

SORU SIRA	BÖLÜM	SORU KOD	ADSM/ADSH YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ
1	POLİKLİNİKLER	P.1	Sağlık tesisinde hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?
		P.1.1	Poliklinik ,bina ve kat girişlerinde Sağlık tesisinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.
2	POLİKLİNİKLER	P.2.	Hasta kayıt birimi, uygun düzenlenmiş mi?
		P.2.1	Hasta kayıt birimi, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
		P.2.2	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.
		P.2.3	Poliklinik muayenesi için kayıt işlemi yapılan hastanın hangi saat diliminde muayene olacağı belirlenerek hastaya bu hususta bilgi verilmelidir.
		P.2.4	Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.
3	POLİKLİNİKLER	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.
4	POLİKLİNİKLER	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.
5	POLİKLİNİKLER	P.5	Poliklinik muayene odalarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?
		P.5.1	Muayene ve tedavi odaları yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.
		P.5.2	Muayene ve tedavi odaları yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.
6	POLİKLİNİKLER	P.6	Poliklinik hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.6.1	Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.
		P.6.2	Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.
		P.6.3	Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.

7	POLİKLİNİKLER	P.7	Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri bulunuyor mu?
		P.7.1	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.
		P.7.2	Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.
8	POLİKLİNİKLER	P.8	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?
		P.8.1	Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında ve poliklinik girişi ile hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.
9	POLİKLİNİKLER	P.9	Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?
		P.9.1	Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın ismi veya sıra numarasını görebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
		P.9.2	MHRS ve öncelikli hasta grubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.
		P.9.3	İsminin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
10	POLİKLİNİKLER	P.10	Sağlık tesisinde görev yapan her diş hekimine ait bir diş üniti var mı?
		P.10.1	Aktif olarak poliklinik yapan her diş hekimine bir diş üniti tahsis edilmelidir.
		P.10.2	Her poliklinik odasında Diş hekimlerinin kullanımına tahsis edilen cihaz ve donanımlar yeterli sayıda olmalıdır.(kavitron ve uçları,amalgamatör,işinli dolgu cihazı vb.)
11	POLİKLİNİKLER	P.11	Poliklinik süreçlerine ait tüm işlemler, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılıyor mu?
		P.11.1	Hekimler devam eden MHRS işlem randevularını HBYS üzerinden verebilmelidir.
		P.11.2	Talep edilen konsültasyonların ve sonuçlarının HBYS üzerinde kaydedileceği bir alan bulunmalıdır.
		P.11.3	Hastanın anamnez bilgileri HBYS de kayıt edilmelidir.
12	POLİKLİNİKLER	P.12	Sağlık tesisinde, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?
		P.12.1	Poliklinik alanında ,havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede ,bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.
		P.12.2	Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.
		P.12.3	Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme yeri olmalıdır.
13	POLİKLİNİKLER	P.13	MHRS 'den randevu alan hastaların, zamanında muayene olmaları için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		P.13.1	MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır.
		P.13.2	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.

14	POLİKLİNİKLER	P.14	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme var mı?
		P.14.1	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin dezenfeksiyonu, yazılı düzenlemeye uygun yapılmalıdır.
15	POLİKLİNİKLER	P.15	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin transferi ile ilgili düzenleme var mı?
		P.15.1	Poliklinikte alınan protez ölçülerinin, laboratuvara transferi yazılı düzenlemeye uygun olarak yapılmalıdır. (Transfer hasta tarafından yapılmamalıdır).
		P.15.2	Ölçüler dezenfeksiyonu yapılmış halde ağız kapalı hastaya özel kap ya da kilitli poşetlerde yapılmalı ve üzerinde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiketler bulunmalıdır.
16	POLİKLİNİKLER	P.16	Uygulanan tedavi süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılıyor mu?
		P.16.1	Konservatif tedavi , endodontik tedavi , protez randevu süreleri sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve sağlık tesisi tarafından belirlenen sürelerle uyulmalıdır.
		P.16.2	Gecikme süreleri ile ilgili analiz yapılmalı ve yönetim tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.
17	POLİKLİNİKLER	P.17	Polikliniklerde kullanılan ilaç ve sarf malzemelerin hasta uygulamasına ait düzenleme yapılmış mı?
		P.17.1	Kullanılacak lokal anestezipler, diğer ilaçlar hastaya özel hazırlanmalı ve kimyasal maddelerin birbiri ile karışmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. (Farklı renkte etiket yapıştırılmış enjektörler, enjektör uçları vb.) hazırlanmalıdır.
18	POLİKLİNİKLER	P.18	Tedavi yapılan her hasta sonrası diş ünitesi ve kullanılan ekipmanlar çapraz kontaminasyonu önleyecek şekilde temizleniyor ve dezenfekte ediliyor mu?
		P.18.1	Diş ünitesinin dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.
		P.18.2	Diş ünitesinin dezenfeksiyonu konusunda temizlik personeline eğitim verilmeli ve uygun dezenfeksiyon yapılmalıdır.
19	POLİKLİNİKLER	P.19	Hastanın bilgilendirmesine yönelik düzenleme yapılıyor mu?
		P.19.1	Ağız bakımı ,tedaviler ve tedavi sonrası yapılacaklar hakkında hastalara sözlü, görsel veya yazılı bilgilendirme yapılmalıdır.
20	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.1	Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		DG.1.1	Sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.
		DG.1.2	Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.
		DG.1.3	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.
		DG.1.4	Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalı veya içeriği ve hastanın pozisyonunu gösterecek kamera sistemi olmalıdır.

