



## ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No:	KU.PL.01
Yürürlük Tarihi:	15.08.2018
Revizyon No:	00
Revizyon Tarihi:	00
Sayfa No:	1/7

NO	AMAÇ	PLANLANA FAALİYETLER	SORUMLU	UYGULAMA	İZLEME YÖNTEMİ
1	Hasta kimliğinin belirlenmesinde doğabilecek hataların en aza indirilmesi	Hasta kimlik bilekliklerinin kullanılması	Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personel	Tüm hastalara beyaz kol bandı takılarak, ilaç alerjisi olan hastalara kırmızı, doğum sonrası erkek bebeklere mavi, kız bebeğe pembe kimlik tanımlama bilekliği takılır.	Hasta kimlik bilekliklerinin kullanım takibi
		Bakım, tedavi veya hizmet sağlarken hastayı tanımlayıcı en az üç belirleyicinin kullanılması	Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personel	Kimlik tanımlama bilekliklerinde hastanın adı-soyadı, protokol numarası, doğum tarihi gün, ay, yıl olarak yer almalıdır.  Hastaya; tanı, tedavi, tedaviye hazırlık veya tedavi takibi için yapılacak her türlü işlemde hasta kimliği aktif iletişim tekniği ile doğrulanmalıdır.	Yanlış hastaya uygulanan girişim ve tedavi sayısı
2	Cerrahi güvenliğin sağlanması	Anestezi öncesi doğru bölge ve doğru taraf işlem doğrulamasının sağlanması	Sorumlu Ekip Cerrahi ve anestezi ekibi	Anestezi öncesi, doğru bölge ve taraf işaretlenmeli ve bu işlem hastaya da doğrulattırılmalı	Yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış işlem sayısı
		Cerrahi kesi öncesi doğru hasta, doğru taraf ve doğru işlem doğrulamasının sağlanması	Sorumlu Cerrahi ve anestezi ekibi	Ameliyat odasında sesli olarak doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem doğrulaması yapılmalı	
		Anestezi öncesi, cerrahi kesi öncesi ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce güvenli cerrahi için önlemlerin alınmasını sağlamak	Sorumlu Cerrahi ve anestezi ekibi	Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu uygulanmalı	Cerrahi Güvenlik Kontrol Formunun eksiksiz doldurulma takibi



## ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No:	KU.PL.01
Yürürlük Tarihi:	15.08.2018
Revizyon No:	00
Revizyon Tarihi:	00
Sayfa No:	2/7

NO	AMAÇ	PLANLANAN FAALİYETLER	SORUMLU	UYGULAMA	İZLEME YÖNTEMİ
3	İlaç kullanım güvenliğinin geliştirilmesi	Okunuşu ve görünüşü benzer ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları farklı olan ilaçların kullanımındaki karışıklıkları ve ilaç hatalarını önlemek için tanımlanması	Eczane sorumlusu Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Yazılışı-okunuşu benzer ilaçların listesinin hazırlanması</li><li>Ambalajı benzer ilaçların listesinin hazırlanması</li><li>Farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları farklı olan ilaçların listesinin hazırlanması</li><li>Hazırlanan listelerin yıllık olarak gözden geçirilmesi</li><li>Bu listeler hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde, tedavilerin hazırlandığı bölümlerde bulundurulmalı</li><li>Hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde ilaç depolama ile ilgili kurallar belirlenirken karışıklıkları önlemeye yönelik tedbirler (örn. bu ilaçların ayrı raflarda saklanması, eczanede uyarıcı yazıların bulunması vb.) alınmış olmalı</li></ul>	Yanlış ilaç uygulama takibi İlaç hata oranları
		İlaç –ilaç etkileşimleri ve ilaç besin etkileşimlerinin tanımlanması		<ul style="list-style-type: none"><li>Birbirleriyle etkileşen ilaçlar ve besinlerin neler olduğunun belirlenmesi</li><li>İlaç –ilaç etkileşimleri ve ilaç besin etkileşimleri order yazılırken, ilaç uygulanırken kontrol edilmeli</li></ul>	



## ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No:	KU.PL.01
Yürürlük Tarihi:	15.08.2018
Revizyon No:	00
Revizyon Tarihi:	00
Sayfa No:	3/7

