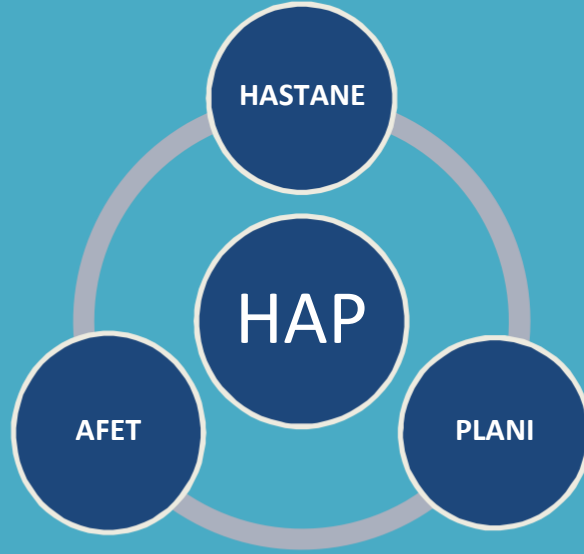


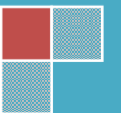
2024



T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



www.hastane.kafkas.edu.tr
hastane@kafkas.edu.tr



İÇİNDEKİLER

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET PLANI (HAP) HAZIRLAMA KOMİSYONU...	5
İNCELEYEN- ONAYLAYAN...	6
DAĞITIM ÇİZELGESİ (İÇ-DIŞ).....	7
TANIMLAR.....	8
1. GİRİŞ.....	10
2. HAP ÇERÇEVESİ.....	11
3. AMAÇ.....	12
4. HUKUKİ DAYANAK.....	12
5. KAPSAM.....	12
6. HAP İŞLEYİŞİ.....	13
6.1. HAP'ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki (İL-SAP) Yeri:.....	13
6.2. HAP Hazırlama Komisyonu.....	13
6.3. HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi.....	13
6.4. HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı.....	13
6.5. Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi...	14
7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI.....	14
7.1. HAP Eğitimleri.....	14
7.2. HAP Tatbikatları.....	15
8. HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI.....	15
8.1 Mevcut Durum Analizi.....	15
8.2. Hastane Afet Risk Değerlendirmesi.....	16
8.3. Yapısal Risklerin Azaltılması.....	17
8.4. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması.....	17

İKİNCİ BÖLÜM

1. ACİL MÜDAHALE PLANI.....	19
2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ.....	20
2.1 Organizasyon Şeması (UNVAN).....	20
Organizasyon Şeması.....	21
2.2. Görev Tanımları.....	22
3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ.....	30
3.1. Sağlık Sektörü ve Sektörlerarası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi.....	30
3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri.....	30
Yönetimin sorumlulukları:.....	30
Planlamanın sorumlulukları:.....	31
Operasyonun sorumlulukları:.....	31
Lojistiğin sorumlulukları:.....	31
Finans bölümünün sorumlulukları:.....	32
3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) Oluşumu ve Görevleri... ..	32
3.2. Hastane Olay Yönetimi Araçları.....	33
3.2.1 Standart Operasyon Prosedürü (SOP).....	33
3.2.2 İş Akış Talimatı (İŞAT).....	33
3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü.....	33
OLAY YÖNETİM EKİBİ ŞEMASI.....	34
3.3.Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı.....	35
3.3.1 Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) Çalışma Şekli.....	35
3.3.2 Haberleşmenin Düzenlenmesi.....	36
3.3.3 Görev Yelekleri.....	36

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI.....	36
4.1. Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (Lojistik destek).....	36
4.2. Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet triyaj ekibi ve/veya travma ekibi).....	37
4.3. Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması.....	37
5. OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONU.....	37
5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı.....	37
5.2. Olay Bildirim Akış Şeması.....	37
5.3. Acil Müdahale Planı Aktivasyon Seviyeleri.....	38
AMP Aktivasyon Seviyeleri.....	39
5.4. Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonu İçin Mekanizmalar ...	40
5.5. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyon seviyesi konusunda personelin bilgilendirilmesi:	41
5.6. Acil Renk Kodu Sistemi.....	41
5.7. Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar.....	43
6. HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ.....	44
6.1. Tedavi Kapasitesinin Artırılması.....	44
6.2. Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları.....	45
7. HASTANE AFET TRİYAJ ALANI.....	45
7.1. Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu.....	46
7.2. Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler ...	46
7.3. Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması.....	47
7.4. Hastaların Nakli; Servis, Birim ve Departmanlara Yönlendirilmesi.....	47
8. ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI.....	47
8.1. Hastanenin Acil Servis Birimi.....	47
Koronavirüs Hastalığı (Covid-19).....	48
Covid-19 Vaka Takip Algoritması.....	49
Sağlık Kurumu.....	49
İl Sağlık Müdürlüğü.....	50
Laboratuvarlar.....	50
Klinik Numune Alimi, Saklanması Ve Nakli.....	50
Covid-19 Hastalarında Toraks Bilgisayarlı Tomografisi Kullanımı.....	51
Hastanemizin Covid-19'a Yönelik Çalışmaları.....	51
8.2. Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları.....	52
8.3. Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (ilaç, sarf malzemesi, ekipman)	52
8.4. Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi.....	52
8.5. Görev Yeleklere ve Personel Kimlik Kartları.....	53
9. ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ.....	53
9.1. Genel İlke ve Esaslar.....	53
9.2. Hasta Kaydı ve Takibi.....	53
9.3. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme.....	53
9.4. Medyayı ve Toplumunu Bilgilendirme:.....	54
9.5. Kamu Sağlıkının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi.....	54
9.6. Durum Raporları.....	54
9.7. Personel Brifingi.....	54
10. GÜVENLİK VE EMNİYET.....	54
10.1. Hastaneye Ulaşım.....	54
10.2. Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü.....	55
10.3. Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı.....	55
11. LOJİSTİK VE MALZEMELER.....	56
11.1. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (genel ilkeler).....	56
11.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu.....	56

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ...	56
12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları...	56
12.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek...	57
12.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek...	58
12.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları...	58
13. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER...	58
13.1. Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası...	58
13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı...	59
13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı...	59

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON.....	60
--	-----------

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ.....	62
<u>OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 1</u>	
HASTANE İÇİ YANGIN.....	62
14. DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERİN MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ.....	66

BEŞİNCİ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ.....	67
HASTANE İÇİ YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ... ..	68
<u>OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 2</u>	
KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ (İç ve Dış Kaynaklı).....	70
KİMYASAL OLAYLARDA HASTALARIN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ... ..	72
DEKONTAMİNASYON PROSEDÜRÜ... ..	74
<u>OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 3</u>	
HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR (Kısmen veya Tamamen)	76
DAHİLİYE BÖLÜMÜNÜN KISMİ YATAY TAHLİYESİ PROSEDÜRÜ.....	79
<u>OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 4</u>	
HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ (İç veya Dış Kaynaklı)	81
<u>OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 5</u>	
HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ.....	85
OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR... ..	93
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMAKILAVUZU EKLERİ.....	100
EK 1-A İş Akış Talimatları... ..	101
EK 1-B Standart Operasyon Prosedürleri.....	101
EK 1-C Formlar... ..	101
HAP.İ.A.TALİMATLARI	103
HAP.PROSEDÜRLERİ	109
HAP. FORMLARI... ..	153
6. DEPARTMAN OLAY YÖNETİMİ ORGANİZASYON ŞEMASI... ..	204
7. DEPARTMAN GÖREV TANIMLARI.....	204
8. ERTELENEBİLİR/VAZGEÇİLEBİLİR EYLEMLERİN BELİRLENMESİ.....	204
9. MÜDAHALEDE EYLEMLERİN SIRASI.....	205
10. MÜDAHALE SÜRECİNDE EYLEM ZAMAN ÇİZELGESİ... ..	206
11. HABERLEŞME/İLETİŞİM... ..	206
12. HİZMET NİTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ... ..	206
13. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURALLARI.....	206
14. KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR... ..	206
15. KULLANILACAK SOP'LAR.....	207
16. KULLANILACAK İşAT'lar	207
17. SÜRECE DAHİLOLABİLECEK DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM/KİŞİLER	207

18. KULLANILACAK FORM VE KAYITLAR.....	207
19. MÜDAHALE SÜRECİNİN SONLANDIRILMASI.....	207
20. İLK YAYINLANMA VE REVİZYON TARİHLERİ... ..	207
EK 2-A	
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO)	
Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi.....	207
TEMEL KAVRAMLAR, İLKELER VE YAKLAŞIMLAR.....	208
TEMEL FONKSİYONLAR VE BİLEŞENLER.....	209
EK 2-B	
GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ	
(Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık Ön Değerlendirme Bilgisi).....	213
GİRİŞ.....	214
BÖLÜM: 1	
HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER... ..	216
BÖLÜM: 2	
GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ.....	222
EK 2-C	
KAISER RİSK ANALİZİ... ..	249
Hastane Tehlike ve Zarar Görebilirlik Analizi.....	250
TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞ. ARACI (doğa kaynaklı olaylar)...	251
TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞ. ARACI (teknolojik olaylar).....	252
TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞ. ARACI (insana bağlı olaylar)	253
TEHLİKELİ MADDELER... ..	254
HASTANE TEHLİKE ANALİZİ ÖZETİ.....	255
EK 2-D	
COVID-19 SALGINI'NA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ... ..	256
I . OLAY YÖNETİM SİSTEMİ... ..	258
II . HASTA AKINI DURUMUNDA TIBBİ KAPASİTE ARTIŞI.....	259
III . ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL.....	260
IV . VAKA YÖNETİMİ... ..	262
V . İNSAN KAYNAKLARI.....	264
VI . TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA BAKIMININ SÜREKLİLİĞİ.....	265
VII . SÜRVEYANS : ERKEN UYARI VE İZLEM.....	266
VIII . İLETİŞİM.....	267
IX . LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ (farmasötikler dahil) ..	268
X . LABORATUVAR HİZMETLERİ... ..	269
XI . TEMEL DESTEK HİZMETLERİ.....	270
DEMİRBAŞ MALZEMELER.....	271
JENERATÖR CİHAZ BİLGİLERİ... ..	329
ACİL SERVİS VE HELİKOPTER ALANI KROKİSİ.....	330
YEMEK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA PROTOKOLÜ... ..	331
HASTANE AFET PLANI (HAP) TATBİKAT SENARYOSU... ..	337

