



ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ÇALIŞMA REHBERİ

BU REHBER, ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KALİTE YÖNETİM BİRİMİ TARAFINDAN HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ÇALIŞMALARINDA KULLANILMAK ÜZERE HAZIRLANMIŞTIR. REHBER İLGİLİ TARİHTE GEÇERLİ OLAN MEVZUATA UYGUN OLARAK DÜZENLENMİŞTİR. SÜREÇ İÇİNDE UYGULAMALAR YENİ MEVZUAT HÜKÜMLERİNE VE İHTİYACA GÖRE DEĞİŞTİRİLEBİLİR VEYA GELİŞTİRİLEBİLİR. REHBER BAŞHEMŞİRELİK TARAFINDAN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ VE BAŞHEKİM ONAYI İLE UYGULAMAYA KONULMUŞTUR.

TÜM PERSONELİMİZE ÇALIŞMALARINDA BAŞARILAR DİLERİZ.

BAŞHEKİM

OCAK 2011

1. Hastanede çalışan ebe ve hemşirelerin, **Disiplin amiri** Başhemşire, **Üst Disiplin amiri** Başhekim yardımcısıdır. **1. Sicil amiri** Başhemşire, **2. Sicil amiri** Klinik Şefi veya Servis sorumlu Hekimi, **3. Sicil amiri** Başhekim'dir. Sağlık memurlarının **1. Sicil amiri** Klinik Şefi ve Servis Sorumlu Hekimi, **2. Sicil amiri** Baştabip, **3. Sicil amiri** Sağlık Müdür Yardımcısıdır.

2. Tüm sağlık personeli, kurumu ve çalışanları ilgilendiren genelgelere, mevzuata, tebliğlere ve resmi yazışmalara **uyumla yükümlüdür.**

3. Hastanemizde birimler arası iletişim Telefon, Anons, intranet ve yazılı duyuru aracılığı ile sağlanmaktadır. Birim sorumluları hastane **WEB adreslerini** günlük kontrol etmekle yükümlüdür.

4. Güncel Telefon Rehberi Hastane otomasyon sistemi üzerinde bulunmaktadır. Güncelleme santral tarafından yapılmaktadır. Değişen numaralarınızı santrale bildiriniz.



5. Hastanede mevcut işleyişi gösteren tüm dokümanlara hastane otomasyon sistemi üzerinde bulunan **Kalite Dökümanları** bölümüne şifre ile giriş yapılır. Birimlerin çalışma şemalarına, işlerin nasıl yapılacağına ilişkin prosedürlere, talimatlara, görev tanımlarına ve listelere ulaşabilirsiniz. Dökümanlar yazdırılmaz ve üzerinde değişiklik yapılamaz. Döküman dağıtımı kalite ve performans birimi tarafından yapılır. Revizyon, yeni ve iptal edilecek doküman talebini **Doküman Değişiklik /Yeni Doküman Talep Formu** doldurularak kalite birimi ile iletişime geçilir.

6. Kalite Dökümanları bölümünden Hastane Formlarından örnek çıkartılabilir. Ambar biriminde olmayan formların basımı için **Baskı talep Formu** doldurulur.

7. Hastanede kullanmış olduğumuz form ve kayıtların kim tarafından kullanıldığı ve ne kadar süre saklanması gerektiğini **Kalite Kayıtları Listesinden** inceleyiniz.

8. Yatan hastalar için ortak kullanılan takip - tedavi ve bilgi formları hasta yatış işlemleri sırasında sekreterlik tarafından hazırlanır, hasta dosyası oluşturulur. Hasta kimlik bilgilerinin kayıt ve yazımı işlemlerinde mümkün olan her yerde **barkod** kullanılır.

9. Yatan hastaların tedavileri **Hasta Tabelasına** uygun olarak yapılır. Standartlara uygun olarak yatışına karar verilen her hastayı hemşire karşılar ve kliniğe kabulünü yapar. Hemşire hastadan aldığı bilgiler ile **Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu** doldurur.

