

SORU SIRA NO	BÖLÜM	SORU KOD	RUH HASTALIKLARI HASTANESİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ
1	ACİL SERVİS	AS.1	<b>Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi mevcut mu?</b>
		AS.1.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi sağlık tesisinde bulunmalıdır.
2	ACİL SERVİS	AS.2	<b>Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?</b>
		AS.2.1	Ambulans ve hasta nakil araçları için; araçların her an çıkış yapabileceği, ayrı otopark alanı belirlenmelidir.
		AS.2.2	Engelli otoparkı acil servis girişine en yakın alanda konumlandırılmalı ve otoparkın amaç dışı kullanımı engellenmelidir.
		AS.2.3	Hasta ve hasta yakınları için yeterli otopark alanı ayrılmalı ve uygun ışıklandırma yapılmalıdır.
		AS.2.4	Otopark alanlarında kamera ile güvenlik önlemleri alınmalı ve ihtiyaç duyulan hallerde güvenlik personeli ile desteklenmelidir.
3	ACİL SERVİS	AS.3	<b>Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?</b>
		AS.3.1	Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.
		AS.3.2	Acil servise giriş kapısı ve giriş alanı personel ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği kadar geniş olmalıdır.
		AS.3.3	Acil servise giriş alanı düz, gerekli durumlarda ise en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.
		AS.3.4	Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği uygun bir alanda sedye ve tekerlekli sandalyeler bulundurulmalıdır.

		<b>AS.3.5</b>	Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.
<b>4</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.4</b>	<b>Acil servise yönlendiren ışıklı işaret ve levhalar mevcut mu?</b>
		<b>AS.4.1</b>	Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
		<b>AS.4.2</b>	Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabelası bulunmalıdır.
<b>5</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.5</b>	<b>Acil servis seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		<b>AS.5.1</b>	Acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahede odası, müdahale odası bulunmalıdır.
<b>6</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.6</b>	<b>Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?</b>
		<b>AS.6.1</b>	Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalıdır.
		<b>AS.6.2</b>	Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.
		<b>AS.6.3</b>	Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın yerde olmalıdır.
		<b>AS.6.4</b>	Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odasında bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.), kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		<b>AS.6.5</b>	Resüsitasyon odasında bulunan ilaç ve sarf malzemelerin (erişkin, pediatrik ve infant boyları ayrı olmak üzere entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
<b>7</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.7</b>	<b>Acil servis müşahede odasında uygun düzenlemeler yapılmış mı?</b>

		<b>AS.7.1</b>	Acil serviste müşahadeye alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		<b>AS.7.2</b>	Müşahade odası hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek şekilde düzenlenmelidir.
<b>8</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.8</b>	<b>Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu ?</b>
		<b>AS.8.1</b>	Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki yada elektronik (HBYS) olarak arşivlenmelidir.
		<b>AS.8.2</b>	Hasta gözlem ve takip formlarına hekimin adı soyadı, tarihi, saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi ve dozunu içerecek şekilde order ve istenen tetkikler yazılmalıdır.
		<b>AS.8.3</b>	Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		<b>AS.8.4</b>	İ.V. olarak ilaç/serum infüzyonu uygulanıyorsa verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi , hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
<b>9</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.9</b>	<b>Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?</b>
		<b>AS.9.1</b>	Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için acil branş nöbeti düzenlenmelidir. (Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler acil branş nöbetine dahil edilmez.)
<b>10</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.10</b>	<b>Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?</b>
		<b>AS.10.1</b>	Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve 24 saat hizmet verilmelidir.
		<b>AS.10.2</b>	Kamera sistemi acil servis giriş ve çıkışları da dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti gözönüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.

		<b>AS.10.3</b>	Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim, görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
		<b>AS.10.4</b>	Acil servis girişlerinde metal dedektör, X-Ray cihazı gibi cihazlarla güvenlik önlemleri alınmalıdır.
<b>11</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.11</b>	<b>Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?</b>
		<b>AS.11.1</b>	Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.
<b>12</b>	<b>ACİL SERVİS</b>	<b>AS.12</b>	<b>Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)</b>
		<b>AS.12.1</b>	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.
		<b>AS.12.2</b>	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama, başlangıç ve sonlandırma zamanı ile takip aralıkları belirtilmelidir.
		<b>AS.12.3</b>	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
<b>13</b>	<b>POLİKLİNİK</b>	<b>P.1</b>	<b>Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?</b>
		<b>P.1.1</b>	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
		<b>P.1.2</b>	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.
		<b>P.1.3</b>	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
<b>14</b>	<b>POLİKLİNİK</b>	<b>P.2</b>	<b>Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?</b>
		<b>P.2.1</b>	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında, poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.

15	POLİKLİNİK	P.3	<b>Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		P.3.1	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.
		P.3.2	Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.
16	POLİKLİNİK	P.4	<b>Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		P.4.1	Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.4.2	Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.
		P.4.3	Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.
17	POLİKLİNİK	P.5	<b>Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri bulunuyor mu?</b>
		P.5.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.5.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
18	POLİKLİNİK	P.6	<b>Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?</b>
		P.6.1	Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.6.2	MHRS ve öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.
		P.6.3	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

19	POLİKLİNİK	P.7	<b>Poliklinikte muayene alanlarında hizmete yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		P.7.1	Muayene odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalı ve aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.
		P.7.2	Muayene odalarında çalışana karşı olası bir şiddet durumunda güvenlik görevlilerini bilgilendirici/uyarıcı önlemler alınmalıdır.
20	POLİKLİNİK	P.8	<b>Hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?</b>
		P.8.1	Poliklinik bina ve kat girişlerinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.
		P.8.2	Hastadan istenen tetkik ve işlemlerin hastanenin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumu ile ilgili hastaya/hasta yakınına yazılı bilgilendirme yapılmalıdır.
21	POLİKLİNİK	P.9	<b>Hastanede, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?</b>
		P.9.1	Poliklinik alanında havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.
		P.9.2	Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.
		P.9.3	Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme alanı bulunmalıdır.
22	POLİKLİNİK	P.10	<b>Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?</b>
		P.10.1	Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.
		P.10.2	Kan alma biriminde yeterli sayıda kolçaklı, pozisyon verilebilen kan alma koltukları olmalıdır.
		P.10.3	Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir. (Dış laboratuvar hizmet alımları da dahil)

		<b>P.10.4</b>	Laboratuvar testlerinin sonuçlarının ne zaman çıkacağı hakkında hastaya yazılı bilgi (Barkod vb.) verilmelidir.
<b>23</b>	<b>POLİKLİNİK</b>	<b>P.11</b>	<b>Poliklinikte güvenlik hizmeti veriliyor mu?</b>
		<b>P.11.1</b>	Güvenlik personeli mesai saati içerisinde hizmet vermelidir.
		<b>P.11.2</b>	Kamera sistemi olmalıdır. (Kayıtlar en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.)
		<b>P.11.3</b>	Poliklinik arşivinin olduğu alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.(Poliklinikte arşiv bulunuyor ise değerlendirilecektir.)
		<b>P.11.4</b>	Güvenlik hizmeti poliklinik girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		<b>P.11.5</b>	Poliklinik girişlerinde metal dedektör, X-Ray cihazı gibi cihazlarla güvenlik önlemleri alınmalıdır.
<b>24</b>	<b>GÖRÜNTÜLEME</b>	<b>G.1</b>	<b>Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		<b>G.1.1</b>	Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.
		<b>G.1.2</b>	Soyunma odası veya alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		<b>G.1.3</b>	USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		<b>G.1.4</b>	Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara çekim esnasında dışardan girişleri engellemek amacıyla önlem alınmalı ve hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.
		<b>G.1.5</b>	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		<b>G.1.6</b>	Odanın havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.

		<b>G.1.7</b>	Kumanda ünitesinin oda dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.
		<b>G.1.8</b>	Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan paravan veya kurşun yalıtımlı duvar bulunmalıdır.
		<b>G.1.9</b>	Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
<b>25</b>	<b>GÖRÜNTÜLEME</b>	<b>G.2</b>	<b>Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?</b>
		<b>G.2.1</b>	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, skopi, periapikal/panoramik, seyyar röntgen cihazı vb.) TAEK lisansı güncel olmalıdır.
		<b>G.2.2</b>	TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır. (Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılmalıdır.)
		<b>G.2.3</b>	TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.
<b>26</b>	<b>GÖRÜNTÜLEME</b>	<b>G.3</b>	<b>Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		<b>G.3.1</b>	Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		<b>G.3.2</b>	Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.
		<b>G.3.3</b>	Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma, yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri ve tiroid USG, göz ve dermatolojik muayene yapılmalı ve yapılan tetkikler ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır.
		<b>G.3.4</b>	Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler (kurşun önlük, çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalı ve uygun şekilde muhafaza edilmelidir.
		<b>G.3.5</b>	Kişisel koruyucu ekipmanlar en az yılda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmeli ve sonuçları Radyoloji uzman hekimi tarafından değerlendirilmelidir.



		<b>G.3.6</b>	Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.
<b>27</b>	<b>GÖRÜNTÜLEME</b>	<b>G.4</b>	<b>Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtiliyor mu?</b>
		<b>G.4.1</b>	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtilmiş olmalıdır.
<b>28</b>	<b>LABORATUVAR</b>	<b>L.1</b>	<b>Laboratuvarların ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?</b>
		<b>L.1.1</b>	Sağlık tesisinde bulunan Biyokimya laboratuvarını ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)
<b>29</b>	<b>LABORATUVAR</b>	<b>L.2</b>	<b>Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>
		<b>L.2.1</b>	Laboratuvarda ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.
		<b>L.2.2</b>	Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		<b>L.2.3</b>	Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul ve reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.
<b>30</b>	<b>LABORATUVAR</b>	<b>L.3</b>	<b>Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?</b>
		<b>L.3.1</b>	Laboratuvar için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalı ve oluşturulan bu kriterler HBYS üzerinde tanımlanmış olmalıdır.
		<b>L.3.2</b>	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		<b>L.3.3</b>	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>31</b>	<b>LABORATUVAR</b>	<b>L.4</b>	<b>Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?</b>

		<b>L.4.1</b>	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmeli ve aydınlatılmalıdır.
		<b>L.4.2</b>	Laboratuvar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.
		<b>L.4.3</b>	Tıbbi Biyokimya laboratuvarlarında idrar ve gaita testleri ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır.
<b>32</b>	<b>LABORATUVAR</b>	<b>L.5</b>	<b>Laboratuvar malzeme ve kitlerinin muhafazasına yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>
		<b>L.5.1</b>	Laboratuvar kitleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		<b>L.5.2</b>	Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)
		<b>L.5.3</b>	Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.
		<b>L.5.4</b>	Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.
<b>33</b>	<b>LABORATUVAR</b>	<b>L.6</b>	<b>Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>
		<b>L.6.1</b>	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		<b>L.6.2</b>	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
<b>34</b>	<b>LABORATUVAR</b>	<b>L.7</b>	<b>Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?</b>
		<b>L.7.1</b>	İç kalite kontrol çalışması yapılmalı, kayıt altına alınmalı ve sonuçların uygunsuzluğu durumunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

35	LABORATUVAR	L.8	<b>Laboratuvarda çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı?</b>
		L.8.1	Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı, kayıt altına alınmalı ve sonuçların uygunsuzluğu durumunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
36	LABORATUVAR	L.9	<b>Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı?(Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)</b>
		L.9.1	Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari; - İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane yada laboratuvarın adı, - Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık/değeri, - Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı, - Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat, bilgileri yer almalıdır.
37	LABORATUVAR	L.10	<b>Laboratuvarda panik değer/tanı bildirimini uygun yapıyor mu?</b>
		L.10.1	Panik değer/tanı tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, numunenin geldiği bölüm, panik değere/taniya ait sonuç, bildirim yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.
38	LABORATUVAR	L.11	<b>Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>
		L.11.1	Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
		L.11.2	Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecekt ünite/materyal bulunmalıdır.
		L.11.3	İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (MaterialSafety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.
		L.11.4	Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

		<b>L.11.5</b>	Laboratuvarda, ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.
		<b>L.11.6</b>	Laboratuvar içinde hazırlanan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, oranı, kimyasalın hazırlandığı tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.
<b>39</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.1</b>	<b>Hastanın özbakımı ilgili değerlendirme sonuçları hasta dosyasına kaydedilmiş mi?</b>
		<b>S.1.1</b>	Hastanın kılık kıyafetlerinin temizliği, saç bakımı ve traşı, beslenme, banyo ve tuvalet ihtiyaçları karşılanmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
<b>40</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.2</b>	<b>Hastanın psikiyatrik değerlendirmeleri, günlük görüşmeleri ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?</b>
		<b>S.2.1</b>	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içindedegerlendirme yapılmalıdır.
		<b>S.2.2</b>	Hastanın psikiyatrik değerlendirmeleri, günlük görüşmeleri ve tedavileri kayıt altına alınmalıdır.
		<b>S.2.3</b>	Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planı içeren order verilmelidir.
<b>41</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.3</b>	<b>Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?</b>
		<b>S.3.1</b>	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilir konumda olmalı ve içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		<b>S.3.2</b>	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
<b>42</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.4</b>	<b>Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)</b>
		<b>S.4.1</b>	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.

		<b>S.4.2</b>	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama, başlangıç ve sonlandırma zamanı ile takip aralıkları belirtilmelidir.
		<b>S.4.3</b>	Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
		<b>S.4.4</b>	Kısıtlama tek kişilik odalarda yapılmalıdır.
		<b>S.4.5</b>	Sözel olarak kısıtlama kararı verildiğinde hekim tarafından ilk 15 dakika içinde hasta görülmelidir.
<b>43</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.5</b>	<b>İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?</b>
		<b>S.5.1</b>	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		<b>S.5.2</b>	İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, verilmiş süresi ve hastanın adı ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)
<b>44</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.6</b>	<b>Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?</b>
		<b>S.6.1</b>	Hasta odalarında kişisel kullanım için duvara monte dolap ve etajer bulunmalıdır.
		<b>S.6.2</b>	Odada bulunan malzemeler ahşap ve yuvarlak kenarlı olmalıdır.
		<b>S.6.3</b>	Havalandırma ve doğal aydınlanma yeterli olmalıdır.
<b>45</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.7</b>	<b>Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmış mı?</b>
		<b>S7.1</b>	Yakın gözlem odaları olmalı ve yakın gözlem gerektiren hastalar belirlenmelidir.
		<b>S7.2</b>	Hastalar hekim veya hemşire tarafından belirlenmiş bir plan doğrultusunda gözlenmelidir.

		<b>S7.3</b>	Gözlem sonuçları değerlendirilmeli ve hasta dosyasına kaydedilmelidir.
<b>46</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.8</b>	<b>Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmiş mi?</b>
		<b>S.8.1</b>	Hasta ve hasta yakınları, rehabilitasyon faaliyetlerinin programı konusunda bilgilendirilmelidir.
		<b>S.8.2</b>	Günaydın ve/veya sorun toplantıları yapılmalıdır.
		<b>S.8.3</b>	Resim, elişi, satranç, tavla, bilgisayar kullanma gibi aktivite grupları oluşturulmalıdır.
		<b>S.8.4</b>	Fiziksel egzersiz grupları olmalıdır.
<b>47</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.9</b>	<b>Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmış mı?</b>
		<b>S.9.1</b>	EKT ünitesi psikiyatri kliniklerinden ayrı olmalıdır.
		<b>S.9.2</b>	Ünitede; hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalıdır.
		<b>S.9.3</b>	Yeterli havalandırma ve ışıklandırma sağlanmalıdır.
<b>48</b>	<b>SERVİS</b>	<b>S.10</b>	<b>EKT ünitesi gerekli tıbbi cihaz ve donanıma sahip mi?</b>
		<b>S.10.1</b>	EKT ünitesindeki tıbbi cihazlar kullanıma hazır olmalıdır.(EKT cihazı, anestezi cihazı, cerrahi aspiratör, defibrilatör, EKG ve oksijen saturasyonunu ölçebilen monitör)
		<b>S.10.2</b>	EKT ünitesinde laringoskop seti ve yedek pilleri ,entübasyon tüpü , yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway), ambu, aspirasyon sondası ve acil ilaçlar bulunmalıdır.

49	SERVİS	S.11	<b>Elektro Konvülsif Tedavi Uygulama Esaslarına uyuluyor mu?</b>
		S.11.1	EKT ünitesine sevk edilecek hastaların; ayrıntılı fizik muayeneleri, laboratuvar tetkikleri (kan grubu, hemogram, üre, şeker ve psödokolinesteraz vs), klinisyen tarafından gerekli görülecek konsültasyon ve tetkikleri tamamlanmış olmalıdır.
		S.11.2	EKT ve anestezi uygulamasına onay verildiğini bildirir form ya da formlar hasta, velisi, vasisi veya birinci derece yakınlarından biri tarafından imzalanmış olmalıdır.
		S.11.3	Hasta ile ilgili bilgiler EKT takip formuna kaydedilmeli ve EKT Protokol Defteri tutulmalıdır.
		S.11.4	EKT uygulanacak hastaya, yeteri kadar hemşire veya sağlık memuru ile yardımcı personel eşlik etmelidir.
		S.11.5	EKT uygulaması sonrası derlenme süresi (1 saat) tamamlanmadan ünite terk edilmemelidir.
50	SERVİS	S.12	<b>Psikiyatri klinik/servislerine yönelik fiziki düzenleme yeterli mi?</b>
		S.12.1	Psikiyatri kliniğinde asgari aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır; Rehabilitasyon alanları, sigara içen hastalar için sigara içme alanı, ziyaret için ayrılmış bir alan, hastaların açık havadan faydalanabilecekleri alan olmalıdır.
		S.12.2	Klinik/serviste kaçma veya intihar olasılığını engelleyecek fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.
		S.12.3	Tavan tek parça olmalıdır. Tavana monte teçhizat emniyetli veya gizli olmalıdır. Pencereler yarı açılır ya da açılmaz olmalıdır.
		S.12.4	Klinik/servise giriş-çıkışlar ve hastaların ortak kullanım alanları kamera ile izlenmelidir.
51	SERVİS	S.13	<b>Hasta ve yakınları için eğitim programı düzenlenmiş mi?</b>
		S.13.1	Bu eğitim asgari hasta ve yakınları için psikoeğitim, taburculuk sonrası poliklinik kontrolleri, ilaç kullanımı, hastalık nöksleri hakkında bilgi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri tanıtımı ve rehabilitasyon faaliyetleri konularını kapsamalıdır.

52	SERVİS	S.14	<b>Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?</b>
		S.14.1	Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya veya yakınına verilmelidir. Epikrizde; 1- Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar, 2-Önemli fiziksel ve psikiyatrik bulgular, 3-Hastanın varsa adli öyküsü ve uyuşturucu/alkol ve sigara kullanımı ile ilgili bilgi 3-Yapılan diagnostik işlemler rehabilitasyon faaliyetleri ve tedavi 4-Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar ve rehabilitasyon faaliyetleri ile ilgili bilgilendirme 5-Taburcu edilme esnasındaki fiziksel ve psikiyatrik durumu, 6-Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama, 7-Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır
		S.14.2	Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
53	SERVİS	S.15	<b>Hastaların güvenliğine yönelik yeterli önlemler alınmış mı?</b>
		S.15.1	Hastaya varsa psikolojik zarar verecek olgular tanımlanmalı ve uygunsuz karşılaşmalardan koruyucu önlemler alınmalıdır.
		S.15.2	Hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
		S.15.3	Hemşire odaları tüm birimi görecektir şekilde düzenlenmelidir.
		S.15.4	İlaçların bulunduğu odaya giriş kontrollü olmalıdır.
54	SERVİS	S.16	<b>Çalışanlara yönelik eğitim programı düzenlenmiş mi?</b>
		S.16.1	Psikiyatri hastaları ile baş etme, iletişim, kriz yönetimi vb. gibi konularda tüm çalışanlara eğitim verilmelidir.



55	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	<b>Genel sekreterlik tarafından oluşturulan değerlendirme ekiplerince sağlık tesisinin "yerinde değerlendirme soru listesi"ne göre değerlendirmesi yapılmış mı?</b>
		GD.1.1	Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesin göre yılda bir kez değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçları sağlık tesisi yönetimi ile paylaşılmalıdır.
56	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	<b>Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?</b>
		GD.2.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
57	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	<b>Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?</b>
		GD.3.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.3.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
58	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	<b>Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmiş mi?</b>
		GD.4.1	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.
59	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	<b>Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		GD.5.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.5.2	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.5.3	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.5.4	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

60	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	<b>Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?</b>
		GD.6.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.
		GD.6.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.
		GD.6.3	Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
		GD.6.4	Hastane yakınındaki cadde ve sokaklarda hastanenin yerini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
61	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	<b>Hasta ve Çalışan memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?</b>
		GD.7.1	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalı, memnuniyet, dilek, öneri ve talepleri üst yönetim tarafından değerlendirilerek gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.
		GD.7.2	Sağlık tesisi yönetimi, çalışan memnuniyet anketleri ile çalışanların görüş ve önerileri doğrultusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunmalıdır.
62	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	<b>Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?</b>
		GD.8.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük).
63	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	<b>Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?</b>
		GD.9.1	Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmeli ve belirlenen temizlik kurallarına uyulmalıdır.
		GD.9.2	Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

		<b>GD.9.3</b>	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.
<b>64</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.10</b>	<b>Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?</b>
		<b>GD.10.1</b>	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
		<b>GD.10.2</b>	Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.
<b>65</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.11</b>	<b>Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?</b>
		<b>GD.11.1</b>	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.
<b>66</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.12</b>	<b>İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu?</b>
		<b>GD.12.1</b>	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		<b>GD.12.2</b>	İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		<b>GD.12.3</b>	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
		<b>GD.12.4</b>	İş yeri sağlık ve güvenlik birimi (İş yeri sağlık ve güvenlik biriminde iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı (tehlike sınıfına göre) ve diğer sağlık personeli) olmalıdır. (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği yürürlüğe girdikten sonra değerlendirilecektir.)
		<b>GD.12.5</b>	Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları bulunmalıdır.
		<b>GD.12.6</b>	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.

67	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	<b>Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?</b>
		GD.13.1	Hastanın servisler arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		GD.13.2	Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır.
68	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	<b>Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?</b>
		GD.14.1	Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.
69	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	<b>Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?</b>
		GD.15.1	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		GD.15.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personellerin takipleri yapılmalıdır.
70	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	<b>Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?</b>
		GD.16.1	Yataklı servislerde hasta dosyaları dosyalama planına uygun şekilde düzenlenmelidir.
		GD.16.2	Dosya muhteviyatını gösteren kontrol çizelgesi dosya kapağında ve içeriğiyle uyumlu olmalıdır.
71	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	<b>Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?</b>
		GD.17.1	Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmeli ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmelidir.
72	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	<b>Sağlık tesisinde mevzuata uygun Atık Yönetim Planı oluşturulmuş mu?</b>

		<b>GD.18.1</b>	Sağlık tesisinde mevzuata uygun Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı hazırlanmalı ve tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapılmalıdır.
		<b>GD.18.2</b>	Sağlık tesisi günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) düzenleyerek, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmelidir.
		<b>GD.18.3</b>	Ulusal Atık Taşıma Formunun D nüshası (Yeşil nüsha) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne resmi yazıyla gönderilmeli,formdaki atık miktarı kaydedilmelidir.
<b>73</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.19</b>	<b>Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapıyor mu?</b>
		<b>GD.19.1</b>	Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.
		<b>GD.19.2</b>	Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.
		<b>GD.19.3</b>	Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır. Kesici-Delici atık kapları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.
		<b>GD.19.4</b>	Kırık cam, ampul, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek ancak mikroorganizmalarla ve kanla kontamine olmayan atıklar, plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.

		<b>GD.19.5</b>	Tıbbi atık torbaları en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.
<b>74</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.20</b>	<b>Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?</b>
		<b>GD.20.1</b>	Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.
		<b>GD.20.2</b>	Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenmeli, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritleri kullanılmamalıdır.
		<b>GD.20.3</b>	Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı ve taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.
		<b>GD.20.4</b>	Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.
		<b>GD.20.5</b>	Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir.
		<b>GD.20.6</b>	Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır
		<b>GD.20.7</b>	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır
<b>75</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.21</b>	<b>Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN FAZLA TIBBİ ATIK ÜRETEN VE/VEYA TIBBİ ATIĞI +4 °C'DE 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.)</b>

		<b>GD.21.1</b>	Tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır. Depo hacmi sağlık tesisinin en az iki günlük , +4°C soğutulması durumunda ise en fazla bir haftalık atığını alabilecek boyutta olmalıdır.
		<b>GD.21.2</b>	Tıbbi atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunmalı, sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalı ve tıbbi atığın 1 haftaya kadar bekletilmesi durumunda ısı takip çizelgesi doldurulmalıdır.
		<b>GD.21.3</b>	Tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalı, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.
		<b>GD.21.4</b>	Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalı, depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır. Depo, atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenip, dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır. Tıbbi atık içeren bir torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplandıktan, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar tıbbi atık torbasına konulmalı ve kullanılan ekipman ile birlikte depo derhal dezenfekte edilmelidir.
		<b>GD.21.5</b>	Tıbbi atık deposunun günlük temizlik ve dezenfeksiyonu yapıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon takip çizelgesi doldurulmalıdır.
<b>76</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.22</b>	<b>Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN AZ TIBBİ ATIK ÜRETEN VE TIBBİ ATIĞI 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETMEYEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)</b>
		<b>GD.22.1</b>	Tıbbi Atık Konteynerları ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda, hacmi en az 0.8 m3, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemedен yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalıdır.
		<b>GD.22.2</b>	Tıbbi Atık Konteynerları, kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde, doğrudan güneş almayan, hastane giriş-çıkışı, otopark ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.
		<b>GD.22.3</b>	Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemeli ve başka maksatla kullanılmamalıdır.

		<b>GD.22.4</b>	Tıbbi Atık Konteynerlarının iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemeli; dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "DİKKAT ! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
		<b>GD.22.5</b>	Tıbbi Atık Konteynerları, daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerın içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
<b>77</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.23</b>	<b>Evsel atık geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler muafır)</b>
		<b>GD.23.1</b>	Evsel atık deposunun kapısında görülebilecek şekilde siyah renkle "Evsel Atık Deposu" ibaresi bulunmalı, deponun zemini, tavanı, duvarı kırık ve çatlak olmamalı, yeterli aydınlatma olmalı ve deponun pasif havalandırma sistemi bulunmalıdır.
		<b>GD.23.2</b>	Evsel atık deposunda atıkların tamamen boşaltılmasını müteakiben zemini, tavanı ve duvarı temizlenmelidir. Temizlik için, depo içinde veya yakınında basınçlı su musluğu ve suyun gidebileceği kanalizasyona bağlı ızgaralı drenaj sistemi bulunmalıdır.
		<b>GD.23.3</b>	Cam, plastik, kağıt, metal gibi ambalaj atıklar, kaynağında ayrı ve üzerinde "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılı plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanmalıdır.
<b>78</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.24</b>	<b>Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapılıyor mu?</b>



		<b>GD.24.1</b>	Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar, Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar (Ksilen, formaldehit, gluteraldehit vb.) Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, Cam ve plastikler, Amalgam atıkları, Kartuj ve tonerler, Flourosan ve diğer civa içeren atıklar, Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi, Elektrik ve elektronik ekipman atıkları, Eski aküler, Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları, Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar, Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar, Röntgen banyo suları ve piller, Laboratuvarda ortaya çıkan doku boyama sıvısı (hematoksilen, eozinboyalari), Etilen oksit kartuşları gibi Atık Yönetimi Yönetmeliği Ek-4 atık listesinde yer alan diğer tehlikeli atıklar, atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		<b>GD.24.2</b>	Tehlikeli atık biriktiren ve depolayan sağlık tesisi Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğünden Tehlikeli Atık Geçici Depolama İzni almalıdır.
		<b>GD.24.3</b>	Tehlikeli atıklar tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.
		<b>GD.24.4</b>	Tehlikeli atık kaplarının üzerinde tehlikeli atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunmalı, birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde depolanmalıdır.
		<b>GD.24.5</b>	Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) ile lisanslı taşıma/bertaraf firmasına teslim edilmelidir. Formun bir nüshası (Yeşil nüsha D) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne gönderilmelidir.
		<b>GD.24.6</b>	Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, tehlikeli, bitkisel atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.

79	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	<b>Tehlikeli ve Tıbbi Atıklar Birim bazında tartılıyor mu?</b>
		GD.25.1	Tehlikeli ve tıbbi atık torbalarında karışıklığa sebep olmayacak şekilde, hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalı, tehlikeli ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) otomasyonunda oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.
		GD.25.2	Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için birim bazında dönemsel analizleri yapılmalıdır. Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için yapılan analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise eğitim veya düzenlemeler yapılmalıdır.
80	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	<b>Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?</b>
		GD.26.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.
		GD.26.2	Sağlık tesinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		GD.26.3	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.
		GD.26.4	Yangın çıkış kapıları ve yangın merdivenleri kulanıma hazır ve işlevsel olmalı ve kullanım amacı dışında kullanılmamalıdır.
81	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	<b>Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?</b>
		GD.27.1	Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmeli ve yangın söndürme tüpleri numaralandırılarak listesi oluşturulmalıdır..
		GD.27.2	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.27.3	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli,kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.27.4	Yangın söndürme tüpleri altı ayda bir kontrol edilmeli, yıllık genel bakımları yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.

		<b>GD.27.5</b>	Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının yılda bir kez kontrol edildiğine dair etiketleme yapılmalıdır.
<b>82</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.28</b>	<b>Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?</b>
		<b>GD.28.1</b>	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		<b>GD.28.2</b>	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
<b>83</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.29</b>	<b>Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?</b>
		<b>GD.29.1</b>	Sağlık tesisinin Web sayfasında; -Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, -Hekim aylık ve günlük çalışma listesi, -Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri, -Randevu alma bilgileri, -Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı, -Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan, -Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, -Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri, -Site içi arama motoru olmalıdır.
		<b>GD.29.2</b>	Bilgiler güncel olmalıdır.
<b>84</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.30</b>	<b>Su deposunun periyodik kontrolleri yapıyor mu?</b>
		<b>GD.30.1</b>	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır.Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		<b>GD.30.2</b>	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		<b>GD.30.3</b>	Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.

		<b>GD.30.4</b>	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
<b>85</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.31</b>	<b>Çalışanlara yönelik eğitim programı düzenlenmiş mi?</b>
		<b>GD.31.1</b>	Psikiyatri hastaları ile baş etme, İletişim, Kriz yönetimi vb. gibi konularda acil servisteki tüm çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>86</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.32</b>	<b>Sağlık tesisinde hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?</b>
		<b>GD.32.1</b>	Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır.
<b>87</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.33</b>	<b>Hizmet sunulan tüm alanlarda hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		<b>GD.33.1</b>	Hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>88</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.34</b>	<b>Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?</b>
		<b>GD.34.1</b>	Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.
<b>89</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.35</b>	<b>Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?</b>
		<b>GD.35.1</b>	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		<b>GD.35.2</b>	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		<b>GD.35.3</b>	Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) teslimi hastalar/yakınları tarafından yapılmamalıdır.

90	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	<b>Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi? (Görüntüleme, servis, yoğun bakım, ameliyathane, doğumhane, endoskopi, anjiyografi vb. bölümlerde değerlendirilecektir.)</b>
		GD.36.1	Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır. Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir: a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, h) Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası, ı) Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası, i) Onamın alındığı tarih ve saat.
		GD.36.2	Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılmalıdır.
		GD.36.3	Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.
91	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	<b>Bilgi Güvenliğine Yönelik Çalışmalar Planlanmış mı?</b>
		GD.37.1	Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.

		<b>GD.37.2</b>	Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Yetki ve erişim, hastaneye yeni gelen ve ayrılan çalışanları da kapsamalıdır.
		<b>GD.37.3</b>	Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) kurumsal gizlilik sözleşmesi yapılmalıdır.
		<b>GD.37.4</b>	Hizmet alımı yapılan firma çalışanları ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet, Temizlik, Güvenlik, Karşılama ve Yönlendirme Hizmet alımları gibi) personel gizlilik sözleşmesi yapılmalıdır.
		<b>GD.37.5</b>	Bilgi Güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.
<b>92</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.38</b>	<b>Hasta hakları uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		<b>GD.38.1</b>	Hasta hakları birimi poliklinik alanlarına yakın ve kolay ulaşılabilir bir alanda konumlandırılmalıdır.
		<b>GD.38.2</b>	Hastanın hekim seçme hakkına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
		<b>GD.38.3</b>	Hasta ve hasta yakınlarının dini vecibelerini yerine getirebilmeleri için ulaşılması kolay , uygun alanlar belirlenmelidir ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>93</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.39</b>	<b>Sağlık tesisinde engellilere yönelik düzenlemeler mevcut mu?</b>
		<b>GD.39.1</b>	Sağlık Tesisinin ‘‘Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu’’na göre son 6 ayda yaptığı düzenlemeler kuruma bildirilen verilerle uyumlu olmalı ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmış olmalıdır.
<b>94</b>	<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>GD.40</b>	<b>Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde hastane yönetimi tarafından gerekli destek sağlanıyor mu?</b>
		<b>GD.40.1</b>	Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde yapılması gereken süreç hakkında ilgili çalışanlara eğitimler verilmeli ve eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
		<b>GD.40.2</b>	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesini sağlamaktan sorumlu bir ekip kurulmalıdır. Şiddete maruz kalma durumunda olay ile ilgili gerekli kayıtlar düzenlenmelidir.

95	TEKNİK HİZMETLER	TH.1	<b>Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapıyor mu?</b>
		TH.1.1	Bağlı bulunulan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.
		TH.1.2	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
96	TEKNİK HİZMETLER	TH.2	<b>İklimlendirme ve klima sistemlerinin bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapıyor mu?</b>
		TH2.1	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
97	TEKNİK HİZMETLER	TH.3	<b>Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?</b>
		TH.3.1	Yeni veya mevcut asansörlerin, belediye veya belediye sınırları dışında kalanlar için il özel idaresi tarafından onaylanmış tescil belgesi olmalıdır.
		TH.3.2	Her yıl A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılan yıllık periyodik kontrol sonucu düzenlenmiş uygunluk belgesi olmalıdır.
		TH.3.3	Uygunluk belgesinde belirtilen etiketler, kabin içerisinde rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.
		TH.3.4	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
98	TEKNİK HİZMETLER	TH.4	<b>Enerji tüketim takip modülüne veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapıyor mu?</b>
		TH.4.1	Enerji tüketim takip modülünde veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.
		TH.4.2	Elektrik faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

		<b>TH.4.3</b>	Su faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		<b>TH.4.4</b>	Yakıt faturalarının veri girişleri enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
<b>99</b>	<b>TEKNİK HİZMETLER</b>	<b>TH.5</b>	<b>Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>
		<b>TH.5.1</b>	Ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, görüntüleme merkezleri vb. hizmet alanlarını besleyen UPS'lerin bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
<b>100</b>	<b>TEKNİK HİZMETLER</b>	<b>TH.6</b>	<b>Merkezi gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?</b>
		<b>TH.6.1</b>	Medikal gazların basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.
		<b>TH.6.2</b>	Olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren alarm sistemleri bulunmalıdır.
		<b>TH.6.3</b>	Merkez ve kat kontrol panolarının; bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, ve bakım formları saklanmalıdır.
<b>101</b>	<b>TRSM</b>	<b>TRSM.1</b>	<b>Merkezin tescilini gösteren Bakanlıktan alınmış onay belgesi mevcut mu?</b>
		<b>TRSM.1.1</b>	Bu belge sağlık tesisinde bulunmalıdır.
		<b>TRSM.1.2</b>	Belgede Bakanlık makamının tescil onayı aranmalıdır
<b>102</b>	<b>TRSM</b>	<b>TRSM.2</b>	<b>Merkezin fiziki koşulları uygun mu?</b>
		<b>TRSM.2.1</b>	Tahsis edilecek bina; tercihen müstakil, en az 300m2 toplam kapalı alana sahip ve toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir yerde ve yangın önlemleri bakımından ilgili mevzuata uygun olmalıdır. (İnceleme ve Değerlendirme komisyonunca fiziki alanın fonksiyonel olduğuna dair rapor düzenlenmesi halinde 300 m2 şartı aranmaz.)



		TRSM.2.2	Merkez bünyesinde asgari; Giriş ve karşılama alanı, Grup terapi alanı, Uğraş terapi odaları/rehabilitasyon alanı, Kütüphane ve okuma salonu, Yemek alanı ve beceri eğitimi mutfağı, Çok amaçlı salon, Tedavi ve gözlem odası, Spor alanları, Görüşme odası, Ekip çalışma odası, temizlik malzemelerinin depolandığı oda ayrılmalı ve hasta, hasta yakınları ve personel için yeterli sayıda lavabo ve tuvalet olmalıdır.
		TRSM.2.3	Engellilere yönelik en az bir tuvalet ve lavabo olmalıdır.
103	TRSM	TRSM.3	<b>Merkezde Gezici Ekip Aracı bulunuyor mu?</b>
		TRSM.3.1	Merkez tarafından gezici hizmet vermek üzere görevlendirilen ekibin sayısına göre en az bir araç hastane yönetimince tahsis edilmelidir.
		TRSM.3.2	Acil psikiyatrik durumlarda hasta nakilleri için 112 ambulans hizmetlerinden yararlanılmalıdır.
104	TRSM	TRSM.4	<b>Merkezde hizmetin niteliğine göre uygun personel istihdam edilmiş mi?</b>
		TRSM.4.1	Merkezde en az; 1 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1 sosyal çalışmacı, 1psikolog, 2 hemşire, 1 sağlık memuru, 1 tıbbi sekreter, 1 idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile , iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici gibi ihtiyaç duyulan diğer unvanlarda yeteri kadar personel hastane yöneticisi tarafından görevlendirilmelidir.
		TRSM.4.2	Personelin görevlendirme yazısı olmalıdır.
		TRSM.4.3	Merkezde görevlendirilecek personel, Bakanlık tarafından hazırlanan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi"ni almış olan personel arasından seçilmelidir. Bu nitelikte personel bulunmaması halinde görevlendirilen personelin en kısa sürede ilgili eğitimi alması için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile koordinasyon sağlanmalıdır.
		TRSM.4.4	Bu eğitim alınıncaya kadar merkez sorumlu ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından; temel eğitim ve merkez çalışma usul ve esasları konusunda eğitim verilir ve yazılı olarak Bakanlığa bildirilmelidir.
105	TRSM	TRSM.5	<b>Merkez, hedeflerine uygun hizmet veriyor mu?</b>

		<b>TRSM.5.1</b>	Merkez hizmet verdiği bölgenin stratejik planını hazırlamalı, uygulamalı, sonuçlarını izlemeli ve değerlendirmelidir.
		<b>TRSM.5.2</b>	Rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmalar yapılmalıdır.
		<b>TRSM.5.3</b>	Hastaların farmakolojik tedavisine düzenli devam edip etmediği, ilaçlarını doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etki olup olmadığı gibi süreçler takip edilmelidir.
		<b>TRSM.5.4</b>	Topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmeli ve eğitim kayıtları tutulmalıdır.
<b>106</b>	<b>TRSM</b>	<b>TRSM.6</b>	<b>Merkez, kendisine bağlı bölgede ağır ruhsal hastalığı olan hastaları tespit etmiş mi?</b>
		<b>TRSM.6.1</b>	Ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların tedavisini yapan hastaneler hastalara dair iletişim bilgilerini merkeze; poliklinik hastaları için ayda bir, yatan hastalar için taburcu olduktan sonra en geç 3 gün içinde bildirmelidir.
		<b>TRSM.6.2</b>	Merkez, kendisine bağlı bölgedeki ağır ruhsal bozukluğu olan hasta veya ailesi ile telefon yoluyla irtibat kurmalı, merkez ve uygulamalar konusunda bilgilendirme yapılarak hasta merkeze davet edilmelidir.
		<b>TRSM.6.3</b>	Merkeze gelmeyi kabul eden hastaların merkeze kabulü tek hekim raporuyla belgelenmeli, takip ve tedavi planı oluşturulmalıdır. Ayrıca bu hastalar ile ilgili bilgi aile hekimi ile paylaşılmalıdır.
		<b>TRSM.6.4</b>	Merkeze gelemeyecek durumda olan hastalar gezici ekipler tarafından evde ziyaret edilmeli ve durumları belirlenerek merkeze davet edilmelidir.
		<b>TRSM.6.5</b>	Evde ziyaret edilmesine rağmen merkeze gelmesi sağlanamayan hasta, kendisine/vasiye hastalık ve tedavi süreçleri (zorunlu tedavi, vesayet makamı) hakkında bilgi verilmeli ve yetkili vesayet makamlarına bildirimde bulunulmalıdır.
<b>107</b>	<b>TRSM</b>	<b>TRSM.7</b>	<b>Merkez, hizmet verdiği bölgede ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kayıt ve istatistiğini tutmuş mu?</b>
		<b>TRSM.7.1</b>	Merkezde kayıt ve takip defteri tutulması, her hastaya ait ayrı dosya tutulması, verilerin bilgisayar ortamında kaydedilmesi ve arşiv mevzuatında belirtilen süre ve şekilde muhafazası, hastalara ait kişisel bilgi ve istatistiklerin paylaşımı konusunda gerekli güvenlik önlemlerinin alınması zorunludur.
		<b>TRSM.7.2</b>	Takip edilen hastanın bir başka toplum ruh sağlığı merkezinin sorumlu olduğu bölgeye taşınması durumunda gerekli bilgi ve belge bu merkeze gönderilmelidir.

108	TRSM	TRSM.8	<b>Merkez personeli hizmet içi eğitim alıyor mu?</b>
		TRSM.8.1	Personelin, yetki verilen üniversiteler tarafından “sürekli eğitim” ve merkezde seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapılması, gerekirse diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmaları sağlanmalıdır.
109	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	<b>Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?</b>
		EH.1.1	Hastane eczanesinde aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.
110	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	<b>Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?</b>
		EH.2.1	Tabletlerde doz ayarlamasının yapılması veya yutulamayan tabletlerin toz haline getirilmesi için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet kesme ve ezme aparatları kullanılmalıdır.
111	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	<b>Yatan hastalara ilaç uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) konusunda bilgi veriliyor mu?</b>
		EH.3.1	Yatan hastalara eczacı tarafından, ilk kez kullanılması ve gerekmesi halinde, özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.
112	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	<b>Soğuk zincire tabi olan ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulmalıdır.)</b>
		EH.4.1	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi çalışma alanlarında duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		EH.4.2	Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.
		EH.4.3	Soğuk zincire tabi ilaçlar ; Sağlık Tesisi içinde de soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler kullanılmalıdır.
		EH.4.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar; sağlık tesisi içinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda transfer edilmelidir. Soğuk zincire tabi ilaçlar transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler kullanılmalıdır.

		<b>EH.4.5</b>	Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.
		<b>EH.4.6</b>	Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya data logger gibi teknolojilerle yapılmalıdır.
		<b>EH.4.7</b>	Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rucu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.
<b>113</b>	<b>ECZACILIK HİZMETLERİ</b>	<b>EH.5</b>	<b>TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimata uygun yapılıyor mu?</b>
		<b>EH.5.1</b>	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların listesi hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır. Hastane eczanesinde hatayı önlemek amacıyla farklı raflarda muhafaza edilmelidir.
<b>114</b>	<b>ECZACILIK HİZMETLERİ</b>	<b>EH.6</b>	<b>Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birlikteki diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)</b>
		<b>EH.6.1</b>	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerle ilgili sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Asgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir; *Akılcı ilaç kullanımı, *İlaçların stabilitesi *İlaç geçimsizliği *İlaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi *Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar *İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirim *Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, *Geriatride güvenli ilaç uygulamaları, *Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirim *İlaç Hazırlama Teknikleri *Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.) *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları *Akılcı antibiyotik kullanımı

		<b>EH.6.2</b>	Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç- tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.
		<b>EH.6.3</b>	Hastane eczanesinde hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.
<b>115</b>	<b>ECZACILIK HİZMETLERİ</b>	<b>EH.7</b>	<b>İlaçlarda advers etki bildirimini ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılıyor mu?</b>
		<b>EH.7.1</b>	Sağlık tesisindeki ilaç güvenliğinin sağlanması için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Farmakovijilans sorumlusu Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Advers etki bildirimine Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır.
<b>116</b>	<b>ECZACILIK HİZMETLERİ</b>	<b>EH.8</b>	<b>İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?</b>
		<b>EH.8.1</b>	İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		<b>EH.8.2</b>	Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci HBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.)
		<b>EH.8.3</b>	Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nutrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		<b>EH.8.4</b>	Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS' e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.
		<b>EH.8.5</b>	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve varsa yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir.
		<b>EH.8.6</b>	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.
		<b>EH.8.7</b>	HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.

117	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	<b>Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapılıyor mu?</b>
		EH.9.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.
118	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	<b>Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?</b>
		EH.10.1	Kısmi doza konu olan ilaçlar belirlenmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak özellikli birimlerden gelen Sağlık Tesisi İçerik Kısmi Doz İlaç Bildirim Formları hastane eczanesinde toplanmalıdır.
119	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	<b>İlaç hazırlama ünitelerinde Birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmış mı?</b>
		EH.11.1	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı, bilgilendirme dökümanları ilaç hazırlama bölümlerinde bulunmalı ve geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.
		EH.11.2	Eczacı tarafından acil ve servislerde kullanılmak üzere Geçimsiz ilaç listesi hazırlanmalıdır.
120	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	<b>Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi talimatına" uygun yapılıyor mu?</b>
		EH.12.1	Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, liste tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.
121	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	<b>İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?</b>
		EH.13.1	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi HBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır.

122	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	<b>İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştiriliyor mu?</b>
		EH.14.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
123	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	<b>İlaçların kırılması, kaybolması, ve yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?</b>
		EH.15.1	İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
124	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	<b>Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?</b>
		EH.16.1	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.16.2	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.16.3	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmi dozları takip edilmelidir. Kullanılmayan doz kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.16.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımını olan tüm birimlerden ulaşılabilir.
125	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	<b>İlaçların hastane eczanesinden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?</b>
		EH.17.1	İlaçlar hastane eczanesinde her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.17.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.

		<b>EH.17.3</b>	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
		<b>EH.17.4</b>	Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır.(Majistral ilaç hazırlanmıyorsa muaftır.)
		<b>EH.17.5</b>	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
<b>126</b>	<b>ECZACILIK HİZMETLERİ</b>	<b>EH.18</b>	<b>Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Acil servis, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)</b>
		<b>EH.18.1</b>	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına " uygun olarak yapılmalıdır.
		<b>EH.18.2</b>	Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.
		<b>EH.18.3</b>	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalı ve bu ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" uygun olarak gerçekleştirilmelidir.
		<b>EH.18.4</b>	İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
		<b>EH.18.5</b>	Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Kullanılmayan doz (Kısmi doz) kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		<b>EH.18.6</b>	Hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers etkilerin bildirimini yapılacağı farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.



		<b>EH.18.7</b>	İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı ve bu ilaçların muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.
		<b>EH.18.8</b>	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		<b>EH.18.9</b>	İlaç deposundan; ilgili birimlere verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		<b>EH.18.10</b>	İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		<b>EH.18.11</b>	İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		<b>EH.18.12</b>	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		<b>EH.18.13</b>	Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.
<b>127</b>	<b>ECZACILIK HİZMETLERİ</b>	<b>EH.19</b>	<b>Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Acil servis, Servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)</b>
		<b>EH.19.1</b>	Tıbbi sarf deposundan; ilgili birim ve servislere verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		<b>EH.19.2</b>	Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve HBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		<b>EH.19.3</b>	Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

		<b>EH.19.4</b>	Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
		<b>EH.19.5</b>	Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.
<b>128</b>	<b>ECZACILIK HİZMETLERİ</b>	<b>EH.20</b>	<b>Hastane Eczanesinden ilgili birimlere gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?</b>
		<b>EH.20.1</b>	Hastane Eczanesinden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar ilgili birimlerde hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		<b>EH.20.2</b>	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
<b>129</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.1</b>	<b>Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?</b>
		<b>MD.1.1</b>	Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		<b>MD.1.2</b>	Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev dağılımları yapılmalı ve görev tanımlamaları belli olmalıdır. Görev tanımları ilgili personellere tebliğ edilmelidir.
<b>130</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.2</b>	<b>Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçiliyor mu?</b>
		<b>MD.2.1</b>	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçilmelidir.
<b>131</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.3</b>	<b>MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?</b>
		<b>MD.3.1</b>	Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç ve sarf malzeme listeleri bulunmalıdır. İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.
<b>132</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.4</b>	<b>Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?</b>

		<b>MD.4.1</b>	Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır
<b>133</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.5</b>	<b>Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapılıyor mu?</b>
		<b>MD.5.1</b>	Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Olumsuz olay bildirim TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılmalıdır.
		<b>MD.5.2</b>	Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dökümanları bulunmalıdır.
<b>134</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.6</b>	<b>Tüm medikal depo malzemeleri için muayene, mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?</b>
		<b>MD.6.1</b>	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
<b>135</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.7</b>	<b>İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?</b>
		<b>MD.7.1</b>	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır. Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.
<b>136</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.8</b>	<b>Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?</b>
		<b>MD.8.1</b>	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
<b>137</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.9</b>	<b>MKYS Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı aktif olarak kullanılıyor mu? Girilen veriler geçmiş tüketim miktarları ile uyumlu mu?</b>
		<b>MD.9.1</b>	Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır. Yıllık İhtiyaç Miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.

		<b>MD.9.2</b>	Taşımlara ait yıllık ihtiyaç miktarları veri girişleri 2013/09 sayılı Genelgenin 1.2 maddesinin c ve d bendine uygun olarak yapılmalıdır.
<b>138</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.10</b>	<b>İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?</b>
		<b>MD.10.1</b>	Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, ihale idari sözleşmelerinde yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının belirlenmesi (örneğin 12 aylık sözleşmede en az 6, en fazla 8 sipariş) ve tedarikçinin uhdesinde kalan tüm ürünlerin siparişlerinin birleştirilmesine gayret edilerek kargo maliyetlerinin en aza indirgenmesi sağlanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından 19 Ekim 2016 tarihinde yayınlanan 31899314 barkod sayılı "Stok Tasarruf Eylem Planı" konulu yazıya uygun hareket edilmelidir.
<b>139</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.11</b>	<b>İş eksilişi yapılan ihaleler için Tedarik Paylaşım Platformu üzerinden İş Eksiliş Belgesi alınmış mı?</b>
		<b>MD.11.1</b>	Birlik stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenir. Yükleme takiben en az 30 gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksiltme yapılabileceğine dair bir belge alınır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalır ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam eder. Belge yazdırılmadan iş eksiltme yapılamaz.
		<b>MD.11.2</b>	Tedarik Paylaşım Platformu İş Eksiliş iş ve işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından Ocak 2017'de yayınlanan "Tedarik Paylaşım Platformu Kılavuzuna" uygun yapılmalıdır.
<b>140</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.12</b>	<b>Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde yapılıyor mu?</b>
		<b>MD.12.1</b>	Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		<b>MD.12.2</b>	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir yapılıyor mu?.
		<b>MD.12.3</b>	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
		<b>MD.12.4</b>	Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun yapılıyor mu?

		<b>MD.12.5</b>	Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun yapıyor mu?
<b>141</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.13</b>	<b>Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?</b>
		<b>MD.13.1</b>	Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.
		<b>MD.13.2</b>	Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		<b>MD.13.3</b>	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		<b>MD.13.4</b>	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		<b>MD.13.5</b>	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		<b>MD.13.6</b>	Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		<b>MD.13.7</b>	Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
<b>142</b>	<b>MEDİKAL DEPO</b>	<b>MD.14</b>	<b>Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?</b>
		<b>MD.14.1</b>	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		<b>MD.14.2</b>	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		<b>MD.14.3</b>	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		<b>MD.14.4</b>	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)

143	MEDİKAL DEPO	MD.15	<b>Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?</b>
		MD.15.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.15.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.15.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve nem referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren USP girişli dijital dereceler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. USP girişi olan dijital dereceden belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.
		MD.15.4	Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır.
144	MEDİKAL DEPO	MD.16	<b>İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miad yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miad Kontrol Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?</b>
		MD.16.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		MD.16.2	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.
		MD.16.3	Miad yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miad Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miad Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		MD.16.4	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.16.5	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile HBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.
145	AYNİYAT DEPO	AD.1	<b>Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?</b>

		<b>AD.1.1</b>	Ayniyat depolarında yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalıdır.
		<b>AD.1.2</b>	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
<b>146</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.2</b>	<b>Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan H.E.K. işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?</b>
		<b>AD.2.1</b>	Sağlık tesisi yöneticisinden, hurda işlemi ve hurda komisyonu kurulması için onay alınmış olmalıdır.
		<b>AD.2.2</b>	Hurdaya ayrılacak taşınırlar için durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		<b>AD.2.3</b>	Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.
		<b>AD.2.4</b>	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		<b>AD.2.5</b>	Döner sermaye kaynaklı hurda işlemleri için düzenlenen amortisman çıkış belgesi ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
<b>147</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.3</b>	<b>Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene işlemleri, taşınır kayıt yetkilisinin gözetiminde düzenleniyor mu?</b>
		<b>AD.3.1</b>	Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul ve hizmeti ifa komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi bulunmalı ya da gözetiminde yapılmalıdır.
<b>148</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.4</b>	<b>Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitime yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?</b>
		<b>AD.4.1</b>	Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerine; Taşınır Mal Yönetmeliği, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, her yıl genel sekreterliklerde görevli il konsolide yetkilisi tarafından verilmiş olmalıdır.
		<b>AD.4.2</b>	Eğitimin planı ve içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
<b>149</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.5</b>	<b>Teknik servis formlarında, ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?</b>

		<b>AD.5.1</b>	Ayniyat dayanıklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.
<b>150</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.6</b>	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve hibe işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?</b>
		<b>AD.6.1</b>	Ayniyat, biyomedikal ve medikal depolara yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.
		<b>A.D.6.2</b>	Dilekçeye istinaden, yapılacak bağışın kabul edildiğine dair sağlık tesisi yöneticisinin onay yazısı olmalıdır.
		<b>AD.6.3</b>	Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için, değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.
		<b>AD.6.4</b>	Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri, ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü'ne ve bir nüshası da bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.
<b>151</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.7</b>	<b>Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde saymanlık ve defterdarlığa yapılıyor mu?</b>
		<b>AD.7.1</b>	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, birer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.
		<b>AD.7.2</b>	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, üçer aylık dönemlerde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüklerine gönderilmelidir.
<b>152</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.8</b>	<b>Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?</b>
		<b>AD.8.1</b>	Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de güncel olarak yapılmış olmalıdır.
		<b>AD.8.2</b>	Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için, iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
<b>153</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.9</b>	<b>Satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri düzenlendikten sonra, en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?</b>
		<b>AD.9.1</b>	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.



		<b>AD.9.2</b>	TDMS raporlarından, taşınır muhasebeleştirme gün süresinin 10 günün üzerinde olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır.
<b>154</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.10</b>	<b>Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) ilgili dönemlerde MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?</b>
		<b>AD.10.1</b>	Saymanlıklara bildiri yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
		<b>AD.10.2</b>	Defterdarlık veya Mal Müdürlüğü'ne bildiri yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
<b>155</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.11</b>	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?</b>
		<b>AD.11.1</b>	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.
<b>156</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.12</b>	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu ?</b>
		<b>AD.12.1</b>	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.
		<b>AD.12.2</b>	Düzeltilme işlemlerinde 2. düzey hesap kodlarında değişiklik yapılmış ise; taşınır işlem fişleri ve (döner sermaye kaynaklı ise) amortisman çıkış belgesi ilgili muhasebe birimine (saymanlık/defterdarlık/malmüdürlüğü) gönderilmelidir.
<b>157</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.13</b>	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?</b>
		<b>AD.13.1</b>	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.
	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.14</b>	<b>Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?</b>
		<b>AD.14.1</b>	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansımaları için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

158	AYNİYAT DEPO	AD.15	<b>Ayniyat dayanıklı taşınır lar sağlık tesisi dışına çıkartıldığında emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?</b>
		AD.15.1	Ayniyat dayanıklı taşınır lar, (adli olay, bakım ve onarım için) sağlık tesisi dışına çıkartıldığında, MKYS'den emanet çıkışı yapılmalı, taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		AD.15.2	Ayniyat dayanıklı taşınır lar geri iade edildiğinde, MKYS'den emanet iade işlemi yapılmalı, taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
159	AYNİYAT DEPO	AD.16	<b>Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınmış mı?</b>
		AD.16.1	Sağlık tesisi yöneticisinden, düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için onay alınmalı, sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınır ların tutarları, komisyon tarafından belirlenmiş olmalıdır.
		AD.16.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.
		AD.16.3	Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınır ların tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat depoda yeniden kayıt altına alınmalı ve taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine (saymanlık/defterdarlık /malmüdürlüğü) gönderilmiş olmalıdır.
160	AYNİYAT DEPO	AD.17	<b>Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?</b>
		AD.17.1	Ayniyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.
		AD.17.2	Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.
		AD.17.3	MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet alımı araç verileri ile Maliye Bakanlığı TBS (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) verileri uyumlu olmalıdır.
161	AYNİYAT DEPO	AD.18	<b>Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?</b>

		<b>AD.18.1</b>	Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.
<b>162</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.19</b>	<b>Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?</b>
		<b>AD.19.1</b>	Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde; taşınırın adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.
<b>163</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.20</b>	<b>Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?</b>
		<b>AD.20.1</b>	Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.
		<b>AD.20.2</b>	Malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		<b>AD.20.3</b>	Haşerelere karşı önlemler alınmalı, ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.
		<b>AD.20.4</b>	Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.
		<b>AD.20.5</b>	Güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.
<b>164</b>	<b>AYNİYAT DEPO</b>	<b>AD.21</b>	<b>Depoların güvenliği için gerekli önlemler alınmış mı?</b>
		<b>AD.21.1</b>	Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		<b>AD.21.2</b>	Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		<b>AD.21.3</b>	Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

		<b>AD.21.4</b>	Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.
<b>165</b>	<b>KLİNİK MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ</b>	<b>KM.1</b>	<b>Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTBYS)'nde KTBYS olarak aktif mi?</b>
		<b>KM.1.1</b>	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi nde KTBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirimini amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)
		<b>KM.1.2</b>	KTBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.
		<b>KM.1.3</b>	KTBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.
<b>166</b>	<b>KLİNİK MÜHENDİSLİK</b>	<b>KM.2</b>	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?</b>
		<b>KM.2.1</b>	Sağlık tesislerinde bulunan kullanım yerlerinde bulunan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
		<b>KM.2.2</b>	Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.
<b>167</b>	<b>KLİNİK MÜHENDİSLİK</b>	<b>KM.3</b>	<b>MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?</b>
		<b>KM.3.1</b>	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikle üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
		<b>KM.3.2</b>	Evde sağlık kapsamında kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olmalıdır.
		<b>KM.3.3</b>	Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif kullanımda biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır.

168	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.4	<b>MKYS'de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?</b>
		KM.4.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS'de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
169	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.5	<b>Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?</b>
		KM.5.1	Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.5.2	Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
		KM.5.3	Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.
170	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.6	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?</b>
		KM.6.1	Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde/eğitim birimlerinde bulunmalıdır.
		KM.6.2	Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele yönelik verilen teknik servis eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.
171	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.7	<b>Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına Yönelik Eğitim Dokümanları Mevcut mu?</b>
		KM.7.1	Genel Sekreterlik Klinik Mühendislik Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.
		KM.7.2	Genel Sekreterlik Klinik Mühendislik Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

172	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.8	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?</b>
		KM.8.1	Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
		KM.8.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’de güncel olmalıdır.
173	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.9	<b>Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?</b>
		KM.9.1	Sözleşme (bakım,onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut olmalıdır.
		KM.9.2	Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.
		KM.9.3	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.
174	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.10	<b>Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?</b>
		KM.10.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.
175	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.11	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?</b>
		KM.11.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.11.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabii biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.11.3	Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırların bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.

176	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.12	<b>Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?</b>
		KM.12.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.12.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.12.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.12.4	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriğinde, kullanılan biyomedikal tüketim malzemeleri ve hizmet (işçilik) bedeli ayrı ayrı olmalıdır.
177	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.13	<b>Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?</b>
		KM.13.1	Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.13.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
178	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.14	<b>Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?</b>
		KM.14.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
179	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.15	<b>Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?</b>
		KM.15.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.15.2	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

		<b>KM.15.3</b>	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümlene işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
<b>180</b>	<b>KLİNİK MÜHENDİSLİK</b>	<b>KM.16</b>	<b>Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine Veri Girişi Yapılıyor mu?</b>
		<b>KM.16.1</b>	Klinik Mühendislik Hizmetleri personelinin (hizmet alım personeli de dahil olmak üzere) verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine girilmelidir.
<b>181</b>	<b>KLİNİK MÜHENDİSLİK</b>	<b>BD.1</b>	<b>Biyomedikal depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?</b>
		<b>BD.1.1</b>	Biyomedikal depolarında yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalıdır.
		<b>BD.1.2</b>	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
<b>182</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.2</b>	<b>Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?</b>
		<b>BD.2.1</b>	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.
		<b>BD.2.2</b>	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.
<b>183</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.3</b>	<b>İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?</b>
		<b>BD.3.1</b>	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
		<b>BD.3.2</b>	Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
<b>184</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.4</b>	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?</b>
		<b>BD.4.1</b>	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
		<b>BD.4.2</b>	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.



185	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.5	<b>Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?</b>
		BD.5.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "Özellikli Sağlık Aracı" olmalıdır.
186	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.6	<b>Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depolarında Yapılan H.E.K işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?</b>
		BD.6.1	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.
		BD.6.2	Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması işlemi Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır. HEK e ayrılması için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmelidir.
		BD.6.3	Sağlık tesisi yöneticisinden, hurda işlemi ve kurda komisyonu kurulması için onay alınmış olmalıdır.
		BD.6.4	Hurdaya ayrılacak biyomedikal dayanıklı taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		BD.6.5	Hurdaya ayrılmış biyomedikal dayanıklı taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.
		BD.6.6	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		BD.6.7	Döner sermaye kaynaklı hurda işlemleri için düzenlenen amortisman çıkış belgesi, ilgili saymanlıklara bildirilmiş olmalıdır.
		BD.6.8	Biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve kullanım dışı bırakılması işlemi yönelik Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.
187	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	<b>Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?</b>
		BD.7.1	Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.
		BD.7.2	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların personel giderleri TDMS 740.06.40.01 " Bilgisayar Hizmet Alımları (Personel) " hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.
		BD.7.3	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların yazılım giderleri TDMS 740.06.40.02 " Bilgisayar Yazılım Alımları " hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.
		BD.7.4	Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.
188	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.8	<b>Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?</b>

		<b>BD.8.1</b>	Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşıma alet künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır.
		<b>BD.8.2</b>	Bu istem belgelerinde künye bilgisi alanı istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.
		<b>BD.8.3</b>	İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.
<b>189</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.9</b>	<b>Biyomedikal dayanıklı taşıma alet ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?</b>
		<b>BD.9.1</b>	Biyomedikal dayanıklı taşıma alet ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.
		<b>BD.9.2</b>	Biyomedikal dayanıklı taşıma alet ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TITUBB kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.
		<b>BD.9.3</b>	Biyomedikal dayanıklı taşıma alet ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin ilgili mevzuata atıf yapılarak kullanım amacı ile ilgili madde bulunmalıdır.
<b>190</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.10</b>	<b>Biyomedikal dayanıklı taşıma aletlere ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?</b>
		<b>BD.10.1</b>	Biyomedikal dayanıklı taşıma aletlere ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		<b>BD.10.2</b>	Biyomedikal dayanıklı taşıma alet ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TITUBB bilgisi bulunmalıdır.
<b>191</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.11</b>	<b>Biyomedikal dayanıklı taşıma aletler sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?</b>
		<b>BD.11.1</b>	Biyomedikal dayanıklı taşıma aletler teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşıma alet için çıkış TİF'i dayanıklı taşıma alet teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		<b>BD.11.2</b>	Biyomedikal dayanıklı taşıma aletler sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşıma alet için giriş TİF'i dayanıklı taşıma alet teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
<b>192</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.12</b>	<b>Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" uygun yapılıyor mu?</b>
		<b>BD.12.1</b>	Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu görevlendirilmiş olmalıdır.
		<b>BD.12.2</b>	Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.

		<b>BD.12.3</b>	Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.
<b>193</b>	<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b>	<b>BD.13</b>	<b>Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların zimmet tutanakları mevcut mu?</b>
		<b>BD.13.1</b>	Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların zimmet işlemleri güncel olarak yapılmış olmalıdır.
		<b>BD.13.2</b>	Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için 2 nüsha Taşınır Teslim Belgesi (zimmet fişi) düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		<b>BD.13.3</b>	Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.