HASTANE AFET PLANI (HAP) HAZIRLAMA KOMİSYONU

HAP BAŞKANI/BASHEKİM
DOÇ. DR.-YAVUZ KARABAĞ

KURUMLARARASI KOORDİNASYON SOR./BASHEKİM YRD.
DR. ÖĞR. ÜYESİ- MEHMET EZER

HALKLA İLİŞKİLER SOR./BASHEKİM YRD.
DR. ÖĞR. ÜYESİ- SAMET KIRAT

OPERASYON ŞEFİ/ACİL SERVİS DR.
DOÇ. DR.-LEVENT ŞAHİN

LOJİSTİK ŞEFİ
HASTANE MÜDÜRÜ-KUBİLAY AKÇAYÖZ

FİNANS ŞEFİ/GÜVENLİKTEN SORUMLU MÜDÜR
HASTANE MÜDÜR YRD. SEZAI KARADAĞ

TIBBİ BAKIM SORUMLUSU
BAŞHEMŞİRE-DUYGU KOŞUCU

LABORATUVARLAR SORUMLUSU
DR.ÖĞR.ÜYESİ-FATİH GÜL

AMELİYATHANE-YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ SORUMLUSU
PROF. DR. MEHMET ÖZCAN ERSOY

KALİTE YÖNETİM SORUMLUSU
KALİTE BİRİM SOR./HAP SEKRETARYASI-YELİZ ARAS

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
UZMANI

İGU-ŞEREF UYAR

SİVİL SAVUNMA UZMANI (VEKİL)

TANER UMURBEK

İNCELEYEN

ONAYLAYAN

DAĞITIM ÇİZELGESİ (İç)

Sıra	Birim/Kurum	Adet	Basılı	CD
1	REKTÖRLÜK	1	X	
2	BAŞHEKİMLİK	1	X	
3	BAŞMÜDÜRLÜK	1	X	
4	BAŞHEMŞİRELİK	1	X	
5	TEKNİK SERVİS	1	X	
6	ACİL SERVİS	1	X	
7	KALİTE BİRİMİ	1	X	

DAĞITIM ÇİZELGESİ (Dış)

Sıra	Birim/Kurum	Adet	Basılı	CD
1	İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	1		1
2				

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ

NO	Konusu	Değişikliğin İşlendiği Tarih	Değişikliği İşleyen		
			Görevi/Unvanı	Adı Soyadı	İmzası
1	HAP'ta Bazı Kısımların Revize Edilmesi	22.06.2016	HAP Sekreteryası Kalite Birim Sor.	Yeliz ARAS	
2	HAP'ta Bazı Kısımların Revize Edilmesi	12.01.2018	HAP Sekreteryası Kalite Birim Sor.	Yeliz ARAS	
3	HAP'ta Bazı Kısımların Revize Edilmesi	06.02.2019	HAP Sekreteryası Kalite Birim Sor.	Yeliz ARAS	
4	HAP'ta Bazı Kısımların Revize Edilmesi	13.01.2020	HAP Sekreteryası Kalite Birim Sor.	Yeliz ARAS	
5	HAP'ta Bazı Kısımların Revize Edilmesi, Yeni Eklemelerin Yapılması	08.01.2021	HAP Sekreteryası Kalite Birim Sor.	Yeliz ARAS	
6	HAP'ta Bazı Bölümlerin Revize Edilmesi ve Yeniliklerin Eklenmesi	24.01.2022	HAP Sekreteryası Kalite Birim Sor.	Yeliz ARAS	
7	HAP'ta Bazı Bölümlerin Revize Edilmesi ve Yeniliklerin Eklenmesi	17.01.2023	HAP Sekreteryası Kalite Birim Sor.	Yeliz ARAS	
8					

TANIMLAR

ACİL DURUM: Büyük, fakat genellikle yerel imkanlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hallerdir. 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da (2009), "Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hali" olarak tanımlanmıştır. (AFAD, 2014). Acil Durum ifadesi, örneğin, biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler veya sağlıkla ilgili olaylar kapsamında afet terimi yerine kullanılabilirdiği gibi, toplumun işleyişini ciddi biçimde kesintiye uğratmayan tehlikeli olaylarla ilişkili de kullanılabilir. Bu şekilde, acil durumların yerelde sınırlı ya da geniş alanlarda yıkıcı sonuçlara yol açabilen farklı boyutlarda etkileri olabilmektedir (UNISDR, 2017). Acil Durum bir dizi istenmeyen sonuç yaratan ya da yaratma potansiyeli olan ve genellikle acil, çoğu kez rutin dışı koordine hareket gerektiren olay ya da yakın tehlike olarak da ifade edilmektedir (WHO,2019).

ACİL DURUM YÖNETİMİ: Acil durumun meydana gelmesinden hemen sonra başlayarak, etkilenen toplulukların tüm ihtiyaçlarını zamanında, hızlı ve etkili olarak karşılamayı amaçlayan yönetim sürecidir. Sürekli olmayıp, acil durum olarak değerlendirilen bir olayın meydana gelmesi ile başlayarak, acil durumu gerektiren nedenler ortadan kalktığında sona eren bir yönetim şeklidir. Afet yönetiminin olaya müdahale ve kısa süreli iyileştirme faaliyetlerini kapsar (AFAD, 2014). Acil Durum Yönetimi ifadesi özellikle biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler ve sağlık alanında, Afet Yönetimi ifadesi yerine de kullanılabilir (UNISDR, 2017). Acil Durum Yönetiminde, genel olarak, olası istikrarsızlaştırıcı ve/veya yıkıcı olayların öncesi, sırası ve sonrasında, önleme, hazırlık, müdahale ve iyileştirme süreçlerine risk yönetimi yaklaşımı söz konusudur (WHO, 2019).

AFET: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur. "Afet, tehlikeli olayların maruz kalma, zarar görülebilirlik ve kapasite koşullarıyla etkileşiminin insani, maddi, ekonomik ve çevresel kayıp ve etkilerden biri ya da daha fazlasına yol açması sonucunda, bir topluluğun ya da toplumun işleyişinin herhangi bir ölçekte ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır" (UNISDR, 2017).

AFET RİSKİ: Bir sistem, toplum ya da topluluğun belirli bir zamanda karşılaşabileceği, meydana gelme olasılığı, tehlike, tehlikeye maruzluk, zarar görülebilirlik ve kapasite ile bağlantılı olan, olası can kaybı, yaralanma veya varlıkların yok olmasına ya da zarar görmesine bağlı kayıplar (UNISDR, 2017).

AFET RİSK AZALTMA: Mevcut afet risklerinin azaltılması, yeni risklerin önlenmesi, afet kayıplarının azaltılması ve afete dayanıklılığın güçlendirilmesi hedefiyle sistematik olarak geliştirilen ve gerçekleştirilen politika, strateji ve uygulamalar. Afet risk azaltma ile varılmak istenen sonuç "afet riskini ve bireylerin, işletmelerin, toplulukların ve ülkelerin afet nedeniyle can kayıplarını, geçim kaynağı kayıplarını, sağlıkla ilgili ve ekonomik, fiziksel, sosyal, kültürel ve çevresel varlık kayıplarını önemli ölçüde azaltmak"tır

AFET RİSK YÖNETİMİ: Yeni afet riskini önlemeye, mevcut afet riskini azaltmaya, artık (kalıntı) riski yönetmeye, bu şekilde dayanıklılığı güçlendirmeye ve afet kayıplarını azaltmaya yönelik afet risk azaltma politikaları ve stratejilerinin uygulanmasıdır (UNISDR, 2017). Türkiye'deki afet yönetimi mevzuatı itibarıyla, risk yönetimi "ülke, bölge, kent ölçeğinde ve yerel ölçekte risk türleri ve düzeylerini tespit etme, önleme, azaltma ve paylaşma çalışmaları ile bu alandaki planlama esasları" olarak tanımlanmaktadır (5902 sayılı Kanun).

AFET STOKU: Hastanenin afet ve acil durumlarla, en az ilk 72 saat kendi imkanları ile baş edebilmesi amacıyla; hasta, hasta yakınları ve personel için hazır bulundurması gereken yiyecek, içecek, tıbbi malzeme, ekipman ve donanımdır.

AFET YÖNETİMİ: Afetlerin önlenmesi, risk ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekün bir mücadele sürecidir (AFAD, 2014). Afet yönetimi, afetlere hazırlık, müdahale ve iyileştirme önlemlerinin organizasyonu, planlanması ve uygulanmasıdır (UNISDR, 2017) ve afet risk yönetimi ile bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Afet yönetiminin sistemleştirilmesinde kapsamlı ve bütünlük yaklaşımıyla, tüm tehlikelerin,

tüm aşamaların göz önüne alınması, tüm kurum ve kaynakların harekete geçirilmesi, toplumun katılımının sağlanması ve güçlendirilmesi esas alınmaktadır.

HAP (HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI): Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde, hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen, standart çerçeveye ve kılavuza sahip planlardır.

AMP (ACİL MÜDAHALE PLANI): Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) Müdahale bileşeni çerçevesinde, afet ve acil durumlara zamanında, hızlı, etkili ve sonuç alıcı müdahalenin organizasyonu, müdahale aşamaları, olay yönetim sistemi, yönetim ekibi, yönetim merkezi, yönetim araçları ile ilgili standart ve kuralları kapsayan kılavuz dokümandır.

MÜDAHALE: Afetin hemen ardından başlayarak, mümkün olan en kısa sürede hayat kurtarmak, yaralıların tedavisini sağlamak, afetten doğrudan etkilenen nüfusun sağlık ve güvenlik başta olmak üzere, beslenme, barınma, haberleşme, ulaşım, psikososyal destek ve diğer temel ihtiyaçlarını en uygun yöntemlerle karşılamak üzere gerçekleştirilen süreç ve faaliyetler.

OLAY EYLEM PLANI: Acil Müdahale Planı'nın (AMP) etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi için yapılan plandır.

OLAYA ÖZEL PLAN: Hastanenin Acil Müdahale Planı'nda yer alan genel işleyiş, standartlar ve kuralların yanı sıra olayın özelliğine, etkenlerine göre yapılması gereken spesifik hazırlıkları içeren plandır.

İŞ SÜREKLİLİĞİ: Hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/veya harici olaylara, işleyişi etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna (elektrik, su, doğal gaz, tıbbi gazlar vb.) karşı hazırlıklı olması; bu durumlarla önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde baş edebilmesinin sağlanmasıdır.

OLAY: Ortaya çıkan, oluşan durum; var olan durumda ortaya çıkan değişme, dikkati çeken veya çekebilecek nitelikte, oluşum, hadise, vaka.

