|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **AMAÇ**   Kurumumuza başvuran hastaların, güvenli ve eksiksiz hizmet almalarını ve sürekli iyileştirmeyi sağlayarak, sağlık kurumumuza olan inanç ve güvenlerini artırmaktır.   1. **KAPSAM**   Tedavi olan, hasta ve yakınlarını kapsar.   1. **SORUMLULAR**   Dekanlık, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Radyoloji Birimi Sorumlusu, Teknik Servis Sorumlusu, Sorumlu Diş Hekimi, Tüm Sağlık Personelleri.   1. **UYGULAMA**   **4.1 Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması**  **a)** Fakültemiz ve bağlı birimlerimizde hasta kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (kayıt, muayene, tetkik, tedavi, hasta transferi vb.) esnasında hasta kimlik doğrulaması yapılır  **b)** Hasta, T.C. kimlik numarasına sahip bir kimlik kartı ile kabul edilir. KPS sorgusu yapılarak hastaya ait SGK’da kayıtlı kimlik bilgileri ekrana gelir. Kayıt sırasında kimlik bilgileri hasta/yakınına sorularak teyit edilir. Hastanın bağlı olduğu kurum sorulur ve doğrulamak için M3(provizyon) sorgusu yapılır. Genelde adres ekrana düşer ve doğrulamak için tekrar sorulur.  Ulaşılabilecek telefon numarası sorulur ve kaydedilir. Bilgi işlem elemanı kimlik bilgileri ile yaş, cinsiyet arasında uyum olup olmadığını kontrol eder. Şüphelenirse klinik sorumlusu doktora başvurur.  Kimlik tanımlama için;  **a)** Dosya no  **b)** Hastanın T.C. kimlik numarası  **c)** Baba ismi  **d)** Adı -soyadı  **e)** Doğum tarihi (gün, ay, yıl)  **f)** Hekimin adı-soyadı, Klinik/Ana Bilim Dalı Adı  **g)** Kayıt tarihi, saati ve sıra nosu  Hasta kartı üzerindeki bandrolde bulunmaktadır. Kimlik doğrulama ve bilgilerinin güncellenmesi hastanın her gelişinde tekrarlanır.  Diş ünitine oturan hastaya, hekimi tedavi, cerrahi ve girişimsel işlemler öncesinde kimlik doğrulama işlemine devam eder.  İlk muayenede hastanın ağız ve diş sağlığı durumu, doktor tarafından panoramik film istenerek belgelenir. Perapikal filmle çalışılan durumlarda, hastane bilgi yönetim sistemine kaydedilir.  Hasta bilgilendirmesi ve rızasının alınmasına yönelik yazılı düzenleme oluşturulmuştur. Bu yazılı düzenlemede rızanın nasıl alınacağı anlatılmaktadır.  Hasta Hakları Yönetmeliğinin 16.maddesine istinaden hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili/ kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.  Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya yakını hekim veya Hasta Hakları Birimi tarafından HBYS de kayıtlı iletişim bilgileri yoluyla (telefon vb.) bilgilendirilir.  **4.2. Yatan hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması**  **a)** Fakültemiz yataklı servisinde tetkik, tedavi, cerrahi işlemler ile girişimsel işlemler öncesinde, taraf işaretlemesi öncesinde, ilaç uygulamadan önce, ameliyathanede hasta tesliminde, hasta transferi öncesinde kimlik doğrulama işlemleri yapılır.  **b)** Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işlemlerinde kol bandı kullanılır. Hastanın; adı, soyadı, doğum tarihi (gün ay yıl olarak) ve protokol numarası bilgileri bulunur. Yapılacak işlemler öncesinde hastanın kol bandına bakılır ve hasta / hasta yakınına sözel olarak ( hastanın ismi kullanılarak ) kimlik bilgileri teyit edilir.  Kol bandı takılamayan hastalarda hasta dosyasına bakılır ve hasta / hasta yakınına sözel olarak ( hastanın ismi kullanılarak ) kimlik bilgileri teyit edilir.  **c)** Normal hastalar için beyaz renkli kol bandı, alerjik hastalar için kırmızı kol bandı takılır. Diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalıklar için sarı renkli etiket kullanılır. Allerjisi ve bulaş riski olan hastalar için beyaz kol bandı üzerine kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılır. Hastanın el bilekleri uygun değilse kol bandı ayak bileğine takılır. Mental hastalarda, psikiyatrik hastalarda kol bandını tutmamaları durumunda ve latex alerjisi olan hastalarda kol bantları hasta dosyasında muhafaza edilir. Hasta / hasta yakınına kimlik doğrulama işlemleri için kol bandı kullanıldığı ve kol bandında bulunan bilgiler anlatılır.  **d)** Hasta kol bandı/bileklik takmayı reddederse; hasta/hasta yakınına kimlik tanımlayıcı kol bandı takmamanın potansiyel riskleri hakkında bilgi verilir ve halen kabul etmezse bu bilgi hemşire tarafından Hemşire Gözlem Formuna kaydedilir.  **e)** Hastanın kol bandı/bilekliğin çıkması söz konusu olduğunda; tekrar kol bandı takılmadan önce hastanın tam ismi ve doğum tarihi hasta/hasta yakınına sorularak cevabı kol bandından doğrulanır ve sonrasında tekrar takılır. Hastanın yanında yakını yok ve hasta bilgilerini doğrulayacak durumda değilse iki hemşire hasta dosyasından kimlik doğrulama işlemi yapar.  **4.3. Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması**  Uygulanacak tüm girişimsel işlemler için ayrı ayrı rıza onam formları usulüne uygun şekilde alınır.  **4.4. Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması**  **a)** Fakültedeki iletişim süreci, hastalar, sağlık çalışanları, idari ve diğer çalışanlar arasında gerçekleşmektedir.  **b)** Hasta ve doktor arasındaki iletişimi doğru sağlayabilmek için hasta randevuları hasta dosyasına kaydedilir.  **c)** Radyoloji birimi çalışanı ve doktor arasındaki iletişimi sağlayabilmek için çekilecek filmler hasta dosyasına ve HBYS’ye işaretlenir.  **d)** Diş hekimi, diş hekimi arasındaki iletişim hasta dosyası üzerinden sağlanır.  **4.5. İlaç güvenliğinin sağlanması**  **a)** İlaç yönetiminden ilaç yönetim ekibi sorumludur. İlaçlar klinik olarak gerekli olmayan alanlarda bulundurulmaz.  **b)** Klinik ilaç müdahele kliniklerde, klinik çalışanlarının bilgisi ve sorumluluğu dahilinde dolaplarda bulundurulur.  **c)** Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi yataklı servisi ve ameliyathanede, her blokta (A, B, C, E blokları) mavi kod çantası içinde gerekli tıbbi malzemenin bulunduğu acil müdahale çantaları bulunmaktadır. Aylık kontrolleri sorumlular tarafından yapılmaktadır.  **d)** Yeşil ve kırmızı reçeteye tabii ilaçlar için defter tutulmakta ve bu ilaçlar kilit altında bulunmaktadır. Anestezi uzmanı, anestezi teknisyeninin sorumluluğu altındadır.  **g)** Yataklı servis ve ameliyathanede kullanılan ilaçların son kullanma tarihleri anestezi uzmanı, anestezi teknisyeni, servis hemşiresi tarafından kontrol edilmektedir.  **h)** Yüksek riskli ilaçlar kapsamında olan ilaçlar saptanmıştır ve kutular kırmızı ibareyle belirlenecektir.  **4.6. Cerrahi güvenliğin sağlanması**  **a)** Ameliyathanede, anestezi güvenlik kısmı anestezi teknisyenleri ve anestezi doktoru tarafından, diğer kısımları hemşire ve ilgili hekimler tarafından doldurularak tamamlanır.  **b)** Ameliyathanede yanlış taraf cerrahisini önlemeye yönelik hasta takip formunda diş şemasındaki numaralandırma kullanılacak ve hastadan ayrıntılı anamnez alınacaktır. Ekstra Oral cerrahi işlem yapılacaksa işaretleme kalemi ile alan işaretlemesi yapılır. Cerrahi bölge işaretlemesi, hastanın hekimi tarafından ameliyathaneye götürülmeden yapılır. Diş hekimi tarafından ilgili tedavi alanı daire içine nokta (.), çarpı (x) işareti, kalın ok işareti konularak işaretleme yapılır.  **c)** Ameliyat sonrası komplikasyonları önleyebilmek amacıyla hastalar birebir hekimi tarafından bilgilendirilecek ve hasta eline bilgilendirme formu verilecektir.  **4.7. Hasta düşmelerinin önlenmesi**  **a)** Fakültemizde düşme riski olan yerler belirlenmiş ve düşme önleme uyarıcıları yerleştirilmiştir.  **b)** Islak ve kaygan zeminler için “dikkat kaygan zemin” uyarı levhaları kullanılır.  **c)** Hasta yataklarının yan taraflarında düşmeyi önlemek için bariyerler vardır, hasta transferi yapan kişiler bu konuda bilgilendirilmiştir.  **d)** Düşme riski olan hastaların belirlenmesi için yataklarına düşen adam resmi takılır.  **4.8. Enfeksiyon risklerinin azaltılması**  **a)** Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı hazırlanmıştır.  El yıkama ve dezenfeksiyonu için program hazırlanmıştır, gerekli olan her yerde çalışanların kullanabilmesi için el yıkama için gerekli ekipman ve el dezenfektanı bulunur. Konuyla ilgili gözlemler yapılmakta, değerlendirilmekte, personele eğitim hemşiresi ve hekimler tarafından hizmet içi eğitimler düzenlenmektedir.  **b)** Fakültemizde bütün hasta bakılan alanlarda hekimler ve yardımcı personel için kişisel koruyucu malzemeler mevcuttur.  **c)** Tüm Fakültenin temizliğinin, Enfeksiyon Kontrol Komitesi onaylı temizlik talimatlarıyla, nasıl yapılacağı belirlenmiş ve bu konuda temizlik elemanlarına düzenli eğitim verilmektedir. Temizlik denetlenmektedir.  **d)** Kullanılan tüm tıbbi alet ve araçların dezenfeksiyon ve sterilizasyonu sağlanmaktadır. Sterilizasyon birimine giden ve gelen aletler sterilizasyon birimi tarafından kayıt altına alınmaktadır. Otoklavdan çıkan aletlerin steril olduğunu gösteren kimyasal indikatörler ameliyathane tarafından otoklav kimyasal test sonucu kayıt formuna yapıştırılacaktır.  **4.9. Renkli Kod Uygulamaları**  **a) Mavi Kod uygulaması:**   * Mavi kod ekibi kurulmuş olup, uygulama ile ilgili gerektikçe düzeltici faaliyetler hayata geçirilmektedir. * Mavi kod 2222 aranarak başlatılır.   **b) Beyaz Kod uygulaması:**   * Beyaz kod ekibi kurulmuş olup, uygulama ile ilgili gerektikçe düzeltici faaliyetler yapılmaktadır. * Beyaz kod 1111 aranarak başlatılır.   **c) Pembe Kod uygulaması:**   * Pembe kod ekibi kurulmuş olup, uygulama ile ilgili gerektikçe düzeltici faaliyetler hayata geçirilmektedir. * Pembe kod 3333 aranarak başlatılır.   **4.10. Hasta ve çalışan güvenliği eğitimleri:**  Tüm çalışanlara “Hasta ve Çalışan Güvenliği” başlıklı ve hasta ve çalışan güvenliği konularından alt başlıklar halinde (kesici delici alet, enfeksiyonların önlenmesi, hijyenik el yıkama, cerrahi el yıkama, diş ünitinin hangi standartlarda temizlenmesi gerektiği gibi) eğitimler verilmektedir.  **4.11. Komitelerin kurulması ile ilgili olarak:**  İlgili hasta ve çalışan güvenliği komiteleri kurulmuş ve çalışmaları sağlanmıştır. Gerekli durumlarda toplanmaktadır.  **5. ENGELLİ HASTALARA YÖNELİK DÜZENLEME**   * Engelli hastalar için ayrılmış park yerleri vardır. * Engelli Kliniğinin bulunduğu blokta hasta taşıma asansöründe engelli hastalara yönelik gerekli düzenlemeler mevcuttur. * Fakültemizde engelli hastalar için engel durumuna yönelik düzenlemeler yapılmıştır (tuvaletlerde, lavabolarda tutunma barları olması, asansörün olması vs.). * Fakültemizde engelli hastalar engelli kliniğinde tedavi görürler. * Bekleme alanlarından bazıları engelli hastalara ayrılmıştır. * Fakültemiz giriş katında güvenlik elemanlarının kabininde tekerlekli sandalye vardır ve gerekli olan engelli hastalar kullanabilir. * Engelli hastalar kayıt işlemlerini engelli hastalar için ayrılmış olan bankodan öncelikli olarak yaptırırlar. * İşitme ve konuşma engelli hastalar için engelli kliniğinde işaret dili bilen sağlık personeli görevlendirilmiştir.  1. **İLGİLİ DOKÜMANLAR**   Hemşire Gözlem Formu  Onam formları   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Revizyon Takip Tablosu** | | | | **Revizyon. No** | **Tarih** | **Açıklama** | | 0005 | 26.06.2024 | Doküman Hazırlama ve Kontrolü Prosedürüne göre güncellendi. | |