

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KOD	HASTANE YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ
1	ACİL SERVİS	AS.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi mevcut mu?
		AS.1.1	Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi sağlık tesisinde bulunmalıdır.
		AS.1.2	Sağlık tesisi bünyesinde birden fazla acil servis hizmet veriyorsa, her bir acil servise ait ayrı tescil belgesi bulunmalıdır.
2	ACİL SERVİS	AS.2	Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?
		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	Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?
		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 olmalı, gerekli durumlarda ise en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.
		AS.3.4	Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği bir alanda temiz, işlevsel ve yeterli sayıda sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır.
		AS.3.5	Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.

4	ACİL SERVİS	AS.4	Acil servise yönlendiren ışıklı işaret ve levhalar mevcut mu?
		AS.4.1	Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
		AS.4.2	Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte "ACİL SERVİS" yazılı tabelası bulunmalıdır.
5	ACİL SERVİS	AS.5	Acil serviste karşılama ve yönlendirme hizmeti veriliyor mu? (2. ve 3. seviye acil serviste değerlendirilecektir.)
		AS.5.1	Karşılama ve yönlendirme hizmeti acil servis girişinde uygun bir alanda konumlandırılmalı ve etkin hizmet vermelidir.
6	ACİL SERVİS	AS.6	İkinci ve üçüncü basamak acil serviste triaj uygulaması yapılıyor mu?
		AS.6.1	Triaj hasta mahremiyeti açısından uygun alanda yapılmalıdır.
		AS.6.2	Triaj; triaj eğitimi almış sağlık personeli tarafından yapılmalıdır.
		AS.6.3	İkinci ve üçüncü seviye acil serviste triaja ayrılan alanda yeşil, sarı, kırmızı alan ayrımı yapılmalıdır.
7	ACİL SERVİS	AS.7	Acil seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.7.1	Birinci seviye acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahede odası, müdahale odası bulunmalıdır.
		AS.7.2	İkinci seviye acil serviste 1. Seviye acil servise ilave olarak; triaj alanı, primer tedavi birimi, Görüntüleme Ünitesi, İzolasyon odası bulunmalıdır. (Ek olarak TKHK tarafından belirlenen hastanelerde dekontaminasyon odası da değerlendirilir.)
		AS.7.3	Üçüncü seviye acil serviste 1. ve 2. Seviye acil servise ilave olarak; Travma odası, Kritik - Yoğun Bakım Birimi (tercihli) bulunmalıdır.
		AS.7.4	Acil servislerde görüntüleme ünitelerine hastanın kolay ulaşımı sağlanmalıdır.
8	ACİL SERVİS	AS.8	KBRN dekontaminasyon ünitesi ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı? (TKHK tarafından yayınlanan güncel KBRN üniteleri listesinde bulunan sağlık tesislerinde değerlendirme yapılır.)

		AS.8.1	KBRN dekontaminasyon ünitesi hastane yönetiminin uygun göreceği, dışarıda bir alanda olmalıdır. Acil servis içinde kurulmuş ise ambulans girişi ve ayaktan hasta girişinden ayrı bir girişi bulunmalıdır.
		AS.8.2	KBRN dekontaminasyon ünitesi zemini, suyun akışını kolaylaştıracak şekilde eğimli ve diğer alanlara suyun gitmesi ihtimaline karşı korunaklı olarak düzenlenmelidir. Arındırma sonrasında atık suyun biriktirildiği atık su deposu bulunmalıdır. Atık su deposunun bertarafı kolaylıkla tahliye edilebilecek sistemde olmalıdır.
		AS.8.3	KBRN dekontaminasyon ünitesi içinde bulunan sedye, yerden en az 50 cm yüksekte, en az 80 cm eninde, 200 cm boyunda ızgaralı/delikli kolay taşınabilir bir malzemedен yapılmış olmalıdır.
		AS.8.4	Ünite içerisinde soğuk ve sıcak su tesisatı bulunmalıdır. Duşlar arasında en az 1,5 metrelik uzaklık olmalıdır.
		AS.8.5	KBRN dekontaminasyon ünitesi iç duvarları kolay temizlenebilir, su geçirmez bir malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
		AS.8.6	KBRN dekontaminasyon ünitesi girişi, içi ve çıkışında yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. KBRN dekontaminasyon ünitesi girişinde tercihen kamera bulunmalıdır.
		AS.8.7	KBRN dekontaminasyon ünitesinde görevli personel için koruyucu elbiseler, eldiven, gözlük, maske ve havlu gibi malzemeler yeterli miktarda setler halinde bulunmalıdır.
		AS.8.8	KBRN dekontaminasyon ünitesi kolay havalanabilecek şekilde planlamalıdır. Ünite hastane içinde ise havalandırma sistemi merkezi havalandırma sisteminden bağımsız olmalıdır.
9	ACİL SERVİS	AS.9	Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?
		AS.9.1	Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalıdır.
		AS.9.2	Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.
		AS.9.3	Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın yerde olmalıdır.
		AS.9.4	Resüsitasyon odasına görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi engellenmeli ve hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		AS.9.5	Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odasında bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.), kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

		AS.9.6	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.
10	ACİL SERVİS	AS.10	Acil servis müşahade odasında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		AS.10.1	Acil serviste müşahadeye alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.
		AS.10.2	Hemşire çağrı sistemi çalışır ve işlevsel olmalıdır. (Müşahade odasında hemşire deski tüm hastaları görecektir şekilde düzenlenmiş ve işlevsel ise muafır.)
11	ACİL SERVİS	AS.11	Hastaların müşahade odasında kalış süreleri takip ediliyor mu? (İkinci ve üçüncü seviye acil servislerde değerlendirilecektir)
		AS.11.1	Hastanın müşahade odasına giriş-çıkış zamanı hasta gözlem formunda ve HBYS sisteminde kayıtlı olmalı ve müşahade kalış süreleri ölçülmelidir.
		AS.11.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
12	ACİL SERVİS	AS.12	Resüsitasyon odası dışında bulunan acil müdahale setinde ilaç ve tıbbi cihazların kontrolleri yapılıyor mu?
		AS.12.1	Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		AS.12.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
13	ACİL SERVİS	AS.13	Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu ?
		AS.13.1	Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki ya da elektronik (HBYS) olarak arşivlenmelidir.
		AS.13.2	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.
		AS.13.3	Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		AS.13.4	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.)

14	ACİL SERVİS	AS.14	Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu? (D ve E1 grubu hastaneler muafır)
		AS.14.1	Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi mesai içi ve mesai dışı ayrı ölçülmelidir. Ölçülen konsültasyon gerçekleştirme sürelerinin branş ve uzman hekim esaslı analizi yapılmalıdır.
		AS.14.2	Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
15	ACİL SERVİS	AS.15	Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?
		AS.15.1	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.)
16	ACİL SERVİS	AS.16	Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		AS.16.1	Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.
		AS.16.2	Kamera sistemi acil servis giriş ve çıkışlarında dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti gözönüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.
		AS.16.3	Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.
17	ACİL SERVİS	AS.17	Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?
		AS.17.1	Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.
18	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.1	Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?
		P.1.1	Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
		P.1.2	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

		P.1.3	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
19	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.2	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.2.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında, poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
20	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.3	Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?
		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.
21	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.4	Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		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.
22	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.5	Poliklinik hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.5.1	Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.
		P.5.2	Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.
		P.5.3	Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.
23	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.6	Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri bulunuyor mu?

		P.6.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.6.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
24	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.7	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		P.7.1	Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.7.2	MHRS ve öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.
		P.7.3	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
25	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.8	Hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?
		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. (D ve E1 rolündeki hastaneler muaftır.)
26	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.9	Hastanede, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?
		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 yeri olmalıdır.
27	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.10	MHRS 'den randevu alan hastaların, zamanında muayene olmaları için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.10.1	MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.