TAMP (TÜRKİYE AFET MÜDAHALE PLANI): TAMP afete müdahale planlamasının temel yaklaşım ve kurallarını belirlemek, afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak ana hizmet ve koordinasyon birimlerine ait rolleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla hazırlanmış ve uygulamaya girmiştir (Resmi Gazete 03.01.2014/28871). TAMP, ülkemizde yaşanabilecek her tür ve ölçekte afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel ve sivil kuruluşlar ile gerçek kişileri kapsamakta; ilgili tüm paydaşların görev ve sorumluluklarını, iş birliği, koordinasyon ve karşılıklı yardımlaşma esaslarını belirlemektedir. TAMP afete müdahalede verilecek hizmetlerin niteliğine göre, ulusal ve yerel düzeylerde Çalışma Gruplarının oluşturulmasını öngörmektedir.

TAMP YEREL DÜZEY ÇALIŞMA GRUBU OPERASYON PLANI: TAMP kapsamında 10 Ana Çözüm Ortağı (8 Bakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı-AFAD, Kızılay) ve koordinasyonundan sorumlu oldukları ulusal düzeyde 28/yerel düzeyde 26 Çalışma Grubu (ÇG) bulunmaktadır. TAMP Çalışma Gruplarının yerel düzeyde görevlendirilmesi ve çalışması, İl Afet Müdahale Planı kapsamında, Valilik İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri koordinasyonunda gerçekleştirilmektedir; her ÇG için Yerel Düzey Operasyon Planı hazırlanmaktadır. Bu hazırlıkta ulusal düzeyde Ana Çözüm Ortağı ve Destek Çözüm Ortağı olan Bakanlık ve kurumların taşra teşkilatları görevlidir.

1. GİRİŞ

Doğa veya insan kaynaklı tehlikeler, ancak toplumda var olan zarar görebilirlik ve zarar görebilirliği etkileyen hızlı nüfus artışı, yanlış şehirleşme, çevresel bozulma, yoksulluk, sosyal adaletsizlik gibi faktörler ile bir araya geldiğinde afete dönüşmektedir. Zarar görebilirliğin azaltılması ve hazırlıklı olmak afetlere karşı toplumların en önemli güvencesidir.

Sağlık sistemleri afetlere karşı daha dirençli ve hazırlıklı olmalıdır. Sağlık sektörü afet yönetimi içinde özel bir öneme sahiptir. Doğa ve teknoloji kaynaklı olayların hepsinin insan sağlığı üzerine doğrudan ve dolaylı birçok etkisi vardır. Sağlık sistemleri bu etkilere müdahale etmek açısından hayati bir rol üstlenirler. Buna ek olarak toplumu etkileyen olay ne olursa olsun, sağlık sistemleri bundan nasıl etkilenirse etkilensin, bir taraftan rutin sağlık hizmetleri de devam etmek zorundadır. Sağlık sistemleri açısından afet olduktan sonra etkin bir müdahale gerçekleştirmek gereklidir ancak, bu iyi bir afet yönetimi için yeterlikriter değildir. Afet öncesi dönemi kapsayan çalışmalar (önleme, zarar azaltma ve hazırlık) hem afetin boyutunu hem de afet esnasında yapılan müdahalenin kalitesini ve sonucunu belirleyecektir. Dolayısı ile sağlık sisteminin yerel ve kurum düzeyi planları (İL-SAP, HAP) afet yönetiminin tüm evrelerini (önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme) kapsayan planlar olarak tasarlanmıştır.

Sağlık sisteminin en önemli unsurlarından olan hastaneler **herhangi bir işyeri değildir**. Hastanelerde sunulan hizmet hayati öneme sahiptir, herhangi bir işkolundaki hizmet ile karşılaştırılmaz. Günlük yaşamda en ufak aksamaların bile büyük sıkıntı yarattığı sağlık hizmetlerine, afet dönemlerinde daha çok ihtiyaç duyulur. Dolayısı ile hastaneler afet dönemlerinde hem rutin işlerini kesintiye uğratmadan devam ettirmek hem de artan talebi ve ihtiyacı karşılamak zorundadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 20. 06. 2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında hazırlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği ve İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, ülkemizde iş yerlerinin afet ve acil durumlara hazırlanması konusunda önemli adımlar olarak değerlendirilmekle birlikte, yukarıda belirtilen özelliklerinden dolayı hastaneler için daha farklı nitelikte planlara ihtiyaç vardır.

Hastane bileşenlerinde meydana gelebilecek herhangi bir kaybın ve bunun yol açacağı fonksiyon kaybının neden olacağı ekonomik maliyetin yanında, sosyal maliyet de oldukça yüksek olacaktır. Bunlara ek olarak, hastaneleri birçok iş yerinden ayıran diğer önemli özellikler şunlardır:

- **Farklı kullanıcı karakterlerine sahip olması:** Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalar olduğu gibi polikliniklerde ayakta tedavi gören hastalar da mevcuttur. Hastaların yanı sıra personel, hasta yakınları ve ziyaretçiler bulunmaktadır.
- **Karmaşık yapısı:** Hastanelerin bünyesinde otel, ofis, laboratuvar, eczane, ameliyathane, depo gibi farklı işyerlerinin yapısal ve fonksiyonel özellikleri mevcuttur.
- **Kullanım özellikleri:** Hastaneler çoğunlukla 7/24 hizmet verirler. Bu hizmetlerden farklı ihtiyaç sahibi hastalar, yaşam desteğine ihtiyaç duyan yoğun bakım hastaları, hamileler, çocuklar vb. yararlanır. Hastanelerde kullanılan teçhizat ve malzeme göz önüne alındığında hastane binaları yoğun ve ağır bir yük taşır.
- **Altyapı hizmetlerine hayati bağımlılık:** Hastanelerin fonksiyonlarını sürdürebilmeleri elektrik, gaz ve su gibi kritik altyapı sistem ve hizmetlerine bağlıdır. Özellikle su ve enerji kaynağı olmadan hastaneler işlevsiz kalacaktır.
- **Tehlikeli maddeler:** Hastaneler kendi kullanımları için barındırdıkları çeşitli kimyasallar, gazlar ve maddelerden kaynaklanabilecek kaza ve afetlerden sonra bu maddelerin yol açtığı ikincil olaylara maruz kalabilirler.

• **Dışsal etkenler:** Hastanelerin işlevsel olabilmesi için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Afet durumlarında yollarda oluşabilecek hasar, yıkım veya yakınlarını arayanlardan kaynaklanabilecek aşırı yoğunluk nedeni ile trafiğin kilitlenmesi gibi olaylar hastanelerin durumundan bağımsız olarak afet esnasında hastanelerin işlevini yerine getirememesine neden olabilmektedir. Tüm bu özellikler göz önüne alındığında, hastaneler sundukları hizmet, fonksiyonel ve yapısal özellikleri dolayısı ile diğer işyerlerinden daha farklı afet ve acil durum planları hazırlamalı ve uygulamalıdır.

2. HAP ÇERÇEVESİ

HAP, ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyindeki (İL-SAP) afet planlarıyla ve uluslararası genel kabul gören yaklaşımlarla uyumlu olacak şekilde hazırlanmalıdır.

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)		
Afet Risk Değerlendirme (Tüm Süreç ve Bileşenlerde)		
Önleme/Zarar Azaltma ve Hazırlık	Müdahale	Rehabilitasyon/İyileştirme

HAP öncelikle afet risk değerlendirmeyi esas almaktadır. Afet risk değerlendirme, fiziksel, idari, teknik, sosyal, ekonomik ve çevresel bilgi ve verilerle gerçekleştirilen, sistematik ve objektif olması gereken bir süreçtir. Hastanede afet risk değerlendirmenin temel bileşenleri (risk tanımlama, analiz, değerlendirme) operasyonel tanımla şu şekilde özetlenebilir:

- Hastanenin bina, tesis, donanım, fonksiyon ve hizmetleri bakımından mevcut ve potansiyel tüm afet tehlikeleri tanımlanmalı (*tehlike analizi*); afet tehlikesine maruz kalma durumu ve tehlikeyle baş edebilme kapasitesinin (bilgi, yönetim, organizasyon, teknoloji, finans vd) yeterli olup olmadığı belirlenmeli (*zarar görülebilirlik analizi*),
- Tehlike ve zarar görülebilirlik bilgi ve verileri dikkate alınarak mevcut, yeni, gelişebilecek tüm afet riskleri kapsamlı biçimde belirlenmeli (*risk tanımlama*); belirlenen risklerin insan, donanım ve fonksiyonlar üzerinde olası tüm etki ve sonuçları analiz edilerek, derecelendirilmeli (*risk analizi*),
- Afet risk önleme, azaltma, paylaşma ve afete hazırlık önlemleri için planlama ve uygulamaya esas oluşturacak öncelikler belirlenmelidir (*risk değerlendirme*).

Kılavuz'un Ekler bölümünde (Ek 2-B ve 2-C) WHO-PAHO Güvenli Hastane Kontrol Listesi ve KAISER Hastane Tehlike ve Zarar Görülebilirlik Analizi (Risk Analizi) çalışmaları yer almaktadır. Bu çalışmalara, HAP hazırlık sürecinde hastanede afet risk azaltma ve müdahaleye hazırlık amaçlı bir ön değerlendirmenin hızlı, kolay ve masrafsız yapılabilmesi, iyileştirilmesi gereken yönlerin hızlıca belirlenmesi, standart kontrol listesi oluşturulmasına katkı sağlayan, hemen uygulanabilir birer örnek araç olarak yer verilmiştir. HAP çerçevesinde hastanelerde afet risk değerlendirme faaliyetleri yalnızca afet/acil durum öncesi değil, afet/acil durum sırasında ve sonrasındaki süreç ve uygulamaları da kapsamaktadır. Bu kapsamda, HAP yaklaşımı hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel (işlevsel)olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, şu temel başlıklara dikkat çekmektedir:

- Afet ve acil durum yönetiminin hastanenin olağan işleyiş ve faaliyetleriyle olabildiğince bütünleştirilmesi, tüm çalışanların bilgilendirilmesi, süreçlere aktif katılımının sağlanması,
- Afet tehlikeleri ve afet risklerinin tanımlanmasında, hastanenin kurulu bulunduğu ve hizmet vermekle yükümlü olduğu yerleşim, nüfus, bölge ile bir bütün olarak ele alınması,
- Hastane afet risk değerlendirmesinin düzenli olarak yapılması, yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici mevcut risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi amacıyla alınacak önlemlerin belirlenmesi ve uygulanması,
- Afetin olası etki, kayıp ve zararlarını azaltmak üzere zamanında, hızlı ve etkili müdahale için yeterli hazırlık yapılması, müdahale planlarının afet türünü, ortamın ihtiyaç ve özelliklerini dikkate alması,
- Afet sonrası iyileştirme amaçlı kısa dönem (ön iyileştirme) ve sürekli (kalıcı) önlem ve uygulamaların önceden planlanması. HAP, çatı plan olma özelliğiyle, kendi içinde alt uygulamaları ve alt planları içermektedir. Örneğin, hastanedeafete müdahalenin organizasyonunda HAP üç ayrı tür plana sahiptir: **Acil Müdahale Planı (AMP),Olaya Özel Planlar ve Olay Eylem Planı**. Bu alt planların özellikleri ve içerikleri Kılavuzun İkinci Bölümünde açıklanmaktadır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde hazırlık çalışmaları:

Hastanenin özellikleri, ihtiyaç ve kaynakları dikkate alınarak yapılacak HAP hazırlık çalışmaları sırasıyla şu şekilde özetlenebilir:

- HAP Temsilciliği/Birimi/Ofisi kurun,

- HAP Hazırlama Komisyonunu kurun:
 - Komisyonun eğitim almasını sağlayın
- Düzenli toplantılar yapın:
 - Toplantıları kayıt altına alın,
 - Toplantılara Komisyon dışından, görüşülecek konulara bağlı olarak ilgili kişileri de davet edin,
 - Alınan kararlar ve yapılacak çalışmalar için çizelge oluşturun.
- Planın amaçlarını belirleyin,
- Afet risk değerlendirmesini yapın, mevcut durumu belirleyin,
- Hastane afet ve acil durum yönetim yapısını ve organizasyon şemasını oluşturun,
- Görev tanımlarını belirleyin,
- Kılavuza uygun olarak afet yönetimi evrelerine yönelik çalışmaları yapın:
 - Önleme/zarar azaltma ve hazırlık,
 - Müdahale,
 - İyileştirme/ rehabilitasyon.
- Planı yazılı hale getirin:
 - Ekler planın sonundaki Ekler Bölümünde olmalıdır.
- Planın uygulanabilirliğini, yeterliğini test edin (tatbikat),
- Planı gözden geçirin ve güncelleyin.

3. AMAÇ

HAP hastanelerin afet ve acil durumlara ilişkin risklerini önlemeyi ve azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı kılmayı amaçlamaktadır.

Bu amaç doğrultusunda HAP'ın temel hedefleri şöyle sıralanabilir:

- Hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğini azaltarak, personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korumak, yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek.
- **Afete hazırlık çerçevesinde:**
 - Afetlerde kullanılacak açık ve anlaşılır komuta ve kontrol mekanizmalarını, standart işleyiş ve uygulama kurallarını oluşturmak,
 - Tüm paydaş kişi ve kurumların afet ve acil durum görev ve sorumluluklarını tanımlamak
 - Afet durumlarında hastanelerin ilk 72 saat kendilerine yetebilmeleri için gerekli düzenlemeleri gerçekleştirmek,
 - Eğitim ve tatbikatlar ile afete hazırlık düzeyini sürekli artırmak.
- **Afet halinde:**
 - Hastanenin olağan (rutin) işleyişe hızlı ve etkili biçimde geçiş sürecini yönetmek,
 - İdari, fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, gerekli önlemleri almak.
- Genel sağlık müdahalesine ve halk sağlığını korumaya yönelik temel çalışmalara katkıda bulunmaktır.

4. HUKUKİ DAYANAK

10/07/2018 tarih ve 30474 Sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 356 ve 508'inci maddeleri Sağlık Bakanlığı'na acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlama ve yürütme, ayrıca yetki ve sorumluluk alanına giren ve önceden kanunla düzenlenmiş konularda idari düzenlemeler yapma yetkisi vermiştir. İlgili mevzuat uyarınca Bakanlık tarafından hazırlanan **Hastane Afet ve Acil Durum (HAP) Uygulama Yönetmeliği** 18 Mart 2020 tarih ve 31072 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Mevzuat ile ilgili güncellemeler Sağlık Bakanlığı web sayfası Mevzuat bölümünden takip edilebilir.

5. KAPSAM

Hukuki Dayanak kısmında belirtilen Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı'na, üniversitelere, belediyelere, özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi hizmeti sunan tüm hastaneleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Kılavuz çerçevesinde HAP hazırlamakla görevli kılınmıştır. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri yalnızca Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yayınlanan (Resmi Gazete 18.06.2013/28681) **İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik** kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlüdür.

6. HAP İŞLEYİŞİ

6.1. HAP'ın İl Sağlık Afet Ve Acil Durum Planlamasındaki (İL-SAP) Yeri:

HAP hastanenin ve kurulu bulunduğu yerleşimin öncelikle fiziksel, sosyal ve sağlık hizmeti bakımından özelliklerini, tüm afet tehlike ve risklerini, küçük büyük her ölçekteki afeti, afet yönetiminin afet öncesi, sırası ve sonrası tüm aşama ve süreçlerini, hastanenin tüm birimlerini, çalışanlarını ve kurum dışı işbirliklerini dikkate alan kapsayıcı bir niteliğe sahip olmalı, bir başka deyişle, **çatı plan** özelliği taşımaktadır.

- HAP yaklaşımı afet yönetimi aşamalarını (önleme/zarar azaltma ve hazırlık, müdahale, iyileştirme), süreç ve uygulamalarını birbiriyle bağlantıları içerisinde şekillendirmeyi ve tüm süreçlerde afet risk azaltmanın sürekliliğini esas almaktadır. Özellikle afet öncesinde gerçekleştirilen çalışmalar (önleme, zarar azaltma ve hazırlık) hem afetin etkisini, kayıp ve zarar boyutunu hem de afet esnasında yapılan müdahalenin niteliğini ve sonucunu belirlemesi bakımından önemlidir. HAP hazırlanırken ilin sağlık hizmet kapasitesi, ihtiyaçları ve karşı karşıya olduğu afet risklerinin de göz önüne alınması, İl Sağlık Müdürlüğü başta olmak üzere sağlık sektörünün diğer paydaşları ile koordine bir şekilde çalışılması esastır.
- Hastane veya diğer sağlık hizmet birimleri, il düzeyi ve ulusal düzey sırasıyla birbirini kapsayan, biri olmazsa diğerinin tam olmadığı bileşenlerdir. Özellikle, zarar azaltma ve afete hazırlık için yapılan tüm çalışmalar aşağıdan yukarıya sağlık sisteminin tüm kademeleri için düşünülmelidir. Afet ve acil durumlarda hastanelerin ayakta ve çalışabilir, hatta kapasitesini artırabilir olması il düzeyinde sağlık afet yönetiminin başarılı yürütülmesinin en önemli göstergelerinden birisidir.
- Ülkemizde afet yönetimi çerçevesinde, ulusal ve yerel (il) düzeylerde afet risk azaltma, afete müdahale ve afet sonrası iyileştirme planlaması çalışmaları yapılmaktadır. Kılavuz'da HAP için süreç içinde gelişecek tüm bu çalışmalara (risk azaltma, müdahale, iyileştirme) uyum gösterebilecek esnek ve dinamik bir yapı öngörülmektedir. Bu kapsamda ulusal düzeyde tamamlanarak, uygulamaya giren ilk plan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) olmuştur (2014). Bu çerçevede, hastanelerde HAP hazırlanırken, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi bölümüyle ilgili faaliyetler TAMP'ta belirtilen ulusal ve yerel düzey müdahale faaliyetleri dikkate alınarak şekillendirilmelidir. HAP içinde yer alan hastane Acil Müdahale Planı (AMP), TAMP'ta tanımlanan Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile uyumlu ve entegre şekilde hazırlanmalıdır.

6.2. HAP Hazırlama Komisyonu

Üniversite hastanelerinde:

- 1) Başhekim
- 2) Başhekim Yardımcısı
- 3) Hastane Başmüdürü/Müdürü
- 4) Hastane Müdür Yardımcısı
- 5) Acil Servis/Ünite Sorumlusu
- 6) Güvenlikten Sorumlu Müdür
- 7) Tıbbi Hizmetler Müdürü
- 8) Ameliyathane Sorumlusu
- 9) Yoğun Bakım Sorumlusu
- 10) Laboratuvar Sorumlusu
- 11) Kalite Sorumlusu
- 12) İş Güvenliği Uzmanı
- 13) Sivil Savunma Uzmanı veya Görevlisi.

6.3. HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi

Hastanede en yetkili kişi başkanlığında HAP Hazırlama Komisyonu oluşturulur. Oluşturulan Komisyon her yılın başında hastanenin planını (HAP) ve yıllık HAP eylem planını hazırlar/günceller. HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanan planlar HAP Başkanı tarafından onaylanarak ilgili Yönetmelikte belirtilen, HAP'ın incelenmesinden sorumlu makama en geç 15 Ocak tarihine kadar gönderilir. İncelemeden sorumlu makam uygun gördüğü planları onaylanmak üzere 15 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetlerinden sorumlu Başkanlığa gönderir. HAP Uygulama Yönetmeliği'nin 14'üncü maddesinde belirtilen değişiklik ve güncelleme çalışmaları yürütülür.

6.4. HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı

Hastaneler hazırladıkları HAP kapsamında en uygun sağlık hizmetini sunabilmek için diğer kamu ve özel hastaneler, hastaneler dışındaki diğer sağlık kurum kuruluşları ile sağlık sektörü dışında yer alan diğer kurum ve kuruluşlara ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle tüm paydaşlar ile yapılacak işbirlikleri HAP'ta üç başlık altında yer almalıdır:

- **Hastaneler ile iş birliği:** Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hastanelerin diğer hastanelerle (kamu ve özel) iş birliği yapması hastane kapasitesi ve uygun hizmetin sunulması için önemlidir. Faaliyete

geçirilmesi gereken iş birliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verilerek planlamasının yapılması gerekmektedir. Diğer hastaneler ile iş birliği planlanırken, kapasitenin etkin kullanımını sağlamak için il düzeyinde düşünmek gerekmektedir. Örneğin hastane dışına yapılacak tahliyeleri hastaneler tek başlarına değil yerel düzey sağlık çalışma grubu operasyon planı kapsamında ele almalıdırlar.

