



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: S.IY.PR.02
Yayın Tarihi	: 08.12.2023
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 1/7

GÜVENLİ İLAÇ KULLANIM PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ :

Hastanemize yatan veya taburcu olan hastalar için güvenli ilaç kullanımını sağlamak amacıyla;

- Hastaların beraberinde getirdiği ilaçların yönetiminin,
- Hastanın yatış sürecinde kullanmaya devam edeceği ilaçların yönetiminin,
- Hastanın taburcu olduktan sonraki süreçte kullanılacağı ilaçların yönetiminin,
- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların yönetiminin,
- İlaçla ilgili istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacakların,

İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik olarak ilacın hastaneye alınması, muhafazası, depolanması, hastaya uygulanması ve hastadan kalan ilaçların geri çekilmesine kadar olan tüm işleyişin standardizasyonunun sağlanması, ayrıca olası ilaç hatalarının tanımlanması (hata kaynakları, nedenleri), ilaç hatasını en aza indirmek için alınacak önlemler ile hataların gerçekleşmesi durumunda yapılacakların standardizasyonunun sağlanmasıdır.

2. KAPSAM :

Tüm hastane personelini ve yatan hastaları kapsar.

3. KISALTMALAR :

4. TANIMLAR :

KYB : Kalite Yönetim Birimi

DÖF: Düzeltici ve Önleyici Faaliyet

5. SORUMLULAR :

Başhekim, hekimler, servis sorumlu hemşiresi, servis hemşireleri, servis personeli, Depo Sorumlusu, Hasta Güvenliği Komitesi ve ilaç uygulaması yapan tüm sağlık personeli

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SORUMLULUKLARI

Yöneticiler

- Bakım ve organizasyon ihtiyaçlarına göre ilaçların temini, seçimi, saklanması hakkında karar verirler.
- Çalışanların eğitimi ve gelişimini sağlarlar.

Doktorlar

- Uygun ilaç tedavisine karar vererek uygun ilacı seçer ve order eder.
- Hastaların klinik durumlarını izleyerek ilacın etkilerini değerlendirir; gerekli durumda ilacın seçimi, sıklık ve süreyi yeniden gözden geçirir.
- Advers etki görüldüğünde farmakovijilans sorumlusuna bildirim yapar.

Sorumlu Hemşire ve Depo Sorumlusu

- İlaçların temini, saklanması depolanması, doğru etiketleme, ve hatasız dağıtımını sağlar.

Hemşireler

- Doktorun order ettiği ilaçları hazırlar ve doğru ilacın doğru hastaya doğru dozda doğru zamanda doğru yoldan uygulanmasını sağlar.
- Hastanın alerjik durumu ve ilaç yan etkilerini gözlemler.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: S.IY.PR.02
Yayın Tarihi	: 08.12.2023
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 2/7

GÜVENLİ İLAÇ KULLANIM PROSEDÜRÜ

- Uygulanan ilacın etkilerini izler ve Hemşire Gözlem Formu-Sıvı İzlem Çizelgesi' ne kaydeder. Uygulanan ilaç hakkında hastayı bilgilendirir.
- Hastaların sürekli kullandığı ilaçları ilk yatışta tespit ederler ve hekime bildirir.
- Taburcu olan hastalara kullanacakları ilaçlar ile ilgili eğitim verir.

6. FALİYET AKIŞI :

6.1 İLACIN TEMİNİ :

Miktarı azalan ilaç için servis sorumlu hemşiresi ilaçların teminini sağlar,temin edilen ilacın fatura kaydı depo personeli tarafından yapılır.

6.2 İLACIN MUHAFAZASI/DEPOLANMASI :

- Ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar
- Farklı dozdaki aynı ilaçlar
- Farklı uygulama formu bulunan ilaçlar
- Yüksek riskli ilaçlar
- Narkotik ilaçlar
- Işık görmemesi gereken ilaçlar
- Buzdolabında muhafaza edilmesi gereken ilaçlar
- Miadi yaklaşan ilaçlar
- Okunuşu ve yazılışı benzeri ilaçlar

6.2.1. Temini yapılan ilaçlar depo personeli tarafından teslim alınır. Serumlar serum rafına, ilaçlar ilaç deposuna "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile depo personeli tarafından yerleştirilir.

