1.AMAÇ

Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte kurumun fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır.

2.KAPSAM

Merkezimizin tüm birimlerini kapsar.

3.KISALTMALAR

UPS: Uninterruptible Power Supply (Kesintisiz Güç Kaynakları)

DİF: Düzeltici ve İyileştirici Faaliyeti

4.TANIMLAR

4.1.UPS: Elektrik yükünün (elektrik ile çalışan tüm cihazlar) bağlı bulunduğu şebekede meydana gelen veya gelebilecek olası gerilim dalgalanmaları (çöküntüler, yükselmeler, ani değişikler) harmonikler, kısa veya uzun süreli kesintiler vb. durumlarda yükü bu değişimlerden koruyan ve yükün sağlıklı ve kesintisiz çalışmasını sağlayan elektronik cihazlardır.

4.2.Uygunsuzluk: Kaliteli hizmet sunumu için gereken şartların yerine getirilmemesidir.

5.SORUMLULAR

Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetimi

Tesis Güvenliği Komitesi

Bina Turu Ekibi

Teknik Servis Birimi

Mekezin tüm çalışanları bu prosedürün uygulanmasından sorumludur.

6.FAALİYET AKIŞI

6.1.BİNA TURLARI YAPILMALIDIR:

6.1.1. Merkezimizin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, yönetiminden en az bir kişi olacak şekilde “Bina Turu Ekibi” kurulmuştur. Her yılın ocak ayında Bina Turu Ekibi gözden geçirilir. Ekibe yeni eklenecek kişiler varsa onaya sunulur.Bina turları sırasında tüm alt yapı güvenliği gözden geçirilir, devam eden inşaat faaliyetleri yerinde görülür, kurumda alt yapı ile ilgili aksaklılar belirlenir.

6.1.2. Merkezimizde bina turları en az üç ayda bir yılda 4 defa ve gerektiğinde Kalite Yönetim Sorumlusu başkanlığında yapılır.

Kurumun fiziksel durum ve işleyişi, altyapı, temizlik, güvenlik ve tesisat sorunları ile ilgili aksaklıkları tespit etmek ve düzenli takibinin yapılması için (-1). kattan başlayarak çatıya kadar tüm alanların ve kliniklerin denetimi sağlanır.

Bina turu yapılırken "Bina Turu Kontrol Formu" içerisinde bulunan soruların cevapları sorgulanır. İşleyiş ile ilgili aksaklık tespit edildiği durumda, "Bina Turu Kontrol Formu"nda ilgili sorunun karşısındaki uygun değil kısmı işaretlenir.

6.1.3. Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulur, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için "Bina Turu Eylem Planı*"* hazırlanır. "Hazırlanan eylem planında iş takibi kontrolüne yönelik süreçler, Kalite Yönetim Sorumlusu ve ilgili Birim Sorumlusu tarafından yapılır.

Eylem planı kapsamında alınan kararlar kurum yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulur.

6.2.TESİS KAYNAKLI DÜŞMELERİ ÖNLEMEYE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

6.2.1. Merkezimizde tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmış ve tespit edilen risklere yönelik aşağıda belirtilen tedbirler alınmıştır:

- Tutunma barlarının bulunması
- Merdivenlerde korkuluk bulunması
- Alçak tavan uyarılarının kullanılması
- Kaygan ve ıslak zemin uyarı levhalarının kullanılması
- Zeminde bulunan engellere karşı önlem alınması
- Ortamın yeteri kadar aydınlatılması
- Merkezimizde bulunan rampalar ve duvar kenarlarında asansör içlerinde tutunma barları yapılmıştır.
- Merkezimizdeki zemin malzemeleri seçilirken kayma özelliği az olanlar tercih edilir.
- Engelli tuvaletlerinde hastaların düşmesini engelleyecek şekilde tutunma kolları yapılmıştır.
- Hastaların düşmesini engelleyecek şekilde merkez içerisinde yerlerde açık kablo bulundurulması engellenmiştir.
- Merkez içerisindeki ve dışarısındaki merdivenlerde düşme ve kaymayı engelleyecek kaydırmazlar yapılarak kayarak düşmenin önüne geçilmesi sağlanmıştır.
- Merkezimizde temizlik esnasında ıslak zemin bırakılmamasına yönelik olarak ilgili personele eğitimler verilerek bu konular temizlik talimatlarında kural haline dönüştürülmüştür. Temizlik esnasında ıslak zeminde hasta ve çalışanların dikkatini çekmek amacıyla ıslak zemin uyarı tabelası konularak dikkat çekilmesi sağlanır.

