

	HASTA DOSYASININ TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ	Doküman No	ARŞ.PR.02
		Yayın Tarihi	01.12.2009
		Rev. No	00
		Rev. Tarihi	-
		Sayfa No	5/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Kalite Temsilcisi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.AMAÇ

Bu prosedürün amacı; Hastanemizden hizmet alan hastalarımız ve hastalıkları ile ilgili verilerin, hastanın sağlık bakımını ilgilendiren süreç ve bunların sonuçlarına ait verilerin toplanması ve bu verilerin hastaların daha sonraki başvurularında veya araştırmacılar veya adli makamlarca her istenildiğinde derhal hazır bulundurulması, izlenebilmesi, analiz edilebilmesi, yorumlanabilmesi, paylaşılabilmesi ve rapor edilebilmesi amacıyla hazırlanan hasta dosyalarını standardize etmek için bir yöntem belirlemektir.

2.KAPSAM

Bu prosedür, hasta dosyalarının oluşturulması ve muhafaza edilmesiyle ilişkili tüm faaliyetleri kapsar.

3.TANIMLAR

Hasta Dosyası: Hastaya halen sağlık hizmeti vermekte olan ve ileride sağlık bakımı vermesi muhtemel kuruluşların haberleşme aracı olup;

- Hastaya ait teşhis, tedavi ve bakım bilgilerine ulaşılabilmesine,
- Hekimlerin yetkinliğinin ve sözleşme sürelerinin saptanmasına,
- Kalite Yönetimi ve Akreditasyon çalışmalarına,
- Tedavinin faturalandırılmasına,
- Mediko-legal konulara aydınlık getiren ve

İstatistiksel veri ve araştırma çalışmalarına esas oluşturan primer dokümandır

4.SORUMLULUKLAR

4.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedür, Başhekim'in onayından sonra yürürlüğe girer.

4.2. Prosedürün Kullanıcıları

4.2.1.Bu prosedürün yürütülmesinden tüm Özel Çevre Hastanesi çalışanları sorumludur..

5.PROSEDÜR

5.1.Genel Kurallar

5.1.1.Hasta Bilgileri

Özel Çevre Hastanesinde hasta bilgileri otomasyon sistemine kaydedilir. Hasta kaydında bulunan bilgiler şöyledir:

5.1.1.1.Poliklinik hastalarının bilgileri hastane otomasyon sistemine kaydedilir; şu bilgiler yer alır:

Hasta Adı Soyadı

T.C Kimlik Numarası

Dosya Numarası

Kimlik bilgileri (anne-baba adı,seri no,nüfusa kayıtlı olduğu yer, doğum tarihi)

Adres Bilgileri

Telefon numarası

Sağlık Karnesi numarası



HASTA DOSYASININ TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No	ARŞ.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	5/2

SSK / Bağ-Kur Numarası

5.1.1.2.Yatan Hasta Kimlik Barkodunda Bulunan Bilgiler:

- Hasta Adı Soyadı
- Protokol Numarası
- Cinsiyeti
- Doğum Tarihi
- Doğum Yeri
- Hastanın Hekimi
- Kurum Adı
- T.C.No

5.1.2.Yazım Kuralları

5.1.2.1.Hasta Dosyalarında siyah ya da mavi tükenmez kalem kullanılır.

5.1.2.2.Kırmızı kalem ve kurşun kalem kullanılmaz.

5.1.2.3.Kayıtların hiçbirinde tipp-ex kullanılmaz.

5.1.2.4.Silinmesi gereken alan olduğunda üstü tek çizgi ile okunmasına olanak sağlayacak şekilde çizilir, düzeltmeyi yapan tarafından üstü paraflanır ve doğrusu yazılır.

5.1.2.5.Tüm kayıtlarda, tarih, saat, isim ve imza bulunur.

5.1.2.6.Tıbbi kayıtlarda herhangi bir değişiklik yapılacaksa, bu değişikliğin nedeni açık bir şekilde, yine tarih ve imza ile not edilir.

5.1.2.7.Tüm kayıtlar okunaklı ve düzgün bir yazı ile yazılır.

5.1.2.8.Tıbbi kayıtlar öncelikle hastaneye ait idari belgelerdir, hiçbir şekilde hastane dışına çıkarılmazlar.