6.2.2. Tüm ilaçlar ve tıbbi malzemeler ambalajlarında belirtilen koşullarda ve mümkünse orijinal ambalajında saklanır.

6.2.3. İlaçlar, depolama mekânlarında yerle direkt temas etmeyecek şekilde stoklanır. Depoların tavan yüksekliğine 40 cm kala istifleme sonlandırılır. Ambalajların üzerindeki istifleme yüksekliği belirteçlerine harfiyen uyulur.

6.2.4. İlaç ve serumların bulunduğu depo ve tüm birimlerde hastane depo sisteminde stokların maksimum, minimum ve kritik stok seviyeleri tamamlanarak sistemin verdiği uyarılar kontrol edilir ve bu uyarılar göz önüne alınarak ilaçların stok seviyeleri ayarlanır.

6.2.5. Her ne koşulda olursa olsun ilaç ve birlikte kullanılan tıbbi malzemelerin terapötik niteliğini bozacak ambalaj, delik ve yırtık ürün teslim alınamaz.

6.2.6. Ayrıca tüm birimlerde de ilaçlar saklama koşullarına göre saklanır. İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının; içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılır. Buzdolabındaki ve oda ısısındaki takip Isı-Nem Takip Çizelgesine kayıt edilir. Aksi belirtilmediği takdirde tüm ilaç ve malzemeler Isısı oda sıcaklığı düzeyinde (ortalama 25 derece) ve nemin de %40-%60 düzeyinde tutulduğu ortamlarda saklanması tercih edilir.

6.2.7. Işıktan korunması gereken ilaçlar ayrı raf ve bölmelerde muhafaza edilirler.

6.2.8 Tüm servislerde Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaç Listesinde yer alan ilaçlar, eczanede ve birimlerde depolanırken; raflarda yan yana bulundurulmaz.

6.2.9 Adı ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanarak dikkat çekmesi için raf üzerine Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaç Listesi, Ambalajı Benzer İlaç Listesi asılır.

HAZIRLAYAN

KONTROL EDEN

ONAYLAYAN

BİRİM KALİTE SORUMLUSU

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: S.IY.PR.02
Yayın Tarihi	: 08.12.2023
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 3/7

GÜVENLİ İLAÇ KULLANIM PROSEDÜRÜ

6.2.10. Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi İlaçların (Yüksek Riskli İlaçlar) üzerinde kırmızı uyarı etiketi depo sorumlusu ve sorumlu servis hemşireleri kontrolünde yapıştırılır.

6.2.11. İlaçların klinik olarak gerekli olmayan alanlarda bulundurulmaması için denetimler yapılır. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulur.

6.2.12. Narkotik ilaçların düzenli teslimleri SİY.FR.05 Narkotik İlaç Teslim- Devir Defteri ile sağlanır.Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslim kayıtları tutulur. Kayıтта ilacın kullanıldığı tarih, ilacı kimin uyguladığı, kime kaç adet ilaç teslim edildiği, teslim eden ve teslim alanların imzaları bulunur.

- Dr. İsteminde
- Hemşire Tedavi Takip Formunda
- Narkotik İlaçların Günlük Teslim Formunda
- Narkotik İlaç Kayıt ve Kontrol Defterinde doğru tarih, ad-soyad, doz ile kayıt olmalıdır. Yapılan narkotik ilaç için hemşire; Hemşire Gözlem Formu-Sıvı İzlem Çizelgesi'nde paraf kullanmaz.Açık şekilde adını soyadını ve imzasını kullanır.

6.3 İSTEM VE KAYIT

6.3.1 Hastanemizde günlük order hekim tarafından tedavi planı, ilaç tam adını, dozunu, zamanını, uygulama şekli ve verilmiş sürecini içerecek şekilde yazılır, kaşelenir ve imzalanır. Hemşire bilgisayar üzerinden hastaya kullanılan ilacın istemini servis stoğundan yapar.

6.3.2 Hemşire bu tedaviyi aynı zamanda SHB.FR.01Hemşire Gözlem Formu-Sıvı İzlem Çizelgesi'ne de kaydeder. Hekimin order etmiş olduğu tedaviyi yazar, uyguladığı tedaviyi de formda belirtir ve paraf atar.