6.2.2. Ramak kala veya zararla sonuçlanan düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilir.

6.2.3. Ramak kala veya zararla sonuçlanan düşme olayları ile ilgili düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yapılır.

6.3.KURUM YERLEŞİM ALANINDAKİ FARKLI HİZMET BİRİMLERİNE VE KURUM İÇİNDEKİ BÖLÜMLERE ULAŞIMI KOLAYLAŞTIRICI DÜZENLEMELER YAPILMALIDIR:

6.3.1. Merkezimiz yerleşim alanına, giriş kapılarına yakın bir şekilde konumlandırılmış yerleşim planı

bulunur.

6.3.2. Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel yönlendirme tabelaları bulunur.

6.3.3. Kat girişleri veya asansör çıkışlarında, bulunulan yeri, acil çıkış kapılarını ve yangın tüplerini gösteren kat krokileri bulunur.

6.3.4. Okunabilir ve işlevsel nitelikte yönlendirme işaretleri bulunur.

6.4.ACİL ÇIKIŞLARIN ETKİN VE İŞLEVSEL NİTELİKTE OLMASI SAĞLANMALIDIR:

6.4.1. Merkezimizde etkin ve işlevsel nitelikte acil çıkış levhaları mevcuttur.

• Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özelliktedir.

• Levhalar, merkezimizin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmiştir.

• Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellemeyecek şekilde konumlandırılmıştır.

•Çalışanların, her yıl "Afet ve Acil Durum Yönetimi" eğitimi içerisinde işaret ve levhaların işlevsel kullanımı hakkında eğitim alması sağlanır.

6.4.2. Acil çıkışlara yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

• Kurum krokilerinde acil çıkışlar gösterilmektedir.

• Acil çıkış kapısının doğrudan dışarıya (kaçış yönüne doğru) veya güvenli bir alana açılması sağlanmaktadır.

• Kaçış yolu kapıları kaçış yönünde, kapı kolu kullanılmadan açılabilecek şekilde el ile açılabilmekte ve kilitli tutulmamaktadır.

• Kapılarda eşik yoktur, çıkış kapısı olarak kullanılmamaktadır.

•Acil çıkış yolları ve kapıları ile buralara açılan yol ve kapılarda çıkışı zorlaştıracak hiçbir engel bulundurulmaz.

•Aydınlatılması gereken acil çıkış yolları ve kapılarında, elektrik kesilmesi halinde yeterli aydınlatmayı sağlayacak ayrı bir enerji kaynağına bağlı acil aydınlatma sistemi bulunmaktadır.

•Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte tekerlekli sandalye gibi araçlar mevcuttur.

6.5.HASTALARA HİZMET VERİLEN ALANLAR İLETİŞİME AÇIK BİR ŞEKİLDE DÜZENLENMELİDİR.

Vezneler dışında kayıt, halkla ilişkiler gibi hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında iletişime engel olacak fiziksel bariyer bulunmamalıdır.

6.5.1. Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmiştir.

6.5.2. Hasta kayıt, klinik sekreterlikleri ve danışma vb. hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasındaki camekânlar iletişime engel değildir.

6.6. YAŞLI VE ENGELLİ KİŞİLER İÇİN İŞLEVSEL DÜZENLEMELER BULUNMALIDIR:

6.6.1. Merkezimizde otopark alanı, lavabo ve tuvaletler engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmiştir.

6.6.2. Yaşlı ve engelli hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde tekerlekli sandalye bulunur.

6.6.3. Yaşlı ve engelli kişilerin kurum içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için; çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, tekerlekli sandalye bulunur ve gerektiğinde güvenlik personellerimiz yardımcı olmaktadır.

6.6.4.Görme engelli hastaların yön bulmaları ve kurum içindeki ulaşımlarını sağlamaya yönelik işlevsel düzenlemeler yapılmıştır.

6.6.5. Muayenede yaşlı ve engelli kişilere öncelikli hasta tabelaları hasta kabul ve sekreterliklerde asılıdır.

6.6.6. Yaşlı ve engelli kişilerin hasta bekleme salonlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Oturabilecekleri ayrı alan ayrılmış ve tabela ile tanımlanmıştır.

6.6.7. Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin kurumdan tahliyesine yönelik planlama yapılmaktadır.

6.7.ÇEVRE DÜZENLEMESİ YAPILMALIDIR:

6.7.1. Merkezimizin bahçesinde yeşil alan düzenlemesi yapılmıştır ve oturma alanları mevcuttur.

6.7.2. Merkezimizde çalışanlar ve hastaların kullanımı için ayrı otopark alanları tanımlanmıştır. Çalışan otoparklarında kontrollü giriş sistemi bulunmaktadır. Çalışanlar ve hastalar için ayrılan araç park alanları çizgilerle belirlenmiştir.

6.7.3. Merkezimizde araç giriş-çıkışının kontrolü güvenlik görevlileri tarafından yapılmaktadır ve giriş çıkışları engelleyecek şekilde park yapılmalar önlenmektedir. Güvenlik görevlileri bu tür parkları önlemekle ve denetimleri ile sorumludur.

6.7.4. Merkezimizde yerleşim alanı uygun şekilde ışıklandırılmıştır.

6.7.5. Merkezimizin yerleşim alanında uygun konumda ve sayıda atık kutusu yerleştirilmiştir.

6.8.KURUMDA SU, ELEKTRİK ENERJİSİ, ISITMA, SOĞUTMA VE MEDİKAL GAZ HİZMETLERİNİN KESİNTİSİZ OLARAK VERİLMESİ SAĞLANMALI, KESİNTİ OLMASI DURUMUNDA KULLANILABİLECEK ALTERNATİF KAYNAKLAR, KAYNAKLARIN KAPASİTESİ VE KULLANMA KOŞULLARI BELİRLENMELİDİR:

6.8.1. Merkezimizde su, elektrik enerjisi ve ısıtma-soğutma hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmaktadır.

6.8.2. Merkezimizde su hizmetleri şehir şebekesinden sağlanmaktadır. Kesinti olması durumunda kullanılabilecek 1 adet 10 tonluk şebeke suyu deposu mevcuttur. Uzun su kesintilerinde su depolarına belediyeden tankerler ile temin edilen su takviyesi yapılır.

6.8.3. Merkezimizde 2 adet 1 tonluk osmoz su deposu mevcuttur.

6.8.4. Merkezimizde elektrik kesinti durumunda kullanılmak üzere 2 adet 640 KW'lik jeneratör bulunur. Jeneratör 10 saniye içerisinde devreye girmekte ve elektrik ihtiyacı giderilmektedir. Jeneratör devreye girene kadar kesintisiz elektrik gereken alanlarda UPS'ler bulunmaktadır.

6.8.5. Merkezimizde ısıtma-soğutma hizmetleri kesintisiz olarak verilir. Merkezimizde ısınma sisteminde doğalgaz kullanılmaktadır. Kesinti olması durumunda kullanılabilecek VRF ve klimalar bulunmaktadır.

6.8.6. Merkezimizde medikal gaz hizmetleri için kullanılan medikal gazlar taşınabilir özellikte 3 adet tüp ile sağlanmaktadır.

6.9.ASANSÖRLERİN GÜVENLİ KULLANIMINA YÖNELİK DÜZENLEMELER:

6.9.1. Merkezimizde hasta bölümünde bir, idari bölümde bir olmak üzere 2 adet asansör bulunmaktadır. Mevcut asansörlerin yetkili kuruluşlarca tescil belgesi kurumumuzda mevcuttur.

6.9.2. Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılması gereken uygunluk kontrolüne göre, güncel tarihli periyodik kontrol (uygunluk) belgesi bulunmaktadır. Kimlik numarasını gösteren gri renkli etiketler, kabin içerisine yapıştırılmıştır. Kontrol (uygunluk) belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisine ve durak kapısı kasasının üzerine rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmıştır.

6.9.3. Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından yapılmaktadır.

●Periyodik kontrol sonuçları kusursuz (yeşil renk), hafif kusurlu (mavi), kusurlu (sarı renk) ve güvensiz (kırmızı renk) olmak üzere dört grupta değerlendirilmektedir. Etiket tarihinden itibaren kırmızı renkli asansörlerin 60 gün, sarı renkli asansörlerin ise 120 gün içerisinde uygunsuzlukları giderilmiş olmalıdır. Mavi renkli bilgi etiketi iliştirilmiş olan asansörde belirlenen uygunsuzlukların ise bir sonraki periyodik kontrole kadar giderilme çalışmaları yapılmaktadır.

● Renkli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmıştır.

●Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörün kullanımına izin verilmemektedir.

●Kontrol raporundaki asansör kimlik numarası, etiket rengi skalası ve muayene tarihi ile etiket üzerindeki bilgiler birbiri ile uyumludur.

●Asansörlerin ara bakımları yapılmaktadır. Bakım-onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından aylık ve yıllık periyodik bakımları yapılır ve düzenlenen "Asansör Periyodik Bakım ve Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır ve teknik servis sorumlusu tarafından dosyalanır.

6.9.4. Asansörlerde çalışır durumda yardım çağrı sistemi mevcuttur.

6.10. HAVALANDIRMA VE İKLİMLENDİRME SİSTEMLERİNİN KONTROLÜ VE BAKIMINA YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

6.10.1. Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından enfeksiyon kontrol komitesi tarafında izlenmekte ve gerekli tedbirler alınmaktadır.

6.10.2. Merkezi havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrolü yıllık olarak yetkili firmaya yaptırılır. Teknik servis tarafından aylık kontrolleri yapılır. Yapılan bakım ve kontroller "Klima Santrali Periyodik Bakım ve Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır.

6.10.3.Tüm sistemlerimiz kapalı alanlarda bulunur.

6.10.4. Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yılda bir kez yapılmaktadır.

6.10.5. Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testlerin yetkili kuruluşlarca standartlara uygun olarak gerçekleştirilmesi sağlanır.

✓ HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)

✓ Hava debisi ve hava hızı ölçümü

✓ Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti

✓ Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)

✓ Partikül ölçümü

6.10.6. Bu sistemlerin performans ölçümünde kullanılan referans cihazlar, ilgili standart ve mevzuatlara göre yapılır.

6.11.ELEKTRİK SİSTEMLERİNİN GÜVENLİ KULLANIMINA YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

6.11.1. Jenaratörlerin; bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici kesin kabul belgesi Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Birimimizde mevcuttur.

6.11.3. Jeneratörlerin yıllık bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yetkili firma tarafından yapılır. Haftalık kontrolleri ise teknik servis tarafından düzenli olarak yapılır ve "Jeneratör Haftalık Bakım ve Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır.

6.11.4. Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) kontrol ve bakımları düzenli aralıklarla yapılır. Yıllık bakım ve kontrolleri yetkili firma tarafından, aylık kontrolleri ise teknik servis tarafından yapılır ve "Kesintisiz Güç Kaynağı (UPS) Periyodik Bakım ve Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır. Merkezimizdeki tüm kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı kırmızı renkli prizler ile tanımlanmıştır.

6.11.5. UPS ve akülerin uzun ömürlü olması, verimli çalışması için gerekli soğutma işlemleri (havalandırma, klima vb.) yapılır, sıcaklık değerleri günlük "Isı Nem Takip Formu"ile takip edilir.

6.11.6. Elektrik prizleri sabitlenmiştir, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak hareketli uzatma kablosu vb. bulundurulmamaktadır.

6.11.7. Ortak kullanım alanlarında alçakta yer alan prizler ile çocuk hastalara hizmet verilen birimlerde çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması yapılmıştır.

6.11.8. Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücündedir.

6.11.9. Elektrik panolarının önünde yalıtkan paspas bulunur. Yetkili dışında panoya müdahale edilmez. Pano kontrolleri her ayın ilk haftası yapılır ve "Elektrik Panoları Takip ve Kontrol Formu*"* ile kayıt altına alınır.

6.12. SU DEPOLARININ GÜVENLİ KULLANIMINA YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

6.12.1. Merkezimizde 3 adet su deposu bulunur. 10 tonluk şebeke suyu deposu/yangın suyu deposu suyun özelliklerini değiştirmeyecek paslanmaz çelikten yapılmıştır. 2 adet osmoz su deposuda (1tonluk) suyun niteliğini bozmayacak özelliktedir.

6.12.2. Depolara ait kapaklar kilitli ve sızdırmaz özelliktedir, depo kapağı sadece depo görevlileri ve yetkili personel tarafından açılıp kapanmaktadır.

6.12.3. Depolar, ısı kaynaklarından uzak bölgededir, direkt olarak gün ışığına maruz değildir.

6.12.4. Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmaktadır.

6.12.5. Su depoları yılda bir kez boşaltılarak temizlenmektedir.(Su Deposu Periyodik Temizlik ve Bakım Formu)

6.12.6. Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmaktadır.

6.12.7. Su depolarının klor ölçümleri teknik servis çalışanları tarafından yapılmaktadır, "Su Deposu Klor Ölçümü Takip Formu" ile kayıt altına alınır. Gerektiğinde klor ilavesi yapılır.

6.13. SIHHI TESİSATIN GÜVENLİ KULLANIMINA YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

6.13.1. Şebeke suyunda herhangi bir nedenden dolayı oluşabilecek bir kesinti durumunda, mevcut yedek su kaynakları devreye alınarak su ihtiyacı sağlanır.

6.13.2. Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından ayda 1 kez tesisatın kontrol ve takibi yapılır. "Atık Su Tesisatları Sızdırmazlık Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır. Tespit edilen sorunlara yönelik iyileştirme faaliyetleri düzenlenir.

6.13.3. Yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik düzenli aralıklarla kontrol gerçekleştirilmektedir.

6.13.4. Yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik aylık olarak basınç düzeyleri izlenerek "Yangın Suyu Hidroforları Periyodik Bakım ve Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır. Basınç düzeylerinde uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda düzeltici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

6.13.5. Yağmur sularının kontrolü ve uygun drenajı sağlanmaktadır.

6.14. DIŞ ÜNİTLERİNDE KULLANILAN SU SİSTEMLERİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

6.14.1. Diş ünitlerinde kullanılan emiş hortumlarında, kontamine sıvıların tekrar ünit içerisine dönüşünü engelleyici antiretraksiyon valfler bulunur.

6.14.2. Merkezimizde diş ünitlerinde arıtılmış su kullanılmaktadır ve arıtılmış su deposunun temizliği peryodik olarak yapılmaktadır. (Su Deposu Periyodik Temizlik ve Bakım Formu)

6.14.3. Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerinin bakımları plan dahilinde ve düzenli olarak gerçekleştirilmektedir.(Merkezi Vakum Sistemleri Periyodik Bakım ve Kontrol Formu)

6.15. MEDİKAL GAZ SİSTEMLERİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

6.15.1. Merkezimizde medikal gaz sistemi bulunmamaktadır.Merkezimizde medikal gaz hizmetleri için kullanılan medikal gazlar taşınabilir özellikte 3 adet tüp ile sağlanmaktadır.

6.15.2. Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için medikal gazların oksijen basınç(bar) değeri haftalık olarak kontrol edilir, gözlemlenen değerler "Medikal Gaz Haftalık Bakım Formu" ile kayıt altına alınır.

6.15.5. Medikal gazlar direkt güneş ışığına maruz bırakılmaz. Güneşte bırakılan tüplerin iç sıcaklığı istenmeyen değerlere yükselebilir ve ayrıca tüpün üzerindeki etiketlerin ve işaretlerin solmasına neden olabilir.

6.16. SIKIŞTIRILMIŞ GAZ SİLİNDİRLERİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR:

Merkezimizde sıkıştırılmış gaz silindirleri bulunmamaktadır.

6.17. OTOKLAV, BUHAR KAZANI, KOMPRESÖR, BUHAR TÜRBİNLERİ, KALORİFER KAZANI GİBİ BASINÇLI KAPLARIN BAKIMLARI DÜZENLİ ARALIKLARLA YAPILMALI, YILLIK MUAYENELERİ GERÇEKLEŞTİRİLMELİDİR:

6.17.1. Merkezimizde otoklav, kompresör, kalorifer kazanı gibi basınçlı kaplar mevcuttur. Basınçlı kapların ilk defa kullanılmadan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılır, güvenli şekilde çalıştığı teknik servis tarafından takibi alınır.

6.17.2. Otoklav, kompresör, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılmaktadır. Yıllık Yapılan bakım ve kontrolleri yetkili firma tarafından,aylık kontrolleri teknik servis tarafından yapılır ve "Hava Kompresörü Periyodik Bakım ve Kontrol Formu", Kalorifer Kazanı Aylık Bakım ve Kontrol Formu", Cihaz (Otoklav) Kontrol ve Bakım Takıp Formu" ile kayıt altına alınır.

6.17.3. Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanır.

6.17.4. Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanın kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1. Bina Turu Kontrol Formu

7.2. Bina Turu Eylem Planı

7.3. Asansör Periyodik Bakım ve Kontrol Formu

7.4. Klima Santrali Periyodik Bakım ve Kontrol Formu

7.5. Jeneratör Haftalık Bakım Formu

7. 6. Kesintisiz Güç Kaynağı (UPS) Periyodik Bakım ve Kontrol Formu

7.7. Su Deposu Periyodik Temizlik Bakım ve Kontrol Formu

7.8 Su Deposu Klor Ölçümü Takip Formu

7.9. Atık Su Tesisatları Sızdırmazlık Kontrol Formu

7.10. Yangın Suyu Hidroforları Periyodik Bakım ve Kontrol Formu

7.11. Medikal Gaz Haftalık Bakım Formu

7.12. Hava Kompresörü Periyodik Bakım ve Kontrol Formu

7.13. Kalorifer Kazanı Aylık Bakım ve Kontrol Formu

7.14. Cihaz (Otoklav) Kontrol ve Bakım Takıp Formu

7.15. Elektrik Panoları Takip ve Kontrol Formu

7.16. Isı Nem Takip Formu