Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
İş Güvenliği Uzmanı	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.GÖREV TANIMI

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

Kırmızı Kod uygulamalarının etkinliğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayan, hastane yönetiminden en az bir kişinin bulunduğu ekiptir.

2.GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

2.1. Acil uyarı sistemi ve yangın algılama sisteminin düzenli bakım kontrollerinin yapılmasının sağlanması ve denetlenmesini sağlamak. Yangın algılama uyarı sistemlerinin giriş katında bulunan adreslenebilir yangın uyarı sisteminin çalışırlığının kontrolünün yapılmasını sağlamak.

2.2. Yangın eğitimlerinin her yıl düzenli yolarak planlanması ve uygulanmasını organize etmek.

2.3. İtfaiye ile işbirliği içinde yangın ve tahliye tatbikatının planlanması ve uygulanmasını organize etmek.

2.4. Söndürme, tahliye, arama, kurtarma ve ilkyardım ekipleri listelerinin günceliğini sağlamak.

2.5. Yapılan kırmızı kod müdahalelerinin kayıtlarını tutmak ve kalite birimine bildirmek.

2.6.Çalışanlara kırmızı kod hakkında düzenli olarak eğitim vermek, farkındalığı arttırmak.

2.7. Gereğinde düzenleyici önleyici faaliyetler başlatmak.

2.8. Yangın söndürücülerin rutin kontrollerini yapmak, tarihi dolan yangın söndürme tüplerinin değişimlerini sağlamak, yapılan takiplerinin kayıt altına alınmasını sağlamak ve denetlemek.

2.9. Yangın söndürücülerin yerleşim planının hazırlanması, söndürücülerin sabitlenmesinin sağlanması.

2.10. Bina çatılarının belli periyodlarda temizlenmesini sağlamak. Çatıya giriş ve çıkışların kontrollü olmasını sağlamak.

2.11. Elektrik aksamlarının yalıtımlarını sağlamak.

2.12. Her yıl yapılan kırmızı kod tatbikatlarına yönelik hedefler belirlenmesi ve belirlenen hedeflere ulaşana kadar tatbikatın tekrar ettirilmesi.

2.13. Hedeflere ulaşılamadığı durumlarda nedenlerine yönelik düzeltici önleyici faaliyetler planlayıp, uygulatmak.

2.14. Tatbikatın görüntülerini kaydetmek ve tatbikat raporu hazırlamak.

2.15. Hastanenin yetkili kurum tarafından yangına uygunluk raporlarının alınmasını sağlamak.

2.16. Hastane acil durum kat planlarında yangın söndürme sistemlerinin bulunmasının sağlamak.

2.17. Alan ve birim bazında yangın söndürme yöntemleri oluşturulmasının sağlamak.

3.TOPLANTI SIKLIĞI

3 ayda bir toplanır. Toplantı tarihi Kalite Yönetim Direktörü tarafından planlandıktan sonra Toplantı Çağrı Formu ile ekip üyelerine toplantı çağrısı yapılır. Toplantıda alınan kararlar Toplantı Tutanağına kaydedilir ve Üst

Yönetime ve ekip üyelerine Kalite Yönetim Direktörü tarafından mail ile gönderilir. Toplantı tutanağı ekip üyeleri tarafından imzalanarak Kalite Birimi'nde arşivlenir.

4.EKİP ÜYELERİ

Başhekim

Hastane Müdürü

Başhemşire

Kalite Yönetim Direktörü

İş Güvenliği Uzmanı

Teknik Servis Sorumlusu