, Bakım kartı Plan, kalibrasyon kartı	OLMALI	
7.4	Plan dâhilinde cihazların bakımının, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarının yapılması	Plan dâhilinde cihazların bakımını cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonlarını yapmak, Cihazların bakım ve kalibrasyon kartlarına kayıtları yapmak, Etiket/kartta, Kalibrasyonu yapan firmanın/kalibrasyon laboratuvarının adı, Kalibrasyon tarihi, önerilen kalibrasyon tarihi(geçerlilik süresi), kalibrasyon sertifika numarası bilgilerini kayıt etmek.	Dış Hizmet Alımı/Hastane Müdürü	Kayıtları	OLMALI	
7.5	Kalibrasyon etiket/kartlarını muhafaza edilmesi ve bilgilerinin tam olmasının sağlanması	Kalibrasyonu yapılan cihazlarda kalibrasyon etiketini /kartlarını muhafaza etmek ve bilgilerinin tam olmasının sağlanması, ilgili cihazın üzerinde bulundurmaktır.	Bölüm sorumlu hemşiresi	Tıbbi cihaz kalibrasyon kartı	OLMALI	

Ameliyathane sorumlu hemşiresi günlük yapılan kontrol sonuçlarını Ameliyathane Kontrol Listesine ve kaydeder. Hasta Güvenlik Komitesi 3 ayda bir yapılan kontrol sonuçları raporlanır. Kalite Yönetim Birimine ve Hastane Yönetimine rapor edilir.