		DG.1.5	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.
		DG.1.6	Dental görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.
21	DENTAL GÖRÜNTÜLEME	DG.2	Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		DG.2.1	Radyoloji ünitesinde çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.
		DG.2.2	Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.
		DG.2.3	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.
		DG.2.4	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.
		DG.2.5	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.
		DG.2.6	Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.
22	DENTAL GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	DG.3	Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?
		DG.3.1	Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların(periapikal,panoramik, seyyar röntgen cihaz vğ)TAEK lisansı güncel olmalıdır.
		DG.3.2	TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır. (Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılmalıdır.)
		DG.3.3	TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.
		DG.3.4	Kablosuz taşınabilir periapikal röntgen cihazları özel durumlar dışında rutin kullanılmamalıdır.(evde sağlık birimi, ameliyathane, engelli hastalar vb.)
23	DIŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.1	Protez laboratuvarı alt yapısı, çalışan güvenliği ve hizmet kalitesi açısından uygun şartlarda mı? (Protez Hizmetini dışarıdan alan sağlık tesislerinde DPL.1, DPL.2 ve DPL.5 değerlendirilecektir.)
		DPL.1.1	Protez hizmeti alan sağlık tesislerinde geçici kron, tamir vb. akril işlemleri yapılıyorsa akril gazlarının bertarafını sağlayan kabin, vakum sistemleri bulunmalı , aktif olarak kullanılmalı ve kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		DPL.1.2	Tüm yüzeyler kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı nitelikte olmalıdır.
		DPL.1.3	Vakum sistemi diş protez teknisyeninin inhalasyonunu engelleyecek seviyede yapılandırılmış olmalıdır.
		DPL.1.4	Emilen hava filtre edilerek direkt dış ortama atılmalıdır.

		DPL.1.5	Kişisel koruyucu ekipmanlar laboratuvarında yeterli sayıda bulunmalı ve kullanılmalıdır. (Eldiven, güvenlik gözlükleri, TS EN 149 standartına uygun endüstriyel toz maskeleri, vakumlu toz emicili çalışma masası)
24	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.2.2	Protez Laboratuvarına (Hizmet alimi yapılan laboratuvarlar dahil) gelen ölçülerin bekletilmeden alçı dökülmesi için gereken önlemler alınıyor mu?
		DPL.2.1	Protez ölçülerinin laboratuvara kabul - yenileme kriterleri belirlenmeli, yenilenecek ölçüler kayıt altına alınmalı ve analiz edilerek yönetim tarafından gereken düzenlemeler yapılmalıdır.
		DPL.2.2	Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami süre sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve azami süreye uyum HBYS' de izlenebilmelidir.
		DPL.2.3	Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçecek azami sürenin aşılması durumlarında yönetim tarafından gereken düzenlemeler yapılmalıdır.
25	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.3	Sabit protez yapılan hastalarda geçici protez yapılıyor mu?.
		DPL.3.1	Sabit protez yapılan hastalarda geçici protez yapılmalıdır .
26	DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARI	DPL.4	Protez yapımında kullanılan malzemelerin kalitesi ve tekrarlanan protez sayısı analiz edilerek kayıt altına alınıyor mu?
		DPL.4.1	Tekrarlanan protez uygulamaları analiz edilmeli ve yenileme işlemlerini azaltmak için iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
		DPL.4.2	Altı ayda bir rastgele olarak seçilen protez numunelerinin (kullanılan metal ve estetik materyaller açısından) metalürjik testleri yaptırılmalı ve uygunsuz test sonuçları ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. (Bu testlerde kullanmayı taahhüt ettiği çekirdek metallerin prospektüslerindeki oranlar ile numunelerdeki oranlar karşılaştırılmalıdır)
			SERVİS BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADŞH'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
27	SERVİS	S.1	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.1.1	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü eksiksiz doldurulmuş olmalıdır.
28	SERVİS	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.
29	SERVİS	S.3	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılıyor mu?
		S.3.1	Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
		S.3.2	Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.
30	SERVİS	S.4	Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?