10. Klinik hemşiresi tarafından yatışı yapılan her hastaya bileklik takılması zorunludur. Bileklik üzerine kimlik **BARKOD**'u yapıştırılır. Barkod üzerinde ; hasta adı soyadı- TC kimlik no, protokol numarası, Servisi ve hekim adı bulunmalıdır. Bileklikler ilgili mevzuata uygun olarak şu renklerde dir.

YATIŞI YAPILAN HASTA : **BEYAZ**

ALERJİSİ OLAN HASTA : **KIRMIZI**



11. Refakatçilerin **Refakat Kartları** birim sorumluları tarafından günlük kontrol edilir. Refakat kartının, refakatçıların yanında olması sağlanır.

12. Hastalara uygulanan tetkik ve tedaviler sırasında, girişimsel işlemler ve kan transfüzyonu öncesinde hasta kimlik bilgileri mutlaka doğrulanmalıdır. İşlemin yanlış hastaya uygulanmasının, kol bandı ile ilgili önlemlerin dikkate alınmamasının **sorumluluğu** sağlık personeline aittir.

13. Hasta kimlik bilgilerinin doğrulanması sürecinde bilinci yerinde olan hastaya ad-soyad sorulması ve kol bandının kontrolü esastır. **Kimlik doğrulama işlemlerinde** hasta adı, soyadına ek olarak TC kimlik numarası, protokol numarası servisi ve hekiminin ismi kullanılır. Oda ve yatak numaraları kimliklendirmede kullanılamaz.

14. Klinik hemşiresi tarafından kabul edilen hasta veya yakınının hastane kuralları, yemek saatleri, odadaki eşyaların ve hemşire çağrı sisteminin kullanımı konusunda bilgi verilir.



15. Hekim tarafından sözel / telefon talimatları ile önerilen order, hekimin adı ve alınan saat Hemşire Gözlem Formuna kayıt edilir. Yüksek riskli ilaçlar ve kemoterapi ilaçları için sözlü talimat alınmaz. Talimatta yer alan ilaçlar 12 saat içinde ilgili uzman hekim veya nöbetçi uzman tarafından hasta tabelasına işlenir.

16. Hemşire tarafından yapılan takip ve tedaviye ilişkin bilgiler hastaya ait **Hemşire Gözlem Formuna** kaydedilir. Tedavisi yapılan hastanın ilaçları **hemşire gözlemi ve tedavi defterine işlenir**, tedaviyi yapan hemşirenin adının baş harfi soyadı açık şekilde yazılır.

17. Hasta tabelasında yer alan tedavide ve sağlık personeli arasındaki iletişimde

İlaç Uygulamasında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi esas alınır. Bu kısaltmalar dışında hiçbir kısaltma kullanılmaz.

18. Hastanın tedavisi süresince ilaç uyumu, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler hekim ve hemşire tarafından izlenir. İlaç yan etkilerinin izlenmesine yönelik tüm işlemler ***Advers Etki Bildirim Formu*** doldurularak Farmakoloji laboratuvarına bildirilir.

19. Hastada gelişen **acil** durumlarda (**CPR** gerektiren durumlar, anafaksi vb.) hemşire ilgili hekime bildirim yaptığı süreç içerisinde gerekli müdahaleleri zaman kaybetmeden uygulamakla yükümlüdür.



20. Yatış yapılan hastaların varsa **önceden kullandığı ilaçlar** hemşire tarafından kayıt altına alınarak hekime bildirilir.

Hekim tarafından order edilen ilaçlar hastanın yanından etiketlenerek alınır. Hasta bazlı ilaç dolabına konur. Hasta tabelasında bulunan tüm tabletler hemşire tarafından hastaya içirilir. Pomad, inhaler, şurup gibi kullanılması ve ölçüklendirilmesi, ön bilgi ve beceri gerektiren her ilacın kullanımını hemşire tarafından anlatılır. *Her ilaç saatinde hemşire tarafından veya hemşire refakatinde uygulanır.*



21. Hasta tabelasında bulunan ilaçlar, uygulama öncesi **ilaç-besin ve ilaç-ilaç** etkileşimi açısından değerlendirilmiş olmalıdır. Bu değerlendirme hekim ve hastane eczanesi tarafından yapılır.

