

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	HASTA KABULÜ VE BAKIMI PROSEDÜRÜ			
Dok. Kod: HB.PR.06	Yayın Tarihi:18.01.2016	Revizyon No:03	Revizyon Tarihi:25.05.2022	Sayfa Sayısı:11

1.0 AMAÇ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesine gelen ve yatış endikasyonu olan hastaların yatışını sağlayarak hizmetin kalitesini yükseltmek, hasta kabulünden itibaren tedavi, takip ve bakım hizmetlerinde standardizasyonu sağlayarak hizmeti daha etkin ve kaliteli hale getirmektir

2.0 KAPSAM

Karadeniz Teknik Üniversitesi Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesine gelen tüm hastaları kapsar.

3.0 KISALTMALAR

4.0 TANIMLAR

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Hastaneler Başmüdür V.
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• Klinik ve Birim Sorumluları/Hemşireler, Sağlık personelleri

6.0 FAALİYET AKIŞI:

6.1 HASTA KABULÜ VE BAKIMI

6.2 HASTALARLA ETKİN İLETİŞİM KURMAK İÇİN YAPILMASI GEREKENLER

6.3 KLİNİKTE GÜNLÜK KONTROLLER

6.4 HASTANIN GENEL DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.5 HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.6 HASTA VE AİLESİNİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI

6.7 HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI

6.8 HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATETER VE TÜPLER

6.9 HASTANIN AĞRI TAKİBİ

6.10 HASTANIN BESLENME TAKİBİ

6.11 HASTADA BASINÇ YARASI RİSKİNİN TAKİBİ

6.12 KONSÜLTASYON İSTEM SÜRECİ

6.13 TEDAVİ TETKİK RED DURUMU

6.14 HASTA KİMLİK TANIMLAMA VE DOĞRULAMA

6.15 HASTANIN DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ

6.16 HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ

6.17 KENDİNE VE BAŞKALARINA ZARAR VERME RİSKİ OLAN KISITLAMA GEREKTİREN HASTA

6.18 AMELİYAT ÖNCESİ ANESTEZİ DEĞERLENDİRMESİ

6.19 AMELİYAT ÖNCESİ HASTA TAKİBİ VE BAKIMI

6.20 AMELİYAT SONRASI HASTA BAKIMI VE TAKİBİ

6.21 TIBBİ CİHAZ TAKİBİ

6.22 HASTA BAŞI TEST CİHAZLARININ KULLANILMASI VE KONTROLÜ

6.23 NARKOTİK VE PSİKOTROP İLAÇLARIN YÖNETİMİ

6.24 TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

6.25 AMELİYATHANE DIŞI SEDASYON UYGULAMALARI

6.26 GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ

6.27 HASTANIN VEFATI (EX) DURUMUNDA YAPILACAKLAR

6.28 HASTALARIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA GÜVENLİ DEVRİ

6.29 KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

6.30 HASTA/ HASTA YAKINI EĞİTİMLERİ

6.1 HASTA KABULÜ VE BAKIMI

Bireyin hastaneye gelmesi ve tedavinin başlaması ve kabulünden taburculuğa kadar geçen süreci ve taburculuk sonra izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

Hastaneye kabul, akut bir hastalığın teşhis ve tedavisi, kronik bir hastalığın tedavisi veya doğum için olabilir.

Hasta kabulünde amaç;

- Anksiyeteyi azaltmak,
- Hastayı iyi karşılamak,
- Hastanın kimlik bilgilerini almak,
- Hastanın kliniğe uyumunu sağlamak,
- Hastanın tanı ve tedavisine en kısa sürede başlamak,
- Hastanın güvenliğini sağlamaktır.
- Hastanın hastaneye kabulü rutin (planlı) veya acil olarak yapılır.

Planlı Hasta Kabulü:

Ayaktan Hasta: Yatış işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

Yatan Hasta: Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara, Günü birlik yatış işlemi yapılan hastalar dahildir.

Planlı hasta kabulü hayati tehlikenin olmadığı durumlarda, ayaktan ve yatarak belirtilen gün ve saatte hastanın tedavi ve tetkik için hastaneye kabul edilmesidir. Hastaneye kabul tarihine hasta, aile ve doktor birlikte karar verir. Hastaya yapılacak olan işlemler için hastanın kendisinden veya yakınından yazılı izin alınır.

Acil Hasta Kabulü:

Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlara bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarında, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastaya acil serviste sunulan hizmetlerin tamamıdır Acil hasta kabulü hastanın yaşamını tehdit eden ve derhal müdahale edilmesi gereken durumlarda yapılan hasta kabulüdür. Acil kabullerde, ilgili formlar hastanın durumu iyiye kendisi; değilse aile üyeleri ve yakınları tarafından doldurularak yapılacak işlemler için onay alınır. Yaşamı tehdit eden durumlarda onay verecek kimse yoksa müdahale yapacak hekim karar verebilir.

Hasta kabulünde işlem basamakları

- Tüm personel Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun olarak çalışır.
- Hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanır.
- Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtır.
- Hasta bireyin hastaneye kabul süreci hekimin onayı ile başlar.
- Standartlara uygun olarak yatışına karar verilen her hastayı önce kat sekreteri daha sonra ise hemşire karşılar ve kliniğe kabulünü yapar.
- Hasta ve yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilir.
- Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir. Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmelidir.
- Hasta bilinci yerinde ise kendisine sorularak varsa nüfus cüzdanı teyidi ile kimlik bilgisi alınır.
- Şuuru kapalı ve küçük çocuk hastalarda (18 yaş altı) ise hasta bilgileri hasta yakınlarından alınarak kaydedilir. Ayrıca hastanın mümkünse TC. Kimlik Numarası, Nüfus Cüzdanı vb. kimlik bilgileri ile de kimlik doğrulaması yapılır.