6.3.3 Yapılan ilaç istemlerinin kayıtları elektronik ortamda saklanır. Geriye dönük istemlere de ulaşılabilir.

6.3.4 Serviste kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçlar; rutin ilaç istemlerindeki gibi yapılır. Bu ilaçlardan Fentanil Ampul, Morfin Ampul, Dolantin Ampul ve Durogesic Flasterlerde ise uygulama aynı şekildedir.

- İlaçlar hastalara isimlerinin yazılı olduğu İlaç Kartına göre verilir.
- Uygulamada ilaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.
- Yazılışı okunuşu, ambalajı benzeyen ilaçlar hazırlanırken kullanım alanlarında asılı olan ilgili listeden kontrol edilerek hazırlanır. Bu ilaçların dolaplardaki yerleşimi de ayrı raflarda olmalıdır.

6.3.5. İlaçlar hemşire tarafından imza karşılığı teslim alınır. İlaçları taşımada hemşireye gerektiğinde servis personeli yardımcı olur.

6.3.6. Ayrıca istem hemşire tarafından; (ilaçların miadı, dozu, liste ile uyumu ve muadil olup olmaması yönünden) kontrol edilir.

6.3.7. İlaçlar kontrol edildikten sonra hasta adıyla tedavi arabalarına yerleştirilir.

6.3.8. İlaç hazırlama alanı kliniklerde tedavi bankosudur. Temizliği ve düzeninden sorumlu; servis hemşireleri ve sorumlu hemşiredir.

6.3.9. Yüksek riskli ilaç listeleri, yazılışı ve okunuşu benzer isimli ilaç listeleri, aynı ilacın farklı dozları ve pediatrik ilaç dozlarının listeleri, acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre çocuk dozları sorumlu hemşire tarafından hazırlanır.

6.4 GÜVENLİ İLAÇ YÖNETİMİ STANDARTLARI :

6.4.1 Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Kontrolü

- Hastanın sürekli kullandığı ilaçlar yatışta ilgili hemşiresi tarafından ilaç teslim formu ile tespit edilir. Hemşire tarafından hastadan sorumlu hekimine bildirilir.
- Hekim hastanın beraberinde getirdiği veya sürekli kullandığı ilaçları değerlendirir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: S.IY.PR.02
Yayın Tarihi	: 08.12.2023
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 4/7

GÜVENLİ İLAÇ KULLANIM PROSEDÜRÜ

- Ayrıca hastanın varsa alerji hikâyesi tespit edilir, doktoruna bildirilir.
- Hastanın sürekli kullandığı ilaçlar hemşiresi tarafından teslim alınır.
- Hemşire bankosunda, hasta isimlerine ait çekmeceler bulunuyor. Hastaların beraberinde getirdiği ilaçlar bu çekmeceye koyulur.
- Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar bakımında görevli hemşiresi tarafından uygulanır.
- Hastanın evden getirdiği ve hastanede kullanması gerekli olan ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde sorumlu hekim tarafından ilaç-besin, ilaç-ilaç etkileşimleri bakımından değerlendirilir.