22. Hastanın yatışı süresince verilen eğitimler, eğitim veren kişi tarafından **Hasta Taburcu Eğitim Formuna** kayıt edilir. Taburcu olan hastalara kullanacakları ilaçlar, egzersizler, beslenme - diyet, dikkat edilmesi gereken durumlar ve iletişim bilgileri ile ilgili açıklayıcı bilgiler bu forma kayıt edilir. Bir nüshası taburcu olurken hastaya verilir. Diğer nüsha hasta dosyasında saklanır.



23. Kliniklerde **acil müdahale çantası** ve eczane ile birlikte belirlenen stok ilaçlar dışında ilaç bulundurulmaz. İlaçlar, ilaç dolabı veya duruma göre buzdolaplarında saklanabilir. Hasta bazlı eczaneden gün içinde alınan ilaçlar kullanılmadığı zaman aynı gün içerisinde eczaneye iade edilmelidir.



24. Acil müdahale arabasında ve çantasında bulunan ilaçların periyodik olarak **miad ve stok kontrolleri** yapılır. Kullanılan ilaç ve malzemelerin yerine müdahalenin ardından eksilen ilaç ve malzeme tamamlanır.

25. Son kullanma tarihine 3 ay kalmış olan ve bu süre içinde tüketilemeyecek tüm ilaç ve malzemeler birim sorumlusu tarafından eczaneye iade edilmelidir.

26. Birim deposunda bulunan ilaç ve malzemelerin minimum - maximum stok seviyeleri ve miadları birim sorumluları tarafından kontrol edilir.

27. Adı ve ambalajı benzer olan ilaçlar, farklı dozlardaki aynı jenerik isimli ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda/bölmelerde depolanır. Aynı isimli Pediatrik doz ilaç ile Yetişkin doz ilaç ayrı raflarda depolanır.

28. Soğuk zincire uygun olarak saklanması gereken ilaçlar için **buzdolabının ısısı** periyodik olarak kontrol edilir. **Isı izlem çizelgesine** kayıt edilir. (+2 / +8 C°)

29. Aşılar soğuk zincire uygun şekilde transfer edilir. Flakonların üzerine açılış tarihi yazılmalıdır. Aşı dolaplarının içerisine aşı, sulandırıcı, antiserum ve buz aküsünden başka hiçbir malzeme (ilaç, yiyecek, içecek, enjektör, vb) konulmamalıdır.

Buzluğun 0,5 cm den fazla kalınlıkta buzlanmamasına dikkat edilmelidir.

Üstten soğutmalı bir buzdolabı için buzdolabının;

- **Üst rafına:** OPA, sulandırıcıları ayrı olmak üzere Hib, BCG, KKK, Kızamık ve Kızamıkçık aşıları
- **Orta rafına:** DaBT-İPA-Hib, kuduz aşısı
- **Alt rafına:** KPA, Hep B, Td, DT aşıları ile PPD solüsyonu, aşı sulandırıcıları ve tüm antiserumlar, yerleştirilmelidir.
- Ayrıca sulandırıcısı ayrı olmak üzere meningokok aşısı üst rafa; meningokok aşısının sulandırıcısı ve grip aşısı alt rafa konulmalıdır.

Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı ısısı düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekirse buzluaktaki buz aküleri buzdolabı kapağına yerleştirilmeli ve kapak sık sık açılmamalıdır. İzolasyonu iyi bir buzdolabında bu yolla genellikle 24 saat süre ile ısı korunur. Daha uzun süreli kesintilerde acil durum planı uygulanmalıdır.

30. Serviste bulunan tüm ilaçların (dolap veya tedavi arabasında) isimleri standart etiketle belirlenir. Etiketler okunaklı olmalıdır. Yüksek riskli ilaçların üzerinde kırmızı etiket bulunur. Son kullanma tarihi 3 ay kalan ve bu süre içinde

tüketilebilecek ampuller / ilaçlar üzerine **MİADI YAKIN** etiketi yapıştırılır.