6.2 HASTALARLA ETKİN İLETİŞİM KURMAK İÇİN YAPILMASI GEREKENLER

- Hastalar ve hasta yakınlarına karşı nazik, güler yüzlü, göz teması kurularak dinlenmelidir.
- Hastaya adı ile hitap edilir. Sağlık personeli hasta ile birlikteyken mutlaka empati kurmalıdır.
- Geri bildirim alınmalıdır;
- Tanımlayıcı olmalı
- Olaya özgü olmalı

- Yapıcı olmalı
- Doğrulanabilir olmalı
- İhtiyaçlara cevap verebilmeli
- Düzeltilebilecek konulara odaklanmalı
- Uygun dille söylenmeli
- Zamanında olmalı
- İki yönlü iletişim halinde olmalı
- Tıbbi terimler kullanılmamalı ve karşısındaki anlayacağı dilden konuşulmalı, sade bir dil kullanılmalıdır.
- Hastanede çalışan diğer ekip elemanları ile iyi ilişkiler kurulmalı, olumsuz iletişimlerin hasta ve yakınları üzerinde güvensizlik oluşturabileceği unutulmamalıdır.
- Hastayı anlama zor bir deneyimdir. Hastaya önyargısız bir yaklaşımda bulunulmalı ve onu anlamaya çalışılmalıdır.
- Hasta ve ailesi birlikte değerlendirilerek hasta bakımına katılmaları sağlanmalıdır.
- Hastanın tedavi ve bakım hizmetlerini doğru planlayıp uygulayabilmemiz için hasta ve ailesini doğru gözlemleyip analiz edilmelidir.
- Hastanızın herhangi bir engeli varsa (görme işitme konuşamama fiziksel... vb.) iletişim yöntemlerinizi hasta bireye göre uygulamanız gerekmektedir.
- Hemşire bakım hizmeti sunarken hastayı ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak ele alır.
- Hemşire; hasta ve yakınlarıyla doğru ve etkin iletişim kurar; kendini tanıtır ve oryantasyon aşamasını başlatır.
- Hemşire hastayı diğer hastalar ve servis çalışanlarıyla da tanıştıır. Böylece hasta yalnız olmadığını hisseder ve hastaneye/servise uyum sağlaması kolaylaşır.
- Kabul sürecinde yaşlı hastalar daha sıkı bir gözlem ve titizlik gerektirir.
- Yaşlı hastalara prosedürleri açıklamak için daha fazla zaman ayırır.

6.3 KLİNİKTE GÜNLÜK KONTROLLER

6.3.1 Hasta Yatışı Öncesi Yapılması Gerekenler

- Gün içinde klinik sorumlu hemşiresi/klinik hemşiresi tarafından boş yataklar hazır bulundurulması sağlanır.
- Hasta odası oksijen ve vakum sistemi kontrol edilir.
- Hasta odası hasta yatağı ekipmanları çalışır durumda olup olmadığı kontrol edilir.
- Hasta odasının, duş ve wc nin temizliği kontrol edilir.
- Hasta odası musluk, aydınlatma ve temizliği kontrol edilir.
- Hasta odası yatak çarşaf, yastık ve pike takımları değişimi sağlanır.
- Yapılan kontrollerde aksaklık var ise ilgili teknik birime haber verilerek düzeltilir.
- Hasta odası teknik malzemeler açısından kontrol edilip temin edilir ve hasta odası sürekli kullanıma hazır halde tutulur.

6.3.2 Kliniğe Yatış İşlemleri

Poliklinikler, acil servis, doğrudan veya sevkli gelen hastaların yatış işlemleri bölüm sekreteri hasta dosyasının gerekli bölümleri hasta /hasta yakınından bilgi alıp doldurarak, gerekli bölümleri imzalatılarak yatış işlemini gerçekleştirir.

- Hastanın, kliniğe yatışına doktor tarafında karar verilir.
- Yatan hastaya sekreterlik işlemlerini sekreter, gerekli talimatlara göre gerçekleştirir.
- Servis sekreteri hasta bilgilerinin HBYS programına uygun olarak bilgisayara kaydeder.
- Sekreter tarafından yatış işlemi gerçekleştirilen hasta dosya ile birlikte klinik hemşiresine yönlendirilir.

6.4 HASTANIN GENEL DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hekim

Hekim hastanın, muayenesini yapar ve muayene bilgilerini hasta dosyasına kaydeder. Hekim tarafından gerekli tetkik istemleri yapılır. Hekim hastanın tedavi planını belirler. Tedavi planı elektronik sistem üzerinden yapılır.

Hemşire

Yatışı yapılan hastanın öyküsü fiziki, sosyal, ruhsal durumu ve bakım gereksinimleri yönünden değerlendirilip HBYS üzerinden bilgileri kaydedilir. Hastaya planlanan tedavi planını hemşire gözlem kâğıdına HBYS üzerinden çıktısı alınarak tedavi saatlerinin planlaması yapılır. Hastanın genel durumu ve tanısına ilişkin vital takip sıklığı planlanır. Uygulamayı yapan hemşirenin ad-soyadı baş harfleri ile paraf işaretlemesi yapılır..

Hasta Tedavi Saatleri

Kliniğimizde yatan hastaların tedavi saatleri, hekimin tedavi planında belirtilen doz ve miktara göre uygun saat aralıklarında hemşire tarafından planlanır ve uygulanır.

Hemşire, klinikte yatan hastaların tedavilerini doktorun yazdığı tedavi planına göre (10:00,12:00,14:00,18:00,22:00,24:00,02:00,06:00 saatlerinde) ayrıca 12X1 ve 24X1 tedavi planına göre tedavi saatleri de ayarlanır.

6.5 HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hemşire, hastanın anamnezini alır ve HBYS de '*Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu*' na kaydeder.
- Bölüme özgü olarak, yatan hastaların bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılır. Risk değerlendirilmelerinde ulusal ve uluslararası kabul görmüş ölçekler kullanılır.

6.5.1 Klinik risk değerlendirmeleri

- İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası vital bulguların takibi
- Bası ülseri risk değerlendirilmesi (BRADEN Skalası)
- Düşme riski değerlendirilmesi (İTAKİ II veya HARİZMİ II)
- Ağrı Şiddeti değerlendirilmesi (Numerik skala, Yüz skalası, Davranışsal skala, Flacc skala, NIPS)
- Bilinç düzeyi takibi (Glaskow koma skalası)
- Beslenme/nutrisyon durumunun değerlendirilmesi (NRS-2002 Nutrisyonel risk skoru)
- Ventilatör ilişkili pnömoni ve VİO açısından hasta izlemi
- Kateter bakımı ve takibi
- Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
- Ağız bakımı ve takibi vb
- Kemoterapi alan hastalarda extravazasyon durum değerlendirilmesi
- Hastanın hekimi, tanı, anamnez ve muayene bulgularını HBYS'de ilgili alanlara / hasta dosyasında ilgili formlara kaydeder.
- Hastanın hekimi, yapılacak uygulamalar hakkında hasta ve yakınına bilgilendirir, İşleme özel bilgilendirilmiş onam formu, bilgilendirme sonrası hasta/hasta yakını ve hekim tarafından imzalanır .