5.1.2.9.Yatan ve ayaktan hastaların tedavi ve bakımları protokollerine ve hastanenin uyguladığı kurallara göre primer hekiminin kontrol koordinasyonunda yatan hasta tıbbi kayıtlarının yasal gereklilikler çerçevesinde tam ve eksiksiz oluşturulması için hastane adına Primer Hekimin bağlı olduğu bölüm çalışanları yetkili ve sorumludur.

5.2.Yatan Hasta Dosyasında Bulunması Zorunlu Dokümanlar

5.2.1. Hasta Kabul Kağıdı

5.2.1.1.Yatışına karar verilen hastanın primer hekim tarafından Hasta Yatış Formu doldurularak Hasta Yatış Bölümüne yönlendirilmesi sağlanır.

5.2.1.2.Hastanın ön tanısı ve yapılacak işlem Hasta Yatış Formu'na tanımlanarak diğer birimlerin yönlendirmesi yapılır.

5.2.1.3.Hasta dosyasına Hasta Yatış Formu konur.

5.2.2.Bilgilendirme ve Onam Formları

5.2.2.1.Tüm yatan hastalara kurumumuzda formda belirtilen branş ve isimdeki hekim tarafından yapılacak tedavi/bakımı kabul ettiğini gösterir, hasta veya yasal temsilcisi ve hekim tarafından imzalanmış işleme özel onam formu imzalatılır ve hasta dosyasına konulur.

5.2.2.3.Kuruma yatışı yapılan hastalarımızın girişimsel işlemlerinde, her bir kan transfüzyonu ve cerrahi hasta ise anestezi uygulaması için (anestezi türünü de belirten) Hasta ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Onayının Alınması Prosedürü'nde belirtilen işleme özel bilgilendirme ve onam formu ile hekim yapılacak işlem hakkında hastasını bilgilendirerek onamını alır.



HASTA DOSYASININ TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No	ARŞ.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	5/3

5.2.2.4.Acil durumlarda, doğal afetlerde, savaş anlarında, toplu kazalarda, kişinin yaşamsal tehlike altında olduğu acil durumlarda, onam verebilecek yasal temsilcisi yoksa onam alınmadan işlem gerçekleştirilir.

5.2.2.5.Hastanın yapılacak tedaviyi reddetmesi durumunda Tedavi ve Tetkik Red Formu doldurularak hasta dosyasına konur.

5.2.2.6.Diğer genel ve işleme özel onam formlar hasta dosyasına konur.

5.2.3.Hasta Değerlendirme Bilgileri (İlk Değerlendirmeler)

5.2.3.1.Kuruma kabul edilen hasta değerlendirme zaman aralıkları, değerlendirme yetkilileri, değerlendirme kriterleri, yeniden değerlendirme zaman aralıkları ve kriterleri hastanın hekiminin yönlendirmeleri doğrultusunda uygulanmaktadır.

5.2.3.2.Hekim Değerlendirmesi olarak belirlenen ana kriterler (yakınma, öykü, özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıklar, alerji, sistem sorgulaması, kullandığı ilaçlar, fizik inceleme, ön tanı, planlanan bakım ve sonuç, taburculuk planı, psikolojik değerlendirme, ağrı değerlendirme, kesin tanı) her bölüm için mutlak değerlendirme kriteri olarak kullanılmaktadır.

5.2.3.3.Riskli grup içerisinde yer alan hastalar için hekim istemine göre Konsültasyon İstek Formu ile konsültasyon talep edilerek belirlenen zaman ve kriter aralıklarında hastalar konsültan hekimler tarafından değerlendirilmektedir.

5.2.3.4.Hastaneye yattığı gün cerrahi girişim yapılması planlanan hastaların anamnez ve fizik muayeneleri ameliyattan önce mutlaka tamamlanmaktadır.

5.2.3.5.Hastanın hastaneye yatışından 30 gün önce hazırlanmış olan tetkikleri, anamnezi, bu zaman zarfında geçerlidir. Hastanın durumunda ortaya çıkabilecek herhangi bir değişikliği olduğunda yeniden anamnez alınır.

5.2.3.6.Anestezi değerlendirmesi Ameliyat Öncesi Hasta Ziyaret Formu ameliyat öncesi odasında ve ameliyattan hemen önce (indüksiyon öncesi) ameliyathanede değerlendirilerek hasta dosyasında bulundurulur.