		S.4.1	Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içinde değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
		S.4.2	Hastanın tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.
		S.4.3	Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hızı, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.
31	SERVİS	S.5	Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?
		S.5.1	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
		S.5.2	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
32	SERVİS	S.6	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?
		S.6.1	İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.
		S.6.2	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.)
33	SERVİS	S.7	Hasta odaları uygun fiziki düzenlemelere sahip mi?
		S.7.1	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
		S.7.2	Refakatçilerin dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunmalıdır.
		S.7.3	Yatak başı bağlantılı ve hastaların kullandığı tüm banyo/tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo/tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.
34	SERVİS	S.8	Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?
		S.8.1	Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: Hastaya; odası, yatak başı hemşire çağrı sistemi ve yatak kullanımı, Kahvaltı ve yemek saatleri, Hasta ve yakınımın uyması gereken kuralları, Ziyaret saatleri ve kuralları, Telefon kullanımı, Tuvalet-banyo kullanımı, Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı Hekimin vizit saatleri

		S.8.2	Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir: * Kullanacağı ilaçlar, * Düşme riski, * Tıbbi cihazların kullanımı, * Beslenme, egzersizler, * El hijyeni * Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.
		S.8.3	Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir: * İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, ilaçların özellikli kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.)ve olası yan etkileri, *Diyet ve beslenme biçimi, * Egzersiz ve aktiviteler, *Muhtemel komplikasyonlar, özel uyarılar, *Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı(pansumanı), * Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb...
		S.8.4	Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
35	SERVİS	S.9	Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?
		S.9.1	Epikrizde; 1- Yatış sebebi,tanımlar ve eşlik eden hastalıklar, 2-Önemli fiziksel ve diğer bulgular, 3-Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler, 4-Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar, 5-Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu, 6-Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama, 7-Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.
		S.9.2	Tabucu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.
36	SERVİS	S.10	Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?
		S.10.1	Yataklı servislerde hasta dosyaları dosyalama planına uygun şekilde düzenlenmelidir.
		S.10.2	Dosya muhteviyatını gösteren kontrol çizelgesi dosya kapağında ve içeriğiyle uyumlu olmalıdır.

			AMELİYATHANE BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADŞH'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
37	AMELİYATHANE	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.
38	AMELİYATHANE	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.
39	AMELİYATHANE	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) ayrımı 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.
40	AMELİYATHANE	A.4	Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin ameliyathanede yapılması gereken bölümleri eksiksiz uygulanıyor mu?
		A.4.1	Güvenli cerrahi kontrol listesi ameliyatın safhasına göre doldurulmuş olmalıdır.
41	AMELİYATHANE	A.5	Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?

		A.5.1	Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz(silikon esaslılar hariç) 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.
42	AMELİYATHANE	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.
43	AMELİYATHANE	A.7	Cerrahi hekim tarafından hasta ameliyathaneden çıkmadan önce ameliyat notu ve postoperatif order yazılıyor mu?
		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.
44	AMELİYATHANE	A.8	Dezenfektan solüsyonların son kullanma tarihleri ve etkinlikleri kontrol ediliyor mu?
		A.8.1	Hazırlanan dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri bulunmalıdır.
		A.8.2	Yüksek düzey dezenfektan solüsyonların etkinlikleri etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
45	AMELİYATHANE	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.
46	STERİLİZASYON	ST.1	Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?-(Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde değerlendirilecektir.)
		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 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.
47	STERİLİZASYON	ST.2	Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu ? (Sterilizasyon hizmeti sağlık tesisi dışında yapılıyorsa steril malzeme deposu bulunmalı ve uygun şekilde depolanmalıdır.)
		ST.2.1	Depo 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	Steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarda, tavandan 50 cm aşağıda, duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.
		ST.2.3	Depolanan 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 ile ilgili bilgiler olmalıdır.
48	STERİLİZASYON	ST.3	Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınmıyor mu? (Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde değerlendirilecektir.)
		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 in altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak 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.
		ST.3.7	Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeretör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) sterilize edilmelidir.