6.5.2 Değerlendirme sonrası bakımın planlanması:

- Yatan hastanın klinik durumları, bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde; hastaya hizmet veren disiplinler (ön değerlendirmesini yapan hemşire, birim sorumlu hemşiresi, hastanın primer hekimi ve diğer mesleki disiplinler diyetisyen, sağlık teknikerleri vb.) tarafından koordineli olarak hazırlanır. Hastanın dosyasından izlenir.
- HBYS'de hemşire takip (vital bulgu takip, aldığı-çıkardığı takip, diyabetik hasta takip vb) ve değerlendirme formları (düşme riski, bası yarası riski) ile hasta bakım planı mevcuttur.
- HBYS'de ilgili alanlara kayıt yapılması ile ilgili sağlık disiplinleri tarafından aynı anda izlenilebilmektedir.

6.5.3 Hasta bakım planları hazırlanması;

- Hastanemizde; hasta bakım planlarında NANDA Hemşirelik tanıları kullanılır.
- Bakım planları, hastanın yatışından itibaren en geç 8 saat içinde hazırlanır ve uygulamaya başlanır.
- Bakım planları; hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçları ile belirlenmiş, hemşirelik tanısı, uygulanacak bakım/girişimler, ulaşılmak istenen amaç/hedef ve uygulamaların değerlendirilmesini içerir.

6.5.4 Planlanan bakım planının uygulanması:

- Planlanan hasta bakımlarında belirlenen girişimler hemşire / Sağlık personelleri tarafından uygulanır.
- Hastaların klinik durumlarına göre kendi bakım süreçlerine katılımları sağlanır.
- Bakım sürecinde hasta ve çalışan güvenliği sağlanır. Hasta için belirlenmiş risklere yönelik önlemler alınır.

- Bakım veren sağlık personelleri kendi güvenlikleri için gerekli olan düzenlemeleri ve kişisel koruyucu ekipman kullanımına özen gösterir.
- Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler HBYS üzerindeki bakım planına ve hemşire takip ve tedavi formuna eş zamanlı olarak kaydedilir.
- Bakım planında yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir.

6.5.5 Bakımın sonuçlarının değerlendirilmesi

- Hasta bakım planlarının değerlendirilmesi için hasta, sağlık personelleri tarafından izlenir.
- Hasta izlemlerinde sağlık verileri, muayene bulguları vb. doğrultusunda, HBYS üzerinde hasta bakım planlarına, değerlendirmeyi yapan hemşire tarafından kaydedilir.
- Diğer şifitte gelen hemşire, bakım planından hastanın durumunu değerlendirir ve yapılacak uygulama varsa uygular, kendi değerlendirmesinin HBYS üzerinde kaydeder.

6.5.6 Bakım Sonuçlarının Anlaşılabilirliği İçin Hastanın İzlenmesi

- Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.
- Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler hastaya özgü tespit edilen ihtiyaçlar doğrultusunda ilgili hastanın hemşiresi tarafından günlük olarak her shift değişiminde değerlendirilip ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınır.
- Hastanın hemşiresi tarafından hasta izleminde bakım sonuçları değerlendirilir gerekli olduğu durumlarda değişiklikler HBYS’ de güncellenerek bakım planları ve uygulamaları kayıt altına alınır.

Hayati bulgu takip ve kaydı

- Bölüme kabulünde; hastanın hayati bulguları alınır, değerlendirilir ve ‘*Hemşire Takip ve Tedavi Formu*’ na kaydedilir
- Hastaya yapılacak tedavi ve girişim/ işleme göre vital bulgu takibi yapılarak, takip ve tedavi formuna kaydedilir.

Ana Vital Takipleri	Ara Takip Saatleri
09: 00	11:00
13:00	12: 00
17: 00	15: 00
21:00	19: 00
23:00	01: 00
05:00	03: 00
	07:00

- Kliniğimizde yatan, vital bulguları bozulan ve riskli hastaların takip sıklığı doktor ve hemşiresinin gözlemleri doğrultusunda düzenlenir.

- Pre-operatif dönemde hastanın tüm vital bulguları takibi alınarak ameliyata hazırlanıp gönderilir.
- Ameliyat olan hastaların vital takipleri aşağıdaki tanımlanan post-op hasta takibi kurallarına uygun yapılır.
- Hastanın vital bulguları ilk 1 saatte 15 dakikada bir, sonraki 2. saatte 30 dakikada bir, sonraki 3.- 4. Saatlerinde saatte bir,24 saat boyunca 2 saatte bir takip edilir, Daha sonra rutin vital bulgu sıklık aralığında hasta takip edilir.
- Ancak hemşire ve hekim tarafından hastanın genel durumuna göre vital bulgu sıklığı ayarlanır.
- Yapılan tüm gözlem ve değerlendirmeler hemşire gözlem kağıdına kaydedilir.

İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik;

- Tedavi planı hekim tarafından sistem üzerinden order edilir ve kaydedilir.

Tedavi planı;

- İlacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içerir. Ayrıca hekim order u hemşire gözlem kâğıdına HBYS den direk aktarılır. Tedavi saat planı hemşire tarafından ayarlanır.

- Bu tanırlara göre hastaya bakım planı yapar.
- Hastanın yatışı sırasındaki ortaya çıkan ek tanırları bakım planına ilave eder.
- Çözöme ulaşan sorunlar değęrlendirilir ve bakım planında belirtilir. Bakım planı her şifte tekrarlanır.

Hastaların izolasyonunun sağlanması:

- Kliniklerde yatan enfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmasını önlemek amacıyla uyulması gereken izolasyon kuralları, “*İzolasyon Prosedürü*” nde tanımlanmıştır ve uygulamalar bu doğrultuda yürütölür.
- Enfekte ve kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri hastanın kliniğe ilk kabulünde değęrlendirilip gereken önlemler alınır ve izole hastanın tanımlanmasında uygun figürler kullanılır.