5.2.3.7.Anestezi esnasında hasta sürekli gözlem altında tutularak Anestezi Takip Ve Uyanma Odası Transfer Formu ile anestezi sonrası takip edilir. Anestezinin etkilerinin sona ermiş olduğu dokümante edilerek hasta ilgili servise transfer edilir. Tüm kayıtlar hasta dosyasında muhafaza edilir.

5.2.3.8.Hasta hekim anamnezlerine ve konsültasyon değerlendirmelerine HİS üzerinden ulaşılabilir.

5.2.4.Hekim İstemleri

5.2.4.1.Tüm hasta ilaç istemleri hekim tarafından yazılı olarak Hasta Tabelası'na işlenmektedir.

5.2.4.2. Her hekim ilaç istemini her gün hastasının tedavisinin devamlılığını sağlamak için yenilemek durumundadır.

5.2.5.Hekim Gözlemleri

5.2.5.1.Hastanın hastanedeki seyri kronolojik olarak takibi, hastanın durumunda görülebilecek değişiklikler, hastalığın seyri sırasında oluşabilecek komplikasyonlar, hastanın tedaviye verdiği yanıt, tedavinin planlanması veya tedavide yapılan değişikliklerin gerekçeleri hekimin en az 24 saatte bir Hasta Tabelası'na primer hekim ve/veya yetkilendirilmiş hekim tarafından kaydedilir.

5.2.5.2.Hekim Gözlemleri hastanın klinik seyri hakkında tarihsel sıralama ile bilgi vermektedir.

5.2.5.3.Hasta hakkında daha sık gözlem gerektiren yoğun bakım gibi alanlarda daha sık gözlem notu ilgili özel bölüm formlarına tutulur.

5.2.5.4.Gözlem Notları yeniden değerlendirme bulgularının kayıt dokümanlarıdır.

5.2.6.Tetkik Sonuçları

5.2.6.1.Hastaların tüm tetkik sonuçları tetkiki yapan ilgili birim sorumlusu tarafından değerlendirilir ve onaylanarak hasta dosyasına yerleştirilir.

5.2.6.Ameliyat Notu

5.2.6.1. Epikriz ameliyatı takiben ilk 24 saat içinde düzenlenir.

5.2.7.Epikriz / Taburculuk Yönergeleri

5.2.7.1.Hastalarımızın sevk ve taburculuk işlemleri epikrizlerinin ve bölüme/işleme özel taburculuk yönergelerinin hastalara ve/veya yakınlarına verilmesi ve bakım ihtiyaçlarının teminat altına alındığının garantisi sağlandıktan sonra tamamlanır.

5.2.7.2. Epikriz'de; başvuru nedeni, önemli bulgular, konulan teşhis, uygulanan işlem ve tedaviler, çıkarken son durumu, takip talimatları bulunur ve bunların bir kopyası hasta dosyasına bir kopyası da hastaya ya da yakınına verilir.

5.2.7.3.Hastalar için hazırlanmış olan epikriz raporu harici her hastamız için işlemine veya bölümüne özel taburculuk yönergeleri hazırlanır.

5.2.7.4.Taburculuk yönergelerinde; Bakımın devamlılığının sağlanacağı yer, problem olduğunda geri dönük olarak başvurabileceği kişi veya kişiler, hastanın durumu ve yetisi, takip önerileri ve ailenin de uyması gereken kurallar hastaya ve ailesine verilir, bir nüshası hasta dosyasına konur.

5.2.8.Transfer Formu

5.2.8.1.Transfer edilen hastalar için kurallar Hasta Transfer Prosedürü'nde belirtilmiştir.

5.2.8.2. Hasta Transfer Formunda; klinik bilgi, hastanın durumu, uygulanan işlem ve girişimler, devam eden bakım gereksinimleri yer alır.

5.2.8.3.Nakil esnasında transfer süreci kayıtları taşıyan ambulans şirketi tarafından geri nakledilerek hasta dosyasına konur.

5.2.Hasta Dosyasındaki Bilgilerin Ulaşılabilirliği ve Gizliliği

5.2.1.Hasta dosyası hastalara efektif veya acil şartlar altında tedavi ve bakım hizmeti veren tüm tıbbi personelin kullanımına açıktır.