		ST.3.8	Hava-su sprey başlıkları steril edilmelidir.(Disposible başlıklarda kullanılabilir.)
49	STERİLİZASYON	ST.4	Sterilizasyon hizmeti sağlık tesisi dışında hizmet alımı veya protokol ile başka bir üniteye yapılıyorsa; Sterilizasyon hizmetlerinin ADSM/ADSH içinde yapılan aşamaları için uygun şartlar sağlanmış mı? (Sağlık tesisi dışından hizmet alımı yapan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir).
		ST.4.1	Kirli aletler ayrı bir alanda toplanmalıdır.
		ST.4.2	Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.(ADSM/ADSH içinde bu işlem yapılmıyorsa muafır.)
		ST.4.3	Steril malzemeler depoya teslim edilmelidir.
		ST.4.4	Sterilizasyon işlemlerine ait Bowie&Dick, Vakum Kaçak Testi ve Biyolojik test sonuçları sağlık tesisine teslim edilmelidir.
		ST.4.5	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
		ST.4.6	Sağlık tesisi tarafından yılda 2 kez sterilizasyon hizmetlerinin yapıldığı ünite yerinde değerlendirilerek, sterilizasyon hizmetlerinin uygunluğu kayıt altına alınmalıdır.
		ST.4.7	Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aeretör başlığı, anguldruva, kavitron vb.) sterilize edilmelidir.
		ST.4.8	Hava-su sprey başlıkları steril edilmelidir.(Disposible başlıklarda kullanılabilir.)
50	STERİLİZASYON	ST.5	Paketlenmiş steril malzemelerin sterilizasyon ünitesinden kullanım anına kadar geçen süreçte sterilizasyonun bozulmaması için gereken önlemler alınıyor mu?
		ST.5.1	Tüm malzemeler kapalı taşıma kaplar ve/veya araçlarda taşınmalıdır. Taşıma araçları günlük temizlenmelidir.
51	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.1	Genel sekreterlik tarafından sağlık tesisinin yerinde değerlendirme soru listesine göre değerlendirmesi yapılmış mı?
		GD.1.1	Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesinin göre yılda bir kez değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçları sağlık tesisi yönetimi ile paylaşılmalıdır.
52	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.2	Sağlık Tesisi genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?
		GD.2.1	Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmeli ve belirlenen temizlik kurallarına uyulmalıdır.
		GD.2.3	Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

		GD.2.4	Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.
53	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.3	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?
		GD.3.1	El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır. (Kliniklerdeki musluklar ve el kurutma makineleri tercihen fotoselli olmalıdır.)
		GD.3.2	Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.
54	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.4	Kurum çalışanlarının kimlik kartı var mı?
		GD.4.1	Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır
55	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.5	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu? (ADSM'LERDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.5.1	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		GD.5.2	İş sağlığı ve güvenliği kurulu iki ayda bir toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		GD.5.3	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren iki yılda en az on iki saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
		GD.5.4	Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç dört yılda bir risk değerlendirmesi yapılmış olmalıdır.
		GD.5.5	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
56	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.6	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu? (ADSH'LERDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)
		GD.6.1	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.
		GD.6.2	İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.
		GD.6.3	Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.
		GD.6.4	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.6.5	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 yapılmış olmalıdır.

		GD.6.6	Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.
57	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.7	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?
		GD.7.1	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük).
58	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.8	Nöbetlerde güvenlik hizmeti veriliyor mu?
		GD.8.1	Güvenlik hizmeti sağlık tesisi girişine hâkim,uygun alanda konumlandırılmalıdır.
		GD.8.2	Nöbet süresince güvenlik hizmeti verilmelidir.
59	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.9	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?
		GD.9.1	Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
		GD.9.2	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personelin takipleri yapılmalıdır.
60	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.10	Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?
		GD.10.1	Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmeli ve ilgili kişilere tebellüğ edilmelidir.
61	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.11	Evde sağlık hizmetleri ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.11.1	Evde sağlık birimi oluşturulmalı ve mevzuata uygun personel görevlendirilmelidir.
		GD.11.2	Evde sağlık ekibine yönetmeliğe uygun bir araç tahsis edilmelidir.
		GD.11.3	Evde sağlık aracı yeterli mobil donanıma sahip olmalıdır.
		GD.11.4	Evde Sağlık Hizmetlerinde görevli personel hizmet sunumu sırasında standartları kurum tarafından belirlenen özel kıyafeti giymelidir.
		GD.11.5	Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde yer alan dokümanlar hekim tarafından eksiksiz doldurulmalı ve uygulanan tedavi ve bakımlar kaydedilmelidir.
62	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.12	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmış mı?
		GD.12.1	Uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		GD.12.2	Mavi kod yönetimine ait sorumlular belirlenmelidir.

		GD.12.3	Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve malzeme ve tıbbi cihaz listesi oluşturulmalı ve kontrolleri yapılmalıdır.
63	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.13	Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.13.1	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.13.2	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.13.3	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.13.4	Kırık cam, ampul, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek ancak mikroorganizmalarla kontamine olmayan atıklar, plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.
		GD.13.5	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.
64	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.14	Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapılıyor mu?
		GD.14.1	Tıbbi atık torbaları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunmalıdır.
		GD.14.2	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.14.3	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.14.4	Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.
		GD.14.5	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.14.6	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.14.7	Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır
65	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.15	Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN FAZLA TIBBİ ATIK ÜRETEK VE/VEYA TIBBİ ATIĞI +4 °C'DE 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.)
		GD.15.1	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.15.2	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.15.3	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.15.4	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.15.5	Tıbbi atık deposunun günlük temizlik ve dezenfeksiyonu yapıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon takip çizelgesi doldurulmalıdır.
66	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.16	Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN AZ TIBBİ ATIK ÜRETEK VE TIBBİ ATIĞI 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETMEYEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)

		GD.16.1	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.16.2	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.16.3	Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemeli ve başka maksatla kullanılmamalıdır.
		GD.16.4	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.16.5	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.
67	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.17	Evsel atık geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu? (yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler muafır)
		GD.17.1	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.17.2	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.17.3	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.
68	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.18	Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapılıyor mu?
		GD.18.1	Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, cam ve plastikler,
		GD.18.2	Tehlikeli atık biriktiren ve depolayan sağlık tesisi Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğünden Tehlikeli Atık Geçici Depolama İzni almalıdır.
		GD.18.3	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.18.4	Tehlikeli atık kaplarının üzerinde tehlikeli atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunmalı, birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde depolanmalıdır.
		GD.18.5	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.18.6	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.
69	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.
70	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.20	Tehlikeli ve Tıbbi Atıklar Birim bazında tartılıyor mu?
		GD.20.1	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.20.2	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.
71	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.21	Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?
		GD.21.1	Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.
		GD.21.2	Sağlık tesinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.
		GD.21.3	Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.
		GD.21.4	Yangın çıkış kapıları ve yangın merdivenleri kulanıma hazır ve işlevsel olmalı ve kullanım amacı dışında kullanılmamalıdır.
72	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.22	Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?
		GD.22.1	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.22.2	Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.
		GD.22.3	Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli, kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.

		GD.22.4	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.22.5	Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının yılda bir kez kontrol edildiğine dair etiketleme yapılmalıdır.
73	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.23	Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?
		GD.23.1	Sağlık tesisinde oluşturulan HAP/Acil Afet Planı her yılın başında güncellenmelidir.Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.
74	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.24	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli tekerlekli sandalye mevcut mu?
		GD.24.1	Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sayıda tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
75	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.25	Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?
		GD.25.1	İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.
		GD.25.2	Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır
		GD.25.3	Kamera sistemi hasta ve personel mahremiyeti gözönüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.
76	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.26	Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri, güvenlik açısından sabitlenmiş mi?
		GD.26.1	Sertifikalı sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri bulunmalı ve güvenlik açısından sabitlenmelidir.
77	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.27	Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?
		GD.27.1	Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.
		GD.27.2	Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.
		GD.27.3	Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Sorumlusu tarafından değerlendirilmelidir.
		GD.27.4	Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtları olmalıdır.
78	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.28	Arşiv bölümünün işleyişine yönelik yazılı düzenleme belirlenmiş mi?

		GD.28.1	Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.
		GD.28.2	Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.
		GD.28.3	Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.
		GD.28.4	Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.
79	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.29	Sağlık tesisinde uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?
		GD.29.1	Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı ve bekleme alanları oluşturulmalıdır.
		GD.29.2	Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği doğru yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.
		GD.29.3	Otopark ve bahçe içerisinde ,Sağlık tesisi çevresinde (Otoparkı , bahçe vb) yeterli aydınlatma yapılmalıdır.
		GD.29.4	Hastane yakınındaki cadde ve sokaklarda işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
		GD.29.5	Engelli otoparki poliklinik girişine yakın bir alanda olmalıdır.
80	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.30	Hasta ve Çalışan memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.30.1	Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalı, memnuniyet, dilek, öneri ve talepleri üst yönetim tarafından değerlendirilerek gerekli görülen
		GD.30.2	Sağlık tesisi yönetimi, çalışan memnuniyet anketleri ile çalışanların görüş ve önerileri doğrultusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunmalıdır.
81	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,
		GD.31.2	Bilgiler güncel olmalıdır.
82	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.32	Çalışanlara "uyum eğitimleri" verilmiş mi?
		GD.32.1	Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.