6.5.7 Gerektiğinde Bakımda Değişiklik Yapılması:

- Gerekli durumlarda hastanın izlenmesi sürecinde beklenen hedefe ulaşlamaması sonucunda hekim ve hemşirenin iş birliği doğrultusunda bakım değişikliğine gidilir.
- Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılıp, gerekirse bakım planı güncellenir.
- Değerlendirmeler günlük olarak hemşire bakım planına kaydedilir.
- Hemşire tarafından hastanın izlenmesinde belirlenen kriterlere göre bakım uygulanır, hemşire bakım planına kaydedilir.

6.5.8 Bakım Sürecinde Hastanın Güvenliğinin Sağlanması:

- Bilgilendirilmeler sırasında hasta/hasta yakınları mahremiyetine dikkat edilmesi açısından bilgilendirme ve diğer tüm işlemler sırasında hasta ile yalnız ve kapı kapalı olarak görüşölür.
- Hastaya yapılacak olan girişimsel işlemler öncesi aydınlatılmış rıza belgesi, hastanın rızası dahilinde bulunmasını istediği hasta yakını ile ilgili hekimi tarafından kapı kapalı olarak hasta rızası gerçekleştirilir. Muayene işlemleri sırasında hasta ve hastadan rızası alınan hasta yakını haricinde giriş ve çıkışlar engellenir.
- Muayene odalarında mahremiyet göz önünde bulundurularak hastanın muayene edildiği alanda perdenin/paravanın kapalı olması sağlanır.
- Hasta transferi sırasında sedyede/tekerlekli sandalyede bulunan hastanın üzerinin mutlaka örtölü olması sağlanır.
- Hastanın tıbbi değęerlendirmeleri ve sonuçları hasta mahremiyeti göz önünde bulundurularak hastaya veya hastadan rızası alınan hasta yakınına tek olarak gizlilik içerisinde bilgi verilmesi sağlanır.
- Ayrıca hastalarımızın mahremiyete ilişkin değęerleri, inançları ve beklentileri göz önünde bulundurularak kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihleri dikkate alınır.
- Hasta güvenliğinin sağlanması için hastanın kimlik doğrulaması yapılır, hasta düşmelerinin önlenmesi için risk ölçęekleri kullanılarak risk tespiti yapılır.
- İlaç güvenliği için, ilaç *İlaç Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü* doğrulusunda hareket edilir.
- Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların (Düşme, ilaç hataları, transfüzyon hataları, laboratuvar hataları, cerrahi hatalar vb.) meydana gelmesi durumlarında İstenmeyen olay bildirimini doğrultusunda bilgilendirme yapılır.

6.5.9 Hastanın Bakım Sürecine Katılımının Sağlanması:

- **Yatan hastada;** hastanın bakım sürecine katılımını, bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik Bakım uygulamalarının seyri ve gerektiğinde bakım değişikleri konusunda hastanın hekimi/hemşiresi tarafından hasta/hasta yakınına bilgi verilir.
- Hasta/hasta yakınına, hastanın genel durumu, yapılan tetkik, muayene ve işlemleri yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale (kan alma, elektro kardio grafi, tansiyon ölçümü vb.) hakkında hekimi tarafından bilgi verilir.
- **Hemşiresi tarafından;** hasta ve hasta yakınına el hijyeni, enfeksiyonların önlenmesi, beslenme, oral hijyen, protez kullanımı, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar ve konular anlatılarak, hasta/hasta yakınına katılımı sağlanır.
- **Ayaktan hasta ve acil servis hastası;** hastanın hekimi tarafından genel durumu, yapılan tetkik, muayene ve işlemler sonucunda sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilir.

- Tedavi süreci hakkında hastanın hekimi tarafından reçete edilen ilaçlar ve tıbbi öneriler varsa tekrar kontrol zamanı hakkında sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilerek hasta/hasta yakınının tedavi sürecine uyumu sağlanır.
- Yapılan tetkik ve işlemler sonrasında sonuçların alınma süreleri ile ilgili hasta/hasta yakını bilgilendirilerek tekrar hekiminin yanına gelme süresi hakkında da bilgi hekim tarafından verilir.
- Sonuçları ile birlikte tekrar hekimine başvuran hasta/hasta yakınının planlanan işlemler hakkında hekimi tarafından anlaşılabilir ve sade bir dille bilgilendirilir.
- Yatan, Ayaktan, Acil servise başvuran hastalar için karar verilen tedavinin seyrine göre; HBYS' ye hastanın; klinik durumu, bakım ihtiyaçları, fiziki muayene ve öykü, psikolojik ve sosyal faktörler gibi durumlar hekimi/sağlık çalışanı tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınır.

6.6 HASTA VE AİLESİNİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI

- Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi ve onamının alınması "*Hastanın Bilgilendirilmesi ve Aydınlatılmış Onam (Rıza) Alınması Prosedürü*" ne uygun şekilde yapılır.
- Yapılacak girişimsel işlemin farklılığına göre onam formu hasta/hasta yakınına anlatılır ve imzası alınır.

6.7 HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI

- Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbiri hastaya işlemi gerçekleştiren personel almakla yükümlüdür.
- Hasta mahremiyetinin sağlanması, "*Hasta Mahremiyeti ve Tıbbi Kayıtlara Erişimde Bilgi Mahremiyetinin Sağlanması Prosedürü*" ne göre yapılır.

6.8 HASTA BAKIMINDA KULLANILAN KATETER VE TÜPLER

- Hasta bakımında kullanılan tüplerin güvenli kullanımı, takip ve bakımı ile ilgili kurallar tanımlanmış ve sağlık personellerine belli periyotlarda eğitim verilmektedir.
- Hasta/hasta yakınları ve sağlık dışı personeller hasta bakımında kullanılan kateter, tüp ve cihazlarda dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilir.
- Kateter ve tüplerlerin doğru kullanımı ve dikkat edilmesi gereken kurallar **Dreni Olan Hastanın İzlem ve Bakım Talimatı** ve **Göğüs Tüpü Takılan Hastanın Bakımı Prosedürü** ne göre yapılır
- Tüm çalışanlar ve hasta / hasta yakınları bu konuda bilgilendirilir.
- Hastalara takılan yüksek riskli kateterler için (Arteriel kateter, epidural kateter vb)sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturmak adına kateter pansumanının üzerine kateterin adı veya kateter adının kısaltması yazılır ve uyarıcı işaret olarak kurumun belirlediği yüksek riskli kateter işareti hasta başına asılır. Hasta ve hasta yakınları bu konuda bilgilendirilir.