31. Yüksek Riskli İlaçlar servislere gönderilirken, eczane tarafından üzerine **kırmızı** etiket yapıştırılır. Her serviste **Yüksek Riskli İlaç Listesi** mevcut bulunması yada kalite dökümanları listeler bölümünden takip edilmesi gerekir. Bu ilaçlar acil kullanım ihtiyacı olabilecek birimler dışında (yoğun bakımlar, ameliyathane, acil servis gibi) kliniklerde depolanmaz.

32. Bağımlılık yapan uyarıcı, uyuşturucu, **yeşil** ve **kırmızı** reçeteye tabi ilaçla çift kilit altında tutulmalı, mesai ve nöbet değişiminde kullanım kayıtları ile devir teslim işlemleri düzenli olarak yapılır, nöbet teslim defterine kayıt edilir.

33. Sağlık personeli ismi ve söylenişi benzer ilaçlara dikkat etmelidir. Çalışma alanında veya kalite dökümantasyon sisteminde bulunan **Ses Benzerliği olan İlaç Listesi** kontrol edilir.

34. Laboratuara gönderilen tüm numunelerinin üzerine numune alındığı anda barkod yapıştırılmalıdır.

35. Hastadan alınan **kan, kültür ve vücut sıvı örnekleri Numune alma ve transferi** talimata uygun olarak uygun koşullarda muhafaza edilmelidir. Laboratuar teknisyenine teslim edilinceye kadar olan süreçte servis hemşiresi numuneyi muhafaza eder.

36. Kan transfüzyonu yapılacak her hastaya, transfüzyon öncesi tetkik için numune alınırken, kimlik doğrulama işlemi yapılmalıdır. Hastanın kimlik bilgileri dosyasından, kol bilekliğinden kontrol edilir. Transfüzyon öncesi hasta/hasta yakınına **Kan Ve Kan Bileşenleri Bilgilendirilmiş Onam Formu** mutlaka imzalatılır.



37. Kan merkezinden birime gelen kan ve kan ürünleri; bilgisayara ve kan kayıt defterine sağlık personeli tarafından kontrol edilerek kayıt edilir. Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri, takılmadan hasta başı **Cross Match** yapılarak iki sağlık personeli tarafından kontrol edilip, imza altına alınır.

38. Kan Transfüzyonu sürecinde hasta hemşire tarafından izlenir ve **Kan Transfüzyonu İzlem Formu** doldurulup imzalanır.

39. Enfeksiyon Kontrolüne yönelik tüm çalışmalar, Enfeksiyon Kontrol Komitesinin talimatlarına uygun olarak sürdürülür.

40. Hastane içinde düşme riski bulunan hastalar **Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formu'na** kaydı yapılarak riskli alanlar tespit edilir. Bu hastalar için uyarı levhaları ve hasta gözetimi gibi tedbirler alınır.



41. Hastane içinde düşen tüm hastalar için düşme bildirimi yapılmalıdır. Bildirimin yapılması, birimde çalışan sağlık personelinin sorumluluğundadır. Düşme bildirimi veya hasta güvenliği için risk oluşturan nedenler ile olay bildirimleri **Beklenmedik Olay Bildirim Formu** ile Kalite ve Performans birimine bildirilir.

42. Hastanın taşınması ve transferi **Hasta Taşıma ve Transferi Talimatına** göre yapılır.

43. Hastanede olmayan tıbbi medikal malzemeler hekim tarafından reçete edilir. Sağlık kurulu raporu, epikriz, şartname ve kimlik fotokopisi eklenir. Üç doktor imzası tamamlanır. Medikal Eczaneye teslim edilir ve Satınalma süreci başlar. Satınalma süreci tamamlanınca malzeme ilgili firma tarafından otoklava teslim edilir.

44. Ameliyat salonunda bulunması gereken donanım ile cihazların çalışır durumda olup olmadığı son teknik kontroller anestezi teknisyenleri ve hemşireler tarafından günlük olarak yapılır. **Kontrol Listesi** ile kayıt altına alınır.

45. Ameliyat odalarında çalışan hemşireler kullanmış oldukları **cerrahi aletlerinin muhafazasından** sorumludur. Aletlerin arızası, aşınmaları ve kayıpları kayıt altına alınmalıdır.