		P.10.2	MHRS den randevu alan hastaların randevu saati ile muayene oldukları saat arasındaki süre ölçülerek 30 dakikayı geçen gecikmeler hekim bazlı analiz edilmeli sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.
28	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.11	Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		P.11.1	Sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir (D ve E1 grubu hastanelerde muaftır.)
		P.11.2	Kan alma biriminde yeterli sayıda kolçaklı, pozisyon verilebilen kan alma koltukları olmalıdır.
		P.11.3	Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir. (Dış laboratuvar hizmet alımları da dahil)
		P.11.4	Laboratuvar testlerinin sonuçlarının ne zaman çıkacağı hakkında hastaya yazılı bilgi (Barkod vb.) verilmelidir.(D ve E1 grubu hastanelerde muaftır)
29	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.12	Diş Polikliniğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		P.12.1	Aktif olarak poliklinik yapan her diş hekimine yeterli donanıma sahip ve çalışır durumda bir diş üniti tahsis edilmelidir. (C, D ve E1 rolündeki Sağlık Tesislerinde değerlendirilecektir.)
		P.12.2	Kullanılan ilaç ve sarf malzemeler prospektüsüne uygun ortamda saklanmalı (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir) ve miad kontrolleri yapılmalıdır.
		P.12.3	Panoramik veya periapikal röntgen cihazları ile çekim diş polikliniği dışında ayrı alanda yapılmalıdır.
		P.12.4	Kullanılan aletlerin sterilizasyonu vakum kaçak testi ve bowie-dick testi yapılabilen otoklavlarda yapılmalıdır. Tüm steril paketlerde kimyasal indikatör kullanılmalıdır.
		P.12.5	Diş üniti kompresörü tercihen oda dışında olmalı aynı odada ise kompresörün yeterli ses izolasyonu sağlanmalıdır.
		P.12.6	Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeretör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) steril edilmelidir.
		P.12.7	Hekimler MHRS işlem randevularını ve devam eden tüm tedavi randevularını HBYS üzerinden verebilmelidir.

		P.12.8	Ölçülerin transferi, dezenfeksiyonu yapılmış halde ağız kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde (Ölçü kaplarının üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu barkod olacak şekilde) yapılmalıdır. Ölçülerin transferi hasta ve hasta yakını tarafından yapılmamalıdır.
		P.12.9	Protez işlemlerinin safhaları HBYS'ye zamanında ve eksiksiz kayıt edilmelidir.
		P.12.10	Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami süreye uyum HBYS' de izlenebilmelidir.
		P.12.11	Protez laboratuvarında akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin vakum sistemleri bulunmalı ve aktif olarak kullanılmalıdır.
30	POLİKLİNİK HİZMETLERİ	P.13	Gebe Bilgilendirme Sınıflarına yönelik düzenlemeler yapılmış mı? (Kadın Doğum Uzmanı Bulunan Sağlık Tesislerinde değerlendirilecektir.)
		P.13.1	"Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi" almış en az iki sağlık personeli (1 doktor/1 ebe/hemşire) görevlendirilmiş olmalıdır. (Eğitilmiş personel bulunmaması durumunda "Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi"ni alana kadar hastanedeki sağlık personeli (doktor, ebe/hemşire) tarafından da eğitim yürütülebilir.)
		P.13.2	Gebe polikliniklerine yakın olacak şekilde gebe bilgilendirme sınıfı oluşturulmalı, sınıfta gerekli eğitim materyalleri bulunmalıdır.
		P.13.3	Gebe sınıfına başvuran gebelere, 3 oturum şeklinde eğitim düzenlenerek kayıt altına alınmalı, mezun olan her gebeye katılım belgesi düzenlenmelidir. Gebelere verilen eğitim sonrası "Gebe Bilgilendirme Sınıfı Katılımcı Bilgi Formu" doldurularak dosyalanmalıdır.
		P.13.4	Gebe Bilgilendirme Sınıfına başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezeryan, ölü doğum vs.) takibi yapılmalı ve her ayın 7 sine kadar genel sekreterliğe bildiriği sağlanmalıdır.
31	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.1	Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		G.1.1	Sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır. (D ve E1 grubu hastanelerde muafır.)
		G.1.2	Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.
		G.1.3	Soyunma odası veya alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

		G.1.4	USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.
		G.1.5	Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara çekim esnasında dışardan girişleri engellemek amacıyla önlem alınmalı ve hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.
		G.1.6	Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		G.1.7	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		G.1.8	Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.
		G.1.9	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.
		G.1.10	Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
32	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.2	Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?
		G.2.1	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, mamografi, kemik mineral dansitometre, skopi, periapikal/panoramik, seyyar röntgen cihazı vb.) TAEK lisansı güncel olmalıdır.
		G.2.2	TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır. (Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılmalıdır.)
		G.2.3	TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.
33	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.3	Radyoloji ünitelerinde, çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		G.3.1	Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		G.3.2	Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.

		G.3.3	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.
		G.3.4	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.
		G.3.5	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.
		G.3.6	Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.
		G.3.7	Kontrastlı tetkik ve invaziv girişimsel işlem yapılan radyoloji ünitelerinde acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek mesafede bulundurulmalıdır. Acil müdahale setinin kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
34	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.4	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtiliyor mu?
		G.4.1	Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtilmiş olmalıdır.
35	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.5	MR randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.5.1	MR için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.5.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
36	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.6	CT randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.6.1	CT için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.6.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
37	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.7	EEG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.7.1	EEG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmelidir.

		G.7.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
38	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.8	EMG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.8.1	EMG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.8.2	Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.
39	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.9	EKO randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.9.1	EKO için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 5 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.9.2	Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.
40	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	G.10	USG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?
		G.10.1	USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 3 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.10.2	Meme USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 7 iş gününde randevu verilmelidir.
		G.10.3	Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.
		G.10.4	USG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.
41	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.1	Laboratuvarların ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?
		L.1.1	Sağlık tesisinde bulunan Biyokimya, Mikrobiyoloji ve Patoloji laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)
42	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.2	Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?

		L.2.1	Laboratuvarda ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.
		L.2.2	Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.
		L.2.3	Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul ve reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.
43	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.3	Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?
		L.3.1	Laboratuvar için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalı ve oluşturulan bu kriterler HBYS üzerinde tanımlanmış olmalıdır.
		L.3.2	Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.
		L.3.3	Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır.
44	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.4	Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		L.4.1	Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmeli ve aydınlatılmalıdır.
		L.4.2	Laboratuvar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.
		L.4.3	Laboratuvarda 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.
		L.4.4	Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarında (besiyerini kendisi yapması durumunda) besiyeri hazırlama odası olmalıdır.
		L.4.5	Tıbbi Patoloji Laboratuvarı Makroskopi odasında kimyasal buhar veya gazlarla güvenli çalışmak için, özel bir havalandırma sistemi (özel çeker ocak veya tezgah üstü özel hava temizleme cihazlarından en az biri) bulunmalıdır. Havalandırma sistemi kullanım anında çalışır durumda olmalıdır.
		L.4.6	Tıbbi Patoloji Laboratuvarı havalandırma sistemi hastane havalandırma sisteminden ayrı olmalıdır.

45	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.5	Laboratuvar malzeme ve kitlerinin muhafazasına yönelik düzenleme yapılmış mı?
		L.5.1	Laboratuvar kitleri ve antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		L.5.2	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.)
		L.5.3	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.
		L.5.4	Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.
46	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.6	Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?
		L.6.1	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		L.6.2	Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
47	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.7	Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı? (Biyokimya ve Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında değerlendirilecektir.)
		L.7.1	İç kalite kontrol çalışması yapılmalı, kayıt altına alınmalı ve sonuçların uygunsuzluğu durumunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
48	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.8	Laboratuvarda çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı? (Biyokimya ve Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında değerlendirilecektir.)
		L.8.1	Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı, kayıt altına alınmalı ve sonuçların uygunsuzluğu durumunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
49	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.9	Laboratuvar hasta sonuç çıkışına yönelik düzenleme yapılmış mı? (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)

		L.9.1	Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari; - İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane ya da 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, Patoloji hasta sonuç çıktısında yukarıdaki maddelere ilave olarak; - Klinisyen ön tanısı, sonucun yorumu açısından önemli klinik bilgiler - Raporu yazanın adı soyadı, - Numunenin türü ve alındığı vücut bölgesi, - Varsa kasette yazan numara ve materyalden kaç blok alındığı bilgileri yer almalıdır.
50	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.10	Laboratuvarda panik değer/tanı bildirimini uygun yapıyor mu?
		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/tanıya ait sonuç, bildirim yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.
51	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.11	Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?
		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.
		L.11.5	Laboratuvarda, ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.
		L.11.6	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.

