

LABORATUAR HİZMETLERİ DENETLEME FORMU

Dokuman No:	BİY.FR.15
Yayın Tarihi:	12.03.2012
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/2

SIRA NO	KONTROL MADDELERİ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
15	Kısıtlı bildirim uygulaması yapılacak antibiyotikler belirlenmiş mi?																															
16	Çalışılan tüm antibiyotik duyarlılık test sonuçları HBYS üzerinde kayıt etmek																															
17	Hasta sonuç raporunu kısıtlı bildirim uygulamasına göre hazırlanıyor mu?																															
18	Bildirimi kısıtlanan antibiyotik duyarlılık test sonuçlarına kimler tarafından ulaşılabileceği belirlenmiş mi?																															
19	Hangi durumlarda kısıtlı bildirim uygulamasının kaldırılacağı belirlenmiş mi?																															
20	Kültür testleri biyogüvenlik kabininde çalışılıyor mu?																															
21	Biyogüvenlik kabininin;Günlük temizlik,bakımını yapılmış mı?																															
22	Kullanılan cihazların bakımları ve tıbbi cihazların kalibrasyonları düzenli olarak yapılıyor mu?																															
23	Bölüm atıkları kurallara uygun olarak ayrıştırılıyor mu?																															
24	Tehlikeli atıklar kurallara uygun olarak toplanıyor mu?																															
25	Kişisel koruyucular kullanılıyor mu?																															

A: YAPILMIŞ

B:KISMİ YAPILMIŞ

C:YAPILMAMIŞ

NOT: B ve C durumlarında yapılan iyileştirmeler aylık raporda belirtilecektir.

KONTROL EDEN