5.2.2.Ancak tüm hastane çalışanları dosyadaki bilgilerin mahremiyetine saygı göstermekle yükümlüdür. Dosyadaki tıbbi bilgiler hastanın yazılı onayı olmaksızın kimseye verilmez. Savcılık kanalıyla adli takibat yapılan dosyalardaki bilgiler ve bildiri kanunen zorunlu hastalıklar bu kuralın dışında kalmaktadır.

5.2.3.Hastane içindeki farklı servislerde tıbbi hizmet verilirken hastayla ilgili tıbbi bilginin paylaşılması için hastanın onayını almak gerekmez.

5.2.4.Hastanın durumu hayati tehlike arz ediyorsa ve durumu nedeniyle kendisinden onay alınamıyorsa tıbbi bilgi ilgili sağlık kuruluşuna gönderilebilir. Acil haberleşme gerektiğinde bilgiler fakslanabilir.

5.2.5.Hastanın yazılı onayı alınmışsa veya dosya savcılık tarafından resmen talep edilmiş ise, bilgi transferi tetkik sonuçlarının bilgisayardan alınan kopyalarını göndermek suretiyle mümkün olur. Orijinal dosya hastaneden dışarıya çıkarılmaz.

5.2.6.Basına hastayla ilgili bilgi aktarılması Başhekim tarafından yapılır.

5.2.7.Hastane çalışanları yalnızca hastalara ait olan bilgilerin değil, hastane çalışanlarının siciliyle ve tüm idari ve mali işlemlerle ilgili bilginin mahremiyetinden de sorumludur.

5.2.8.Hasta dosyaları tüm çalışanlar tarafından kötü ve tahrip amaçlı kullanıma karşı korunurlar. Bilgilerin hastanın tedavisi ve bakımı dışında farklı bir amaçla kullanılmaması için hasta bilgileri tüm bakım sunanlar



HASTA DOSYASININ TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No	ARŞ.PR.02
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	5/5

arasında gizli tutulur. Hasta ve 1. dereceden yakınları dışında kimse ile paylaşılmaz. Hastanın tanısı ve tedavisi ile ilgili bilgiler ortak alanlarda görüşülmez, paylaşılmaz.

5.2.9.Hastalarımız, sağlıklarını olumsuz yönde etkilememesi koşuluyla, kendileri veya yasal vasileri kanalı ile, tedavinin koordinasyonundan sorumlu hekimden, hastalığın olası veya kesin tanısı, tedavisi ve olası gidişatıyla ilgili olarak eksiksiz bilgi alma, tıbbi kayıtlara ulaşma ve yazılı dosya özeti alma hakkına sahiptir. Hastanın tedavisinde söz sahibi olan tıbbi personelin dosyaya ulaşma yetkisi vardır.

5.5.Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

5.5.1. Hastalarla ve işleyiş düzeni ile ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılmaması için duruma uygun olarak Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü'ne ve Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü'ne göre hareket edilir. Uygunsuzluk Rapor Formu ve Düzeltici/Önleyici Faaliyet İstek Formu doldurulur.

5.5.2.Çalışan ile karşılaşılan kazalarda Personel Sağlığı Takip Prosedürü'ne göre hareket edilir. Personel Yaralanmaları Bildirim Ve Takip Formu doldurulur.

6.İLGİLİ DOKÜMANLAR

YÖN.PR.05 Uygunsuzluk Yönetimi Prosedürü

YÖN.PR.06 Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü

YÖN.FR.03 Uygunsuzluk Rapor Formu

YÖN.FR.07 Düzeltici/Önleyici Faaliyet İstek Formu

YÖN.PR.19 Personel Sağlığı Takip Prosedürü

ENF.FR.01 Personel Yaralanmaları Bildirim Ve Takip Formu

KLN.FR.18 Hasta Yatış Formu

KLN.FR.09 Ameliyat Öncesi Hasta Ziyaret Formu

YÖN.PR.14 Hasta ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Onayının Alınması Prosedürü

YÖN.RB.02 Tedavi ve Tetkik Red Form

KLN.FR.08 Konsültasyon İstek Formu

KLN.FR.05 Epikriz

ACL.FR.03 Hasta Transfer Formu

ACL.PR.06 Hasta Transfer Prosedürü