



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.KY.PR.05
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 1/7

HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ:

Fakültemizde hasta güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, hasta bakım ve tedavi süreçlerinin güvenlik ve kalitesinin artırılması, hastaların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunması ve bunun için gerekli önlemlerin alınarak uygulanmasıdır.

2. KAPSAM:

Fakültemizin tüm birimlerini kapsar.

3. SORUMLULAR:

Bu prosedürün uygulanmasından tüm fakülte çalışanları sorumludur.

4. TANIMLAR:

4.1. Hasta Güvenliği: Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasını.

4.2. İlaç Güvenliği: Hastaların tedavilerinde kullanılacak olan tüm ilaçların; temininden saklanmasına, order edilmesinden transferine, uygulanmasından uygulama sonrası izlemine kadar her aşamada güvenli kullanımı sağlamak amacıyla yapılan düzenlemeleri.

5. FAALİYET AKIŞI:

5.1. Hasta Güvenliği Komitesi

5.1.1. Hasta Güvenliği komitesinde görev alacak kişiler Üst Yönetim tarafından belirlenir. Komitede üst yönetimden en az bir kişi bulunur.

5.1.2. Kalite yönetim birimi tarafından toplantıların yeri ve zamanı, gündem maddeleri belirlenir ve ilgililere en az iki gün önce duyurulur. Komite düzenli aralıklarla yılda en az 4 (dört) kez (üç ayda bir ilgili ayın ilk haftası) toplanır ve yaptığı toplantıları kayıt altına alır. Toplantılarda asgari aşağıda belirtilen konular görüşülür.

- * Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- * Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- * İlaç güvenliğinin sağlanması
- * Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- * Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- * Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- * Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- * Hasta mahremiyetinin sağlanması
- * Hastaların güvenli transferi
- * Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- * Bilgi güvenliğinin sağlanması
- * Enfeksiyonların Önlenmesi
- * Laboratuarda hasta güvenliğinin sağlanması v.s.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.KY.PR.05
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 2/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.1.3. Hasta Güvenliği Komitesi uygulamalarını planlarken ve gerçekleştirirken; diğer komitelerden destek alır ve koordineli bir çalışma yapar. Hasta güvenliği uygulamaları için risklerin ve hataların saptanması, düzeltilmesi ve tekrarının önlenmesi için gerekli bilgileri, iç ve dış tetkiklerden, öz değerlendirmelerden, toplantılardan, hasta şikâyetleri ve önerilerinden, çalışan memnuniyet anket sonuçlarından, Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim değerlendirmeleri gibi uygulamalardan elde eder.

5.1.4. Ekip Hasta Güvenliğine ilişkin mevcut durum tespiti yapar, gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyetler planlar ve fakülte idaresini bilgilendirir. Ayrıca hasta güvenliğine ilişkin plan, program hazırlar ve personele eğitimler verir.

5.2. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi:

5.2.1. Fakültemizde tetkik, tedavi, cerrahi girişimsel işlemler, radyolojik görüntüleme işlemleri öncesinde, ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir. Kimlik doğrulama işlemi hastanın üzerinde T.C. numaralı kimlik belgesi ve/veya yerine geçen bir belge ile yapılır.

5.2.2. Hastalara kimlik tanımlama ile ilgili bilgi verilir. Doğru hastaya, doğru işlem ve doğru tedavi açısından kimlik tanımlamanın önemi açıklanır.

5.2.3. Yatan hastalarda kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde ise; hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz. Kullanılan kol bantları hastanın durumuna göre uygun renklerde seçilir. Alerjisi olan hastaya kırmızı renkli kol bantı, bulaşıcı hastalığı olan hastaya sarı renkli kol bantı, diğer yatan hastalara beyaz renk kol bandı takılır. Bir hastanın hem alerjisi hem de bulaşıcı hastalığı var ise sadece bu durumda uygun renklerde iki kol bandı takılır.