		GD.32.2	Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.
83	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.33	Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?
		GD.33.1	Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.
84	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.34	Sağlık tesisinde hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?
		GD.34.1	Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır.
85	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.35	Hizmet sunulan tüm alanlarda hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.35.1	Hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
86	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.36	Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?
		GD.36.1	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.
87	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.37	Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi? (Poliklinik, servis ve ameliyathane de değerlendirilecektir.)
		GD.37.1	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) Gerekliğinde 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.37.2	Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılmalıdır.
		GD.37.3	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.
88	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.38	Bilgi Güvenliğine Yönelik Çalışmalar Planlanmış mı?
		GD.38.1	Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.
		GD.38.2	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
		GD.38.3	Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) kurumsal gizlilik sözleşmesi yapılmalıdır.
		GD.38.4	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.38.5	Bilgi Güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.
89	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.39	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
		GD.39.1	Hasta hakları birimi poliklinik alanlarına yakın ve kolay ulaşılabilir bir alanda konumlandırılmalıdır.
		GD.39.2	Hastanın hekim seçme hakkına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
		GD.39.3	Hasta ve hasta yakınlarının dini vecibelerini yerine getirebilmeleri için ulaşılabildiği uygun alanlar belirlenmelidir ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
90	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.40	Verimlilik karne hesaplamasında kullanılan sağlık tesisi verileri Bakanlığımıza bildirilen veriler ile uyumlu mu?
		GD.40.1	Diş üniti sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.
		GD.40.2	Nitelikli ünit (bir odada en fazla 2 ünit bulunan) sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.
		GD.40.3	ADSH Ameliyat masa sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.
		GD.40.4	ADSM/ADSH' de aktif çalışan hekim sayısı ile uyumlu nöbet hizmeti verilmelidir..(Aktif hekim sayısı 20 ve daha fazla ise tam zamanlı ,az ise 24:00 kadar nöbet tutulması,4-9 (4 ve 9 dahil) olduğunda icap nöbeti tutulur.)
		GD.40.5	Yerinde değerlendirme döneminde kurum tarafından belirlenecek Verimlilik karne hesaplamasında kullanılan sağlık tesisinin diğer verileri Bakanlığımıza bildirilen veriler ile uyumlu olmalıdır.

91	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.41	Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde hastane yönetimi tarafından gerekli destek sağlanıyor mu?
		GD.41.1	Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde yapılması gereken süreçler hakkında ilgili çalışanlara eğitimler verilmeli ve eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
		GD.41.2	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesini sağlamaktan sorumlu bir ekip kurulmalıdır. Şiddete maruz kalma durumunda olay ile ilgili gerekli kayıtlar düzenlenmelidir.
92	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.42	Sağlık tesisinde engellilere yönelik düzenlemeler mevcut mu?
		GD.42.1	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.
93	GENEL DEĞERLENDİRME	GD.43	Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?
		GD.43.1	Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.
		GD.43.2	Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.
94	TEKNİK HİZMETLER	TH.1	HEPA Filtreli havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılıyor mu?
		TH.1.1	Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak 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 v.b.) yapılmalı ve uygunsuzluk durumunda gerekli düzenlemeler başlatılmalıdır.
95	TEKNİK HİZMETLER	TH.2	Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.2.1	Bağlı bulunan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.
		TH.2.2	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
96	TEKNİK HİZMETLER	TH.3	İklimlendirme ve klima sistemlerinin bakımı ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.3.1	Bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
97	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.
98	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.
99	TEKNİK HİZMETLER	TH.6	Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?
		TH.6.1	Ameliyathane,acil servis, görüntüleme merkezleri vb. hizmet alanlarını besleyen UPS'lerin bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.
100	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, ve bakım formları saklanmalıdır.
			ECZACILIK BÖLÜMÜNDEKİ SORULAR ADŞH'DE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.
101	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.1	TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimata uygun yapılıyor mu?
		EH.1.1	Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların listesi hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır. Hastane eczanesinde hatayı önlemek amacıyla farklı raflarda muhafaza edilmelidir.