		L.11.7	Mikrobiyoloji Laboratuvarında kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.
52	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.12	Patoloji Laboratuvarında çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılıyor mu?
		L.12.1	Laboratuvarda çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Formaldehit için; o Makroskopi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm) o Makroskopi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm) o Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm) o Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) ölçüm yapılmalıdır. Ksilen için; o Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) o Doku takip kapları solüsyonlanlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) o Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) ölçüm yapılmalıdır.
		L.12.2	Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra istenen değerler sağlanana kadar ölçüm tekrarlanmalıdır.
		L.12.3	Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü tekrar yapılmalıdır.
53	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.13	Patoloji laboratuvarında arşivleme uygun koşullarda yapılıyor mu?
		L.13.1	Arşiv odası uygun alanlarda konumlandırılmalıdır (Merdiven altı, koridor gibi mekanlar arşiv odası olarak kabul edilmemelidir).
		L.13.2	Bloklar en az 20 yıl, lamalar en az 10 yıl, raporlar ve kayıtlar en az 30 yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.
		L.13.3	Blokların bulunduğu arşiv odasında sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sıcaklık 25°C'nin üzerine çıkmamalıdır.
		L.13.4	Hastaya ait dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren enaz 1 ay saklanmalıdır.
54	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.14	Patoloji Laboratuvarı sonuç verme süreleri TKHK'nın belirlediği süre ile uyumlu mu?

		L.14.1	Sitoloji sonuçları en geç 5 iş günü içinde verilmelidir.
		L.14.2	Biyopsi sonuçları en geç 10 iş günü içinde verilmelidir.
		L.14.3	Patoloji laboratuvarına gelen materyallerin kabulü teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.
55	LABORATUVAR HİZMETLERİ	L.15	Kültür testleri biyogüvenlik kabininde uygun koşullarda çalışılıyor mu? (Kültür testleri çalışılmayan laboratuvarlar muaftr.)
		L.15.1	Biyogüvenlik kabinleri laboratuvar içinde, kapılardan, açık pencerelerden, havalandırma ızgaralarından, hava akımını bozan cihazlardan (çeker ocak, santrifüj vb.) ve yoğun insan trafiği olan alanlardan uzak olacak şekilde konumlandırılmalıdır.
		L.15.2	Kabinin laminer hava akımı çalışır durumda olmalı, sınıf 2B olan kabinlerin baca bağlantısı yapılmalıdır.
		L.15.3	Biyogüvenlik kabininin bakım ve kontrol talimatı olmalı, periyodik bakımları ve performans testleri (sızdırmazlık testi, dekontaminasyon sistem testleri vb.) yılda bir defa yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		L.15.4	Çalışma öncesinde ve sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmeli, kabin fanı en az 5 dakika çalıştırdıktan sonra çalışmaya başlanmalı, çalışma bitiminde fan 5 dakika çalıştırılmalı ve bu işlemler kayıt altına alınmalıdır.
56	SERVİS HİZMETLERİ	S.1	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz uygulanıyor mu?
		S.1.1	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz doldurulmalıdır.
57	SERVİS HİZMETLERİ	S.2	Hasta bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak hemşire tarafından değerlendiriliyor mu?
		S.2.1	Hastanın tedavi sürecinde, değerlendirmesi yapılarak ihtiyacına yönelik tüm bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir. (Genel vücut bakımı, ağrı değerlendirmesi, bası yarası takibi ve bakımı, ruhsal durum değerlendirmesi, beslenme vb.)
58	SERVİS HİZMETLERİ	S.3	Yatışı yapılan her hastanın (günübirlik yatışı yapılan hastalar ve gebeler hariç) nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu? (C, D, E1 rolündeki hastanelerde muaftr.)
		S.3.1	Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.

		S.3.2	Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara, Nutrisyon Destek Ekibi tarafından nutrisyon desteği sağlanmalıdır.
59	SERVİS HİZMETLERİ	S.4	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?
		S.4.1	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
		S.4.2	Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.
60	SERVİS HİZMETLERİ	S.5	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		S.5.1	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içinde değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.5.2	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		S.5.3	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 planını içeren order verilmelidir.
61	SERVİS HİZMETLERİ	S.6	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		S.6.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		S.6.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
62	SERVİS HİZMETLERİ	S.7	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		S.7.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		S.7.2	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.)
63	SERVİS HİZMETLERİ	S.8	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?

		S.8.1	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
		S.8.2	Refakatçuların dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunmalıdır.
		S.8.3	Yatak başı bağlantılı ve hastaların kullandığı tüm banyo/tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo/tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.
64	SERVİS HİZMETLERİ	S.9	Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?
		S.9.1	Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: - Hasta odası, yatak başı hemşire çağrı sistemi ve yatak kullanımı, - Kahvaltı ve yemek saatleri, - Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları, - Ziyaret saatleri ve kuralları, - Telefon kullanımı, - Tuvalet-banyo kullanımı, - Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı - Hekimin vizit saatleri
		S.9.2	Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir: - Kullanacağı ilaçlar, - Düşme riski, - Tıbbi cihazların kullanımı, - Doğum servisinde emzirme eğitimi, anne sütü ve yenidoğan bakımı, - Beslenme, egzersizler, - El hijyeni - Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.

		S.9.3	Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir: - İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, özellikle kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.), olası yan etkileri, - Diyet ve beslenme biçimi, - Doğum servisinde üreme sağlığı ve yenidoğan taramaları, - Egzersiz ve aktiviteler, - Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar, - Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı (pansumanı), - Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb.
		S.9.4	Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
65	SERVİS HİZMETLERİ	S.10	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.10.1	Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir. Epikrizde; a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar, b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular, c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama, g) Taburcu olan anneye; yenidoğan bakımı, yenidoğan taramaları, anne sütü, üreme sağlığı ile ilgili verilen eğitim kayıtları ve ğ)Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır
		S.10.2	Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
66	SERVİS HİZMETLERİ	S.11	Yenidoğan tarama testleri yapılıyor mu? (Doğum Servisinde değerlendirilecektir.)
		S.11.1	Yenidoğan bebeğe; Fenilketonüri, işitme tarama testi, Doğuştan Kalça Çıkığı (DKÇ), görme tarama testi yapılmalıdır (Taburculuk sonrasına randevu verilmesi halinde olumlu değerlendirilecektir).
67	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.1	Yoğun Bakım seviyesine uygun olarak ruhsatlandırılmış mı?

		YB.1.1	Seviyelendirme ile ilgili belge sağlık tesisinde bulunmalıdır.
68	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.2	Yoğun bakımla ilgili fiziki düzenlemeler yapılmış mı?
		YB.2.1	Yoğun bakım içerisindeki tüm yüzeyler pürüzsüz, mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir özellikte olmalıdır.
		YB.2.2	Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme (yatak düzenlemesi, merkezi monitorizasyon sistemi vb.) yapılmalıdır.
		YB.2.3	Yatak sayısı 10'dan fazla olan yoğun bakım servisleri, 6 ila 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.
		YB.2.4	Erişkin yoğun bakımlarda çocuk hastaların bakım ve tedavisi yapılıyorsa, erişkin hastalardan ayrı tutulacak şekilde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		YB.2.5	Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizliği için kullanılan malzeme odası bulunmalı; kirli malzemelerin çıkışı servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde planlanmalı, bunun mümkün olmadığı durumlarda uygun taşıma koşulları sağlanmalıdır.
		YB.2.6	Yenidoğan Yoğun bakımlarda gürültü seviyesi ölçülmeli, ölçüm sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		YB.2.7	Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunmalı ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmemelidir.
		YB.2.8	Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılmalıdır.
69	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.3	Yoğun Bakımda hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		YB.3.1	Yoğun bakım girişinde alkol bazlı el antiseptiği veya suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte bir adet lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
		YB.3.2	Hasta alanında altı yatağa bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ve kâğıt havlu bulunmalıdır.
70	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.4	Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyareti ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

		YB.4.1	Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarını bilgilendirme ve görüşme için uygun alan ayrılmalıdır.
		YB.4.2	Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli ve hasta yakınlarının görebileceği şekilde ilan edilmelidir.
		YB.4.3	Sağlık personelinin talebi halinde, bilgilendirme güvenlik görevlisi refakatinde yapılmalıdır.
71	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.5	Yoğun bakımda görev yapan sağlık personeli sayısı, yoğun bakım seviyesi ile uyumlu mu?
		YB.5.1	Erişkin Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre; 1.Seviye için her 5 yatak için bir hemşire/sağlık memuru 2.Seviye için her 3 yatak için bir hemşire/sağlık memuru 3.Seviye için her 2 yatak için bir hemşire/sağlık memuru Çocuk Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre; 2.Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru 3.Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru Yeni doğan Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre; 1.Seviye: her 6 hasta için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru 2.Seviye: her 5 hasta için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru 3.Seviye: her 4 hasta için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru 4 A ve 4 B Seviye: her 3 hasta için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru görev yapmalıdır.
72	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.6	3.seviye erişkin yoğun bakım servislerinde diyaliz ile ilgili düzenleme yapılmış mı?
		YB.6.1	Erişkin 3.seviye yoğun bakım servisi içinde sürekli veya aralıklı hemodiyaliz veya hemofiltrasyon yapılabilirdir.
73	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.7	Üçüncü ve dördüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak TPN servisi kurulmuş mu, ya da bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmış mı?
		YB.7.1	Üçüncü ve dördüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servislerinde TPN servisi bulunmalıdır veya bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmalıdır.
74	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.8	Yoğun bakım servislerinde seviyesine uygun izolasyon odası bulunuyor mu?

		YB.8.1	İkinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası bulunur. Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatağa kadar en az bir, üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde her yirmi yatağa kadar en az bir, dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde ise her on beş yatağa kadar en az bir ilave temas izolasyon odası oluşturulur."
		YB.8.2	Temas izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmamalı (ortak koridora açılabilir), oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunmalıdır.
75	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.9	3. basamak yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılıyor mu?
		YB.9.1	Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılmalıdır.
		YB.9.2	Beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları izlenmeli ve analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.
76	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.10	Hastanın beslenme durumu, bası yarası takibi, ağrı, ruhsal durumu ve destek ihtiyaçlarını içeren değerlendirmeler yapılıyor mu?
		YB.10.1	Hastanın beslenme durumu (enteral ve parenteral beslenme), ruhsal ve/veya nörolojik durumu, ağrı durumu, bası yarası takibi ve bakımı, kişisel bakım ihtiyaçları (el-yüz temizliği, ağız bakımı, ayak/tırnak bakımı, saç-sakal bakımı gibi) günlük değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
77	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.11	Yatışı yapılan her hastanın Nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu? (1. Basamak Koroner Yoğun Bakım Üniteleri muafdir.)
		YB.11.1	Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.
		YB.11.2	Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara nutrisyon desteği sağlanmalıdır.
78	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.12	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?
		YB.12.1	Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hekim tarafından en geç 24 saat içinde değerlendirme yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		YB.12.2	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

		YB.12.3	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.
79	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.13	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		YB.13.1	Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		YB.13.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
80	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.14	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		YB.14.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		YB.14.2	İnfüzyör veya perfüzyör ile 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.)
81	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.15	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.)
		YB.15.1	Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.
		YB.15.2	Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmeli, kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.
82	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ	YB.16	Bünyesinde yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde uygun şartlarda anne uyum odası oluşturulmuş mu?
		YB.16.1	Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları bulunmalı, anne uyum odası en fazla üç yatak olacak şekilde düzenlenmelidir.
		YB.16.2	Anne uyum odaları, normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olmalıdır. Bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

83	DOĞUMHANE HİZMETLERİ	D.1	Doğumhanede gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		D.1.1	Travay ünitesinde kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve banyo bulunmalıdır.
		D.1.2	Travay odalarında ve hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.
		D.1.3	Doğum odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemleri ve monitör olmalıdır.
		D.1.4	Doğum odasında doğum masasının yönü kapı girişinden görülebilecek şekilde olmamalıdır.
		D.1.5	Bekleme alanı, hasta yakınlarının oturabileceği şekilde düzenlenmelidir. Hasta yakının bekleme alanı/odasında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.
		D.1.6	Doğumhanede oftalmoskop, vakum, intrauterin balon, transport kuvözü, bebek ısıtıcısı, bebek aspiratörü, laringoskop, bebek entübasyon tüpleri, balon-valf maske sistemi ve radyan ısıtıcılı servo kontrollü açık yatak gibi gerekli ekipmanlar bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
84	DOĞUMHANE HİZMETLERİ	D.2	Tıbbi değerlendirmeler, takip ve tedaviler kayıt altına alınıyor mu? (Doğumhanesi mevcut ancak ilgili branş hekimi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır)
		D.2.1	Her doğum eylemi partograf ile izlenmelidir. Doğum eylemi gerçekleşinceye kadar takip bilgileri kayıt edilmelidir.
		D.2.2	Doğum sonrası bebeğin ve annenin değerlendirmesi yapılmalıdır. (Doğum sonrası anne, bebek bakım ve izlemi bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine" ve "Bebek ve Çocuk İzlem Protokollerine" göre yapılmalıdır.)
		D.2.3	Bebeğe ve anneye verilen order; hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, verilmiş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içermelidir.
		D.2.4	Yenidoğan bebeğe; - K vit enjeksiyonu, - Göz bakımı, - Göbek bakımı, - Hepatit B 1.doz aşısı yapılmalı ve aşı kartı düzenlenmelidir.

		D.2.5	Doğum salonunda görevli hekim, hemşire ve ebelere Neonatal Resüsitasyon eğitimi verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
85	DOĞUMHANE HİZMETLERİ	D.3	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu? (Doğumhanesi mevcut ancak ilgili branş hekimi bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulacaktır)
		D.3.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.
		D.3.2	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.)
86	DOĞUMHANE HİZMETLERİ	D.4	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		D.4.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		D.4.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
87	DOĞUMHANE HİZMETLERİ	D.5	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?
		D.5.1	Hasta ve hasta yakınlarına genel durum ve doğum süreci konusunda hekim tarafından bilgilendirme yapılmalıdır.
		D.5.2	Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.
88	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.1	Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?
		A.1.1	Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.
		A.1.2	Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.
		A.1.3	Ameliyathane geçiş alanlarında sedye değişimi yapılmalıdır.
		A.1.4	Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.

		A.1.5	Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		A.1.6	Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere, hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.
89	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.2	Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşulları sağlanmış mı?
		A.2.1	Hasta yakınının bekleme alanı/odasında hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.
		A.2.2	Bilgilendirme hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır.
90	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.3	Steril olmayan alan (kirli), yarı steril alan (temiz) ve steril alanlar tanımlanmış mı?
		A.3.1	Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış olmalıdır. Görsel ve fiziksel olarak (bariyer) ayırımı yapılmalıdır.
		A.3.2	Steril olmayan alandan yarı steril alana geçerken terlik/galoş ve uygun kıyafet giyilmelidir.
		A.3.3	Steril alana geçişte, terlik değiştirilmeli, bone ve maske takılmalıdır.
91	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.4	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin Ameliyathanede yapılması gereken bölümleri eksiksiz uygulanıyor mu?
		A.4.1	Güvenli cerrahi listesi ameliyatın safhasına göre doldurulmuş olmalıdır.
92	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.5	Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?
		A.5.1	Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
		A.5.2	Alt yapı ve donanımı oluşturulmuş uyandırma odası olmalıdır.
		A.5.3	Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.

		A.5.4	Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.
93	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.6	Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?
		A.6.1	Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi değerlendirme formu doldurulmalıdır.
		A.6.2	Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.
		A.6.3	Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.
94	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.7	Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce ilgili cerrah tarafından gerekli kayıtları düzenlenmiş mi?
		A.7.1	Post operatif bakım ve tedavi planı hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.
		A.7.2	Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.
95	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.8	Hazırlanan cerrahi alet dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri ve etkinlikleri kontrol ediliyor mu?
		A.8.1	Hazırlanan cerrahi alet dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri bulunmalıdır.
		A.8.2	Etkinlik indikatörleri ile yüksek düzey solüsyonların etkinlikleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
96	AMELİYATHANE HİZMETLERİ	A.9	Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?
		A.9.1	Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.
		A.9.2	Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır.Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.
		A.9.3	Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerin teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.

97	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.1	Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu? (Ameliyathane hizmeti vermeyen ancak acil servis ya da dış ünitesi vb. birimleri olan sağlık tesislerinde, ST.1.1 - ST.1.4 - ST.1.5 - ST.1.6 kriterleri muaf tutulacaktır.)
		ST.1.1	Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.
		ST.1.2	Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
		ST.1.3	Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
		ST.1.4	Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmeleri ayrı alanlarda yapılmalıdır.
		ST.1.5	Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.
		ST.1.6	Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.
98	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.2	Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?
		ST.2.1	Muhafaza alanı toz, nem, insekt ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli ve sıcaklık 22 derece, nem %60'ı aşmamalıdır.
		ST.2.2	Sterilizasyon ünitesi deposu, ameliyathane ana deposu vb. bölümlerde Steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarda, tavandan 50 cm aşağıda, duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.
		ST.2.3	Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalıdır.
		ST.2.4	Steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.
99	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.3	Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?
		ST.3.1	İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için her bohça üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.

		ST.3.2	Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır.Sonucu kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.3	Vakum kaçak Testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dk arasında olduğunda hergün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.4	Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır.Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
		ST.3.5	Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır. (Düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonu yapılan buhar sterilizatörlerde, Bowie&Dick testi ve vakum kaçak testleri ve yük kontrol testleri olumlu olmak, paket üzerinde sınıf 1 indikatör bulunmak koşulu ile özellikle küçük paketlerde (1-2 solid alet veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir.)
		ST.3.6	Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
100	STERİLİZASYON HİZMETLERİ	ST.4	Sağlık tesisi genelinde farklı branşlarda muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?
		ST.4.1	KBB, Genel Cerrahi, Göz, Diş, Kadın Doğum, Üroloji vb. polikliniklerde ve Endoskopi, Bronkoskopi vb.ünitelerde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
		ST.4.2	Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalıdır.
		ST.4.3	Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerde kullanılan yüksek düzey solüsyonları etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
101	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	Genel sekreterlik tarafından oluşturulan değerlendirme ekiplerince sağlık tesisinin "yerinde değerlendirme soru listesi"ne göre değerlendirmesi yapılmış mı?
		GD.1.1	Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesine göre yılda bir kez değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçları sağlık tesisi yönetimi ile paylaşılmalıdır.
102	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.2.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

103	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		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
104	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmiş mi?
		GD.4.1	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.
105	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		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.
106	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		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 kolay ulaşımı sağlamaya yönelik işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

107	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	Hasta ve Çalışan memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.7.1	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda 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.
108	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?
		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).
109	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?
		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.
		GD.9.3	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.
110	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		GD.10.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
		GD.10.2	Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.
111	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?
		GD.11.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.

112	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu?
		GD.12.1	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		GD.12.2	İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		GD.12.3	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
		GD.12.4	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.)
		GD.12.5	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.
		GD.12.6	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
113	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?
		GD.13.1	Hastanın servisler arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
		GD.13.2	Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır.
114	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.14.1	Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.
115	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		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 personelin takipleri yapılmalıdır.
116	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?
		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.
117	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	112 komuta merkezine bildirilen verilerle (boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlar vb.) değerlendirme sırasındaki veriler uyumlu mu?
		GD.17.1	112 il ambulans servisi komuta merkezine online olarak aktarılan veriler ile kurum kayıtları birbirleriyle uyumlu olmalıdır.
118	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?
		GD.18.1	Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmeli ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmelidir.
119	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.19	Sağlık tesisinde mevzuata uygun Atık Yönetim Planı oluşturulmuş mu?
		GD.19.1	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.
		GD.19.2	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.
		GD.19.3	Ulusal Atık Taşıma Formunun D nüshası (Yeşil nüsha) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne resmi yazıyla gönderilmeli, formdaki atık miktarı kaydedilmelidir.
120	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.20.1	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.

		GD.20.2	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.
		GD.20.3	Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah renkli "DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.
		GD.20.4	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.
		GD.20.5	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.
		GD.20.6	Tıbbi atık torbaları en fazla ¾ 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.
121	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.21.1	Tıbbi atık torbaları ve patolojik atık biriktirme kapları 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.

		GD.21.2	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.
		GD.21.3	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, dökülen sıvılar uygun emiciler ile emildikten sonra taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.
		GD.21.4	Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.
		GD.21.5	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.
		GD.21.6	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.
		GD.21.7	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır.
122	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	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.)
		GD.22.1	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.
		GD.22.2	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.
		GD.22.3	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.

		GD.22.4	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.
		GD.22.5	Tıbbi atık deposunun günlük temizlik ve dezenfeksiyonu yapıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon takip çizelgesi doldurulmalıdır.
123	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	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)
		GD.23.1	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 malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalıdır.
		GD.23.2	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.
		GD.23.3	Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemeli ve başka maksatla kullanılmamalıdır.
		GD.23.4	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.
		GD.23.5	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.
124	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	Evsel atık geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler muaftır)
		GD.24.1	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.
		GD.24.2	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.

		GD.24.3	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.
125	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?
		GD.25.1	Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar, Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar (Ksilen, formaldehit, glüteraldehit 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, eozinboyaları), Etilen oksit kartuşları gibi Atık Yönetimi Yönetmeliği Ek-4 atık listesinde yer alan diğer tehlikeli atıklar, atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.
		GD.25.2	Laboratuvarda doku boyama işlemi için özel lavabo ayrılmalı, burada çıkan atık sıvı kanalizasyona gitmeyecek şekilde bidon vb. kaptan toplanarak tehlikeli atık kapsamında değerlendirilmelidir.
		GD.25.3	Tehlikeli atık biriktiren ve depolayan sağlık tesisi Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğünden Tehlikeli Atık Geçici Depolama İzni almalıdır.
		GD.25.4	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.
		GD.25.5	Tehlikeli atık kaplarının üzerinde tehlikeli atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunmalı, birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde depolanmalıdır.
		GD.25.6	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.

		GD.25.7	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.
126	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Tehlikeli ve Tıbbi Atıklar Birim bazında tartılıyor mu?
		GD.26.1	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.26.2	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.
127	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.27.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.
		GD.27.2	Sağlık tesinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		GD.27.3	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.
		GD.27.4	Yangın çıkış kapıları ve yangın merdivenleri kulanıma hazır ve işlevsel olmalı ve kullanım amacı dışında kullanılmamalıdır.
128	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?
		GD.28.1	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.28.2	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.28.3	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli,kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.
		GD.28.4	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.
		GD.28.5	Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının yılda bir kez kontrol edildiğine dair etiketleme yapılmalıdır.

129	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.29.1	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.29.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.
130	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.30.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.
		GD.30.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
131	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.31	Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?
		GD.31.1	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.
		GD.31.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
132	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.32.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.

		GD.32.2	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		GD.32.3	Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.32.4	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
133	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Evde Sağlık Hizmetinin sunumuna yönelik düzenleme yapılmış mı?
		GD.33.1	Evde sağlık hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte fiziki mekân ayrılmalı ve mevzuata uygun personel görevlendirilmelidir.
		GD.33.2	Evde Sağlık Hizmetlerinde görevli personel hizmet sunumu sırasında standartları kurum tarafından belirlenen özel kıyafeti giymelidir.
		GD.33.3	Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde yer alan dokümanlar hekim tarafından eksiksiz doldurulmalı ve uygulanan tedavi ve bakımlar kaydedilmelidir.
134	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?
		GD.34.1	Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt,muayene, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.
		GD.34.2	Doğumhaneden bebeğin servis hemşiresine teslimi, doğum ebesi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak "bebek teslim formu" ile kayıt altına alınmalıdır.
135	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Sağlık tesisinde hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?
		GD.35.1	Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır.
136	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Hizmet sunulan tüm alanlarda hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.36.1	Hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
137	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?

		GD.37.1	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.
138	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?
		GD.38.1	Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		GD.38.2	Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.
		GD.38.3	Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) teslimi hastalar/yakınları tarafından yapılmamalıdır.
139	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi? (Görüntüleme, servis, yoğun bakım, ameliyathane, doğumhane, endoskopi, anjiyografi vb. bölümlerde değerlendirilecektir.)
		GD.39.1	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.39.2	Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılmalıdır.

		GD.39.3	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.
140	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.40	Bilgi Güvenliğine Yönelik Çalışmalar Planlanmış mı?
		GD.40.1	Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.
		GD.40.2	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.
		GD.40.3	Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.
		GD.40.4	Hizmet alımı yapılan firma çalışanları ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet, Temizlik, Güvenlik, Karşılama ve Yönlendirme Hizmet alımları gibi) "Personel Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.
		GD.40.5	Bilgi Güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına Bilgi Güvenliği Yetkilisi tarafından eğitim verilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.
141	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.41	Sağlık tesisinde Diyabet okulu mevcut mu? (En az 3 iç hastalıkları uzmanı veya 1 endokrin hastalıkları ve metabolizma uzmanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilir.)
		GD.41.1	Diyabet okulu için 15-20 kişilik interaktif eğitime uygun bir eğitim odası/alanı kullanılmalıdır.
		GD.41.2	Diyabet eğitim hemşiresi, diyetisyen ve ilgili diğer uzmanlar okul eğitimlerinde görev almalı, görev alan uzmanlar tarafından Eğitim programı (haftalık/aylık/yıllık) oluşturulmalı ve eğitimlerde Bakanlığımız tarafından hazırlanan diyabet eğitim setleri kullanılmalıdır.
		GD.41.3	Diyabet okulu uygulama esaslarında belirtildiği şekilde eğitim modüllerini tamamlayan diyabetli bireylere diyabet okulu diploması verilmeli ve verilen diplomaya ait kayıtlar tutulmalıdır.
142	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.42	Hasta hakları uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.42.1	Hasta hakları birimi poliklinik alanlarına yakın ve kolay ulaşılabilir bir alanda konumlandırılmalıdır.
		GD.42.2	Hastanın hekim seçme hakkına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.

		GD.42.3	Hasta ve hasta yakınlarının dini vecibelerini yerine getirebilmeleri için ulaşılması kolay , uygun alanlar belirlenmelidir ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
143	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.43	Sağlık tesisinde engellilere yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.43.1	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.
144	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.44	Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde hastane yönetimi tarafından gerekli destek sağlanıyor mu?
		GD.44.1	Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde yapılması gereken süreçler hakkında ilgili çalışanlara eğitimler verilmeli ve eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
		GD.44.2	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesini sağlamaktan sorumlu bir ekip kurulmalıdır. şiddete maruz kalma durumunda olay ile ilgili gerekli kayıtlar düzenlenmelidir.
145	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.45	Verimlilik karne hesaplamasında kullanılan sağlık tesisi verileri Bakanlığımıza bildirilen veriler ile uyumlu mu?
		GD.45.1	Yoğun bakım yatak sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.
		GD.45.2	Ameliyat masa sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.
		GD.45.3	Diş üniteli sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.
		GD.45.4	Yerinde değerlendirme döneminde kurum tarafından belirlenecek Verimlilik karne hesaplamasında kullanılan sağlık tesisinin diğer verileri Bakanlığımıza bildirilen veriler ile uyumlu olmalıdır.
146	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.46	Sağlık tesislerinin yoğun bakımlarında yatan hastaların, yoğun bakım seviyelerine göre uygun endikasyon da hasta yatışının değerlendirilmesi Genel Sekreterlik tarafından kurulan ekipler tarafından yapıyor mu?
		GD.46.1	Genel sekreterliklerce kurulan ekipler tarafından bağlı sağlık tesislerinin yoğun bakımlarında uygun endikasyon da hasta yatışının değerlendirilmesi yapılmalıdır.
		GD.46.2	Değerlendirme sonrası oluşturulan rapor TKHK Özellikli Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı' na gönderilmelidir.

147	TEKNİK HİZMETLER	TH.1	HEPA Filtreli havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılıyor mu?
		TH.1.1	Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak en az yılda bir kez yapılmalı ve gerekli görüldüğü takdirde filtreler değiştirilmelidir.
		TH.1.2	Havalandırma sisteminin performans testleri (sızdırmazlık testi, hava debisi ve hava hızı ölçümü, partikül ölçümü, hava akış yönleri tespiti vb.) yapılmalı ve uygunsuzluk durumunda gerekli düzenlemeler başlatılmalıdır.
148	TEKNİK HİZMETLER	TH.2	Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.2.1	Bağlı bulunulan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.
		TH.2.2	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
149	TEKNİK HİZMETLER	TH.3	İklimlendirme ve klima sistemlerinin bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.3.1	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
150	TEKNİK HİZMETLER	TH.4	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?
		TH.4.1	Yeni veya mevcut asansörlerin, belediye veya belediye sınırları dışında kalanlar için il özel idaresi tarafından onaylanmış tescil belgesi olmalıdır.
		TH.4.2	Her yıl A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılan yıllık periyodik kontrol sonucu düzenlenmiş uygunluk belgesi olmalıdır.
		TH.4.3	Uygunluk belgesinde belirtilen etiketler, kabin içerisinde rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.
		TH.4.4	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
151	TEKNİK HİZMETLER	TH.5	Enerji tüketim takip modülüne, veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.5.1	Enerji tüketim takip modülünde, veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.

		TH.5.2	Elektrik faturalarının veri girişleri, enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		TH.5.3	Su faturalarının veri girişleri, enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
		TH.5.4	Yakıt faturalarının veri girişleri, enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.
152	TEKNİK HİZMETLER	TH.6	Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.6.1	Ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, görüntüleme merkezleri vb. hizmet alanlarını besleyen UPS'lerin bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
153	TEKNİK HİZMETLER	TH.7	Merkezi gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.7.1	Medikal gazların basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.
		TH.7.2	Olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren alarm sistemleri bulunmalıdır.
		TH.7.3	Merkez ve kat kontrol panolarının; bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
154	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?
		EH.1.1	Hastane eczanesinde aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.
155	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?
		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.
156	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	Yatan hastalara ilaç uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) konusunda bilgi veriliyor mu?
		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.

157	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	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.)
		EH.4.1	Soğuk zincire tabi ilaçların listesi çalışma alanlarında tercihen 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; hastane eczanesinde 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.
		EH.4.5	Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.
		EH.4.6	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.
		EH.4.7	Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rücu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.
158	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimata uygun yapılıyor mu?
		EH.5.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların listesi hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır. Hastane eczanesinde hatayı önlemek amacıyla farklı raflarda muhafaza edilmelidir.
159	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	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.)

		EH.6.1	<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none">*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 bildirimini*Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar,*Pediatriye güvenli ilaç uygulamaları,*Geriatride güvenli ilaç uygulamaları,*Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimini*İlaç Hazırlama Teknikleri*Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.)*Nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel destek ürünleri*İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları*Akılcı antibiyotik kullanımı
		EH.6.2	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.
		EH.6.3	Hastane eczanesinde hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.
160	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	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 yapıyor mu?
		EH.7.1	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.
161	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?
		EH.8.1	İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.

		EH.8.2	Albumin kullanım ikazları HBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.
		EH.8.3	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.)
		EH.8.4	Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nutrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.8.5	Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS 'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.
		EH.8.6	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve varsa yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir.
		EH.8.7	Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve HBYS' ye entegre edilmelidir.
		EH.8.8	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.
		EH.8.9	HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.
162	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapıyor mu?
		EH.9.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.
163	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapıyor mu?
		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 İçi Kısmi Doz İlaç Bildirim Formları hastane eczanesinde toplanmalıdır.
		EH.10.2	Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanmalıdır. (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Onkoloji Hastaneleri ve belirtilen branşlarda hizmet veren ek binalarda değerlendirilir.)

164	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	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?
		EH.11.1	Eczacı tarafından özellikli birimlerde (Acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ve servislerde kullanılmak üzere geçimsiz ilaç listesi hazırlanmalıdır.
		EH.11.2	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.
165	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	Sitotoksik ilaçlar uygun ortamda hazırlanıyor mu?
		EH.12.1	Antineoplastik ilaçlar eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.
		EH.12.2	Antineoplastik ilaçların hazırlandığı üniteler asgari olarak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan 05.12.2016 tarih ve 80981279 - 809.99 - E.99-1179 sayılı "Kemoterapi İlaç Hazırlama Üniteleri" konulu yazıda belirtilen standartları taşımalıdır.
		EH.12.3	Antineoplastik ilaçların depolanması ve transferi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.12.4	TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.12.5	Antineoplastik ilaçların uygulanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.12.6	Hazırlama ortamında ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda yapılması gereken işlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.12.7	Kemoterapi ünitesinde çalışan personel, çalışan güvenliğini tehdit etmeyecek uygun ortamda ve kişisel koruyucu ekipman kullanarak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda çalışmalıdır.
		EH.12.8	Antineoplastik ilaçların atık yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
		EH.12.9	Sağlık tesisinde sitotoksik ilaçların hazırlandığı kabinlerin kontrolleri yılda iki kez yapılmalıdır. Sağlık tesisi dışında hazırlanan sitotoksik ilaçlar için sürecin yılda iki kez kontrollerinin yapıldığına dair kayıt bulunmalıdır.
166	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması uygun koşullarda yapılıyor mu?

		EH.13.1	TPN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.
		EH.13.2	Enteral ve parenteral beslenme ürün listesi hazırlanmalıdır.
		EH.13.3	TPN Dolum ünitesi (compounder) hazırlama bölümü özellikleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.13.4	TPN Solüsyonu istemlerin kabulü, hazırlama bölümünde dolumun yapılması ve teslimatı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.
		EH.13.5	TPN Ünitesi mikrobiyolojik kontrolleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.
		EH.13.6	TPN hazırlama sürecinde stabilite ve geçimlilik TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.13.7	TPN solüsyonların servis/ünitede saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.13.8	TPN Solüsyonu ile ilaç etkileşimleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.13.9	TPN'de kullanılan tıbbi malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.13.10	Hazırlama bölümünün temizliği temiz oda dolum öncesi dezenfeksiyonu ve temiz oda haftalık dezenfeksiyonu TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
		EH.13.11	Hazırlama bölümünde görevlendiren personel TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.
167	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14	Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		EH.14.1	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.
168	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	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?

		EH.15.1	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindeki 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.
169	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda -yapılıyor mu?
		EH.16.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
170	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	İlaçların kırılması ve kaybolması yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.17.1	İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
171	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.18	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?
		EH.18.1	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.18.2	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.18.3	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.18.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilir.
172	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.19	İlaçların hastane eczanesinden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.19.1	İlaçlar hastane eczanesinde her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.19.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır

		EH.19.3	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
		EH.19.4	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.)
		EH.19.5	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
173	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.20	Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)
		EH.20.1	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.
		EH.20.2	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.
		EH.20.3	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.
		EH.20.4	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.
		EH.20.5	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.
		EH.20.6	Hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers etkilerin bildirimini yapılacağı farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		EH.20.7	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.

		EH.20.8	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.20.9	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.
		EH.20.10	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.
		EH.20.11	İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		EH.20.12	Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		EH.20.13	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.
174	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.21	Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)
		EH.21.1	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.
		EH.21.2	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.
		EH.21.3	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.
		EH.21.4	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.

		EH.21.5	Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır. (Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muaftır.)
		EH.21.6	Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.
175	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.22	Hastane Eczanesinden ilgili birimlere (servis, yoğun bakım vb.) gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?
		EH.22.1	Hastane Eczanesinden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar ilgili birimlerde hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		EH.22.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
176	MEDİKAL DEPO	MD.1	Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?
		MD.1.1	Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.
		MD.1.2	Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev dağılımları yapılmalı ve görev tanımlamaları belli olmalıdır. Görev tanımları ilgili personellere tebliğ edilmelidir.
177	MEDİKAL DEPO	MD.2	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçiliyor mu?
		MD.2.1	Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçilmelidir.
178	MEDİKAL DEPO	MD.3	MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?
		MD.3.1	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.
179	MEDİKAL DEPO	MD.4	Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?
		MD.4.1	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

180	MEDİKAL DEPO	MD.5	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?
		MD.5.1	Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Olumsuz olay bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılmalıdır.
		MD.5.2	Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dökümanları bulunmalıdır.
181	MEDİKAL DEPO	MD.6	Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?
		MD.6.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
182	MEDİKAL DEPO	MD.7	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?
		MD.7.1	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.
183	MEDİKAL DEPO	MD.8	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.8.1	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
184	MEDİKAL DEPO	MD.9	Medikal depodan ilgili birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		MD.9.1	Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.
		MD.9.2	Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı olmalıdır.
		MD.9.3	Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışlarının MKYS'den alınan taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.

		MD.9.4	Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.
185	MEDİKAL DEPO	MD.10	İhtiyaç planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere sağlık tesisleri bünyesinde Hastane Yöneticisi tarafından "İhtiyaç Tespit Komisyonları" kurulmuş mu?
		MD.10.1	İhtiyaç planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere sağlık tesisleri bünyesinde Hastane Yöneticisi tarafından "İhtiyaç Tespit Komisyonları" kurulmalı ve ihtiyaç belirlemede gerekli işlemleri yerine getirmelidir.
186	MEDİKAL DEPO	MD.11	MKYS Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı aktif olarak kullanılıyor mu? Girilen veriler geçmiş tüketim miktarları ile uyumlu mu?
		MD.11.1	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.
		MD.11.2	Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları veri girişleri 2013/09 sayılı Genelgenin 1.2 maddesinin c ve d bendine uygun olarak yapılmalıdır.
187	MEDİKAL DEPO	MD.12	İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?
		MD.12.1	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.
188	MEDİKAL DEPO	MD.13	İş eksilisi yapılan ihaleler için Tedarik Paylaşım Platformu üzerinden İş Eksiliş Belgesi alınmış mı?
		MD.13.1	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.
		MD.13.2	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.

189	MEDİKAL DEPO	MD.14	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde yapılıyor mu?
		MD.14.1	Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		MD.14.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		MD.14.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
		MD.14.4	Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		MD.14.5	Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır.
190	MEDİKAL DEPO	MD.15	Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.15.1	Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.
		MD.15.2	Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		MD.15.3	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		MD.15.4	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.15.5	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.15.6	Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.15.7	Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
191	MEDİKAL DEPO	MD.16	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

		MD.16.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.16.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.16.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.16.4	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
192	MEDİKAL DEPO	MD.17	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.17.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.17.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.17.3	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.17.4	Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)
		MD.17.5	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.
193	MEDİKAL DEPO	MD.18	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miat Kontrol Talimatına uygun olarak yapılıyor mu? (ilaç, tıbbi sarf vb.)
		MD.18.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		MD.18.2	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.18.3	Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.
		MD.18.4	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.18.5	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile HBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.
194	AYNİYAT DEPO	AD.1	Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?
		AD.1.1	Ayniyat depolarında yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalıdır.
		AD.1.2	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
195	AYNİYAT DEPO	AD.2	Ayniyat dayanıklı taşınır depolarında yapılan H.E.K. işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?
		AD.2.1	Sağlık tesisi yöneticisinden, hurda işlemi ve hurda komisyonu kurulması için onay alınmış olmalıdır.
		AD.2.2	Hurdaya ayrılacak taşınırlar için durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.
		AD.2.3	Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.
		AD.2.4	Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.
		AD.2.5	Döner sermaye kaynaklı hurda işlemleri için düzenlenen amortisman çıkış belgesi ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.
196	AYNİYAT DEPO	AD.3	Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene işlemleri, taşınır kayıt yetkilisinin gözetiminde düzenleniyor mu?
		AD.3.1	Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul ve hizmeti ifa komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi bulunmalı ya da gözetiminde yapılmalıdır.
197	AYNİYAT DEPO	AD.4	Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanları mevcut mu?

		AD.4.1	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.
		AD.4.2	Eğitimin planı ve içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.
198	AYNİYAT DEPO	AD.5	Teknik servis formlarında, ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?
		AD.5.1	Ayniyat dayanıklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.
199	AYNİYAT DEPO	AD.6	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve hibe işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?
		AD.6.1	Ayniyat, biyomedikal ve medikal depolara yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.
		A.D.6.2	Dilekçeye istinaden, yapılacak bağışın kabul edildiğine dair sağlık tesisi yöneticisinin onay yazısı olmalıdır.
		AD.6.3	Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için, değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.
		AD.6.4	Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri, ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü'ne ve bir nüshası da bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.
200	AYNİYAT DEPO	AD.7	Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde saymanlık ve defterdarlığa yapılıyor mu?
		AD.7.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, birer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.
		AD.7.2	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, üçer aylık dönemlerde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüklerine gönderilmelidir.
201	AYNİYAT DEPO	AD.8	Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, taşınır teslim belgesi (zimet fişi) mevcut mu?
		AD.8.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimet) işlemleri, MKYS'de güncel olarak yapılmış olmalıdır.
		AD.8.2	Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için, iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimet sahibine teslim edilmelidir.

202	AYNİYAT DEPO	AD.9	Satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri düzenlendikten sonra, en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?
		AD.9.1	Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.
		AD.9.2	TDMS raporlarından, taşınır muhasebeleştirme gün süresinin 10 günün üzerinde olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır.
203	AYNİYAT DEPO	AD.10	Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) ilgili dönemlerde MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?
		AD.10.1	Saymanlıklara bildiri yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
		AD.10.2	Defterdarlık veya Mal Müdürlüğü'ne bildiri yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.
204	AYNİYAT DEPO	AD.11	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?
		AD.11.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.
205	AYNİYAT DEPO	AD.12	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu ?
		AD.12.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.
		AD.12.2	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.
206	AYNİYAT DEPO	AD.13	Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?
		AD.13.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.
207	AYNİYAT DEPO	AD.14	Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?
		AD.14.1	Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansımaları için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

208	AYNİYAT DEPO	AD.15	Ayniyat dayanıklı taşınır lar sağlık tesisi dışına çıkartıldığında emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?
		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.
209	AYNİYAT DEPO	AD.16	Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınmış mı?
		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.
210	AYNİYAT DEPO	AD.17	Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?
		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.
211	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?
		AD.18.1	Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.
212	AYNİYAT DEPO	AD.19	Ayniyat dayanıklı taşınır ların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?

		AD.19.1	Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde; taşının adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.
213	AYNİYAT DEPO	AD.20	Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?
		AD.20.1	Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.
		AD.20.2	Malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		AD.20.3	Haşerelere karşı önlemler alınmalı, ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.
		AD.20.4	Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.
		AD.20.5	Güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.
214	AYNİYAT DEPO	AD.21	Depoların güvenliğini için gerekli önlemler alınmış mı?
		AD.21.1	Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		AD.21.2	Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
		AD.21.3	Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
		AD.21.4	Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.
215	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?
		KM.1.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi nde KMBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirim amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)
		KM.1.2	KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

		KM.1.3	KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.
216	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.2	Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS'de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?
		KM.2.1	Sağlık tesislerinde bulunan kullanım yerlerinde bulunan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.
		KM.2.2	Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.
217	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.3	MKYS'de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		KM.3.1	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 Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.
		KM.3.2	Evde sağlık kapsamında kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olmalıdır.
		KM.3.3	Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif kullanımda biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)
218	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.4	MKYS'de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?
		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.
219	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.5	Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?
		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.
220	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.6	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?
		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.
221	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.7	Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına Yönelik Eğitim Dokümanları Mevcut mu?
		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.
222	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.8	Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?
		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.
223	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.9	Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?
		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.

224	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.10	Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?
		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.
225	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.11	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?
		KM.11.1	Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.
226	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.12	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?
		KM.12.1	Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.12.2	Ölçümlemeye (metroloji) tabii biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.
		KM.12.3	Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırların bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.
227	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.13	Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?
		KM.13.1	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.2	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.3	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.
		KM.13.4	Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriğinde, kullanılan biyomedikal tüketim malzemeleri ve hizmet (işçilik) bedeli ayrı ayrı olmalıdır.
228	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.14	Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu ?

		KM.14.1	Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
		KM.14.2	Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.
229	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.15	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?
		KM.15.1	Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.
230	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.16	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.16.1	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.16.2	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.
		KM.16.3	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 kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
231	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.17	Validasyon Hizmeti kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?
		KM.17.1	Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)
		KM.17.2	Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)
		KM.17.3	Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri kapsamında kullanılan referans donanımların niteliği mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)
232	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.18	Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine Veri Girişi Yapılıyor mu?

		KM.18.1	Klinik Mühendislik Hizmetleri personelinin (hizmet alım personeli de dahil olmak üzere) verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine girilmelidir.
233	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.19	Biyomedikal depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?
		KM.19.1	Biyomedikal depolarında yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalıdır.
		KM.19.2	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
234	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.1	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?
		BD.1.1	Görevlendirilen Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilileri teknik hizmetler sınıfından olmalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)
235	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?
		BD.2.1	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.
		BD.2.2	Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.
236	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.3	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?
		BD.3.1	İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
		BD.3.2	Sağlık Tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.
237	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.4	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?
		BD.4.1	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

		BD.4.2	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.
238	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.5	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?
		BD.5.1	Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "Özellikli Sağlık Aracı" olmalıdır.
239	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.6	Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depolarında Yapılan H.E.K işlemleri, yönetmeliklere uygun yapıyor mu?
		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.
240	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.7	Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?
		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.
241	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.8	Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?
		BD.8.1	Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınıra ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır.
		BD.8.2	Bu istem belgelerinde künye bilgisi alanı istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.
		BD.8.3	İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.
242	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.9	Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.9.1	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.
		BD.9.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.
		BD.9.3	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin ilgili mevzuata atıf yapılarak kullanım amacı ile ilgili madde bulunmalıdır.
243	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.10	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?
		BD.10.1	Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.
		BD.10.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TİTUBB bilgisi bulunmalıdır.
244	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.11	Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS "Malzeme İşlemleri" modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?

		BD.11.1	Biyomedikal dayanıklı taşınır teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
		BD.11.2	Biyomedikal dayanıklı taşınır sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan dayanıklı taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
245	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.12	Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler "PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına" uygun yapılıyor mu?
		BD.12.1	Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu görevlendirilmiş olmalıdır.
		BD.12.2	Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.
		BD.12.3	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.
246	BİYOMEDİKAL DEPO	BD.13	Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların zimmet tutanakları mevcut mu?
		BD.13.1	Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların zimmet işlemleri güncel olarak yapılmış olmalıdır.
		BD.13.2	Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için 2 nüsha Taşınır Teslim Belgesi (zimmet fişi) düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.
		BD.13.3	Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.