5.2.4. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotlu kol bandında;

- * Hasta adı- soyadı, T.C. nosu
- * Doğum tarihi (gün-ay-yıl)
- * Hastanın protokol no (Kalın ve büyük punto)

5.2.5. Hastaya ameliyat öncesi kimlik doğrulama işlemi yapılır.

5.3. Çalışanlar Arasında Etkili İletişim Ortamının Sağlanması:

5.3.1. Fakültemizde hastaya ilişkin tüm konsültasyonlar ya da bölümler arası istekler bilgisayar ortamında hasta dosyası üzerinden veya ilgili formlarla yazılı olarak yapılır.

5.3.2. Sözlü talimat veya istem alımı; Steril girişimler sırasında, tabibin fakültede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.

* Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.

* Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

* Talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat "Sözel İstem Formu"na kaydedilir.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.KY.PR.05
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 3/7

5. FAALİYET AKIŞI:

- * Talimatların altına “sözlü talimat” veya “telefon talimatı” olduğu yazılır.
- * Sözel İstem Formu sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- * Talimatı veren tabibe 24 saat içinde ulaşamadığı takdirde Sözel İstem Formu hastayı devralan servis tabibi tarafından onaylanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- * Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.
- * Yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü / telefon talimatı kabul edilmez.

5.4. İlaç Güvenliğinin Sağlanması;

- 5.4.1. Kullanılan ilaçlarda istenmeyen ve beklenmeyen etkiler, hekim ve hemşireler tarafındaN izlenir “Advers Etki Bildirim Formu” ile kayıt altına alınarak farmakovijilans sorumlusuna iletir.
- 5.4.2. Adı ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanır.
- 5.4.3. İlaçların uygun saklama koşullarının sağlanmasına yönelik “Buzdolabı Isı Takip Formu” ve “Isı ve Nem Kontrol Formu” (Bölüm Bazında her birim için) ile kontrollerin yapılması sağlanır.
- 5.4.4. Hekim istemi dışında ilaç uygulamalarının yapılmaması sağlanır.
- 5.4.5. Taburcu ve transferlerde, hasta/hasta yakınına ilaç reçetesi hekimi tarafından verilir ve ilaç kullanımı ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılır.
- 5.4.6. Tüm sağlık çalışanlarına ilaç uygulamaları ve dikkat edilmesi gerekenler konusunda eğitimler düzenli olarak verilir ve verilen eğitimler kayıt altına alınır.

5.5. Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması;

- 5.5.1. Radyolojik görüntüleme cihazlarının düzenli olarak kalite kontrollerinin ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
- 5.5.2. Radyasyon tehlike sembolünün ilgili alanlarda asılı olması sağlanmalıdır.
- 5.5.3. Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışması sağlanmalıdır.
- 5.5.4. Radyoloji bölümünde çocuk çekimi yapılırken hasta yakınlarına kurşun yelek verilmelidir.
- 5.5.5. Hamilelikte radyasyon etkisi fetüsün gelişimini etkilediği için radyasyon ünitelerine radyasyon tehlike işareti asılmaktadır. Ayrıca hastaların film çekimleri yapılmadan önce hamilelik veya hamilelik şüphesi olanlar gi-remez uyarı yazısı herkesin görebileceği alanda asılı olmalıdır. Çekim yapılmadan hastaların hamile olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- 5.5.6. Çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği eğitimleri verilmeli.

5.6. Düşmelerden Kaynaklanan Risklerin Azaltılması;

- 5.6.1. Fakültemizde düşme riskinin yüksek olduğu bölgelerde uyarıcı tabela, resimler ile uyarı levhaları (ıslak, Kaygan zemin, vb.) konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır.
- 5.6.2. Fakültemizde; hasta bakımını ve tedavisini sağlayanlar tarafından hastaların düşme açısından taşıdığı riskin, almış olduğu ilaçlara bağlı olarak taşıdıkları potansiyel risk gözönünde bulundurularak değerlendirilmesi ve belirlenen riskleri azaltacak veya ortadan kaldıracak önlemlerin alınması gerekmektedir.
- 5.6.3. Düşme gerçekleşirse “Düşme Olayı Bildirim Formu” doldurularak Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır ve olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.KY.PR.05
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 4/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.7. Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması;

5.7.1.Cerrahi işlem güvenliği için; ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır. Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir. "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi" uygulanır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

5.7.2. Ameliyathanede elektrik kesintisine karşı kesintisiz güç kaynakları kullanılır. Isı, nem ölçüleri Isı ve Nem Kontrol Formu ile takip edilir.

5.7.3.Ameliyathane Yüksek Riskli Alanların Temizliği Talimatına göre temizlenir. Ameliyat Temizlik Kontrolü Formuna kayıt edilir.

5.7.4.Ameliyathanede kullanılan cerrahi aletler sterilizasyona teslim edilir.

5.7.5.Ameliyathanedeki tıbbi atıklar Atık Yönetim Prosedürü ve Atık Yönetim Planına göre toplanır ve imha edilir.

5.7.6.Cihazların kalibrasyonları periyodik sürelerle yapılır, etiket ve kalibrasyon sertifikaları ile kayıt altına alınır.

5.7.7.Hastalarda, cerrahi tıbbi hata olduğunda "İstenmeyen Olay Bildirim Formu" ile Kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır.

5.7.8.Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

* Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.

* Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.

* Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

5.7.9.Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

* Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.

* İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

5.8. Tıbbi Cihaz Güvenliğinin Sağlanması;

5.8.1. Fakültemizde kullanılmakta olan tıbbi cihazların belli bir plan dahilinde (Kalibrasyon, bakım onarım planı) bakımları ve gerekiyorsa kalibrasyonları teknik servisimiz tarafından yapılmakta veya firmalara yaptırılmaktadır. Cihazlara ait bakım ve kalibrasyonların takibi ve yaptırılması ilgili birim sorumluları ve teknik servis sorumluluğunda yerine getirilir.

5.8.2. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etiketle;

* Kalibrasyonu yapan firmanın adı

* Kalibrasyon tarihi

* Geçerlilik süresi

* Sertifika numarası, bulunur.

5.8.3. Kartların / etiketlerin cihazlar üzerinde bulunması sağlanır.

5.8.4. Bozulan ve hasar gören cihazlar, bakım ve kalibrasyon için tekrar gönderilir veya depoya kaldırılır



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.KY.PR.05
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 5/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.9. Hasta Mahremiyetinin Sağlanması;

5.9.1. Fakültemizde hasta mahremiyeti hastalarımızın muayene kayıtlarından itibaren başlamakta ve bu konuda özen gösterilmektedir. Hasta kayıt ve kimliklendirme bilgileri asla ikinci yada üçüncü şahıslara verilemez.(Hasta onayı hariç)

5.9.2.Fakültemize muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastaların tedavi aşamasında diş ünitelerinde mahremiyeti; her bir diş ünitesinin arasına çekilen paravanlarla sağlanır. Bu alana görevliler dışında kimse giremez.

5.9.3.Hastanın olduğu alanlarda bulunan pencereler açılmaz

5.9.4.Hastanın izin verdiği kişiler ve hekimin bulunmasında yarar gördüğü yakınları kalabilir.

5.9.5.Hasta muayenesi sonlanana ve hasta hazırlanana kadar beklenir.

5.9.6.Eğer kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken özel bir durum varsa kapının dışarıdan açılması engellenir.

5.9.7.Kayıtsız bilgi mahremiyeti; hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izini olmayan üçüncü kişiler tarafından (duyulması engellenir.)

5.9.8. Fakültemizin tüm çalışanları hastalarımıza özel olan (ilgili görevliler arasında olan bilgilendirme, hastanın anlatması, yakını ile paylaşım vb.) tesadüfen veya görevleri sırasında şahit oldukları bilgilerin orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara taşımamak (başka kurumlar, diğer kişiler, ortamlar) bakımından sorumludurlar.

5.9.9.Kayıtlı bilgi mahremiyetinin korunması; Hasta kayıtları ve dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreterler tarafından gerekli önlemler alınır.

5.10. Hastaların Güvenli Transferi;

a. Engelli Hastaların Transferi: Engelli hastaların fakülteye başvurularında gerek istekleri gerekse başvuruda görevli personelin değerlendirmesi ile ihtiyaçları doğrultusunda destek sağlanır. Bu destek tekerlekli sandalye, refakat ve yönlendirmeleri vb. içerir. Ayrıca fakültemizde engelli hastalar için yapılmış düzenlemeler (rampa, yer yükselticileri ve işaretleyicileri, vb) ve asansör de mevcuttur.

b. Hastaların Bilgilendirilmesi ve Onay Alınması: Fakültemizde hastalarımıza uygulanacak tüm girişimlerden önce hastalar bilgilendirilmekte, aydınlatılmış onay formları doldurularak tedaviler öncesi onayları alınır.

c. Fakülte Dışı Transfer: Hastanın fakültemizden başka bir kuruma transferi gerekiyorsa (sağlık mevzuatı uyarınca tedavisi fakültemiz tarafından yapılamayacaksa), ilk müdahalesi yapıldıktan hastanın transferine hastanın doktoru tarafından karar verilir. Hasta/hasta ailesi doktorun itirazlarına rağmen başka bir kuruma transfer olmak isterse, kendi isteği ile ayrıldığına dair imzaları alınarak hasta dosyasına kaydedilir.

5.11. Hasta Bilgileri ve Kayıtlarının Sağlık Çalışanları Arasında Güvenli Bir Şekilde Devredilmesi

5.11.1. Kişilere ait bilgilerin güvenliğinin sağlanması için öncelikle verilerin doğru olarak toplanması, depolanması ve kullanılmasına ilişkin uygulamalarımızın ve güvenlik önlemlerimizin dâhili olarak gözden geçirilmesi ve kişisel verileri depoladığımız sistemleri yetkisiz erişime karşı korumak için fiziksel güvenlik önlemlerinin alınmasını içerir.

5.11.2. Kişisel bilgilere erişim hizmetlerimizi işletmek, geliştirmek ve iyileştirmek için onları bilmeleri gereken fakülte çalışanları, yüklenicileri ve aracılıyla sınırlı tutulur. Bu bireyler gizliliği koruma yükümlülükleri altında çalışırlar.

5.11.3. Her yetkili kullanıcı kendi şifresi ile işlem yapar. Başkalarına şifresini söylemez, görünür, ulaşılabilir alanlara yazılı olarak bırakılmaz. Güvenli bir bilgi sistemine erişmek için yetkisiz bir kullanıcıdan yardım istenmez

5.11.4. Başka bir kişinin kullanıcı kimliği, parola veya diğer güvenlik kodları kullanılmamalıdır.

5.11.5. Kullanıcı yetkisi olan yetkili çalışanlar, bilgisayar kullanımı bitince, odadan ayrıldığında, mesai ve nöbet bitiminde şifresini kapatmalıdır. Kişinin çalışmadığı veya bulunmadığı zamanlarda şifresi kullanılarak yapılan işlemlerden kurum sorumlu değildir.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.KY.PR.05
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 6/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.12. Bilgi Güvenliğinin Sağlanması;

5.12.1. Fakültemizde hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarına ait bilgiler gizli tutulmaktadır. Bu bilgiler otomasyon sisteminde (HBYS) ve hasta dosyalarında muhafaza edilir. Ayrıca Otomasyona her personelin girmesi engellenmekte, personelin görevine göre kısıtlamalar yapılmaktadır. Arşivde bulunan hasta dosyaları sadece arşiv sorumlusu tarafından imza karşılığı alınmakta olup, arşive tekrar imza karşılığı teslim edilmektedir.

5.12.2. Arşive idari tıbbi sekreterler, kat tıbbi sekreterleri dışında giriş izni verilmemektedir.

5.12.3. Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz.

5.13. Enfeksiyonların Önlenmesi;

5.13.1. Enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalar Enfeksiyon Kontrol Komitesi programları doğrultusunda düzenlenir.

5.13.2. Resimli uygulama, figürler oluşturularak ilgili birimlere asılır ve çalışanların devamlı olarak yönlendirmesi sağlanır.

5.13.3. Birimlerde temizlik ve dezenfeksiyonun kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

5.13.4. Fakülte birimlerinin hijyen kriterlerine uygunluğu Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından düzenli aralıklarla değerlendirilir.

5.13.5. Eğer izolasyona gerek varsa, durumun gerektirdiği izolasyon tipi ve uygulamalar hakkında EKH tarafından hastanın hekimi, servis sorumlu hemşiresi ve hastanın hemşiresine bilgi verilir.

5.13.6. İzolasyon türüne göre hasta kapılarına tanımlayıcı figürler asılır.

5.13.7. El hijyeninin sağlanması hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, El Hijyeni Talimatı'nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenir.

5.13.8. Tüm birimlerde tıbbi ve evsel atıkların toplanması, taşınması geçici depolanması ve bertaraf alanlarına gönderilmesi Atık Yönetim Prosedürüne/planına uygun olarak yapılır.

5.13.9. Tüm fakülte çalışanlarına enfeksiyonları önleme kriterleri ve hijyen uygulamaları konusunda eğitimler düzenli olarak tekrarlanır.

5.14. Hastaların Bilgilendirilmesi Ve Onayının Alınması

5.14.1. Fakültemizde hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rızanın alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağı ilgili yazılı düzenlemede belirtilmiştir.

5.14.2. Bilgilendirme ve rıza alınmasıyla ilgili süreçte;

- * İşlemin kim tarafından yapılacağı,
- * İşlemden beklenen faydalar,
- * İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
- * Varsa işlemin alternatifleri,
- * İşlemin riskleri ve komplikasyonları,
- * İşlemin tahmini süresi,
- * Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- * İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- * Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: K.KY.PR.05
Yayın Tarihi	: 27.01.2024
Revizyon No	: 00
Revizyon Tarihi	:
Sayfa No	: 7/7

5. FAALİYET AKIŞI:

5.15. Genel Güvenlik Tedbirleri

5.15.1. Bina içi ve dışı güvenliği güvenlik elemanlarınca yerine getirilir ve idari birim sorumlusu tarafından denetlenir. Fakültemizde şiddet, hırsızlık vb. gibi olayları önlemek için güvenlik elemanları devamlı olarak kontrol edilir. Meydana gelebilecek hırsızlık olaylarında polise haber verilir. Durum tutanak altına alınır.

5.15.2. Fakültemizin bina güvenliği `Bina Güvenlik Talimatnamesi`nde ayrıntılı belirtilmiştir.

5.15.3. Yangın Yönetmeliğine göre yangın söndürme ekipmanları temin edilerek kullanım alanlarına yerleştirilir ve düzenli kontrolleri yapılır. Gerekli durumlarda Kırmızı Kod uyarısı verilir.

5.15.4. Acil çıkış işaret ve uyarı levhaları konularak fakülte içerisinde yönlendirme yapılır.

5.15.5. Acil çıkış planları bütün servislere asılarak bilgilendirme sağlanır.

5.15.6. Tüm çalışanlara yangından korunma yolları ve acil uygulamalar, deprem ve sel gibi doğal afetlere yönelik eğitimler konusunda eğitimler düzenli olarak verilir.

5.15.7. Fakültemizle ilgili jeneratör, su deposu gibi sistemlerin sürekli kontrolleri yapılır.

5.15.8. Fakültemizde ani solunum ve dolaşım yetmezliği gelişen hastaların hayati fonksiyonlarını geri döndürmek amacıyla Mavi Kod uygulaması yapılır.

5.15.9. Fakültemizde yatan bebeklerin kaçırılmasını veya başka bir bebekle karışmasını engellemek, kaçırılması durumundaki uygulamalar için Pembe Kod (Bebek Kaçırılmasını Önleme) pembe kod uygulanır.

5.15.10. Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmaları durumunda en Beyaz Kod' verilir. En yakın güvenlik görevlilerin olay bölgesine gelmesi sağlanır ve yaşanan olay kayıt altına alınır.

6. İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

- 6.1. Sözel İstem Formu
- 6.2. Buzdolabı Isı Nem Takip Formu
- 6.3. Isı Nem Kontrol Formu
- 6.4. Düşme Olayı Bildirim Formu
- 6.5. Hasta Transfer Formu