46. Ameliyat sırasında hastaya kullanılan **tamponlar ve spançlar sayılarak** kontrol edilir. Operasyon tamamlanmadan sayım işlemi yapılmış olmalıdır.

47. **Elektrokoterlerin** kullanımında yanık ve elektrik çarpmasına karşı hasta ve çalışanlar için gerekli önlemler alınmalıdır.



48. Ameliyathanede, Yoğun Bakımda ve otoklavda **ortam ısısı ve nem** kontrolü hemşire / sorumlu hemşire tarafından kontrol edilerek, **Isı ve nem takip formunda** kayıt altına alınır.

49. Serviste kullanılan cihazların doğru çalışıp çalışmadığına ilişkin **kontrolün ve arızalı cihazların bildirimlerinin sorumluluğu** cihazı kullanan sağlık personeline aittir.

- Kit karşılığı kullanılan tüm laboratuvar cihazları ve hasta başı cihazların arızası, ilgili uzman hekim, teknisyen veya sorumlu hemşire tarafından firmaya bildirilir.
- Demirbaş cihazların arızası durumunda Hastane otomasyon sistemi üzerinden (elektronik ortamda) Cihaz Takip birimine arıza bildirim yapılr. Biyomedikal Birimi tarafından arıza giderilemez ise **Teknik servis Arıza ve Bakım formu** doldurulur. Teknik İşlerden Sorumlu personele bildirim yapılır. Teknik servisin bilgisi dahilinde satınalma işlemleri başlatılır.
- Yeni satın alınan tüm cihazlar için idari birim tarafından kullanıma uygunluk verilmelidir. Kullanıma uygun raporu verilmeden personel yeni cihazları kullanma yetkisine sahip değildir. Satınalma işlemleri sırasında muayene - deneme amaçlı kullanılacak cihazlar Muayene Komisyonunun yetkisi ile açılabilir.
- Kullanımı için montajı gereken tüm cihazlar için teknik işler sorumlusu bilgilendirilmelidir.
- Cihazı Teslim alan birim, cihazı ile ilgili belgelerini (Kalibrasyon, Garanti belgesi, kullanma klavuzu vb.) kontrol ederek teslim almalıdır.

50. Serviste kullanılan tanı ve tedavi cihazlarının periyodik bakımları, **kalibrasyon ve doğrulama işlemleri** zamanında ve düzenli olarak yapılmış olmalıdır. Cihazın kalibrasyon etiketi üzerinde; Sertifikası cihazın olduğu birimde bulunmalıdır. İşlemlerinin takibi birim sorumluları tarafından yapılır.

51. Birimlerde bulunan cihazların bakımı kullanıcı tarafından yapıldığı gibi özel bakım gerektiren cihazların bakımı Cihaz takip birimi veya özel kuruluşlar tarafından yapılabilir. Kayıtlar her cihaz için birimde sorumlu tarafından tutulur.

52. **Hasta ve Çalışan Güvenliği programı** sağlık personeli tarafından bilinmelidir. Konu ile ilgili bildirimler **Beklenmedik Olay Bildirim Formu** doldurularak Kalite ve Performans Birimine bildirilir.

53. Acil servise başvuran hastalar risk gruplarına göre değerlendirilerek **triaj** yapılmalıdır. Tria j yazılı tanımlamaya uygun olarak yapılmalıdır. Yüksek riskli hastalar tedavi sürecinde öncelik sağlanır.

54. Acil serviste Zehirlenme durumunda kullanılacak yol haritası tüm hemşireler tarafından bilinmelidir.

55. Bulaşıcı hastalıklara karşı çalışanlar ve hastalar için gerekli koruma önlemleri alınmalıdır. Personel için gerekli koruyucu ekipmanlar (**maske, gözlük, eldiven,**

önlük vb). çalışma alanlarında bulundurulacaktır. Bu malzemelerin sürekliliği ilgili birim sorumlu hemşiresi tarafından takip edilir. Sağlık personeli dışında görevli personel risklere karşı korunması gerektiğinde klinik hemşiresi tarafından bilgilendirilerek uyarılmalıdır.