102	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.2	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.2.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerle ilgili sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Asgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir; *Akılcı ilaç kullanımı, *İlaçların stabilitesi *İlaç geçimsizliği *İlaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi *Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar *İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirimini *Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar, *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.) *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları *Akılcı antibiyotik kullanımı
		EH.2.2	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.2.3	Hastane eczanesinde hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.
103	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.3	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.3.1	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.
104	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.4	İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?
		EH.4.1	İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.
		EH.4.2	Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve varsa yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir.
		EH.4.3	Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve HBYS' ye entegre edilmelidir.

		EH.4.4	Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.
		EH.4.5	HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.
105	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.5	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapıyor mu?
		EH.5.1	Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.
106	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.6	Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapıyor mu?
		EH.6.1	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.
107	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.7	İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun olarak yapıyor mu?
		EH.7.1	HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, ilaç 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.
108	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.8	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda yapıyor mu?
		EH.8.1	İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.
109	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.9	İlaçların kırılması, kaybolmasına yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapıyor mu?
		EH.9.1	İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda yapılmalıdır.
110	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.10	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapıyor mu?
		EH.10.1	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.
		EH.10.2	Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.
		EH.10.3	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.10.4	Yazılı düzenlemeye Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilmelidir.
111	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.11	İlaçların hastane eczanesinden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.11.1	İlaçlar hastane eczanesinde her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.
		EH.11.2	Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır
		EH.11.3	Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.
		EH.11.4	Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.
112	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.12	Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?
		EH.12.1	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.
113	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.13	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.13.1	Eczacı tarafından ameliyathane ve servislerde kullanılmak üzere Geçimsiz İlaç Listesi hazırlanmalıdır.
		EH.13.2	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dökümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.
114	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.14.	Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?
		EH.14.1	Tabletler de doz ayarlamasının yapılması veya yutulamayan tabletlerin toz haline getirilmesi için servisler, eczane vb. bölümlerde tablet kesme ve ezme aparatları kullanılmalıdır.
115	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.15	Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (İlgili birimlerde değerlendirilecektir.)
		EH.15.1	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.15.2	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.15.3	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.15.4	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.15.5	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.15.6	Hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers etkilerin bildirimini yapacağı farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		EH.15.7	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.15.8	İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.15.9	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.15.10	İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve HBYS üzerinde görülen miad ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miad ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.15.11	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.15.12	İşıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İşıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
		EH.15.13	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.

116	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.16	Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (İlgili birimlerde değerlendirilecektir.)
		EH.16.1	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.16.2	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 Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		EH.16.3	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.16.4	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.16.5	Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.
117	ECZACILIK HİZMETLERİ	EH.17	Hastane Eczanesinden ilgili birimlere gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?
		EH.17.1	Hastane Eczanesinden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar ilgili birimlerde hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.
		EH.17.2	İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.
118	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.
119	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.
120	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.
121	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.
122	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 bildirim 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.
123	MEDİKAL DEPO	MD.6	Tüm medikal depo malzemeleri için muayene, mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?
		MD.6.1	Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.
124	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.
125	MEDİKAL DEPO	MD.8	Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?
		MD.8.1	Medikal depoda stok düzeyinin iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.
126	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 ilgili birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı yapılmalıdır.
		MD.9.2	Medikal depodan ilgili birimlere tıbbi sarf malzemeleri Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı yapılmalıdır.
		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.
127	MEDİKAL DEPO	MD.10	MKYS Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı aktif olarak kullanılıyor mu? Girilen veriler geçmiş tüketim miktarları ile uyumlu mu?
		MD.10.1	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 gözönüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.
		MD.10.2	Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları veri girişleri 2013/09 sayılı Genelgenin 1.2 maddesinin c ve d bendine uygun olarak yapılmalıdır.
128	MEDİKAL DEPO	MD.11	İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?
		MD.11.1	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.
129	MEDİKAL DEPO	MD.12	İş eksilişi yapılan ihaleler için Tedarik Paylaşım Platformu üzerinden İş Eksiliş Belgesi alınmış mı?
		MD.12.1	Birlik stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenir.Yüklemeyi 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.12.2	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.
130	MEDİKAL DEPO	MD.13	Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde yapılıyor mu?
		MD.13.1	Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.
		MD.13.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılmalıdır.
		MD.13.3	Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.
		MD.13.4	Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılmalıdır.

		MD.13.5	Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılmalıdır.
131	MEDİKAL DEPO	MD.14	Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?
		MD.14.1	Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.
		MD.14.2	Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.
		MD.14.3	Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.
		MD.14.4	Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)
		MD.14.5	Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.
		MD.14.6	Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.
		MD.14.7	Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.
132	MEDİKAL DEPO	MD.15	Depoların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?
		MD.15.1	Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.15.2	Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.15.3	Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		MD.15.4	Elektiğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.(Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)
133	MEDİKAL DEPO	MD.16	Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?
		MD.16.1	Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.16.2	Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.
		MD.16.3	Medikal depolarda, sıcaklık ve nemin 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.16.4	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.16.5	İşıktan 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.
134	MEDİKAL DEPO	MD.17	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.17.1	Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.
		MD.17.2	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.17.3	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.17.4	Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.
		MD.17.5	Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile HBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.
135	MEDİKAL DEPO	MD.18	İhtiyaç planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere sağlık tesisleri bünyesinde Hastane Yöneticisi tarafından "İhtiyaç Tespit Komisyonları" kurulmuş mu?
		MD.18.1	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.
136	MEDİKAL DEPO	MD.19	Polikliniklerde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		MD.19.1	Tıbbi sarf deposundan; Polikliniklere verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		MD.19.2	Polikliniklerden medikal depoya iade edilen tıbbi sarf malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.
		MD.19.3	Soğuk zincire tabi tıbbi sarf malzemesi listesi bulundurulmalı ve soğuk zincir bozulmayacak şekilde muhafaza edilmelidir. (Estetik dolgu setleri, Bondingler vb. üretici firma tarafından belirlenen sıcaklığa uyularak muhafaza edilmelidir)

		MD.19.4	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.
137	MEDİKAL DEPO	MD.20	Poliklinikte ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?
		MD.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.
		MD.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.
		MD.20.3	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.
		MD.20.4	Tüm ilaçların kullanılmayan yarım dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Yarım kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		MD.20.5	Hastalara ilaç uygulamalarında advers etki ile karşılaşıncı bildirim yapılacak farmokovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.
		MD.20.6	Polikliniklerde bulunan ilaç miktarları ve miad kontrolleri yapılmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miad Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.
		MD.20.7	İşıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İşıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.
138	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.
139	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.
140	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.
141	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.
142	AYNİYAT DEPO	AD.5	Teknik servis formlarında, ayniyat dayanaklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?
		AD.5.1	Ayniyat dayanaklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanaklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.
143	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.
144	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.
145	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.
146	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.
147	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.
148	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.
149	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.
150	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.

151	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, taşınırın stoğa yansması için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.
152	AYNİYAT DEPO	AD.15	Ayniyat dayanaklı taşınırın sağlık tesisi dışına çıkartıldığında emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?
		AD.15.1	Ayniyat dayanaklı taşınırın, (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 dayanaklı taşınırın geri iade edildiğinde, MKYS'den emanet iade işlemi yapılmalı, taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.
153	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 dayanaklı taşınırın tutarları, komisyon tarafından belirlenmiş olmalıdır.
		AD.16.2	Biyomedikal dayanaklı taşınırın, 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 dayanaklı taşınırın 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.
154	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.
155	AYNİYAT DEPO	AD.18	Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?
		AD.18.1	Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.
156	AYNİYAT DEPO	AD.19	Ayniyat dayanaklı taşınırın üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?
		AD.19.1	Ayniyat dayanaklı taşınırın üzerinde; taşınırın adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.

157	AYNIYAT 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.
158	AYNIYAT 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.
159	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 bildirimini 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.
160	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.

161	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 (poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, 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.
162	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 (poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, 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.
163	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.
164	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.
165	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.

166	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.
167	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.
168	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
169	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.
170	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.
171	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.
172	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.
173	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.
174	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.16	Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapıyor mu?
		KM.16.1	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, , 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 (poliklinik, görüntüleme, laboratuvar, servis, ameliyathane, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
		KM.16.3	Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (poliklinik, görüntüleme, ,laboratuvar, servis, ameliyathane, , sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların ölçümleme işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.
175	KLİNİK MÜHENDİSLİK	KM.17	Validasyon Hizmeti kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapıyor mu?
		KM.17.1	Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)
		KM.17.2	Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, 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, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)

176	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.
177	KLİNİK MÜHENDİSLİK	BD.1	Biyomedikal depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?
		BD.1.1	Biyomedikal depolarında yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalıdır.
		BD.1.2	Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.
178	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.
179	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.
180	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.
181	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.
182	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.
183	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.
184	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.
185	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 TITUBB 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.
186	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 TITUBB bilgisi bulunmalıdır.
187	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 taşınırlar 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 taşınırlar 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.
188	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.
189	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.
--	--	--