NO	AMAÇ	PLANLANA FAALİYETLER	SORUMLU	UYGULAMA	İZLEME YÖNTEMİ
4	İlaç uygulama hatalarının önlenmesi	Tedavi planlarında ilaç güvenliğini olumsuz yönde etkileyen risklerin azaltılması	Sorumlu Ekip Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Her hasta için belirlenmiş olan tedavi planları hastayı takip eden doktor tarafından hasta kayıtlarına okunaklı şekilde yazılmalı</li><li>Tedavi planında ilacın dozu, uygulama şekli ve zamanı mutlaka belirtilmeli</li><li>İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalı</li></ul>	Yanlış ilaç uygulama oranı İlaç hata oranları
		İlaçların verilmesi aşamasındaki risklerin azaltılması	Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Tüm ilaçları sadece ilgili hemşire tarafından verilmeli</li><li>Yapılan tedavi hemşire gözlem kağıdına kayıt edilmeli</li><li>İlaçlar hastalara isimlerinin yazılı olduğu ve günlük dozunun ayrıldığı ilaç kutuları vb. araçlarla verilmeli</li></ul>	Yanlış ilaç uygulama oranı İlaç hata oranları
		Acil pediatrik ilaçların güvenli kullanımı	Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Acil kullanılacak pediatrik ilaçların kilograma göre çocuk dozları listelenmeli, bu listeler acil servisler ve çocuk hasta bakımı yapılabilen tüm klinik/servislerde kolay ulaşılabilecek bir yerde bulundurulmalı</li></ul>	Yanlış ilaç uygulama oranı İlaç hata oranları
		Yüksek riskli ilaçlarla ilgili ilaç uygulama hatalarını önlemek	Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Hastanede kullanılan yüksek riskli ilaçlar listesi eczane sorumlusu tarafından belirlenmeli</li><li>Yüksek riskli ilaçlar üzerine eczanede uyarıcı kırmızı “yüksek riskli ilaç etiketlemesi yapılmalı</li></ul>	Yanlış ilaç uygulama oranı İlaç hata oranları
5	İlaç Güvenliğinde Geri bildirim Mekanizmasının oluşturulması	İlaç hatalarının bildirimini sağlanması	Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli Eczane sorumlusu	<ul style="list-style-type: none"><li>İlaç hatası durumunda veya ilaçla ilgili istenmeyen bir reaksiyon geliştiğinde advers etki bildirim formu kullanılarak farmakovijilans sorumlusuna bildirim yapılmalı</li></ul>	İlaç hata bildirim oran



## ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No:	KU.PL.01
Yürürlük Tarihi:	15.08.2018
Revizyon No:	00
Revizyon Tarihi:	00
Sayfa No:	4/7

NO	AMAÇ	PLANLANA FAALİYETLER	SORUMLU	UYGULAMA	İZLEME YÖNTEMİ
6	Narkotik İlaç güvenliğinin artırılması	Narkotik ilaçların kontrolsüz kullanımının önlenmesi	Eczane sorumlusu Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Hastanedeki tüm birimlerde (eczane, servisler, ameliyathane, acil servis vb.) bulunan yeşil ve kırmızı reçeteye tabi</li><li>ilaçlar genel kullanıma açık olmayan kilitli alanlarda muhafaza edilmeli</li><li>Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimine ait kayıtlar tutulmalı</li></ul>	
7	İlaçların güvenli şekilde muhafazasının sağlanması İlaçların güvenli şekilde muhafazasının sağlanması	İlaçların uygun ısı, ışık ve nem ortamında saklanması sağlanması	Eczane sorumlusu Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>İşıktan etkilenen ilaçların listesinin yapılması Işıktan etkilenen ilaçların ışıktan korunaklı şekilde saklanmasının sağlanması</li><li>Buzdolabında saklanması gereken ilaçların belirlenerek buzdolabında muhafazasının sağlanması</li><li>İlaçların bulunduğu ortamların ısı ve nem takiplerinin yapılması</li></ul>	İlaç hata oranları



## ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No:	KU.PL.01
Yürürlük Tarihi:	15.08.2018
Revizyon No:	00
Revizyon Tarihi:	00
Sayfa No:	5/7

NO	AMAÇ	PLANLANAN FAALİYETLER	SORUMLU	UYGULAMA	İZLEME YÖNTEMİ
8	Hastanın düşmelerden doğabilecek zarar görme riskini azaltmak	Hastaların düşme risklerini tespit ederek, iyileştirici önlemleri almak	Hasta ve Çalışan Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Her yatan hasta için düşme riski değerlendirme formu doldurulmalıdır</li><li>Düşme riski olan hastaların kaldığı odasının kapısına 4 yapraklı yonca yaprağı asılır</li><li>Hasta yatakları en düşük seviyede tutulmalı Sedyeye ve yatak korkulukları periyodik olarak servis sorumlu hemşiresi tarafından kontrol edilmeli.</li><li>Hasta odasında gereksiz eşyalar, yerlerde kablo vs. bulundurulmamalı</li><li>Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resimler ile uyarı levhaları (ıslak zemin, alt yapı çalışması vb.) konulmalı</li><li>Merdiven korkulukları kontrol edilmeli</li><li>Yürürken ayağın takılabileceği çıkıntı, yükselti gibi basamaklar, engeller giderilmeli</li><li>Ambulansta kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalı Ambulans sedye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı (Acil servis sorumlusu)</li><li>Hasta sedyeye ambulansa alındıktan sonra sedye kızaklarının sabitlenmesi sağlanma</li></ul>	Hasta düşme oranı
9	İletişim hatalarından doğan riskleri azaltmak	Bakım sağlayıcılar arasındaki iletişimin etkinliğini arttırmak	Eczane sorumlusu Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Tüm hastane çapında tedavi sırasında kullanılmaması gereken kısaltmaların listesini oluşturarak ilgili birimlerde bulundurulmalı</li><li>Hastanın transferi sırasında kurum içi veya kurum dışında bir sonraki hizmet sağlayıcısına hastaya ait bilgilerin iletilmesi sağlanmalı</li><li>Sözel orderlarda istemi alan kişi orderı kaydetmeli ve geri okuyarak ile doğrulama yapmalı (sözlü ve telefonla tabip talimatları formu)</li><li>Laboratuvar personeli Laboratuvarında çalışılan testlerde hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek sonuçlar elde edildiğinde ilgili hekimin veya hemşirenin en kısa zamanda bilgilendirilmesi sağlanmalı</li></ul>	Hatalı işlem Oranı Hasta sevk formu Panik değer bildirim formu



## ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No:	KU.PL.01
Yürürlük Tarihi:	15.08.2018
Revizyon No:	00
Revizyon Tarihi:	00
Sayfa No:	6/7

NO	AMAÇ	PLANLANAN FAALİYETLER	SORUMLU	UYGULAMA	İZLEME YÖNTEMİ
10	Acil Müdahale risklerini azaltmak	Acil CPR uygulamalarının etkinliğinin artırılması	Mavi Kod uygulama ekibi	<ul style="list-style-type: none"><li>Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulan hallerde ilgili sorumlu ekibin en kısa Mavi kod Uygulamasında olay yerine ulaşmasını temin etmektir</li></ul>	Mavi kod Uygulamasında vakaya ulaşma süresi
11	Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon risklerini azaltmak	El hijyen kurallarına uymak	Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Her hasta başında alkol bazlı el antiseptiği olmalı</li><li>El antiseptik solüsyonlarının kullanımı konusunda personel uyumu ile ilgili değerlendirme yapmak için birimlerden hastane deposuna yapılan iç istemlerin düzenli periyotlarla takibi yapılmalı</li><li>El Hijyeni İçin 5 Durum (Endikasyon) Kuralı Gözlem Formu' ile her üç ayda bir gözlem yapılmalı ve sonuçları hastane personeli ile paylaşılmalı</li></ul>	El hijyeni personel uyum oranı
12	Laboratuvarдан kaynaklanan riskleri azaltmak	Numune kabul ve red kriterlerinin belirlenmesi	Lab. personeli Hasta bak. ve ted. Sağ. tüm sağ. Per.	<ul style="list-style-type: none"><li>Laboratuvar test rehberi bulunmalıdır</li></ul>	Reddedilen numune oranı
		Testlerin internal kalite kontrollerinin yapılmasının sağlanması	Lab. personeli Hasta bak. ve ted. sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Testlerin çalışıldığı tarihlerde iç (internal) kalite kontrolü en az iki seviyeli olarak (normal ve patolojik kontrol serumu gibi) yapılmalı</li></ul>	
		Testlerin eksternal kalite kontrollerinin yapılmasının sağlanması	Lab. personeli Hasta bak. ve ted. Sağ. tüm sağlık Per.	<ul style="list-style-type: none"><li>Kalite kontrol programına bağlanabilen parametreler için dış kalite kontrolleri periyodik olarak yapılma</li></ul>	
		Numunelerin uygun şekilde toplanması ve transferinin sağlanması		<ul style="list-style-type: none"><li>Numunelerin doğru şekilde alınması ve transferine ilişkin talimat hazırlanmalı</li><li>Konu hakkında ilgili personele eğitim verilmeli</li></ul>	Reddedilen numune oranı



## ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No:	KU.PL.01
Yürürlük Tarihi:	15.08.2018
Revizyon No:	00
Revizyon Tarihi:	00
Sayfa No:	7/7

NO	AMAÇ	PLANLANA FAALİYETLER	SORUMLU	UYGULAMA	İZLEME YÖNTEMİ
13	Kan transfüzyonundan doğabilecek riskleri azaltmak	Güvenli Kan transfüzyonunu sağlamak	Laboratuvar personeli Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli	<ul style="list-style-type: none"><li>Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.</li><li>Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.</li><li>Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından; Hastanın kimliği,</li><li>Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, Ürünün planlanan verilme süresi doğrulanmalıdır.</li><li>Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir.</li><li>Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir</li></ul>	Transfüzyon reaksiyonu oranı
14	Radyasyondan doğabilecek riskleri azaltmak	Radyasyon güvenliğini sağlamak	Görüntüleme Ünitesinde çalışanlar	<ul style="list-style-type: none"><li>Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalı, Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.</li><li>Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir.</li><li>Gebe ve gebelik şüphesi olanlarda bebeği koruyucu önlemler alınmalıdır.</li><li>Radyasyon koruyucularının etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir.</li></ul>	Koruyucu ekipmanların radyolojik inceleme raporu