56. Bulaşıcı hastalığı olan hastalara müdahale sürecinde; deneyimsiz personelin ve stajyer öğrencilerin müdahalesine izin verilmez. Gerekli hallerde bu personel ancak **deneyimli personelin refakatinde gerekli korunma tedbirleri alınmış olarak** hastaya müdahalede bulunabilir. Hasta alanlarında çalışacak tüm stajyerler hastane tarafından kendilerine verilecek yaka kartlarını çalışma süresince takmak zorundadırlar. Tüm hemşireler yaka kartı bulunmayan öğrencileri uyarmak ve hemşirelik hizmetleri sorumlusuna bildirmekle yükümlüdür.

57. İzolasyonu gereken hastaların İzolasyon şekline göre uygun izolasyon kartı oda kapısına asılır. İşlemler **İzolasyon Talimatına** göre yürütülür.

58. Personel mevzuat doğrultusunda mesleki açıdan önem taşıyan periyodik **sağlık taramalarını ve aşularını** yaptırmalıdır . Kemoterapi hazırlama ve uygulama alanlarında çalışan personelin güvenliği için **Antineoplastik ilaçlarla Güvenli Çalışma Rehberine uyulmalıdır.** Ayrıntı için **Sağlık Taraması Talimatı** okuyunuz.

59. Mesleki yaralanma durumunda Enfeksiyon Kontrol Komitesine başvurunuz.

60. Yatak başı ve hasta kullanım alanlarında bulunan **hemşire çağrı sistemi** 24 saat aktif olacaktır. Arıza durumunda aynı gün içinde bildirim yapılacaktır.

61.Tüm sağlık personeli (hekim, hemşire, sağlık memuru) **CPR** bilmek, gerektiğinde uygulamak ve ilgili eğitimlere katılmakla yükümlüdür.

62. Hastanemizde Acil CPR gereken durumlarda **MAVİ KOD** ekibi aranır.Tel: **3333**.Bebek Güvenliği ile ilgili konularda **PEMBE KOD** ekibi aranır. Tel:**2222**. Çalışan Güvenliği ile ilgili olaylarda (güvenlik) aranır.Tel: **5555**

63. Hastane içinde temizlik, şirket elemanları tarafından talimatlara uygun olarak yapılmalıdır. Yapılan temizlik Temizlik Takip Formuna kayıt edilir. İlgili servis sorumlusu tarafından kontrol edilir.

64. Tüm personel **Hasta Hakları Yönetmeliğine** uygun olarak çalışmalıdır.

65. Ameliyat raporları hekim tarafından aynı gün kayıt altına alınmalıdır. Hekimin ameliyat notu yazması veya onaylanması hukuki açıdan kişisel sorumluluğundadır.

66. Taburcu olan hastalara *Epikriz* verilmelidir.

67. Hastanın kişisel bilgileri ile sağlık durumu hakkındaki bilgiler korunur. Hastanın onayı olmaksızın birinci derece yakınları dışındaki kişilerle paylaşılmaz.

68. Hasta dosyalarının arşivden talebi Resmi yazı ile yapılır. Dosya teslim kayıtları arşivde tutulur.

69. Satınalma talepleri *İstem Belgesi* ile Ambar Birimine yapılır. Şartname gerekli ise isteme eklenir. İstem ön değerlendirme komisyonunda değerlendirilir. Değerlendirme sonucu Satınalma birimine geçer.

70. Hastanede görevli tüm personel çalışma alanı ile ilgili hizmet içi eğitim toplantılarına katılır. Göreve yeni başlayan tüm personel *oryantasyon eğitimine* katılmış olmalıdır.

71. Hastanede ekip ve komite çalışmalarında görevlendirilmiş personel ilgili *çalışmalara ve toplantılara katılmakla* yükümlüdür.

72. Hasta memnuniyet anketi çalışmaları görevli sağlık personeli tarafından usulüne uygun olarak yapılır ve zamanında Kalite Birimine teslim edilir.



73. Yıl sonunda yapılan çalışan memnuniyet anketlerini doldurarak kalite birimine teslim ediniz.