Örneğin:

- ✓ Arteriyal Kateter: AK
- ✓ Santral Venöz Kateter: SVK
- ✓ Epidural Kateter: EK
- ✓ Diyaliz Kateteri:DK
- ✓ İntratekal: İK
- ✓ Trakeostomi kanülü,
- ✓ Entübasyon tüpü,
- ✓ Göğüs tüpü vb

Yüksek Riskli Kateter Ve Tüplerin Bakım Ve Kontrol Uygulama Prosedürü ne göre bakımları yapılır.

6.9 HASTANIN AĞRI TAKİBİ

- Hastanemizde ağrı takibi; "*Ağrı Yönetim Prosedürü*" doğrultusunda yapılır. Ağrısı varsa, Ağrı - Hasta Bakım Planı HBYS den kaydedilir.

6.10 HASTANIN BESLENME TAKİBİ

- Yatan hastanın bölüme kabulünde beslenme durumu ve nutrisyon riski "Nutrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) Değerlendirme Formu" na HBYS tarafından kaydedilir.

- Tıbbi beslenmeye ihtiyacı olduğu belirlenen/tanımlanan hastalar, nutrisyen ekibi tarafından değerlendirilir, tıbbi beslenme hedefleri saptanır, hekimi ile koordineli olarak beslenme tedavisi düzenlenir. nutrisyen ekibi tarafından tıbbi beslenmesi takip edilir
- Hastanın beslenmesi ilgili hekim tarafından belirlenir ve order edilir.
- Ayaktan hastalarda, beslenme durumunda sorun görülen hastalar, diyetisyene yönlendirilir
- Taburculuk sonrası tıbbi beslenme tedavisinin sürdürülmesini sağlamaya yönelik, hasta yakınlarına beslenme süreci, ekipman kullanımı, hasta izlemi vb. hakkında nutrisyon hemşiresi tarafından eğitim verilir.

6.11 HASTADA BASINÇ YARASI RİSKİNİN TAKİBİ

- Bası yarası riski yüksek olan hastalar "*Basınç Yarası Önleme ve Bakım prosedürü*"na göre gerekli uygulamalar yapılır.
- Bası yarası mevcut ise, "*Basınç Ütseri Tanılama ve Risk Değerlendirme Formu*" HBYS den kaydedilir.

6.12 KONSÜLTASYON İSTEM SÜRECİ

- Hekim tarafından yapılan konsültasyon istemi konsültasyon istemi ve nedeni ilgili bölüme HBYS üzerinden iletilir.
- Konsültasyon talep edilen branş hekimi, klinikte hastayı muayene ederek değerlendirir. Değerlendirmesini HBYS'de karşılayarak raporunu yazar
- Konsültan hekim, acil bir durum söz konusu ise, ayrıca konsültasyon isteyen hekim telefon ile arayarak bilgi verir.
- Konsültasyon isteyen hekim, konsültasyon sonrası rapora göre, hasta bakım sürecini yeniden değerlendirir.
- Hastanemizde, yatan hastalar için konsültasyon acil durumlarda en kısa süre içinde, acil olmayan konsültasyonlar aynı gün mesai bitimine kadar yapılması hedeflenmiştir.

6.13 TEDAVİ TETKİK RED DURUMU

- Hastanın yapılacak tedavi ve girişimi reddetmesi durumunda "*Tedavi ve Tetkik Red Formu*" doldurularak kaydedilir.

6.14 HASTA KİMLİK TANIMLAMA VE DOĞRULAMA

- Hasta kabulü hastanemizde "*Hasta Kimlik Tanımlama Ve Doğrulama Prosedürü*" göre yapılır.
- Yatışı yapılan hastaya kimlik tanımlaması için; kimlik bilgilerinin yazılı olduğu bileklik hastanın koluna takılması zorunludur. Kimlik tanımlayıcıların hastanın hastanede yattığı sürece çıkarılmaması gerektiği hasta/hasta yakınına anlatılır.

Kimlik tanımlayıcı da;

- ✓ Hastanın adı-soyadı,
- ✓ Yatış tarihi ve saati,
- ✓ Dosya numarası,
- ✓ Doğum tarihi -doğum yeri,
- ✓ Yattığı servis (Psikiyatri kliniğinde yatan hastalar hariç) yazılı beyaz renkte bir bileklik takılır.
- Yatışı Yapılan her hastaya **BEYAZ**, Alerjisi olan her hastaya: **KIRMIZI** bileklik takılır.
- Doğum sırasında kız bebeklere **PEMBE**, erkek bebeklere **MAVİ** kimlik tanımlayıcı bileklik takılır. Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı, Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir.
- Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.
- Dosyadaki tüm kayıt formlarına hastanın kimlik bilgileri açık ve tam olarak yazılır. Sadece Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda; hasta dosyası ile birlikte nüfus cüzdanı ön yüzün fotokopisi kullanılır. Dosyanın üstünde tüm çalışanların kolayca fotoğraflı ön yüz bilgileriyle kimlik tanımlama yapılacak şekilde düzenlenmiştir.

6.15 HASTANIN DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hastanın düşme riski, uygun düşme riski ölçeği ile değerlendirilir ve kaydedilir. Düşme riski tespit edilen hastalar için standarda uygun tüm işlemler yapılır.
- Yetişkin hastalarda (18 yaş üzeri hastalarda) **‘İtaki II Düşme Riski Ölçeği’** Çocuk hastalarda (0-18 yaş arası hastalarda) **‘Harizmi II Düşme Riski Ölçeği’** kullanılır.
- Bu ölçekler HBYS den hemşirelik yönetim sistemi modulüden listeler/skalalar bölümünden uygun değerlendirme ölçeği doldurulur ve kayıt altına alınır.
- **Düşme Riskini Önleme Prosedürü** ne göre hasta değerlendirilir. Hastanın düşme durumu gerçekleştiğinde ise; hastane kalite modülü üzerinden bildirim yapılır.

6.16 HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ

- Hastanın yanında getirdiği ilaçların yönetimi **“Yatan Hastanın Yanında Getirdiği İlaçların Yönetimi Talimatına”** göre yapılmalıdır.
- Hastanın yanında getirdiği ilaçları varsa, hekimi tarafından kontrol edilir.
- Hastanın yatışı karar verildiğinde bu ilaçlar servis hemşiresi tarafından hastadan alınarak HBYS üzerinden hastanın beraberinde getirdiği ilaç teslim ve iade formu doldurularak kayıt altına alınır.
- Hekim tarafından tedavi planına yazıldıktan sonra hemşire tarafından hastanın tedavisi uygulanır

Hastanın Dışarıdan Getirdiği İlaçların Teslim Alınması ve Kaydedilmesi

- Hastanın kullandığı ilaçlar ilgili veri toplama formu ile sorgulanır ve hemşire tarafından teslim alınır. Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılır. Miadi geçmiş ilaçlar imha edilir.
- Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların hekimi tarafından kontrol edilmesi ve kullanılacaksa order edilmesi sağlanır.
- Hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgi alınır. İlaçların son kullanma tarihleri ve kullanıma uygunluğu konusunda da incelenerek kontrol edilir.
- Hasta güvenliği açısından risk oluşturacağından atık yönetimine uygun olarak elimine edilmesi için tutanakla eczaneye gönderilir ve bu konuda hasta bilgilendirilir. Diğerleri ise hemşire tarafından **“Hastanın Dışarıdan Getirdiği İlaçları Teslim Alma ve İade Formu”** na ve/veya HBYS üzerinden Hemşirelik Yönetim Sistemindeki **İlaç Teslim/ İade sayfasına** kayıt edilir.
- İlaçlar eğer kullanıma uygunsuz; HBYS den hemşirelik yönetim sistemi modulü de ilaç teslim /iade bölümünden doldurularak hastadan teslim alınır, hasta taburcu olurken de ilaç teslim iade bölümünden ilaçlar hastaya iade edilir.
- Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli dolapta saklanır.
- Hastanın bölüme kabulü sonrası veri toplama amacı ile hasta dosyası ve Hemşirelik hizmetleri hasta değerlendirme formu doğrultusunda hastanın genel sağlık durumunun standartlara göre değerlendirmesi yapılır.
- Formun doldurulması sürecinde hasta ve yakınına yeterli zaman ayrılarak, soruları yanıtlanır.
- Tanılama için hastanın mahremiyetinin korunabileceği uygun bir ortam hazırlanır.
- Hasta için sağlanan uygun bir ortamda değerlendirilir. HBYS üzerinden hemşirelik yönetim sistemi modulünden hemşirelik hizmetlerine giriş yapılır.
- Hemşire kullanıcı adı ve şifresi girilerek açılan sayfada hemşire değerlendirme formu hastadan alınan bilgiler doğrultusunda doldurulur. Hastanın bilgilerin gizliliği sağlanır.

6.17 KENDİNE VE BAŞKALARINA ZARAR VERME RİSKİ OLAN KISITLAMA GEREKTİREN HASTA

- Kendine ve başkalarına zarar verme riski her hastada. **‘Hasta Kısıtlama Prosedürü** ne göre yapılır.

6.18 AMELİYAT ÖNCESİ ANESTEZİ DEĞERLENDİRMESİ

- Hastanın anestezi değerlendirmesi anestezi polikliniğinde yapılır.
- Anestezi doktoru hasta hakkında yaptığı değerlendirmeyi, **“Ameliyat Öncesi Anestezi Hasta Değerlendirme Formu”**na kaydeder.
- Anestezi doktoru tarafından, uygulanacak anestezi hakkında hasta ve yakını bilgilendirilir,
- **“Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formu”** hasta /hasta yakını ve anestezi doktoru tarafından imzalanır.
- Anestezi değerlendirmesinden sonra anestezi hekimi, premedikasyon, tetkik ve konsültasyon taleplerini yazılı olarak HBYS üzerinden ilgili bölüm doktoruna iletir.

6.19 AMELİYAT ÖNCESİ HASTA TAKİBİ VE BAKIMI

6.19.1 Ameliyat Öncesi Hazırlık Süreci

- Tüm ameliyatlara "*Cerrahi Uygulama Yapılan Hastaların Hazırlık Süreci Prosedürü*" ne uygun olarak yapılır
- Hasta ameliyat olacak ise; Anestezi değerlendirmesi tamamlanan hasta "*Hasta ve Hasta Yakınları İçin Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Bilgilendirme Rehberi*" ne uygun olarak bilgilendirme yapılır.
- Yapılan hazırlıklar, uygulanan zaman ve uygulayan hemşire gözlemine kaydedilir.
- Ameliyat öncesi hastanın anestezi ve işleme özel bilgilendirilmesi ve onayının alınması sağlanır.
- Ameliyat öncesi kan ve kan ürünü temini gerekli ise; "*Transfüzyon Merkezi Çalışma Prosedürü*" ve "*Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu İşleyiş Prosedürü*" ne göre kan/kan ürünü temin edilir.
- Cerrahi işlem öncesi bölge işaretlemesi hastanın hekimi tarafından, silinmeyecek kalemle yapılır.
- Ameliyathane ekibi ve salonu hazırlandığında, ameliyat için hazırlanmış olan hasta servise telefon edilerek, transfer işlemi için hazırlanması istenir
- Hastanın kimlik kontrolü yapılarak sedyeye alınır, hasta kendi transfer sedyesine geçemeyecek durumda ise; "*Güvenli Hasta Transferi Prosedürü*" ne uygun olarak hasta sedyeye alınır.
- Anestezi Hekiminin verdiği premedikasyon direktifi hemşire tarafından yapılır. Hastaya ait çıkabilen protezleri tekrar kontrol edilir.
- "*Güvenli Cerrahi Kontrol Formu*" nun klinikten ayrılmadan önceki bölümü HBYS üzerinden doldurulur
- Hastanın ameliyathaneye transferi "*Güvenli Hasta Transferi Prosedürü*" ne uygun olarak sağlanır.

6.19.2 Cerrahi Profilaksi Uygulaması

- Hekim tarafından cerrahi tedavi planına yazılan profilaktik ilaçlar, hemşire doktorun tedavi planına yazdığı saatte ve şekilde hastanın durumuna göre uygun yolla yapar.

6.19.3 Hastanın Ameliyathaneye Transferi

- Hemşire ve ameliyathane personeli tarafından hastanın kimlik doğrulaması kimlik tanımlayıcıdan kontrol edilir, hastaya adı-soyadı sorularak teyid yapılır.
- Hemşire, hastanın dosyası ile birlikte ameliyathaneye transferini "*Hastane İçi Hasta Transfer Formu*" na bilgileri kaydeder ve hastanın dosya ile birlikte destek personeli ile transferini sağlar.
- Ameliyathane hemşiresi tarafından cerrahi uygulama yapılacak hastanın "*Ameliyathane Hazırlık Süreci*" ve "*Hasta -Çalışan Güvenliği Kontrol Formu*" vaka süreci boyunca titizlikle gerekli kontroller edilerek doldurup kayıt edilir.

6.19.4 Cerrahi Hazırlık ve Sonrası Bakım Süreci

- Hasta cerrahi işlem öncesi "*Cerrahi Uygulama Yapılan Hastaların Hazırlık Süreci Prosedürü*" ne uygun olarak yapılır.
- Cerrahi uygulama yapılacak hasta hazırlığında "*Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu*" doldurularak hastanın kabul işlemini tamamlar.

6.19.5 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" Bölümü Kontrolü ve Taraf İşaretlemesi

- Güvenli cerrahi kontrol listesinin klinikten ayrılmadan önce bölümünü hekim ve hemşire ayrı ayrı kontrol eder ve imzalar, hasta dosyasına koyar.

6.20 AMELİYAT SONRASI HASTA BAKIMI VE TAKİBİ

- Cerrahi operasyon geçiren hasta birey ameliyattan sonra ilk olarak ayılma ünitesine alınmaktadır. Hasta ayılma ünitesinde kenarlıkları kaldırılmış sedyede kalır.
- Anestezi hekimi /anestezi teknisyeni tarafından ayılma odasındaki hemşireye; hastanın durumu, tıbbi tanısı, ameliyat sırasında komplikasyon gelişti mi, gözlenmesi gereken komplikasyon var mı, uygulanması gereken özel istem var mı gibi konularda bilgi verilir.

Ayılma Ünitesinde Hemşire;

- Hastanın yaşam bulguları (anestezinin türüne göre takip sıklığı değişkendir.)
- Cilt rengi ve ısısı
- Bilinç durumu
- IV sıvı gönderiliyorsa miktarı ve gidiş hızı
- Hastanın drenaj tüpleri varsa onun uygun bir cihaza (şişe, torba, sakşın) bağlanması ve drenaj miktarının ölçülmesi yapılır.

Ayılma Ünitesinden Ayrılma Koşulları İse;

- Ameliyat sonrası hastada genel anestezinin etkilerinin geçmiş olması
- Hastanın yaşam bulguları stabil duruma gelmiş olması
- Hasta vücudunun herhangi bir yerinde bulunan dreninde aşırı miktarda drenaj olmaması
- Hastanın bilinci açılmış olması sağlandıktan sonra hasta kliniğe transferi sağlanır.

Hasta, Kliniğe Alındıktan Sonra;

- Hastanın yaşam bulguları (anestezinin türüne göre takip sıklığı değişkendir.)
- Cilt rengi ve ısısı
- Bilinç durumu
- IV sıvı gönderiliyorsa miktarı ve gidiş hızı
- Hastanın drenaj tüpleri varsa onun uygun bir cihaza (şişe, torba, sakşın) bağlanması ve drenaj miktarının ölçülmesi sağlanır.
- Hastanın aldığı çıkardığı sıvıyı hemşire takip eder ve “*Hemşire Gözlem Formu*” na kaydeder.
- Cerrahi uygulama yapılacak hasta hazırlığında “*Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu*” nu doldurarak hastanın kabul işlemini tamamlar.

Ameliyat sonrası süreçte verilen bakımın başlıca 10 hedefi bulunmaktadır;

Solunum sistemi fonksiyonunu sürdürmek

- Kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek
- Renal fonksiyonu sürdürmek
- Sıvı- elektrolit dengesini sürdürmek
- Hastanın yeterli beslenmesini, boşaltımını sağlamak
- Hastanın yara iyileşmesini sağlamak
- Hastanın hareketini sağlamak
- Hastanın istirahatini sağlamak
- Hastada gelişebilecek komplikasyonları önlemek
- Hastaya psikolojik destek sağlamak

Tüm Hastaya verilen bakımlar bu hedefler etrafında oluşturulur ve hastanın verilen bakım-tedaviden memnun kalması, sağlığına kavuşmuş olması ve mutlu bir şekilde hastaneden ayrılması amaçlanır.

6.21 TIBBİ CİHAZ TAKİBİ

- Tıbbi cihazların bölüm bazında envanterleri klinikte bulunmaktadır.
- Tıbbi cihazların günlük kontrolü klinik hemşiresi tarafından yapılır.
- Tıbbi cihazların arızası durumunda tıbbi cihaz tamiri birimine sistem üzerinden istem yapılır.
- Cihazın durumu ile ilgili arızanın giderilip giderilmediği sistem üzerinden arıza bildirim formuna eklenir.
- Tıbbi cihaz bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon plan dahilinde yaptırılır.
- Kalibre edilen cihazlara kalibrasyon etiketi yapıştırılır.

Etikette;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı,
- Kalibrasyonun yapıldığı tarihi,
- Sonraki kalibrasyon tarihi,
- Sertifika numarası bulunur.

6.22 HASTA BAŞI TEST CİHAZLARININ KULLANILMASI VE KONTROLÜ

- Kliniğimizde çalışan hemşireler, HBTC olarak kan glikozunu ölçmek için glukometre cihazı kullanmaktadır.
- Kliniğimizde kullanılan HBTC ‘nin kontrolünden ve takibinden servis hemşireleri sorumludur.
- Birim bazında HBTC envanter listesinde bölüme ait cihazların envanteri tutulur.
- HBTC ‘de çalışılmış olan tüm test sonuçlarını, hemşire gözlem kağıdına kaydedilir.
- HBTC ‘nin temizliğini üretici firmanın önerisine göre hemşire yapar.
- HBTC ‘nin kalibrasyonunu laboratuvarda bakılan kan şekeri sonucu ile karşılaştırma yapılarak ölçülür. Aradaki fark %10’a kadar normal kabul edilir. Bu fark %10’dan fazla ise uygunsuz olduğuna karar verilerek cihaz yenisi ile değiştirilir.

- HBTC ‘nı kullanacak yeni başlayan çalışanlara;
- Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesini,
- Cihazın temizliği ve bakımı ile ilgili eğitim verilir.

6.23 NARKOTİK VE PSİKOTROP İLAÇLARIN YÖNETİMİ

- Kliniklerde narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli dolaplarda ve yetkili sağlık personelinin erişiminde muhafaza edilir. Klinikte bulundurulması gereken narkotik ilaçların stok seviyeleri belirlenmiştir. İşleyiş ‘*İlaç Güvenliği ve Yönetimi Prosedürüne*’ ne göre yapılır.
- Order edilen ve uygulanan narkotik, psikotrop ilaçlar ‘*Narkotik İlaç Defteri*’ ne kaydedilir, hemşire tarafından imzalanır.
- İmha edilen narkotik, psikotrop ilaçlar narkotik ve psikotrop ilaç imha formuna kaydedilerek sağlık çalışanı tarafından imzalanır ve eczacı onayı ile imha edilir.
- Her nöbet değişiminde Narkotik ve psikotrop ilaçlar kontrol edilir, sayılır, ‘*Narkotik İlaç Defteri*’ ne kaydedilerek imzalanır ve teslim edilir.

6.24 TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

- Transfüzyona başlamadan önce, transfüzyon hakkında hastaya bilgi verilir. Soru sormasına fırsat tanınır, bilgilendiğinden emin olunur.
- Bu süreç bilgilendirilmiş onam formunun imzalatılması ile tamamlanır.
- Hastanın ve transfüzyonu yapılacak kan ve kan bileşeninin doğru olarak tanımlanması çok önemlidir. Bu nedenle tercihen iki yetkili personel tarafından karşılıklı kontrol edilerek uygulanmalıdır.

Transfüzyon Öncesi Kontroller;

- Hastanın adı soyadı ve doğum tarihi (gün, ay, yıl) sorularak, kan bileşeni uygunluk raporundaki kimlik bilgileri ile karşılaştırılmalıdır.
- Hastanın kan grup belgesinde bildirilen kan grubu ile kan ünitesi üzerindeki etikette yazan kan grubu karşılaştırılmalıdır.
- Kan bileşeni uygunluk raporundaki kan ünite numarası ile kan ünitesi üzerindeki numara karşılaştırılmalıdır.
- Kan ünitesi üzerinde “çapraz karşılaştırma uygundur” ifadesi görülmelidir. Uygunluk testleri tamamlanmadan verilmiş kan ünitesi üzerinde bu durum açık olarak belirtilmiş olmalıdır.
- Kan ünitesi üzerindeki son kullanım tarihinin geçmemiş olduğu kontrol edilmelidir.
- Hekimin hastaya verilecek kan bileşeni ve miktarı ile ilgili istemi görülmelidir.
- Transfüzyona başlamadan önce, hastanın başlangıç vücut ısısı, kan basıncı, nabız ve solunum sayısı kaydedilir.
- Transfüzyonu başlatan kişi; transfüzyona başlanan günü, saati, transfüze edilen bileşeni, transfüzyon hacmini ve torba numarasını kaydeder.

Transfüzyon İzlemi;

- Kan bileşenlerinin transfüzyonu sırasında hastanın dikkatle gözlenmesi zorunludur.
- Transfüzyonun ilk dakikalarında infüzyon hızı yavaş olmalıdır.
- Transfüzyonun 15. dakikasında, yaşamsal bulgular tekrar değerlendirilir. Eğer bir sorun yoksa transfüzyon hızı arttırılarak, ürünün istendiği sürede infüzyonunun tamamlanması sağlanır.
- Transfüzyon süresince her 30 dakikada bir ve tamamlanmasını izleyen birinci saatte yaşamsal fonksiyonlar yatan hasta dosyasında bulunan “*Kan Bileşenleri Transfer Ve Transfüzyon İzlem Formu*” na kayıt edilir. Bu izlem formunun bir nüshası hasta dosyasında eklenir, diğer nüshası kan bankasına gönderilir.
- Transfüzyonun tamamlandığı saat kayıt edilmelidir. “*Transfüzyon Kan Bileşenleri Transfer Ve Transfüzyon İzlem Formu*” na hekim ve hemşire tarafından imzalanmalıdır.

6.25 AMELİYATHANE DIŞI SEDASYON UYGULAMALARI

- *Ameliyathane Dışı Sedasyon Uygulamaları Prosedürü* ne uygun olarak yapılır.

6.26 GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ

Hastanın tansferi **Güvenli Hasta Transferi Prosedürü** ne göre yapılır

- Hasta transferinde kullanılan sedye ve tekerlekli sandalyeler, her şiftte ve kullanım sonrasında temizliği yapılır, örtüsü değiştirilir. Herhangi bir arıza durumu varlığı günlük kontrol edilir.

6.27 HASTANIN VEFATI (EX) DURUMUNDA YAPILACAKLAR

- Hasta ex olduğunda **“Yaşam Sonu Bakım Prosedürü”** ne göre hareket edilir.

6.28 HASTALARIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA GÜVENLİ DEVRİ

- Her shift değişiminde; hekim-hekim, hemşire-hemşire arasında **“Nöbet devir-teslim Talimatı”**na uygun olarak yapılır.
- Taburcu olmuş ya da olacak, ex olmuş, başka kuruma sevk edilmiş hastaların işlem aşamaları ile teslimi yapılır.

6.29 KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

- Bölüm bazında kullanılacak kişisel koruyucu ekipmanlar, **“Cerrahi Servisler Kişisel Koruyucu Donanım Kullanım Listesi”** nde belirtildiği gibi kullanılır.
- Kliniklerdeki enfeksiyon kontrolüne yönelik uygulamalar **“İzolasyon Prosedürü”** ne uygun yapılır

6.30 HASTA/ HASTA YAKINI EĞİTİMLERİ

Hasta /hasta yakını bölüme kabulünden taburculuğa kadar olan tüm eğitimler taburculuk eğitimleri de dahil **Hasta/Hasta Yakını Eğitim Prosedürü** ne göre verilir.