6.4.2. Hastanın Yatış Sürecinde Kullanmaya Devam Edeceği İlaçların Yönetimi

- Tedavi planı, ilaç tam adını, dozunu, uygulama şekli hastanın kendi tabibi tarafından yazılır, kaşelenir ve imzalanır. Hekimler tedavi planını günlük yapmalıdır. Ordere hastanın ilaçları 3 günlük, haftalık 12/13/14, 1+2+3+4+5+6+7+8+9 şeklinde yazılmamalıdır. Orderde her gün için ilaçlar tek tek yazılır, kaşelenir, imzalanır. CV' lerde de ayrıca hekim kaşe ve imzası bulunur.
- İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır. İlaç isimleri kısaltılarak yazıldığında özellikle benzer isimli ilaçların karışması söz konusudur.
- Uyarı gerektiren ilaçların listeleri hazırlanmalı, listeler kullanım alanında bulunmalıdır.
- Yazılışı okunuşu ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar listesi.
- İlaç besin etkileşimi listesi.
- İlaç – ilaç etkileşim geçimsizlik listesi.
- Temel ilaç listesi.
- Birlikte kullanılmayacak ilaçlar listesi.
- Hemşire ilacı belirtilen saatlerde hastaya uygular ve uygulandığı saati işaretler.
- Hemşire bu tedaviyi aynı zamanda Hemşire Gözlem Formu-Sıvı İzlem Çizelgesine de kaydeder.
- Hastanın ilaçları yalnız hemşiresi tarafından verilir, yakınları tarafından verilemez.
- İlaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Hasta kartındaki isim ve kaplardaki ilaç kontrol edilir.
- Stajyerlerin ilaç uygulamaları hemşire gözetiminde olmalıdır.
- Mayi hazırlarken ilaç ile ilgili tüm bilgiler "İlaç Etiketini" yazılarak mayinin üzerine yapıştırılır. Dozu hemşire tarafından kaydedilir ve takılacak infüzyonpump/serum setinin havası uygun şekilde çıkarılır.
- İnsülin gibi uzun süre kullanılacak flakonların açılma tarihi "Flakon Açılış Tarihi" etiketine yazılarak yapıştırılır ve saati kaydedilir.
- Nöbet teslimlerinde infüzyon giden hastalar, infüzyon sıvıları kontrol edilerek teslim alınır.
- İlaç uygulandıktan sonra etkisi gözlemlenir, yan etki gelişirse hastaya verilen ilaç kesilerek gerekli işlemler başlatılır.
- Beklemeyen etki görüldüğünde Advers Reaksiyon Bildirim Formu doldurulur.
- Hastanın odasında ilaç, boş ya da dolu serum şişesi bulundurulmaz.
- Narkotik ilaçlar gündüz mesai saatleri içerisinde servis sorumlu hemşiresi, mesai saatleri dışında ise sorumlu hemşirenin imza karşılığı teslim ettiği nöbetçi servis hemşiresi sorumluluğundadır.

Düzenli teslimleri Narkotik İlaç Teslim - Devir Defteri ile sağlanır. Narkotik ilaçlar servislerde kilitli bölümlerde saklanır. Bu kilidi açma yetkisi sorumlu hemşire ve onun kontrolünde servis hemşirelerindedir. Bu ilaçların kullanımı durumunda teslim zorunludur.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: S.IY.PR.02
Yayın Tarihi	: 08.12.2023
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 5/7

GÜVENLİ İLAÇ KULLANIM PROSEDÜRÜ

6.4.3. Hastanın Taburcu Olduktan Sonra Kullanacağı İlaçların Yönetimi

- Hasta eğitimleri ile yattığı süre içerisinde ve taburculuğunda hastanın kullanacağı ilaçlar hakkında bilgilendirilmesi sağlanır.
- Hastanın varsa alerji hikâyesi tespit edilir, doktoruna bildirilir.
- Hekim reçete ettiği ilaçlar için; ilaç-besin etkileşimi açısından hastayı bilgilendirir.
- Taburcu ve transferlerde, hasta/hasta yakınına gerekli eğitimler verilir ve hasta eğitim formu ile kayıt altına alınır.
- Hasta ilaçlarının, kullanım sıklığı, dozu, uygulama şekli bakımından bilgilendirilir. Ayrıntılı açıklanması gereken ilaçlar veya ilaca ek materyal varsa kullanımı hakkında da bilgi verilir.

6.4.4. Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi İlaçların Yönetimi

- Yataklı kliniklerde ilaçlar hekim tarafından istenir. Hekim tarafından order edilen ilacı hemşire bilgisayarda servis stoğuna girerek istemi yapmış olur. İstenen ilaçlar servis stoğuna eklenir. Fentanil Ampul, Morfin Ampul, Dolantin Ampul ve Durogesic Flasterler ise hemşire tarafından imza karşılığında alınır.
- Hemşire ilacı hekimin belirttiği saatlerde hastaya uygular ve uygulandığı saati işaretler. Bu şekilde ilaçlar hasta üzerinden düşülmüş olur ve aynı zamanda servis stoğundan da düşmüştür.
- Hemşire bu tedaviyi aynı zamanda Hemşire Gözlem Formu-Sıvı İzlem Çizelgesi' ne de kaydeder. Hekim orderini yazar, uyguladığı tedaviyi bu formda da belirtir ve paraf atar. (Narkotikler için ilaçların parafında açık ad soyad kullanılır.)

1. İlaçların güvenli uygulanmasında 8 doğru ilkesi uygulanır.

Doğru Hasta : Hastanın adı soyadı, protokol no, doğum tarihi doğrulanmalı, hemşire hastayı kapsamlı olarak tanımalıdır.

- Hastanın hali hazırda kullandığı ilaçlar
- Bu ilaçların sıklığı ve dozu
- İlaçların alındığı saatler
- Evde herhangi bir ilaç alıp almadığı
- Diğer alternatif tedavileri kullanıp kullanmadığı
- Herhangi bir ilaca karşı alerjisi olup olmadığı
- Boy, kilo, kan basıncı, vücut ısısı, solunum
- Genel sağlık durumu (Gebelik vb)

Hemşire ilaçları uygulamadan önce doğru hastayı seçtiğinden kesinlikle emin olmalıdır. hasta ismi bilekliğinden kontrol edilmelidir.

Doğru İlaç : İlacın jenerik ve satış ismi bilinmeli, ilaç isimleri birbirine benzediği için doğru ilaç olduğundan mutlaka emin olunmalıdır.

- Doktorun yanlış ilaç seçimi ve yanlış teşhis,
- Okunamayacak kadar hasarlı ve kopuk etiketli ilacın kullanılması,
- Enjektöre çekilen ilaçların, ilaç konteynirlerinin ve kadehlerinin etiketlenmemesi sonucu ilacın karışması,
- Son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanma gibi durumlar kontrol altına alınmalıdır.
- Benzer isimleri ve etiketleri olan ilaçların karıştırılması sonucu ilaç kullanım hatası oluşmaktadır.
- İstemler kontrol edilmelidir. Okunamayan istemler açıklığa kavuşturulmadır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: S.IY.PR.02
Yayın Tarihi	: 08.12.2023
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 6/7

GÜVENLİ İLAÇ KULLANIM PROSEDÜRÜ

- Hemşire ilacı hazırlarken tüm dikkatini bu işe vermeli ve üç kontrol ilkesine uymalıdır;
1) Şişeyi raftan alırken, 2) İlacı kadehe koyarken, 3) İlaç şişesini rafa koyarken.

Doğru Doz : İlacın minimum ve maksimum dozu bilinmeli, önceki dozlardan farklılıklar araştırılmalı, doğru şekilde hesaplama yapılmalı, (ilaç dozunun hesaplanmasında hastanın boy ve kilosunun varsa diğer hastalıklarının göz önünde bulundurularak özenle yapılması.) gerekirse ikinci bir hemşirenin de fikri alınmalıdır.

- İlacın yanlış dozunun hastaya uygulanması (örn: 500 mg ilaç yerine 250 mg ilaç uygulanması gibi) yanlış dozda (az ya da çok) ilaç verme (kullanıma bağlı yanlış doz ilaç uygulamasında hipoglisemiye bağlı ölümler, az verildiğinde de etkili tedavinin olmaması),
- Etkileşime giren ilaçların aynı anda uygulanması (birbirlerinin etkisini artıran ya da azaltan ilaçların bir arada kullanılması),
- İlacın şurup formlarının kendi ölçüsü ile kullanılmaması,
- Dozun arkasından sıfır konulmaması (Örn: 1.0)
- Yarım tablet uygulamalarında çentiklerin uygun olmayan yerden kırılması,
- Sulandırılması gereken ilaçların sulandırılmadan verilmesi sonucu yüksek dozda uygulanması ilaç hatalarına sebep olur.
- İlacın etiket ve dozajının order ile doğruluğu 3 kez kontrol edilmelidir.
- İlaç dozu hesaplama becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Her bir ilacın fazlasının elimine edilmesi, bir hastadan diğerine ödünç ilaca devam edilmemesi gerekir.

Doğru Zaman : Belli aralıklarla verilen ilaçlar genellikle yarım saat önce yada sonra verilebilir. Sabah/öğle/akşam gibi günde 3 kere verilen ilaçlar hastanın yatma/kalkma alışkanlıklarına göre ayarlanabilir. Saatlik ilaçlar dakik verilmelidir.

- Doğru zaman tedavi süresinin yanlışlığı (gereğinden kısa veya uzun tedavi)
- İlaç uygulamayı unutma ya da hiç uygulamama
- İlacın yanlış zamanda (örn: aspirinin aç karnına verilmesi), yanlış sıklıkta, yanlış hızda verilmesi (örn: iv metoprololün yavaş infüzyonla verilmesi gerekirken bolus verilmesi)

Doğru Yol : İlacın verilmesi yolu hekim isteminde belirgin olmalı, Bazı ilaçlar birkaç yolla verilebilir, hekimin istediği yol hangisi ise buna dikkat edilmelidir.

- Yanlış yerden ilaç uygulamadan kaynaklanan yan etkisi olan ilacın kullanımına bağlı sorunlar olması. (Örn: IM uygulanması gereken benzatin penisilinin IV verilmesi sonucu hastada istenmeyen etkilerin gelişmesi) söz konusu olabilir.

Doğru Etki : İlacın beklenen etkisi ve yan etkisi bilinmeli, ilacın başka ilaçlarla yada besinlerle etkileşimi olup olmadığı bilinmelidir.

Doğru İlaç Formu : Aynı ilacın birden fazla formu olabilir.

Doğru Kayıt : İlaç verildikten sonra en kısa sürede kayıt yapılmalıdır.

- Hastanın ilacı aldığından emin olmadan verildi diye kayıt edilmemelidir.
- İlaç hazırlamadan önce iki kez order kontrolü yapılır. Herhangi bir şüphede doktorla iletişime geçilerek emin olunur. Order Hemşire Gözlem Formu-Sıvı İzlem Çizelgesine yazılır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: S.IY.PR.02
Yayın Tarihi	: 08.12.2023
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 7/7

GÜVENLİ İLAÇ KULLANIM PROSEDÜRÜ

- İlaç hazırlama alanının temizliği ve düzeninden sorumlu hemşire ve servis hemşireleri sorumludur. Günlük takibi yapılır. Tedavi odasının ısı ve nemi Isı-Nem Takip Çizelgesi ile takip edilir. İlaç hazırlanırken sterilizasyon koşullarına dikkat edilir. Gerektiğinde iğne ucu değiştirilir ve ilacın doğru şekilde sulandırılmasına dikkat edilir.
- Hastanın alerji durumu var ise personel ve vardiya değişimlerinde ile mutlaka yeni ekibe bildirilir. Hastaya kırmızı alerji bilekliği takılır.
- Tedavi uygulanırken enjeksiyon bölgesi antiseptik solüsyonla silinir.
- İlacın verilmiş tekniği ve verilmiş hızı kontrol edilir. Doğru şekilde uygulanır.
- İlaç uygulandıktan sonra etkisi gözlemlenir, yan etki gelişirse gerekli işlemler başlatılır.
- Beklemeyen etki görüldüğünde Advers Etki Bildirim Formu olarak doldurulur. Form Kalite Yönetim Birimine gönderilir. Kalite Yönetim Birimi gelen olay bildirimini ilgili komiteye iletir. İlgili komite olay bildirimini ile ilgili kök neden analizi yapar ve düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatır.
- Hastanın odasında ilaç, boş yada dolu serum şişesi bulundurulmaz.
- Acil ilaçların kullanım güvenliği için tüm birimlerde acil ilaç arabaları kullanılır.

6.4.5. Hatalı İlaç Uygulama Nedenleri

- Hastanın adı, istemin verildiği tarih ve zaman, uygulanacak ilacın adı ve formu, ilacın dozunun teyit edilmediğinde,
- İlacın hangi yoldan uygulanacağı, ilacın uygulama zamanı ve sıklığı, ilacın verilmiş süresi tam olarak belirlenmediğinde ilaç hatası meydana gelebilir.
- Yanlış dozda ilaç verilmesi, ilacın yanlış zamanda uygulanması, atlanması, uygulanmaması, yanlış ilacın uygulanması, ilacın doğru teknikle uygulanmaması, ilacın hızlı verilmesi, yanlış sulandırıcı seçilmesi, enfeksiyon kontrol yöntemlerinin uygulanmaması, yan etki karşısında gerekli yaklaşımlarda bulunulmaması, sözel istemin yazılı hale getirilmemesi, doğru yazılı istem alınmaması ilaç hatalarını ortaya çıkarır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN