1. AMAÇ

Tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve hastaların bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşılabilmesinin sağlanmasıdır.

2. KAPSAM

Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ile bu faaliyetleri yerine getiren tüm personelleri kapsar.

3. KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

KVKK: Kişisel Verileri Koruma Kanunu

4. TANIMLAR

4.1. Arşiv: Kurumların, gerçek veya tüzel kişilerin faaliyetleri sonucu oluşan (toplanan, biriken) ve bir amaçla saklanan belgeleri; söz konusu belgelerle ilgilenen kurumları ve bu belgelerin korunduğu yerleri içermektedir.

4.2. Arşiv Malzemesi: Her türlü yazılı evrak, defter, resim, plan, harita, proje, fotoğraf, film, ses ve görüntü bandı, CD, baskı vb. malzemelerdir.

4.3. Standart Dosya Planı: Kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri sonucunda teşekkül eden belgelerin, sistemli bir şekilde dosyalanmasını sağlamak üzere önceden hazırlanmış konu ve konu numaraları envanteridir.

4.4. Sabit Dosya Numarası: Tedavi olan hastaların almış oldukları hasta kayıt numaralarının tek bir dosya numarasında birleştirilmesi işlemidir.

4.5. Koruma Yükümlülüğü: Elde bulunan her türlü evrağın zararlı olabilecek tüm unsurlardan korunmasıdır.

4.6. Arşiv Yerleşim Planı: Tıbbi arşiv dosya yerleşim planıdır. Arşiv girişinde arşiv yerleşim planı panosu duvarda asılı bulunmaktadır.

4.7. Yetkilendirme: Kurumumuzun arşiv birimindeki evrakların teslim alınması, yerleştirilmesi, saklanması, gerektiğinde tekrar ulaşılmak istendiğinde kolaylıkla ulaşılabilinmesi amacıyla yürütülen her türlü faaliyeti gerçekleştirmek üzere personel görevlendirilmesidir.

5. SORUMLULAR

- Başhekim
- Bölüm Kalite Sorumlusu
- Hastane Müdürü
- Hastane Müdür Yardımcıları
- HBYS Bilgi İşlem Sorumlusu

- Tıbbi Kayıt ve Arşiv Sorumluları
- Tıbbi Sekreterler

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİNE İLİŞKİN DÜZENLEME BULUNMALIDIR:

6.1.1. Tıbbi Kayıtlarla İlgili Sorumlular ve Sorumlulukları:

● Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik kurumumuzda tıbbi kayıt sorumluları görevlendirilmiştir:

● **Başhekim/Bölüm Kalite Sorumlusu**: Arşivde kayıtların muhafazasının sağlanması ve idaresinden birinci derecede sorumludur. Dosyaların kaybolması ve çalıntı durumunda gerekli mercilere başvurulmasını onaylar. Hasta ve hasta yakınları arşivden evrak istediğinde dosyanın bir kopyasının verilmesi onayını verir. Dosyalama içeriğinin değişmesi ve revize edilmesi durumunda müdahale eder, karar verir ve Dekan'nın onayına sunar.

● **Hastane Müdürü/Hastane Müdür Yardımcıları:** Arşiv biriminin idari, mali ve güvenlik hizmetlerinden sorumlu ve bu başlıklarda oluşabilecek problemlerin çözümünde başvurulacak kişidir. Arşiv hizmetlerini planlamak, uygulamak ve denetlemekle sorumludur.

● **Tıbbi Kayıt ve Arşiv Sorumluları:** Kliniklerde hasta bilgilerinden oluşan her türlü tıbbi kayıtları yapan personelin idaresinden sorumludur. Personelin gizlilik kuralı çerçevesinde yapılan kayıtların doğru ve eksiksiz girilmesi, bilgilerin ikinci bir kişiyle veya kurumla paylaşılmaması, klinikten çıkan yazılı evrakların arşiv birim sorumlusuna teslim edilmesinin kontrolünden sorumludur.

● **Bilgi İşlem/HBYS Sorumlusu**: Kurum içerisinde yapılan her türlü tıbbi kayıtların HBYS içerisinde muhafazası ve yedeklenmesinden sorumludur. Ayrıca Bilgisayar güvenlik hizmetlerinden sorumludur.

● **Arşiv Sorumlu Memuru:** Birimlerden gelen dosyaların arşiv birimine teslim edilmesi ve arşiv biriminden teslim alınmasından, arşiv birimine gelen dosyaların düzenlenmesi, muhafazası, imhası ve güvenliğinden birinci derecede sorumludur. Arşivin işleyişi, düzeni ve bunun için karşılaşılacak problem ve ihtiyaçların belirlenmesinden sorumludur.

● **Hekimler:** Hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili hasta dosyasını ve diğer tüm kayıtları kendisi ile ilgili tüm alanları eksiksiz doldurmakla yükümlüdür.

● **Tıbbı Sekreterler:** Hasta bakımı ve tedavisi ile ilgili hasta dosyasını ve diğer tüm kayıtları kendisi ile ilgili alanları eksiksiz doldurmakla ve işi biten dosya ve evrakları eksiksiz olarak arşive teslim etmekle yükümlüdür.

6.1.2. Kurum Standart Dosya Planı ve İçeriği.

● **Standart Dosya Planı:** Kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri sonucunda teşekkül eden belgelerin, sistemli bir şekilde dosyalanmasını sağlamak üzere önceden hazırlanmış konu ve konu numaraları envanteridir.

● Hasta dosyasında kâğıt ortamında saklanması gereken evraklar ve dijital ortamda saklanabilen

evraklar aşağıda belirtilmiştir.

● **Dijital ortamda saklanabilen evraklar;**

✓ Hasta teşhis ve tedavi planı

✓ Hasta konsültasyon sonuçları

✓ Konsültasyon istek formu (İstenmişse)

● **Dosya ortamında saklanan evraklar;**

✓ Aydınlatılmış Onam Formu

✓ Protez işlemi yapılan hastalara ait laboratuar istek fişi, makbuz ve onam formu

✓ İdari Birimlere ait evraklar (Personel özlük, personel sicil, faturalama, satın alma, mutemetlik, vezne, ayniyat vb.

6.1.3. Hasta Dosyası İçeriğinin Kontrolü ve Eksikliklerin Tamamlanması.

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

● Tüm ayaktan hasta evrakları (Aydınlatılmış Onam Formu, Protez işlemi yapılan hastalara ait laboratuar istek fişi, makbuz ve onam formu dışındaki formlar) elektronik ortamda saklanmaktadır.

● Merkezimizde ayaktan tedavi olan hastalarda üretilen formlar bölüm kalite sorumlusu tarafından kontrol edilir, eksikler tamamlanır, klinik tıbbi sekreteri tarafından tarih sırasına göre düzenlenerek dosyalanır.

● Kiliniklerde biriken onam formları ve diğer kullanılan formlar klasörler doluncaya kadar bölümde çalışan bölüm kalite sorumlusu ve tıbbi sekreterin sorumluluğunda arşive teslim edildiği andan itibaren Arşiv sorumlusunun sorumluluğundadır.

6.1.4. Arşiv Hizmetlerinin İşleyişi

● Birimler evrakları dosyalayıp klasörledikten sonra kendi birim arşivlerinde bekletir, süresi dolan yada yeterli alanı olmayan birimler dosyalarını arşive teslim eder.

● Arşive teslim edilecek klasör ya da dosyaların içeriği belge türü, konusu, tarihi, adedi belirtilerek yazılır ve “Arşiv Evrak Teslim Formu” ile arşive imza karşılığı teslim edilir.

● Elektronik ortamda hasta tetkikleri HBYS üzerinde kayıtlı tutulur; onam, protez evrakları dosyalanarak arşiv birimine imza karşılığı teslim edilir.

● Kaydı yapılan klasör veya dosyalar ait olduğu birimlerin bulunduğu raflara yerleştirilir.

● Ayaktan tüm hastaların tıbbi kayıtlarında, hastaneye her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılır.

● Arşive gelen evraklar incelenerek imha edilmesi gerekenler ayrıldıktan, arşiv görevlisi tarafından arşiv numarasına göre veya tarih sırasına göre arşiv rafına kaldırılır.

● Adli vaka gizli dosyaları aynı kontrol işlemlerine tabi olduktan sonra kendileri için hazırlanmış kilitli dolaba arşivlenir.

● Hasta dosyaları ve süresiz saklanacak evraklar, birimlerine ve yıllarına göre ayrılmış raflara yerleştirilir.

● Arşivden herhangi bir hasta dosya çıkışı için hekim tarafından imzalanmış "Arşiv Evrağı İstem Formu" doldurulması zorunludur. "Arşiv Evrağı İstem Formu" doldurulmadan ve imzalanmadan yapılan talepler arşiv görevlisi tarafından karşılanmaz.

● İlgililere dosyaların arşivden teslimi ve geri alınması kurallarına uyularak tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanır.

● Arşiv hizmetlerinin işleyişi bu prosedürün **6.8.** Maddesinde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

6.2. TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ ELEKTRONİK ORTAMA DAYALI OLARAK KURGULANMALIDIR:

İlgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanılması zorunlu olan yazılı doküman haricindeki tüm doküman ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmalı, kullanılmalı ve saklanmalıdır:

● Merkezimizde ilgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanılması zorunlu olan yazılı doküman haricindeki tüm doküman ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmakta, kullanılmakta ve saklanmaktadır.

● Kurumumuza başvuran hastalara yapılan tüm işlemler ve kayıtlar elektronik ortamda HBYS yazılımında saklanmakta olup hastaya yapılan işlemlerle ilgili alınan rıza belgeleri dosya ortamında muhafaza edilir.

●Merkezimizde kullanılan HBYS sistemi tüm birimlerimiz için tek bir veritabanından yönetilmektedir.

● Hasta Kayıt-Kabul, Klinikler, Depo, Satınalma, Ayniyat, Diş Proez Laboratuvarı, Vezne, Faturalandırma, Radyoloji, Merkezi Sterilizasyon Ünitesi, Personel Modülü başta olmak üzere HBYS' de mevcut tüm modüllerin aktif olarak kullanılması sağlanmaktadır.

● Gerektiğinde personele HBYS kullanımı ile ilgili eğitimler düzenlenir.

● Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerinde elektronik kayıt sistemi kullanılmasıyla birlikte çok sayıda tıbbi bilgiyi depolayabilmek, depolanmış bilgiye hızlı bir şekilde erişebilmek, kısa sürede kapsamlı bilgi edinmek, zaman tasarrufu sağlayarak sağlık kayıtlarına ulaşabilmek mümkündür.

● Aynı zamanda elektronik kayıt sistemiyle birlikte sağlık hizmetinden yararlananların bilgilerinin uzun süre fiziki yer kaplamadan depolanabilmesi, bilgilerin analiz edilebilmesi, hastalık yükleri maliyetlerinin çıkarılıp, geleceğe yönelik risklerin belirlenebilmesi gibi faydaları vardır

● Elektronik tıbbi kayıt sistemiyle oluşabilecek tıbbi hata riskleri en düşük seviyeye indirmekte, kağıt tüketim oranını düşürmekte, okunması zor olan el yazıları sorunun ortadan kaldırmakta ve hasta ile olan iletişime olumlu yönde katkı sağlamaktadır.

● Elektronik ortama aktarılmış tıbbi dokümanlar doktordan hemşireye tıbbi sekreterden birçok meslek grubu tarafından kullanılır, sisteme girilen bilgiler aynı anda tüm paydaşlar ile paylaşılabilir.

● Merkezimizde hastanın teşhisinden, tedavisine; tedavinin planlanmasından, değerlendirilmesine, muhasebe kayıtlarından hastayı izleme, hasta randevu işlerimden, hasta takip, sekreterlik, hasta-doktor işlemlerine kadar birçok iş artık elektronik ortamdan yürütülmektedir.

● Elektronik ortama aktarılan dosya ve içeriğindeki belgelerin kayıtlarının muhafazasından aynı zamanda hastanemiz bilgi işlem (otomasyon) birimi de sorumludur.

6.3. TIBBİ KAYITLARIN BİR DÜZEN İÇİNDE VE EKSİKSİZ TUTULMASI, SAKLANMASI VE KULLANILMASINA YÖNELİK SORUMLULAR VE SORUMLULUKLARI TANIMLANMALIDIR:

● Dosyalar klinik arşivlerinde ve arşiv biriminde bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir.

● Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular; arşiv personeli ve bu prosedürün **6.1.1.** Maddesinde belirtilen sorumlulardan oluşur.

● Arşivde çalışan memur tüm arşiv hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. Diğer sorumlular kontrolör olarak işleyişi takip etmekle yükümlüdürler.

● Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular, gizlilik kuralı çerçevesinde yapılan kayıtların doğru ve eksiksiz girilmesi, bilgilerin ikinci bir kişiyle veya kurumla paylaşılmaması, klinikten çıkan yazılı evrakların arşiv birim sorumlusuna teslim edilmesinin kontrolünden sorumludur.

● Kliniklerde hasta bilgilerinden oluşan her türlü tıbbi kayıtları yapan personelin idaresinden sorumludur.

● Arşivlik malzemeler birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile, kurum arşivlerinde ise arşivlik malzemeye göre arşiv yönetmeliğinde belirtilen süreye göre saklanır.

● Her ne sebeple olursa olsun dosyalar arşivden dışarı çıkartılamaz, başka amaçlar için kullanılamaz.

● Gerektiği durumlarda yetkili kişilere (kurum amiri, hastanın kendi doktoru) "Arşiv Evrak Istem Formu " karşılığı verilebilir.

● EBYS yazışma evrakları, İstatistik verileri, ve HBYS kayıtları elektronik ortamda saklanmaktadır.

● Elektronik ortama aktarılan dosya ve içeriğindeki belgelerin kayıtlarının muhafazasından aynı zamanda Merkezimiz bilgi işlem birimi de sorumludur.

6.4. TIBBİ KAYITLARA ERİŞİMDE BİLGİ MAHREMİYETİ VE GÜVENLİĞİ SAĞLANMALIDIR:

6.4.1. Tıbbi Kayıtlarda Yer Alan Bilgilerin Mahremiyeti ve Güvenliği İle İlgili Kurallar:

● Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.

● Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.

● Kliniklerde ünit yanları camlı paravanla bölünmüş durumdadır. Hastanın izin verdiği kişiler ve hekimin bulunmasında yarar gördüğü yakınları kalabilir.

● Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.

● Birden fazla hastanın bulunduğu kliniklerde hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb.) bulunmalıdır. Hastalara ve personele yönelik güvenlik önlemleri alınması gereken yerlerde hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

● Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir. Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında gizlilik ilkesi korunarak hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir. Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öyküsü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izni olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir.

● Merkezimizin tüm çalışanlarının hastalarımıza özel olan bilgileri tesadüfen ya da görevleri sırasında şahit oldukları bilgileri orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara (başka kurumlar, diğer kişiler) taşımamak bakımından sorumludurlar.

● Belirli bir şifre ile yapılan tüm işlemlerin idari ve yasal sorumluluğu söz konusu şifrenin tanımlanmış kullanıcısına ait olduğundan, verilen şifre kullanıcı tarafından değiştirilerek kullanılır.

• Hasta kendisine dair tıbbi ve diğer bilgilerin kendisi dışında ki kişilerle paylaşılmasını istememe hakkına sahiptir.

6.4.2. Çalışanların Bilgiye Erişim Konusundaki Yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği):

● Çeşitli seviyelerdeki bilgiye erişim hakkının verilmesi için personel yetkinliği ve rolleri kararlaştırılmalıdır. Kullanıcılara erişim haklarını açıklayan yazılı bildiriler verilmeli ve teyit alınmalıdır. Yetkisi olmayan personelin, kurumdaki gizli ve hassas bilgileri görmesi veya elde etmesi yasaktır.

● Merkezimiz bölümlerinde çalışan tüm personelin otomasyon sistemine girdiği, kullanıcı kodu ve parolası md5 metodu kullanılarak şifreli şekilde veri tabanında tutulmaktadır.

● Her kullanıcının yetkileri otomasyon üzerinden birim yöneticisi tarafından onaylanarak belirlenir.

● Merkez içinde içeriği hasta mahremiyetini etkileyecek olan bilgiler otomasyon sisteminde yetkilendirilip, bilgi işlem personeli dahil kimseye gösterilmez. Yalnızca Dekan onay verdiği kullanıcılara görme yetkisi verilir.

● Kullanıcıların sisteme kaydettiği nitelikli hizmetlerin hiçbiri yönetim onayı olmadan, bilgi işlem personeli haricinde hiçbir personel tarafından silinemez.

● Çalışanların yer değiştirmesi veya işten ayrılması durumunda şifrenin kapatılma işlemleri: Bilgi güvenliği açısından ilişiği kesilen personelin şifresinin bir an önce iptali esastır. İlişiği kesilen personelin tüm şifreleri ve kullanıcı yetkileri kullanıma kapatılır.

6.4.3. Bilgiye Erişim Yetkisi Olan Kişilerin, Bilgileri Gizli Tutma Yükümlülüğü:

● Hiçbir hasta kaydı elektronik veya kâğıt ortamında adli durumlar hariç olmak üzere hiçbir kuruma veya üçüncü şahıslara sözlü veya yazılı olarak teslim edilemez. Hastaların tıbbi kayıtlarına sistem üzerinden bakılmak suretiyle hiçbir şekilde üçüncü şahıslarla paylaşılamaz.

● Dosyalar yasal zorunluluklar dışında kurum dışına çıkarılmamalıdır.

● İçindeki bilgiler hastanın yazılı izin verdiği kişiler dışında kimse ile paylaşılamaz.

● Dosyaların gizliliğinin ve kişiye özelliğinin ihlal edilmemesi gerekir.

● Belirli bir şifre ile yapılan tüm işlemlerin idari ve yasal sorumluluğu söz konusu şifrenin tanımlanmış kullanıcısına ait olduğundan, verilen şifre kullanıcı tarafından değiştirilerek kullanılır.

● Her türlü güvenlik önlemi titizlikle alınır, sürekli takibi yapılır, arşiv odasına sorumludan başkasının girmemesi sağlanır ve kapısı kilitli tutulur.

● Gizlilik dereceli evrakların bulunduğu arşiv odası sorumlusu hakkında "Güvenlik Soruşturması " yaptırılarak; sonucuna göre sorumluluk verilecektir. Bu odalarda güvenlik önlemlerine daha çok hassasiyet gösterilecektir.

● Hasta kayıtları ve dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim,sağlık çalışanı, tıbbi sekreterler tarafından gerekli önlemler alınır.

● Hasta dosyasını (basılı, yazılı) hasta görmek isterse, hekimin izni ile bir görevli refakatinde ve yerinde görmesine izin verilebilir.

● Tıbbi kayıtların erişime engellenmesi, aktarılması ya da üzerinde değişiklik yapılması durumunda resmi evrak yöntemi ile idarenin onayı alınarak gerekli işlemler bilgi işlem otomasyon tarafından yapılır.

● Tıbbi kayıtların erişime engellenmesi, aktarılması ya da üzerinde değişiklik yapılması durumunda resmi evrak yöntemi ile idarenin onayı alınarak gerekli işlemler bilgi işlem otomasyon tarafından yapılır.

● Hasta kendine dair tıbbi ve diğer bilgilerin kendisi dışında ki kişilerle paylaşılmasını istememe hakkına sahiptir. Elektronik ortamda yapılan kayıtlarda ekranın görülmesi engellenir. Kurum personeline verilen yetkilendirme hasta mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde yapılır.

● Ayrıca kurumdaki tüm personeller ve hizmet alınan firmalar (özel laboratuar, EBYS Firması) ile gizlilik sözleşmesi imzalanmış olup, kurumdaki bilgilerle ilgili 3. Kişilere herhangi bir bilgi akışının olmaması için önlemler alınmıştır.

● Hastaya ait bilgiler/tetkikler ve görüntüler ancak kişilerin kendilerine verilebilir.

6.4.4. Gizlilik ve Mahremiyetin İhlali Durumunda İzlenecek Süreç:

● Personellere imzalatılan gizlilik sözleşmesindeki maddelerden biri ya da birkaçının ihlâlinin tespit edilmesi halinde, güvenlik ihlâline yol açan personel hakkında idari ve yasal işlem başlatılır.

● Yapılan ihlalin ilgili kanunlar gereği suç ve ceza öngören bir fiil olması halinde, ilgili personel hakkında suç duyurusunda bulunulur.

● Ayrıca idari bir tedbir olarak, yapılan ihlalin suç olup olmadığına bakılmaksızın,; 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olanlar için aynı kanunun 125 maddesinde sayılan hükümlere göre, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun dışında kalan çalışanlar ile ilgili olarak (danışmanlar, firma personeli vb.) sözleşmelerinde belirtilen özel hükümlere göre, yoksa genel hükümlere göre idari işlem tesis edilir.

● Kişisel veriler ile gizli bilgilerin hukuka aykırı olarak üçüncü kişilere aktarılması ve/veya onların erişimine açılması ya da kullanımına sunulması hâlinde;

✓ Cezaî bakımdan 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun madde 135 vd. hükümlerine,

✓ İdarî bakımdan 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 18 inci madde hükmüne,

✓ Hukukî bakımdan 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun madde 23 vd. hükümlerine,

✓ Sözleşme hukuku kapsamında muhtelif konulara ilişkin süreçler bakımından 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu'nun madde 112 vd. hükümlerine göre, söz konusu hükümlerin ilgili durum bakımından yasal uygulama alanlarının bulunduğu ölçüde, yetkili merci ve kişilerce işlem tesis edilir.

6.5. HASTA DOSYALARI SABİT BİR DOSYA NUMARASI İLE STANDART BİR DOSYA İÇERİĞİNE SAHİP OLMALIDIR:

6.5.1. Ayaktan ve Yatan Hastaların Tıbbi Kayıtlarına, Her Başvuruda, Aynı Sabit Dosya Numarası İle Erişilebilmelidir:

● Ayaktan hastaların tıbbi kayıtlarına, her başvuruda, aynı sabit dosya numarası ile erişilebilmeleri sağlanır.

● Ayaktan hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtlarına (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden fiziki veya elektronik ortamda geriye dönük erişilebilir olması sağlanır.

6.5.2. Hasta Dosyaları İçin Standart Bir Dosya İçeriği Belirlenmelidir:

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

● Ayaktan tedavi gören tüm hastaların tıbbi kayıtlarında, kuruma her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılır.

● Hastaların klinik durumuna ilişkin tüm tıbbi kayıtları belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir.

6.5.2.1. Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve doküman tanımlanmalıdır.

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

6.5.2.2. Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

6.5.3. Hasta dosyalarında, hastaya ait asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

6.5.4. Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir:

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

● Tüm ayaktan hasta evrakları (onam formu, protez evrakları vb. dışında) ektronik ortamda saklanmaktadır.

● Hastalara ait saklanan kağıt ortamındaki evrakların kontrolü ve personel arşivine teslim edilen evrakların kontrolü arşiv görevlisi ve teslim eden birim görevlisi tarafından yapılır.

● Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivlenir.

● İşlemi tamamlanmış ve arşive devredilecek malzeme, uygunluk kontrolünden geçirilir.

● Arşive devredilecek malzemenin işlem yılı itibariyle, aidiyetine göre kaydına mahsus "Dosyalar" ve "içleri" gözden geçirilerek, sıra numaralarında atlama, tekerrür veya eksiklik olup olmadığına bakılır.

● Dosya içerisinde bulunan evrakın, gerektiği biçimde dosyalanıp dosyalanmadığına bakılır.

● Klâsörler veya dosyalar üzerine, devirden önce klasör ve dosyalara verilmiş numaraların, birim adının, ait olduğu işlem yılının yazılıp yazılmadığı kontrol edilir.

● Ciltli olarak saklanması düşünülmüş olanların, ciltlenip ciltlenmediğine, zarflanması gerekenlerin, zarflanıp zarflanmadığına bakılır.

● Defterlerle, ciltlenmiş veya zarflanmış olanların üzerine, devirden önce verilmiş numaraların, birim adının, ait olduğu işlem yılının yazılıp yazılmadığına bakılır.

● İşlem yılı esasına göre düzenlenen kayıt defterlerinin veya bu maksatla kullanılan dosya ciltlerinin kapaklarının etiketlenip etiketlenmediği kontrol edilir.

● Sayfaların ve eklerinin yırtık, kopuk veya eksik olup olmadığına, bakılır, eksikler varsa tamamlanır.

● Uygunluk kontrolü, ilgili birim personeli ile arşiv personelince müştereken yapılır.

6.6. HASTA TABURCULUK ÖZETİ HAZIRLANMALIDIR:

6.6.1. Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır.

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

6.6.2. Taburculuk özetinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

6.6.3. Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır.

6.7. ARŞİV BÖLÜMÜNDE HASTA DOSYALARININ SAKLANMASINA YÖNELİK UYGUN FİZİKİ ORTAM OLUŞTURULMALIDIR.

6.7.1. Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmalıdır.

● Merkezimizde 1 adet arşiv bulunmaktadır.

● Tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmıştır.

6.7.2. Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

● Sıcaklık ve nem takibi yapılır.

● İklimlendirme yapılır.

● Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınır.

● Merkezimizde arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönellik alınacak önlemler ve yapılacak faaliyetler "Tablo 1" de belirtilmiştir.

Tablo 1

Riskin Türü	**Riskin Nedenleri**	**Riskin Ürün Güvenliğine Etkisi**	**Riskin Tespit Yönetimi**	**Alınacak Önlemler ve Yapılacak Faaliyetler**
ISI -NEM	Isıtma ve soğutma sistemlerinin arızalanması	Malzemenin bozulmasına neden olur.	Isı –nem takipleri yapılır	• Arşivde ısılar ısı nem cihazı ile düzenli kontrol edilir. • Alınan değerler Isı Nem Takip Formu 'na kaydedilir. • Anormal durumda idareye bilgi verilir.
YANGIN	Yanıcı Madde	Malzemenin yanmasına neden olur.	Gözlem + Algılama Sistemleri	• Depolarda yanıcı ve patlayıcı madde bulundurulmaz. • Yangına karşı merkezi söndürme sistemi veya yangın söndürme ekipmanı bulundurulur. • Depolar yangın algılama sistemi ile olası tehlikeler erken anlaşılır.
ELEKTRİK	Elektrik Kaçağı	Malzemenin yanmasına neden olur.	Gözlem + Algılama Sistemleri	• Prizlerin ve elektrik düğmelerinin kırık olmamasına dikkat edilir. • Elektrik kablolarının açıkta kalmamasına dikkat edilir.
SU BASKINI	Su tesisatı arızası Su baskını	Malzemenin bozulmasına neden olur.	Gözlem ve takip yapılır.	• Malzemenin depolandığı yerlerde su tesisatı kapalı sistem haline getirilerek bariyer oluşturulur. • Atık su boruları açıkta görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı yapılır. Kalorifer tesisatı kontrol edilir. • Su baskınlarına karşı mevcut rafların yerden yüksekliği en az 5 cm'dir. • Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınır.

HAŞERE MİKROORGANİZMA-TOZ	Kemirgen ve haşerelerin çeşitli nedenlerle depolara girmesi	Ürün ve malzemenin yapısının bozulmasına neden olur	Gözlem yapılır.	• Anlaşma yapılan ilaçlama firması tarafından teknik şartnamede belirtilen aralıklar ile haşere ve kemirgenlere karşı ilaçlama ve kontrol yapılır. • Arşiv temizliği, Arşiv Temizlik Planına uygun şekilde yapılarak Arşiv Temizlik Takip Formuna kayıt edilir. • Mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının yılda en az bir defa olmak üzere dezenfeksiyonu sağlanmaktadır.
HIRSIZLIK	Malzeme çalma amacıyla depolara girilmesi.	Malzemenin çalınmasına neden olur.	Malzemelerin sayımı yapılır.	• Arşiv odaları kullanılmadıklarında kilitli tutulur. • Arşiv odalarına yetkili görevlilerin haricinde girilmez. • Hastanemizde 24 saat kamera sistemi aktif bir şekilde çalışmaktadır
İKLİMLENDİRME				• Arşivin iklimlendirmesinin sağlanması gerekmektedir.

6.8. ARŞİV HİZMETLERİNİN İŞLEYİŞİNE YÖNELİK DÜZENLEME BULUNMALIDIR.

6.8.1. Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

* Arşiv planı
* Arşive erişim ile ilgili yetkilendirme
* Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü
* Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi
* Dosyaların arşivden çıkışı
* Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar

6.8.1.1. Arşiv Planı

● Arşiv yerleşim planı elde üretilerek, arşiv içerisinde ilgili yerlere asılmıştır. Arşiv yerleşim planında evrakların yerleri belirtilmiştir.

● Arşiv biriminin yönetiminden ve idari işlerin yürütmesinden Arşiv Sorumlusu görevlidir.

● Dijital ortama kaydedilmeyen dosyalar arşiv biriminde bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir.

●Merkezimizde her birim için ayrı dolap ayrılmıştır ve üzerinde ilgili bölümün adı yazmaktadır.

● Birim arşivlerinden gelen dosyaların her biri tarih sırasına göre raflara yerleştirilir.

6.8.1.2. Arşive Erişim İle İlgili Yetkilendirme:

● Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği ön plandadır. Bölümlere göre yetkilendirilme yapılır ve bilgiye erişim sınırlıdır.

● HBYS de her personel yetkisi dahilinde olduğu sayfayı görebilmektedir (Örneğin hekim kayıtlarını sadece hekimler görebilir, hemşireler yetkileri dahilinde tanımlanan kayıtları görebilir, hasta kayıt yetkilileri yetkileri dahilindeki kayıtları görebilir vb.).

● Sağlık kayıt bilgileri hastaya aittir. Yetkilendirilmiş personel ancak kendisine kayıtlı olan hastaların sağlık kayıtlarına erişebilirler.

● Yetkilendirilen personel, şifrelerin kullanılması ve muhafazası hususunda sorumludur, aksine hareketler yetkinin kötüye kullanılması olarak değerlendirilir. Şifreler kimseye verilmez

● Fiziki olarak üretilen formların gizliliği ve güvenliği dosyalanıp arşiv bölümünde muhafaza edilerek sağlanır.

● Hastanın tedavileri tamamlanmış ise hiçbir kurum çalışanı hastanın sağlık kayıtlarına erişemez.

● Tedavisi tamamlanmış olan hastalar kendi dosyalarındaki bilgilere ulaşmak istediğinde hasta tarafından Dekan'lığa dilekçe yazılır, Dekanlık onaylar ve arşiv görevlileri tarafından istenen belgeler hazırlanır.

● Dosyaların Arşivden Çıkışındaki Yetkilendirme: Tekrar görülmesi gerekli olan kayıtların (tıbbi, idari) arşivden çıkarılması gerekli olduğunda "Arşiv Evrakı İstem Formu" doldurulur. Hasta dosyalarının arşivden istenmesi sadece hekimler ve yönetici kademedeki idareciler tarafından sağlanabilmektedir.

● Arşiv malzemesinin aslı hiçbir suretle arşivden veya bulundukları yerden dışarıya verilmez. Ancak, Devlete ve tüzel kişilere ait bir hizmetin görülmesi, bir hakkın korunması ve ispatı gerektiğinde usülüne göre örnekler verilebilir.

● Adli Vaka Kayıtlarının Çıkışında Yetkilendirme**:** Adli merciler tarafından talep edilen adli vaka dosyalarının çıkışı resmi yazı gereği ilgili birime gönderilmek üzere personele zimmet karşılığı teslim edilir.

● İmha Yetkisi: Güncel yayımlanmış haline göre oluşturulan imha komisyonu yetkisinde, uygun yöntemlerle, geri dönüşümsüz şekilde imha edilir. İmha komisyonuna dahil edilecek personel üst yönetim tarafından atanır.

6.8.1.3. Dosyaların Arşive Teslimi, İçeriğinin Kontrolü ve Kabulü:

● Arşivlik malzemeler birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile kurum arşivlerinde ise arşivlik malzemeye göre arşiv yönetmeliğinde belirtilen süreye göre saklanır.

● Birimlerden arşive gelen dosyalar arşiv görevlisi tarafından teslim eden birimin belirtilen sayıda ve içerikte olduğuna dair kontrolü yapılır. "Arşiv Evrak Teslim Formu*"* ile arşive teslim alınır ve ilgili bölümlere yerleştirilir.

● Merkezimizde yatan hasta bulunmamaktadır. Tüm ayaktan hasta evrakları elektronik ortamda saklanmaktadır.

● Hastalara ait saklanan kağıt ortamındaki evrakların kontrolü ise; Arşiv görevlisi tarafından, teslim eden birimin arşiv teslim formunda belirtilen sayıda ve içerikte olduğuna dair kontrolü yapılır.

6.8.1.4. Kabul Edilen Dosyaların Arşive Yerleştirilmesi:

● Birimlerde saklama süresi dolan arşivlik malzeme, takip eden yılın ilk üç ayında kurum arşivine teslim edilir.

● Arşivlik malzemenin Standart Dosya Planına uygun klasörlenmiş olduğu arşiv memurunca kontrol edilir.

● Arşive teslim edilen belgeler, hazırlanan "Arşiv Evrak Teslim Formu" ile karşılaştırılarak kontrolü yapıldıktan sonra teslim alınır.

● Dosyalar arşiv biriminde bir sıra ve düzen içerisinde, tarih ve sıra numaraları dikkate alınarak, soldan sağa doğru yerleştirilir.

● Dosyalar arşiv planı doğrultusunda ait oldukları birim dikkate alınarak yerleştirilir.

6.8.1.5. Dosyaların Arşivden Çıkışı:

● Eğer bir çalışma için arşiv dosyaları incelenecekse; çalışmalarda esnasında gizlilik esas alınır.

● Her ne sebeple olursa olsun dosyaların asılları arşivden çıkarılamaz.

● Gerektiği durumlarda fotokopileri aslı gibidir yaptırdıktan sonra yetkili kişilere "Arşiv Evrağı İstem Formu" ile teslim edilir.

●Yararlanılacak evrağın fotokopisi alınarak ilgili birim görevlisine "Arşiv Evrakı İstem Formu" düzenlenerek teslim edilir

●Dosya veya klasör olarak yararlanılacak ise "Arşiv Evrak İstem Formu" tanzim edilerek geçici olarak ilgili birim tarafından alınabilir. Dosyadaki evrak adedi kayıt edilir. Evrakın istem ve iade tarihi form üzerinde kayıt altına alınır.

●Gerektiğinde görülmek ve incelenmek üzere, ancak dışarıya çıkarılmamak kaydıyla, yönetmeliğe uygun şekilde belirtilen kişi ve kurumlara verilir. Arşive teslim edilen dosya veya evrakın aslı kesinlikle kurum dışına çıkarılamaz. Eğer kurum dışına çıkarılacaksa fotokopileri aslı gibidir yaptırdıktan sonra resmi yazı ile ilgili yerlere gönderilir.

●Adli vaka dosyalarının aslı ve sureti hiçbir şekilde hasta yakınına teslim edilmez. Adli vaka dosyalarının resmi kurumlara (adliye v.b) resmi yazı ile istemleri sonucu istenen dosyaların fotokopileri aslı gibidir yapıldıktan sonra 30 gün içinde yine resmi yazı ile gönderilir.

6.8.1.6. Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar

●Dokümanların teslim alınması, saklanması, lüzum halinde çıkarılması, imhası, evrakların saklanması için Resmi Gazete: 16.05.1988- 19816 Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik esas alınır.

●Arşive teslim edilen dosyalar yönetmelik doğrultusunda korunması için arşiv bölümünün havalandırma, klima ile iklimlendirme, ısı ve nem cihazları ile sağlanır.

●Günlük periyodlarla ısı ve nem kontrolü arşiv görevlisi tarafından yapılmaktadır.

●Arşiv malzemelerinin korunması amacı ile yönetmelik doğrultusunda yangın söndürme cihazı, 24 saat kamera sistemi ile izlenmekte, mikroorganizmalar ve haşarata karşı ilaçlama ve dezenfeksiyon işlemleri yılda en az bir defa yapılmaktadır.

●Arşive, arşiv çalışanları ve kurum yetkililerin dışında kimse giremez. İmha edilmesine karar verilen evraklar birim yöneticisi oluru ile kurulan ayıklama ve imha komisyonu tarafından belirlenir.

● Bu komisyonun amacı:

✓Muhafazasına lüzum kalmayan malzeme ile arşiv malzemesi ve arşivlik vasfını taşıyan malzemeyi birbirinden ayırmak.

✓ Arşivde gereksiz evrak ve malzemenin saklanmasını önlemek.

✓ İş kaybına mani olmak, istenen evrak ve malzemeye kolay ulaşmayı sağlamak.

✓ Arşiv araç- gereç ve alanları için yapılacak masrafları azaltmak.

✓ Birimde saklanacak arşivlik malzemeyi tespit etmek.

6.8.2. Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.

● Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmuştur.

● Merkezimizde 1 adet arşiv bulunmaktadır.

● Merkezimizin arşiv odasının ilgili yerlerinde arşiv planları asılıdır.

● Arşiv planlarında odalarda kaç adet rafların olduğu ve içlerinde hangi dosyaların saklandığı belirtilmiştir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1. Arşiv Evrak Teslim Formu

7.2. Arşiv Evrağı İstem Formu

7.3. Isı Nem Takip Formu

7.4. Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik