1. AMAÇ	Kurumumuzda hasta güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, hasta bakım ve tedavi süreçlerinin güvenlik ve kalitesinin artırılması, hastaların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunması ve bunun için gerekli önlemlerin alınarak uygulanmasıdır.
2. KAPSAM	Kurumumuzun tüm birimlerini kapsar.
3.KISALTMALAR	**HBYS:** Hastane Bilgi Yönetim Sistemi **EKH:** Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
4. TANIMLAR	**4.1. Hasta Güvenliği:** Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılması. **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 düzenlemeler.
5. SORUMLULAR	Bu prosedürün uygulanmasından tüm kurum çalışanları sorumludur.
6.FAALİYET AKIŞI	**6.1. HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİNİN GÖREV ALAN**

6.1.1. Komite üyeleri, hasta güvenliğinin geliştirilmesine ve sürdürülmesine yönelik yapılan bütün faaliyetleri çalışma alanlarında gözlemleyerek; tehlike oluşmasını önlemek, oluşan tehlikenin hastaları etkilemesini engellemekle sorumludur. Eğer tehlike hasta/hasta yakınına kadar ulaştı ise hastanın en az zarar görmesini sağlayarak en kısa sürede zararı telafi etmek, oluşan tehlikenin tekrarlanmasını önlemek ve iyileştirme faaliyetini başlatmakla sorumludur.

6.1.2. Hasta Güvenliği komitesinde görev alacak kişiler Üst Yönetim tarafından belirlenir. Komitede üst yönetimden en

az bir kişi bulunur.

6.1.3. Komite yılda en az dört kez üç aylık periyotlarla ve gerektiğinde (istenmeyen olay bildirim sevki, görev alanı ile ilgili acil gelişen olaylar vb.) toplanırf.

6.1.4. Komite sekreteri tarafından komite gündemi, yer ve tarih bilgileri üyelere bir hafta öncesinden “Toplantı Çağrı Formu” ile duyurulur. Komite, üyelerinin katılımı ile toplanır, belirlenen gündem maddeleri görüşülür.

6.1.5. Çalışmalar ve yapılan toplantılar kayıt altına alınır ve toplantıda alınan kararlar “Toplantı Tutanak Formu” ile birlikte üst yönetime ve Kalite Yönetim Birimine bildirilir. Komite, görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarını başlatır ve komite tarafından iyileştirme faaliyeti takip edilir. DİF çalışmalarının nasıl yapılacağı “Düzenleyici ve İyileştirici Faaliyet Prosedürü”nde belirtilmiştir

Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik yapılan tüm çalışmaların ve iyileştirme faaliyetlerinin etkililiği, sürekliliği ve yürütülmesinin sağlanmasından birinci derecede sorumludur.

6.1.6. Komite kurumdaki hasta güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, hasta için olası riskleri belirlemeli, düzeltici iyileştirici faaliyet planları yapmalı ve bu planları kurum idaresi ile birlikte gerçekleştirmelidir.

6.1.7. Hasta Güvenliği Komitesi uygulamalarını planlarken ve gerçekleştirirken; diğer komitelerden destek alır ve koordineli bir çalışma yapar.

6.1.8. 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, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi değerlendirmeleri gibi uygulamalardan elde eder.

6.1.9. Toplantılarda; hasta güvenliği uygulamaları, istenmeyen olay bildirimleri , düşme bildirimleri, hasta ve çalışan görüş ve önerileri, eğitim talepleri vb. değerlendirilir.

6.1.10. Komite tarafından görev alanı ile ilgili eğitim faaliyetleri belirlenir. Eğitim Komitesi ile koordineli olarak bu eğitimlerin verilmesi sağlanır.

Hasta güvenliği görev alanı içinde olan eğitimler:

● Tüm kurum çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim,

● Tüm çalışanlara bilgi güvenliği konusunda farkındalık eğitimi,

● Karşılama, Danışma ve Yönlendirme Birimi ve Hasta Kayıt Birimi çalışanlarına Hizmet süreçlerine ilişkin eğitim (Hasta Memnuniyeti, Hasta Hakları, Sorumlulukları ve Uymaları gereken kurallar, İletişim Becerileri)

● Tüm Personele Hasta Kimliğinin Doğrulanması konusunda eğitim,

● Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik eğitim,

● Tüm çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi eğitimi.

Hasta Güvenliği Komitesi görev alanı ile ilgili plan dışı eğitimleri, komite toplantısında ortaya çıkan eğitim ihtiyaçları doğrultusunda belirleyerek eğitim faaliyetini planlar.

6.1.11. Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.

o Hastaların doğru kimliklendirilmesi

o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması

o İlaç güvenliğinin sağlanması

o Radyasyon güvenliğinin sağlanması

Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması

o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması

o Hasta mahremiyetinin sağlanması

o Hastaların güvenli transferi

o Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi

o Bilgi güvenliğinin sağlanması

o Enfeksiyonların önlenmesi

o Diş protez laboratuvarında hasta güvenliğinin sağlanması

6.2. HASTALARIN DOĞRU KİMLİKLENDİRİLMESİ

6.2.1. Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamaların etkili ve sürekli yürütülmesini sağlar.

6.2.1. Hastanın tanı ve tedavi amacıyla kuruma başvurduğu andan kurumdan ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (tanı, tedavi ve hastanın ölçü, model ve protezlerinin laboratuara transferi, vb.) doğru kimliklendirilmesine yönelik çalışmaların yürütülmesini sağlar.

6.2.3. Kurumumuzda tetkik, tedavi, cerrahi girişimsel işlemler, radyolojik görüntüleme işlemleri öncesinde, ilaç, 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.

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

6.2.5. 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 bandı, bulaşıcı hastalığı olan hastaya sarı renkli kol bandı, 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.

6.2.6. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotlu kol bandında;

6.2.6. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotlu kol bandında;

- Hasta Adı Soyadı
- T.C. numarası
- Doğum tarihi (gün–ay–yıl)
- Hastanın protokol no (Kalın ve büyük punto)

6.2.6. Hastaya ameliyat öncesi kimlik doğrulama işlemi yapılır.

6.3. ÇALIŞANLAR ARASINDA ETKİLİ İLETİŞİM ORTAMININ SAĞLANMASI

6.3.1. Hasta Güvenliği Komitesi; hasta güvenliği açısından, kurumu oluşturan bölüm ve öğeler arasında bilgi akışı, motivasyon, bütünleşme, eğitim ve karar alma gibi fonksiyonların etkili ve sürekli yürütülmesi için

çalışanlar arasında etkili iletişim ortamı sağlar. Hasta güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili bildirim mekanizmalarının (İstenmeyen Olay Bildirimi vb.) takibini ve işletilmesini sağlar.

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

6.4. İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

6.4.1. Hasta Güvenliği Komitesi, kurumda ilacın dâhil olduğu tüm süreçlerde etkin yönetimi sağlar ve hastalara yönelik risklerin en aza indirilmesi için gerekli çalışmaların yürütülmesini sağlar.

6.4.2. Kullanılan ilaçlarda istenmeyen ve beklenmeyen etkiler, hekim ve hemşireler tarafından izlenir "Advers Etki Bildirim Formu" ile kayıt altına alınarak farmakovijilans sorumlusuna iletir.

6.4.3. Adı ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda

depolanır.

6.4.4. 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.

6.4.5. Hekim istemi dışında ilaç uygulamalarının yapılmaması sağlanır.

6.4.6. Taburcu ve transferlerde, hasta/hasta yakınına ilaç reçetesi hekimi tarafından verilir ve ilaç kullanımı ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılır.

6.4.7. Tüm sağlık çalışanlarına ilaç uygulamaları ve dikkat edilmesi gerekenler konusunda eğitimler düzenli olarak verilir ve verilen eğitimler kayıt altına alınır.

6.5. RADYASYON GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

6.5.1. Hasta Güvenliği Komitesi, hastaların sağlık hizmetlerinden kaynaklanan radyasyon maruziyetlerini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını, uygulamaların etkili ve sürekli yürütülmesini sağlar.

6.5.2. Radyolojik görüntüleme cihazlarının düzenli olarak kalite kontrollerinin ve kalibrasyonları yapılması sağlanır.

6.5.3. Radyasyon tehlike sembolünün ilgili alanlarda asılı olması sağlanır.

6.5.4. Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışması sağlanır.

6.5.5. Radyoloji bölümünde çocuk çekimi yapılırken hasta yakınlarına kurşun yelek verilir.

6.5.6. Hamilelikte radyasyon etkisi fetüsün gelişimini etkilediği için radyasyon ünitelerine radyasyon tehlike işareti asılmaktadır. Ayrıca hastaların film çekimleri yapılmadan önce hamilelik veya hamilelik şüphesi olanlar giremez uyarı yazısı herkesin görebileceği alanda asılı olmalıdır. Çekim yapılmadan hastaların hamile olup olmadığı sorgulanır.

6.5.7. Çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği eğitimleri verilir.

6.6. DÜŞMELERDEN KAYNAKLANAN RİSKLERİN AZALTILMASI:

6.6.1. Hasta Güvenliği Komitesi, hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmasını, tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmasını, düşme riski değerlendirmesi yapılmasını sağlar.

6.6.2. Kurumumuzda düşme riskinin yüksek olduğu bölgelerde uyarıcı tabela, resimler ile uyarı levhaları (ıslak, kaygan zemin, vb.) konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır.

6.6.3. Kurumumuzda; 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.

6.6.4. Düşme gerçekleşirse *"İstenmeyen Olayı Bildirim Formu*" doldurularak Kalite Yönetim Birimine bildirimi yapılır ve olay ile ilgili gerekli düzeltici iyileştirici çalışmalar başlatılır.

6.7. GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARININ SAĞLANMASI:

6.7.1. Hasta Güvenliği Komitesi, 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. **"**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" uygulanır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

6.7.2. Ameliyathanede elektrik kesintisine karşı kesintisiz güç kaynakları kullanılır. Isı, nem ölçüleri "Isı ve Nem Takip Formu" ile takip edilir.

6.7.3. Ameliyathane temizliği "Temizlik Prosedürü"ne göre yüksek riskli alanların temizlik kurallarına göre temizlenir ve "Temizlik Kontrolü Formu" ile kayıt edilir.

6.7.4. Ameliyathanede kullanılan cerrahi aletler Merkezi Sterilizasyon Ünitesine teslim edilir.

6.7.5. Ameliyathanedeki tıbbi atıklar "Atık Yönetim Prosedürü"ne göre toplanır ve imha edilir.

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

6.7.7. Hastalarda, cerrahi tıbbi hata olduğunda "İstenmeyen Olay Bildirim Formu**"** ile Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici iyileştirici çalışmalar başlatılır.

6.7.8. 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).

6.7.9. 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.

6.8. HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI:

6.8.1. Hasta Güvenliği Komitesi; hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik yapılan uygulamaların etkililiğini, sürekliliğini ve yürütülmesini sağlar.

6.8.2 Kurumumuzda 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)

6.8.3. Kurumumuza muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastaların tedavi aşamasında diş ünitlerinde mahremiyeti; her bir diş ünitinin arasındaki camlara çekilen cam filmlerle sağlanır. Bu alana görevliler dışında kimse giremez.

6.8.4. Hastanın olduğu alanlarda bulunan pencereler açılmaz

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

6.8.6. Hasta muayenesi sonlanana ve hasta hazırlanana kadar beklenir.

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

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

6.8.9 Kurumumuzun 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.

6.8.10. Kayıtlı bilgi mahremiyetinin korunması; Hasta kayıtları ve dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekimler,klinik asiste personelleri,tıbbi sekreterler tarafından gerekli önlemler alınır.

6.9. HASTALARIN GÜVENLİ TRANSFERİ

6.9.1. Hasta Güvenliği Komitesi; ayaktan tanı ve tedavi alan hastaların ihtiyaç halinde güvenli transferini sağlar.

6.9.2. Kurumumuza müracaat eden hastalardan yürüyemeyecek durumda olanların, personelce tekerlekli sandalye ile hastane içinde ilgili birimlere götürülmesi sağlanır.

6.9.3. Ameliyat olacak hastalar, ameliyathane hemşiresi tarafından hazırlanarak, taşıma personeli tarafından gerekl evrakları ile birlikte sedye ile ameliyathaneye taşınır.

6.9.4. Ameliyat olan hastalar ameliyathaneden sedye ile personel tarafından taşınır.

6.9.5. Engelli hastaların transferi; engelli hastaların Kurumumuza başvurularında gerek istekleri gerekse başvuruda görevli personelin değerlendirmesi ile ihtiyaçları doğrultusunda destek sağlanır. Bu destek tekerlekli sandalye, refakat ve yönlendirmeleri vb. içerir. Ayrıca Kurumumuzda engelli hastalar için yapılmış düzenlemeler (rampa, yer yükseltileri ve işaretleyicileri, vb) mevcuttur.

6.10. HASTA BİLGİLERİ VE KAYITLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA GÜVENLİ BİR ŞEKİLDE DEVREDİLMESİ

6.10.1. Meslek gruplarının (hekim- hekim, hekim - asistan, veri giriş elemanı - veri giriş elemanı gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin güvenli bir şekilde devredilmesini sağlar.

6.10.2. Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi için tüm veriler HBYS de kayıt altına alınarak kullanıcı şifresi ile sadece yetkili personel tarafından ulaşılabilmektedir.

6.10.3. Yatan hastamız olmadığından, nöbet teslimi olmamaktadır.

6.10.4. 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 alınması sağlanır

6.10.5. 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.

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

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

6.11. BİLGİ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

6.11.1. Hasta Güvenliği Komitesi; hastaya ait tıbbi ve kişisel bilgilerin güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını, yürütülmesini ve sürekliliğini sağlar.

6.11.2 Kurumumuzda 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.

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

6.12. ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

6.12.1. Hasta Güvenliği Komitesi; sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlara yönelik risklerin önlemesi

çalışmalarının

ve sterilizasyon işlemlerinin etkililiğini, sürekliliğini hastalar açısından değerlendirir ve gerekli iyileştirmelerini sağlar.

6.12.2. Enfeksiyonları önlemeye yönelik uygulamalar "Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Programı**"** doğrultusunda düzenlenir.

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

6.12.4. Birimlerde temizlik ve dezenfeksiyonun kontrolü yapılır ve kayıt altına alınır.

6.12.5. Kurum birimlerinin hijyen kriterlerine uygunluğu Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından düzenli aralıklarla değerlendirilir.

6.12.6. Eğer izolasyona gerek varsa, durumun gerektirdiği izolasyon tipine göre gerekli önlemler alınır.

6.12.7. El hijyenininin 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.

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

6.12.9. Tüm **.** Kurum çalışanlarına enfeksiyonları önleme kriterleri ve hijyen uygulamaları konusunda eğitimler düzenli olarak tekrarlanır.

6.13. DİŞ PROTEZ LABORATUVARINDA HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

6.13.1. Diş Protez Laboratuvarında el hijyeni kurallarına uyulur.

6.13.2. Protezler ölçü alındıktan sonra laboratuara kilitli poşet içerisinde getirilir ve bitim aşamasına kadar protezler bu kilitli poşet içerisinde taşınır.

6.13.3. Hazırlanan ölçü, model ve protezleri dezenfektan sıkılarak, dezenfeksiyonu sağlanır.

6.13.4. Protezlerin karışmaması için poşetin üzerinde hastaya ait bandrol bulunur. Protezin ara safhalarında kaybolmaması için protez istek fişinde yer alan seri numarası materyal üzerine yazılır.

6.13.5. Parsiyel ve hareketli protezler kliniklere prova için gönderilirken sorumlu personel tarafından kapalı kutularda hastaya ait tek kullanımlık kutularda götürülür. Transfer sıcaklığı 20-23 C°aralığında tutulması sağlanır.

6.13.6. Protezler işin yapımı ve prova aşamalarında karşılaşılabilecek sorunlar göz önüne alınarak total ve parsiyel hareketli protezler için teslim süresi konusunda hastalar bilgilendirilmektedir. İşin yapımı aşamasında karşılaşılabilecek sorunlardan dolayı protezin yetiştirilememe ihtimaline karşı HBYS sisteminde kayıtlı hasta iletişim bilgileri doğrultusunda hastayla iletişime geçilerek süreç hakkında bilgi verilmektedir.

6.13.7. Hasta ve hasta yakınlarına tedavi ve taburculuk sürecine yönelik verilen eğitimler de protez kullanımına yönelik bilgiler doktor tarafından sözel olarak hastaya verilmektedir. Ayrıca hastaya verilen onam formunda protez kullanım bilgileri mevcuttur.

6.13.8. .Diş Protez Laboratuvarında Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyonun kuralları satandartlara göre uygulanır.

6.13.9. Diş protez laboratuvarına giriş ve çıkışlara ilişkin kuralları belirlenmiştir ve mutlaka kurallara uyulması

sağlanır.

6.13.10. Diş protez laboratuvarındaki cihazların güvenli kullanımı, bakım ve kalibrasyonların yapılması sağlanır.

6.13.11. Labaratuvarda sıcaklık ve nem takibi yapılılır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1. Düzenleyici ve İyileştirici Faaliyet Prosedürü	**7.7.** Atık Yönetim Prosedürü
7.2. Toplantı Çağrı Formu"	**7.8.** Temizlik Prosedürü
7.3. Toplantı Tutanak Formu	**7.9.** Temizlik Kontrolü Formu
7.4. Advers Etki Bildirim Formu	**7.10.** Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Programı
7.5. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	**7.11.** İstenmeyen Olay Bildirim Formu
7.6. Isı ve Nem Takip Formu	**7.12.** El Hijyeni Talimatı