• **Sağlık kurum/kuruluşları ile iş birliği:** Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hastaneler diğer sağlık kurum ve kuruluşlarına da ihtiyaç duyarlar. Hastaların kabulü sevki ve tahliyesinde ambulans hizmetlerinin koordinasyonu için sağlık komuta kontrol merkezleri ile halk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ilçe sağlık müdürlükleri / toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri ile işbirliği yapmak gerekebilir.

• **Diğer kurum/kuruluşlar ile iş birliği:** Hastanenin afet ve acil durumlarda sağlık hizmeti sunumunu devam ettirebilmesi için plan dahilinde (hastaneler dışında) hangi kurumlar ile hangi konularda iş birliği yapılacağı belirlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda Belediyeler, ilaç, medikal malzeme, konaklama, gıda ve su sağlayacak kurum/ kuruluşlar ile işbirliği yapılması gerekebilir.

Planın paylaşımı iki kademedede düşünülmelidir:

– **İç Paylaşım:** Onaylanan plan, hastane Olay Yönetim Merkezi'nde (OYM), büyük ölçekli hastane grubunda yer alan hastanelerde HAP ofisinde, orta ölçekli hastane grubunda yer alan hastanelerde HAP biriminde, küçük ölçekli hastane grubunda yer alan hastanelerde HAP temsilciliğinde ve Acil Servis'te dijital ortamda ve basılı olarak bulundurulur, ilgili diğer birimler ile dijital veya basılı olarak paylaşılır.

– **Dış Kurumlarla Paylaşım:** HAP'ta yer alan diğer hastaneler, sağlık kurum kuruluşları ve iş birliği yapılan diğer kurum/kuruluşlarla plan onaylandıktan sonra ilgili bölümler paylaşılır.

6.5. Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

HAP'ın varlığı, kapsamı ve planla ilgili sorumluluğu hakkında öncelikle tüm hastane personeli bilgilendirilmeli ve HAP hazırlama sürecine tüm imkanlar kullanılarak dahil edilmelidir. Plan hazırlama süreci personel için bir eğitim ve farkındalık artırma fırsatı olarak değerlendirilmelidir. Tüm personelin HAP hazırlama ve güncelleme süreçlerine aktif katılımı ve düzenli bilgilendirilmesi, özellikle personel ve işleyişle ilgili zarar görülebilirlik düzeylerinin belirlenmesi ve fonksiyon engelleyici risklerin önlenmesi, hastanenin fiziksel olduğu kadar fonksiyonel olarak da afete daha hazırlıklı olmasına belirleyici katkı sağlayacaktır. HAP'ın hazırlama/güncelleme süreci başladığında, bunun hastane için önemi ve personelin katkısına ihtiyaç olduğu hastane bilgi yönetim sistemi, tanıtıcı materyal, afiş vb. yöntemler ile duyurulmalıdır. Risk iletişimi için diğer önemli fırsatlar da HAP tatbikat ve eğitimleri, 13 Ekim Uluslararası Afet Risklerinin Azaltılması Günü vb. önemli günlerdir. Hastane içi kampanyalar veya var olan yerel ve ulusal kampanyalar, personelin HAP'a ilişkin, yapıcı olmak kaydı ile, olumlu ve olumsuz her türlü geri bildirimine açık mekanizmalar oluşturulmalı, böylece sürece dahil olma kolaylaştırılmalıdır. HAP çerçevesinde risk iletişimi hem olay öncesi bu bölümde ve ilgili diğer bölümlerde belirtildiği şekilde hem de olay sırası ve sonrasında (kriz iletişimi şeklinde) ele alınmalıdır (bkz. Kılavuz Birinci Bölüm 8.2, 8.4 ve İkinci Bölüm 3.3.1, 9.4) . Toplumun bilgilendirilmesi ise toplumun plana destek olması ve uygun davranması açısından önemlidir. Toplum, afet güvenliği konusunda hastane tarafından yapılan işler ile ilgili bilgilendirilebileceği gibi, planın bazı bölümleri örneğin alternatif hasta bakım alanları toplumla paylaşılmalıdır. Ancak toplum ile paylaşılmayacak bilgiler hususunda özen gösterilmelidir (örneğin acil durum sırasında gereksiz meşgul edilmemesi gereken ve kritik önem arz eden irtibat bilgilerinin planın ön görmediği kişiler ile paylaşılmaması). Planda topluma dönük düzenli bilgilendirmenin nasıl yapılacağı (örneğin medya, hastane web-sitesi, hastane panolarında görsel duyuru, hastane monitörlerinde kısa film, basılı materyal, toplantılar, hastanenin bulunduğu semt veya mahalleye ait yerel örgütler aracılığı vb.), kim tarafından yapılacağı, periyodu ve hangi konuların paylaşılacağı mutlaka belirtilmelidir. Medya veya diğer risk iletişimi paydaşları ile afet öncesi dönemde kurulacak ilişki afet sırasında da hastane, toplum ve medya arasında daha sağlıklı ve kolay bir bilgi akışını sağlayacaktır.

7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI

7.1. HAP Eğitimleri

HAP Uygulayıcı Eğitimlerine HAP Hazırlama Komisyonu'nda bulunması zorunlu olan kişiler ve incelemenden sorumlu kişiler katılır. HAP Hazırlama Komisyonu'nda yer alan üyelerin eğitimi tamamlandıktan sonra bu kişilere ek olarak hastanelerin belirlediği kişiler de HAP Uygulayıcı Eğitimlerine katılabilir. Eğitimler planlanırken, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel (part-time, nöbet usulü, uzaktan ve benzeri çalışanlar) de göz önüne alınmalıdır. Eğitim süresi en az üç gün ve bir oturumdaki katılımcı sayısı en az 10, en fazla 30 kişi olabilir. Eğitimde Bakanlık Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Genel Müdürlükçe oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır.

HAP Yönetici Eğitimi

Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi/bu görevi üstelenen birim tarafından Yönetici Eğitimi düzenlenir. Eğitime hastane başhekimisi, mesul müdür ve inceleme makamından sorumlu kişi katılır. Eğitim süresi bir gündür ve eğitimde Genel Müdürlük tarafından hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Genel Müdürlük tarafından oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır. Yönetici, talep ettiği takdirde üç günlük Uygulayıcı Eğitimine katılabilir.

Personel Eğitiminin Dokümantasyonu:

HAP ve Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında afet ve acil durumlara yönelik yapılması planlanan tüm eğitimler Form 44'e yazılmalıdır. Yıl içerisinde gerçekleştirilen eğitimlere ait bilgiler Form 45'e işlenmelidir.

7.2. HAP Tatbikatları

HAP yıl içerisinde en az bir kez masa başı tatbikatı, bir kez de fonksiyonel (saha) tatbikat ile test edilir. Tatbikatlarda her yıl farklı bir senaryo uygulanır. Tatbikat senaryoları, ilk tatbikatlarda basit ve tek konu içeren senaryo, daha sonra karmaşık ve birden çok konu içeren karmaşık senaryolarla devam etmelidir. Her tatbikat rapor ile kayıt altına alınmalıdır.

Tatbikat yapılmadan önce HAP kapsamında önerilen eğitimler gerçekleştirilir. Gerekirse tatbikat konusuna özel, tatbikat öncesi eğitim yapılır. Öncelikle masa başı tatbikatı yapılır. Saha tatbikatına, tatbikat konusuna uygun olarak diğer kurumlar da iştirak edebilirler. İlde yapılacak olan genel kapsamlı tatbikatlara da dahil olunarak saha tatbikatı gerçekleştirilebilir. Tatbikat tarihleri yıllık eğitim ve tatbikat programında yer alır. Tatbikat tarihi ve saati, aylık çalışma/nöbet listesi yapılmadan en az beş gün önce personele ve ilgili birimlere duyurulmalıdır. Tatbikat duyuruları yapılırken, duyuruların tüm personele ulaşmasına özen gösterilmelidir. Çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel için farklı duyuru yöntemleri ve araçları da düşünülmelidir. Hastanede kadrolu ya da sözleşmeli çalışanlar davet edildikleri tatbikata katılmak zorundadır. Tatbikatlara HAP Hazırlama Komisyonu üyeleri katılmalıdır. İl düzeyinde gerçekleştirilen tatbikat senaryolarında görevlendirilen hastanenin ayrıca tatbikat yapmasına gerek yoktur.

8. HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI

Hastanelerde yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyonlarla ilgili risk önleme ve azaltma önlemlerinin alınması, – Afet risk yönetiminin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine özellikle yerel seviyede entegre edilmesi (bütünleştirilmesi),

– Afet tıbbi alanında eğitim kapasitelerinin güçlendirilmesi başta olmak üzere gerekli iyileştirme ve geliştirmenin yapılması hedeflenmektedir.

HAP, her yerleşimin ve hastanenin afet tehlike ve riskleri, afete hazırlık ve müdahale ihtiyaçları ve kaynakları bakımından farklı özellikler gösterebileceği dikkate alınarak, hastanelerin kendi konum, durum, ihtiyaç ve özelliklerine uygun, gerçekçi, uygulanabilir ve sonuç alıcı bir hazırlık yapmalarını gerektirmektedir. Bu hazırlıklar, Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerinin yönlendiriciliğinde, HAP Eğitici Eğitimleri ve Uygulayıcı Eğitimlerinde paylaşılan temel sistem, ilke, kavram, uygulama bilgileri ve örnekleriyle desteklenmektedir.

8.1 Mevcut Durum Analizi

HAP'ın amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesinde, hastanenin mevcut hizmet sağlama kapasitesi ve imkanları belirleyici öneme sahiptir. Hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, yapısal ve yapısal olmayan unsurların (elemanların) güvenliğinin yanı sıra fonksiyonel kapasitenin yeterli düzeyde olması gereklidir. Bu bakımdan öncelikle hastanenin yapısal ve yapısal olmayan unsurları, personel ve işleyiş (fonksiyon) özellikleri tam olarak tanımlanmalıdır.

Örneğin;

- **Hastane binasının fiziki özellikleri:** Blok, servis, bölüm sayıları ve krokiler (hazırlanan krokiler okunaklı ve tarihli olmalı ve plana eklenmelidir), yatak sayısı, erişkin, çocuk, yeni doğan yoğun bakım yatak sayısı ve seviyeleri, branşlara göre ameliyathaneler, jeneratör konumları, helikopter, yaralı toplama noktaları, tahliye alanları, triyaj vb. alanları, afet depoları, asansör ve sedye taşınabilen asansörler, güvenlik giriş noktaları, tıbbi, evsel nitelikli, tehlikeli, radyoaktif vb. atık noktaları ve kapasiteleri ayrıntılı şekilde belirtilmelidir.
- **Hastanede hizmet veren departman/servis/birimler:** Yönetim birimleri, yataklı tedavi hizmeti veren birimler, ayaktan tedavi hizmeti veren birimler ve tıbbi destek hizmeti veren birimler (örneğin; kan bankası, laboratuvar, görüntüleme) vb. ile ilgili bilgiler yer almalıdır.
- **Ortalama günlük vaka kabul sayısı:** Nöbetçi uzman sayısı, acil servise başvuru sayısı, poliklinik başvuru sayıları, günlük ameliyat sayısı vb. bilgiler yer almalıdır.
- **Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynaklar:** Kritik ve destek sistemlerin (jeneratör, UPS, su deposu, yangın söndürme vb.) kapasiteleri; sedye, tekerlekli sandalye sayısı, muayene masası ve kritik malzeme sayısı (kan, ventilatör, O₂ tüpü, hemodiyaliz cihazı, röntgen, tomografi, MR, laboratuvar cihazları vb.);

stok olarak tutulan ilaç, tıbbi sarf malzeme, gıda vb. malzemelerin kaç günlük ihtiyacı karşıladığı bilgisi; personel için koruyucu ekipman, yedek personel formları, ulaştırma araçları, iletişim araçları, aydınlatma, koruyucu ekipman (KBRN gibi) vb. bilgiler yer almalıdır.

• **Personel durumu:** Hangi unvandan kaç personelin bulunduğu (personelden çalışma düzeni ve zamanları standart olmayanlar ayrıca belirtilmelidir), iletişim numaraları ve adreslerinin yer aldığı liste (Form 36) yer almalıdır.

• **Protokoller:** Hastane tarafından yapılan afet ve acil durumlara hazırlık ve müdahaleye ilişkin protokol ve sözleşmeler planın ekler bölümünde yer almalıdır.

8.2. Hastane Afet Risk Değerlendirmesi

Sağlık kurumlarının tüm faaliyetleri risk içermektedir. Bu bağlamda, risk yönetimi, hastanelerin olağan işleyişinin her aşamasında temel bir yaklaşım olmalıdır. Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, önleme ve güncelleme uygulamaları mevzuatla belirlenmiş olup, olağan faaliyet ve hizmet standartları kapsamındadır ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir. Hastanenin olağan işleyişinde karşılaşılabilecek mesleki ve diğer risklerin yönetiminin yanı sıra afet risklerinin yönetimi de her aşamada temel bir yaklaşım olmalıdır.

Hastanede afet risk değerlendirmesi ve afet risk yönetimi ile ilgili süreç ve uygulamalar, hastanenin olağan işleyiş ve hizmetleriyle ilgili risk yönetimi süreç ve uygulamalarıyla birlikte, birbirini tamamlayıcı bir yaklaşımla ele alınmalıdır; örneğin, hastanelerde **yapısal, yapısal olmayan elemanlar ile fonksiyonlar bakımından** afet güvenliğine ilişkin düzenli ve kapsamlı değerlendirmelerin yapılması; bu değerlendirmelerin kurum içi iletişim ve koordinasyon esasları, sağlık hizmeti kalite standartları, iş ve tesis güvenliği, teknik servis prosedürleri ile ilgili dokümantasyon, hastane bina turu, bakım kontrol vb. düzenli gerçekleştirilmesi gereken, olağan uygulamalarla bütünleştirilmesi söz konusudur. Bu süreçlerde, aynı zamanda, hastane olağan risk yönetimi ve afet risk yönetimi gereklerinin birbirinden farklı kapsam ve içerikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastanelerin, afet yönetiminin tüm süreçleri içindeki yeri göz önüne alındığında, sağlık kurumlarında uygulanan olağan risk yönetiminin yanı sıra afet risklerinin yönetiminin de ne kadar önem taşıdığı görülmektedir. Hastanelerin bu konumu kurulu buldukları yerleşimlerde sağlık hizmetleri bakımından taşıdıkları sorumluluklardan, sağlık sisteminin bütünü içindeki yerlerinden ve toplumun tüm kesimleri ile olan bağlarından kaynaklanmaktadır.

Özet olarak:

- Sağlık hizmetinin afet ve acil durumlarda da kesintisiz sürmesi gerekmektedir.
- Hastanelerde her zaman zarar görebilirliği daha fazla, çok sayıda insan bulunmaktadır.
- Hastanelerde, can ve hizmet kayıplarını önlemek üzere düzenli korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanımlar, bulunmaktadır.
- Afet sırasında sağlık hizmetinin kesintiye uğramaması sosyal bakımdan da büyük önem taşımaktadır; toplum hayatının normalleşmesine önemli etki ve katkıda bulunmaktadır.

HAP hazırlıklarında yapılacak afet risk değerlendirmesi ışığında, hastanenin afet güvenliği ile ilgili çalışmalar öncelikle hastane binası ve çevresi ile ilgili yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risklerin azaltılmasını hedeflemek durumundadır. Bu doğrultuda, hastanelerde, üç temel güvenlik hedefi esas alınmalıdır.

Bu hedefler, öncelik sırasıyla:

- 1) **Hayatın korunması :** Hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının can güvenliğini korumak,
- 2) **Yatırımın korunması:** Hastaneye ait yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek,
- 3) **İşleyişin korunması :** Sağlık kurumunun faaliyetlerini her durumda kesintisiz sürdürebilmesini sağlamaktır. Bu çerçevede, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) uluslararası kabul gören *Güvenli Hastane* yaklaşımı da gözönünde bulundurularak, hastanelerin tehlike ve risklerini değerlendirme konuları (kontrol listeleri), birbiriyle bütünlük içerisinde sırasıyla şu başlıklar altında toplanmaktadır:
 - 1) Bulunduğu coğrafi, fiziksel, çevresel, sosyal ortamda hastanenin güvenliğini, afet ve acil durum yönetimindeki rolünü etkileyebilecek tehlikelerin belirlenmesi,
 - 2) Hastane binası ve çevresini oluşturan yapısal elemanların güvenliği,
 - 3) Hastanenin yapısal olmayan elemanlarının güvenliği,
 - 4) Hastanenin afet ve acil durum yönetimi bakımından fonksiyonel kapasitesinin, iş/faaliyet sürekliliğinin güvence altına alınması. Hastane güvenliğini ve performansını etkileyebilecek tehlike ve riskler bakımından, öncelikle hastanenin bulunduğu yerleşimde doğa ve teknoloji kaynaklı tehlikeler göz önünde bulundurulmalı; ayrıca gerçekleşebilecek sosyal ve çevresel olaylar da değerlendirilmelidir. Bu bölümle ilgili olarak, mevcut ve potansiyel tehlike, risk haritaları, raporlar ve ilgili dokümanlar, İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık, Çevre ve Şehircilik, Tarım ve Orman, Aile ve Sosyal Hizmetler

Bakanlıklarının ilgili merkez ve yerel birimleri, Valilik, Kaymakamlık ve Belediyeler ile ilgili diğer kamu kurum ve kuruluşlarından sağlanabilmektedir.

Hastanenin bulunduğu yerleşimin tehlike ve risk değerlendirmelerinde, geçmişteki şehir ya da sınır ötesi afetlerin olumsuz etkileri (ülke içinde geçmiş depremlerin Karadeniz, Marmara, Ege ve Akdeniz’de yol açtığı taşkın ve tsunamiler, 1986 Çernobil’deki nükleer kazanın Türkiye’ye etkileri vb.) ile sürdürülmekte olan araştırmalar da (iklim değişikliği, maden kazaları gibi büyük iş kazaları, büyük endüstriyel kazaların önlenmesi vb.) dikkate alınmalıdır.

Hastane binası ve çevresi ile ilgili yapısal ve yapısal olmayan elemanların güvenliği bakımından ve hastanenin fonksiyonel kapasitesine ilişkin değerlendirme ise hastanenin mevcut ve potansiyel tehlikeleri karşısında sırasıyla yapısal elemanları, yapısal olmayan elemanları, idare-organizasyon yapısı (afet ve acil durum yönetimi kapasitesi) bakımından zarar görebilirlik düzeylerinin belirlenmesini ve önlemlerin geliştirilmesini içermelidir.

Bu değerlendirmelerde ve önlemlerin geliştirilmesinde engellilerin erişim olanaklarına dikkat edilmelidir.

8.3. Yapısal Risklerin Azaltılması

Hastanenin afet güvenliği bakımından fiziksel durumunu ve iyileştirilmesi gereken yönlerini belirlemek üzere, yapısal güvenlik ile ilgili konular uluslararası kabul gören Güvenli Hastane yaklaşımıyla, esasen iki ana başlık altında incelenmektedir:

1) Hastanenin yapısal güvenliğini etkileyen geçmiş olaylar,

2) Binanın yapısal özellikleri, taşıyıcı sistemi ve kullanılan malzeme bakımından güvenlik. Deprem bölgeleri başta olmak üzere mevcut ve yapılacak binalarla ilgili zorunlu asgari koşullar, 2007 tarihli Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik, ilgili diğer mevzuat, şartname ve standartlarda yer almaktadır. Ayrıca Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı’nda (UDSEP 2012- 2023), afet sonrasında kullanılması yaşamsal önem taşıyan mevcut hastanelerin, yapısal olarak deprem ve diğer afetlerde güvenliklerinin artırılması ve yeni yapılacak hastanelerde bu güvenliğin mutlaka sağlanması gerekliliği belirtilmiştir. Kamu hastanelerinde bu çalışmalar halen devam etmektedir.

Depreme dayanıklı inşa zorunluluğunun yanı sıra, hastanenin tasarımı ve yapımında, bulunduğu veya inşa edileceği bölgenin/yerleşimin afet risk değerlendirmesine uygun düzenleme ve önlemler gerçekleştirilmelidir. Örneğin, İstanbul’da depreme karşı, Bursa’da lodosun etkili olduğu bölgelerde rüzgara karşı, Antalya’da sel su baskınlarına karşı, bu bölge hastanelerinin yapısal önlemlerinin geliştirilmesine; Kocaeli’nde kimyasal tesis ve karayollarına yakın hastanelerin KBRN ünitesi bulundurulmasına vb. özellikle ihtiyaç olabilecektir.

HAP hazırlanırken hastanenin **yapısal dayanıklılık testi** sonucunun yer alması gereklidir ve bu inceleme raporu hastanenin varsa ek tüm binaları için de yapılmalıdır. Hastanenin yapısal dayanıklılık inceleme, uygulama aşama ve sonuçları düzenli olarak kaydedilmeli, ilgili formlara **(Form 48)** işlenmelidir.

Formlarda, aşağıdaki şekilde, ayrıntılı durum bilgisi verilmelidir, örnek olarak:

- Güçlendirme ve Onarım/Renovasyon ve Yeniden Yapım İnşaatı Tamamlanan Bölüm,
- Güçlendirme / Yeniden Yapım Çalışmaları Devam Eden Bölüm,
- Yeniden Yapım Projeleri Tamamlanan / Devam Eden Bölüm,
- Fizibilite Çalışması Tamamlanıp Güçlendirme Projesi Hazır Olan Bölüm,
- Güçlendirme Analiz ve Proje Çalışması Devam Eden Bölüm,
- Güçlendirilmesi Teknik ve Ekonomik Bulunmayan Bölüm(ler) belirtilmelidir.

8.4. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

Hastane binalarının taşıyıcı sistemlerini oluşturan kolon, kiriş, döşeme, duvar vb. yapısal elemanlarının dışında kalan elemanları yapısal olmayan elemanlardır. Hastanelerde afet güvenliği bakımından yapısal olmayan unsurlarla ilgili incelemeler, uluslararası kabul gören Güvenli Hastane yaklaşımıyla, şu ana başlıklar altında toplanmaktadır:

1) Mimari elemanların güvenliği,

2) Hastanedeki kritik servis ve alanların; ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergahlarının güvenliği,

3) Kritik sistemlerin durumu (elektrik, telekomünikasyon, su tedariki, yangın söndürme, kanalizasyon, yakıt depolama, medikal gazlar, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri vb.),

4) Ekipman ve malzeme güvenliği (ofis ve depo ekipman ve donanımı; teşhis ve tedavi için gerekli medikal ve laboratuvar ekipman ve malzemeleri vb.).

Yapısal olmayan elemanların afet ve acil durumda zarar görmesini ve çevredeki varlıklara zarar vermesini engelleyici uygulamalar, “**Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması**” kapsamında başlıca şu esaslara dayanmaktadır:

Yapısal olmayan elemanların afet ve acil durumda zarar görmesini ve çevredeki varlıklara zarar vermesini

engelleyici uygulamalar, “**Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması**” kapsamında başlıca şu esaslara dayanmaktadır:

- Yapısal olmayan risklerin azaltılması amacıyla yapılacak inceleme ve değerlendirmelerde, yapısal olmayan elemanın zarar görebilirliği ve hastanenin hizmetine etkisi öncelik sırasıyla; can güvenliği, ekipman-donanım kaybı, fonksiyonun kesintiye uğraması riskleri bakımından değerlendirilmelidir (tek bir eleman için birden fazla risk de söz konusu olabilir; böyle durumlarda öncelik can güvenliğinin korunmasıdır).

- Yapısal olmayan elemanların afet riskleri bakımından incelenmesi sırasıyla, kritik sistemler, medikal ekipman, takiben diğer ekipman, mobilya ve mimari elemanlar şeklinde gerçekleştirilmelidir; elemanlar öncelikle sistem bazında incelenmeli; her sistem tüm bileşenleri, bağlantıları, uzantıları ile birlikte ele alınmalıdır.

- Yapısal olmayan risklerin önlenmesi ve azaltılması hastanenin inşaatı ile başlamalıdır. Hastanede yapılacak değişiklikler ve yeni malzeme alımlarında, risk önleme ve azaltma önlemleri teknik şartnamelere konularak uygulama kolaylığı sağlanmalıdır. Tüm personele farkındalık eğitimi, teknik personele ise uygulama ve denetleme eğitimi verilmelidir. Uygulamaların etkisi ve sürekliliği düzenli ve sık aralıklarla kontrol edilmeli ve kayıt altında tutulmalıdır. Yapısal olmayan elemanlarla ilgili afet risk-zarar azaltma amaçlı, koruyucu önlemler başlıca üç grupta incelenmektedir:

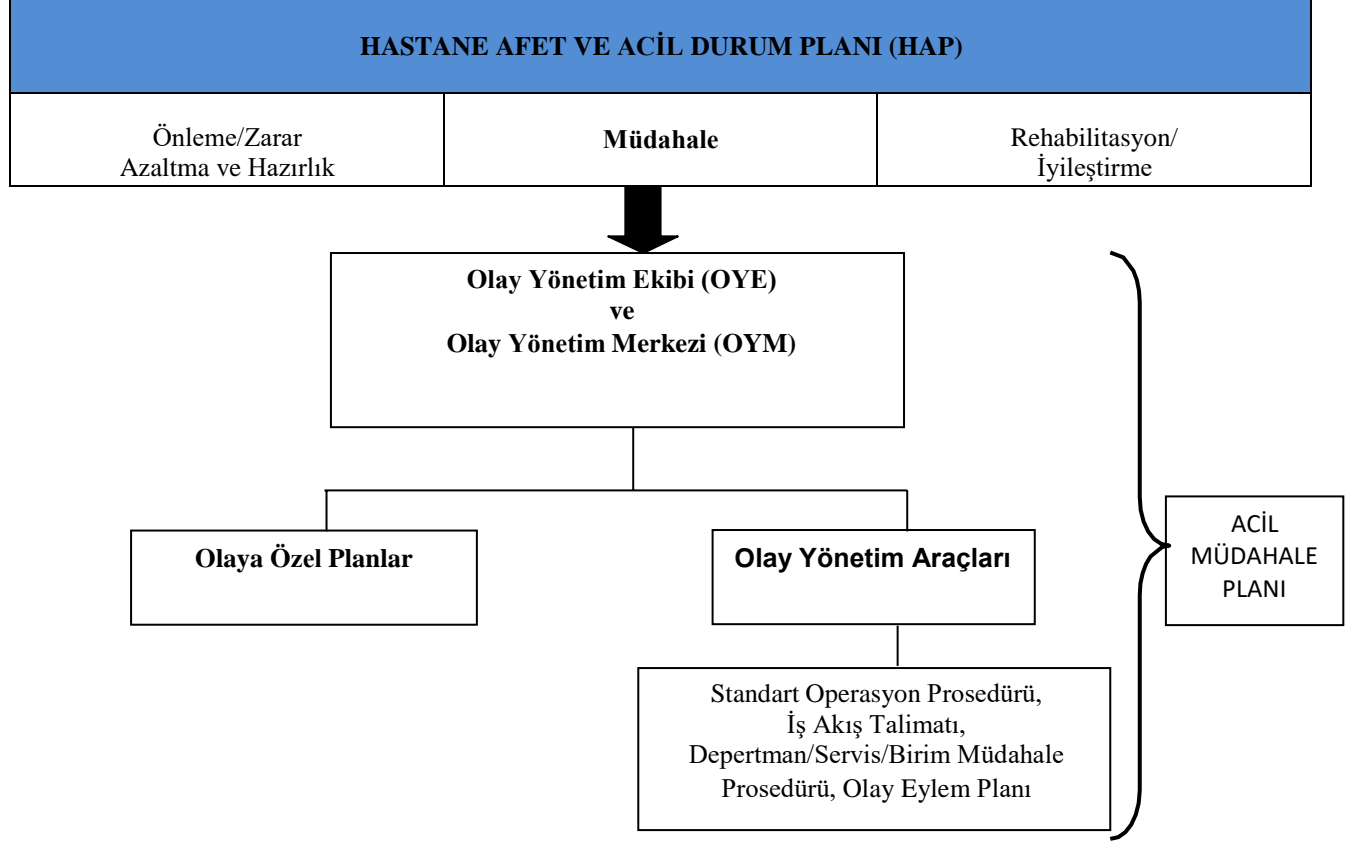
- 1) Günlük bilgiyle gerçekleştirilebilecek basit önlemler (eşyanın yerini değiştirme vb.),

- 2) Önceden belirlenmiş teknik ve usullere (mevzuat ya da kullanım kılavuzu vb.) göre gerçekleştirilen, teknik bilgi/teknisyenlik gerektiren önlemler,

- 3) Özellikle kritik güvenlik ve yüksek maliyet kapsamındakiler başta olmak üzere uzmanlık, mühendislik bilgisi gerektiren önlemler. Yapısal olmayan elemanların güvenliği konusunda, afet ve acil durumlarda, talebin yoğunlaşma eğilimi göstereceği en kritik servis ve alanlara öncelik verilmelidir. Hastanelerde yapısal olmayan elemanlarla ilgili düzenli ve kapsamlı değerlendirmeler, esas olarak kalite yönetim, tesis güvenliği ve teknik servis işleyiş prosedürleri ile ilgili bina turu, bakım kontrol vb. gerekli uygulamaların düzenli gerçekleştirilmesi süreçleriyle bütünleştirilebilecektir. Hastanenin yapısal olmayan risklerin azaltılması çalışmaları ile ilgili inceleme, uygulama aşama ve sonuçları düzenli olarak kaydedilmeli, ilgili formlara (Form 49) işlenmelidir

1. ACİL MÜDAHALE PLANI

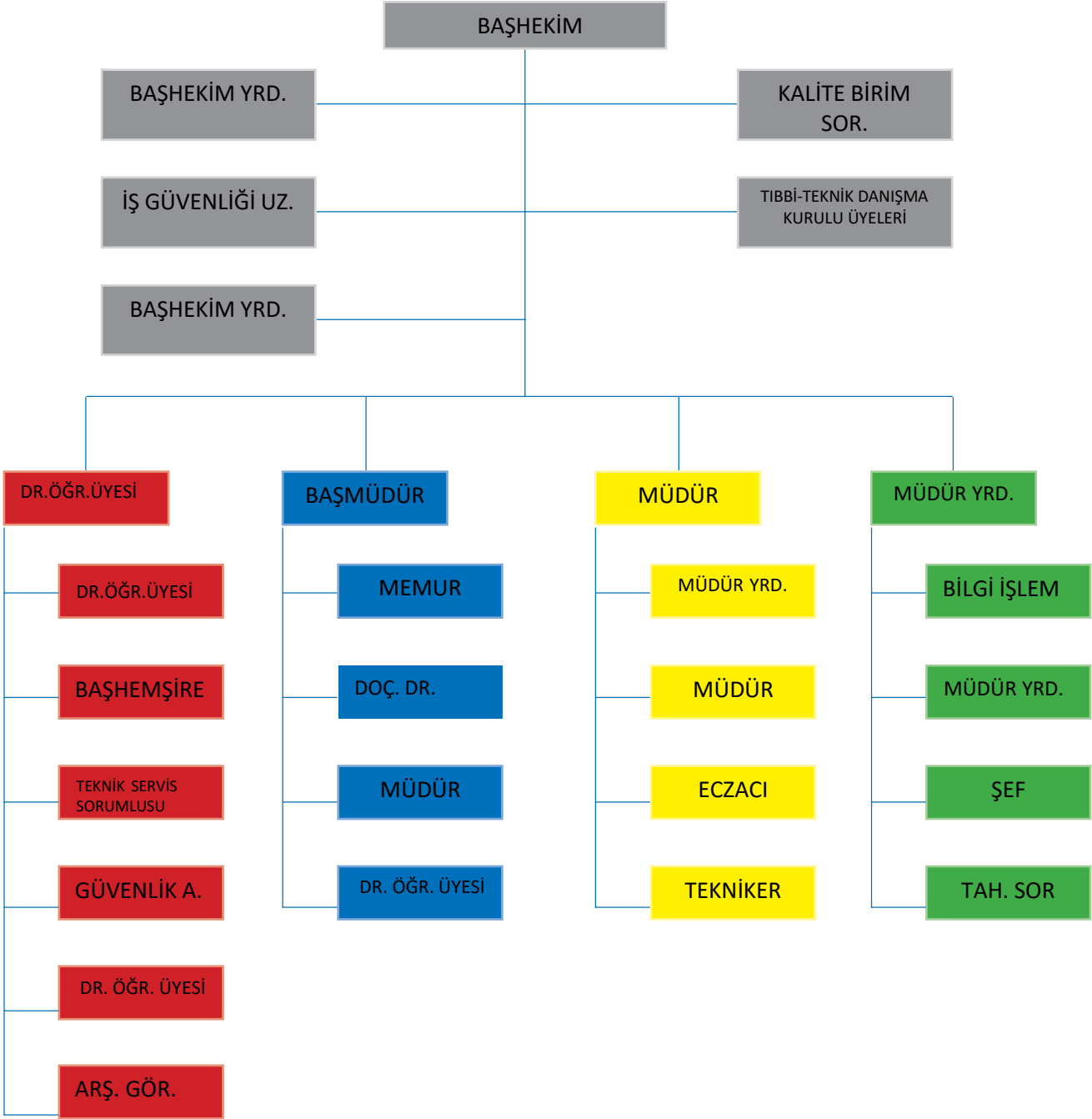
Acil Müdahale Planı (AMP), Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) önemli bir parçasıdır. Hastane AMP afet ve acil durumda müdahale organizasyonunu, yönetim sistemini ve araçlarını belirler.

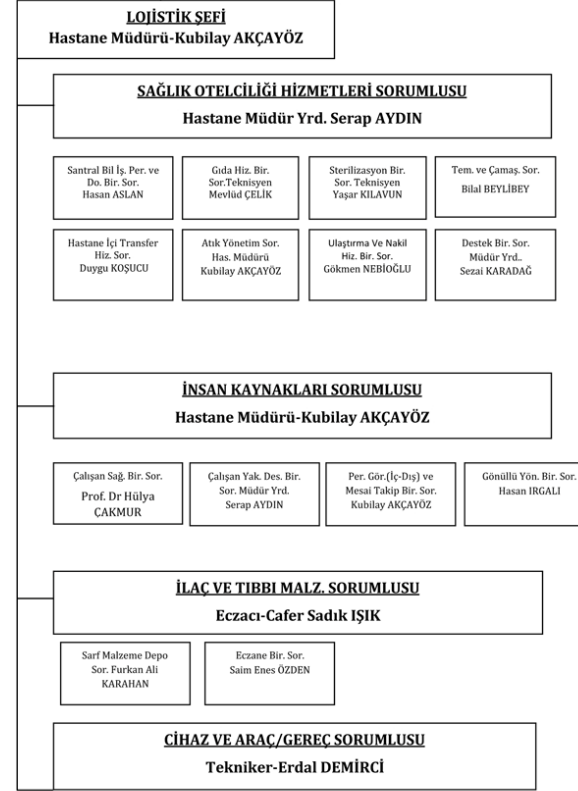
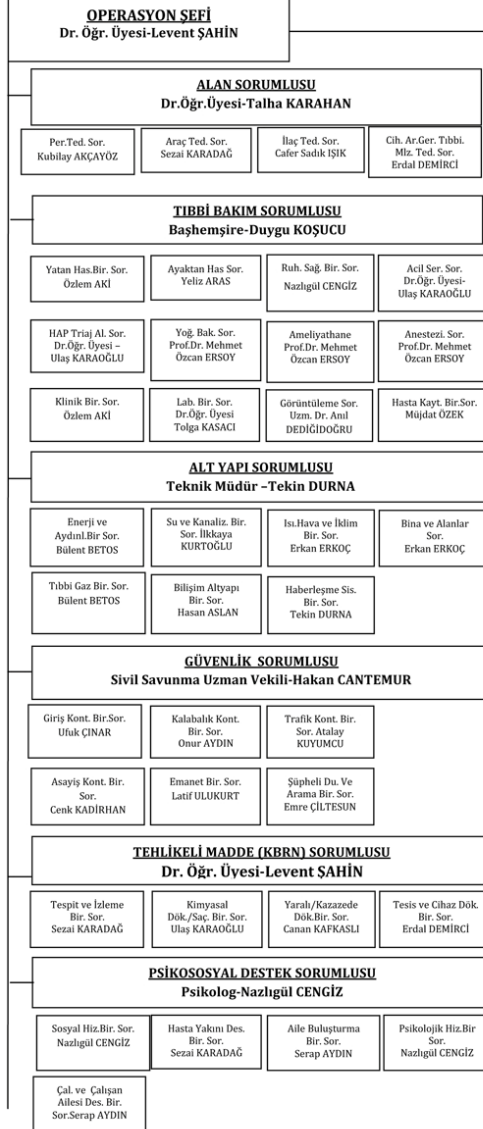
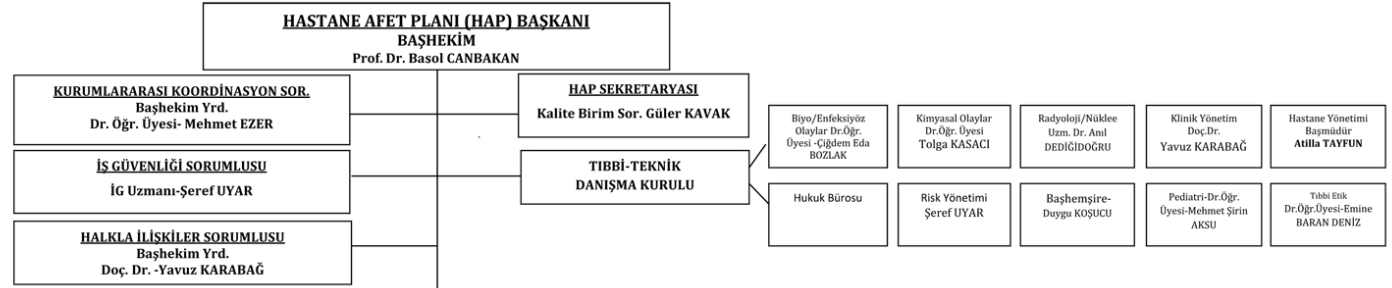


Hastanede Acil Müdahale Planı faaliyete geçirildiğinde, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer.

2. AFET VE ACIL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ

2.1 Organizasyon Şeması (Unvan Olarak)





2.2. Görev Tanımları

1. HAP BAŞKANI Hastane Olay Yönetim Merkezi'ni (OYM) organize eder ve yönetir. Hastane afet yönetimi ve destek faaliyetler ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri verir. Olay eylem planını her operasyonel dönem için onaylar.	
2. HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU Personel, hasta ve hasta yakınları ve basını da içerecek şekilde iç ve dış paydaşlara HAP Başkanı tarafından onaylanan bilgilerin iletilmesini sağlar.	
3. KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU Hastane Olay Yönetim Merkezi'nde diğer kuruluşların temsilcileri ile iletişime geçer, afet ve acil durum ile ilgili bilgi akışını sağlayan yetkili kişi olarak görev yapar.	
4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SORUMLUSU İş sağlığı ve güvenliği açısından çalışma ortamının değerlendirilmesi ve önlemlerin alınarak risklerin azaltılması, kişisel koruyucu ekipmanın temini ve kullanımının sağlanması için gereğini ilgili komisyonlara bildirilmesinden sorumludur. Hasta, personel ve ziyaretçilere yönelik mevcut ve olası tehlikeleri takip ve tespit eder, azaltmak için gerekli önlemlerin alınmasını önerir. Sağlığı ve hayatı tehdit eden acil durumlarda HAP Başkanının onayıyla her türlü operasyonu durdurmaya yetkilidir.	
5. TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahaları doğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir	
Tıbbi Teknik Danışma Kurulu'nda Olması Önerilen Alanlar	5.1 Biyolojik/Enfeksiyöz Olaylar HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, biyolojik ya da bulaşıcı hastalıklara acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir. 5.2 Kimyasal Olaylar HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, spesifik kimyasal olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir. 5.3 Radyolojik/Nükleer Olaylar HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, radyolojik ve nükleer olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için danışmanlık hizmeti verir. 5.4 Klinik Yönetim HAP Başkanı veya bölüm şeflerine, hastane klinik özelliklerinin ve hizmetlerinin korunmasını sağlama konularında danışmanlık hizmeti verir. 5.5 Hastane Yönetimi Görevlendirildiğinde hastane hizmetlerinin kapasite ve yeteneği ile müdahale eylemlerinin gözetimini sağlar; HAP Başkanı veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir. 5.6 Hukuk Bürosu HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin afet ve acil durumlara yanıtı ile ilgili konularda hukuki danışmanlık hizmeti verir. 5.7 Risk Yönetimi HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, hastanenin risk yönetimi ve zarar azaltma politikaları konusunda danışmanlık hizmeti verir. 5.8 Tıbbi Personel HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi personel ile ilgili konularda danışmanlık hizmeti verir. 5.9 Pediyatrik Bakım HAP Başkanı ya da bölüm şefine, pediyatrik bakım konusunda danışmanlık hizmeti verir. 5.10 Tıbbi Etik HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi etik konularında danışmanlık hizmeti verir.
6. HAP SEKRETERYASI HAP temsilciliği/birimi/ofisinde görevli personel tarafından Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, Olay Yönetim Merkezinin (OYM) açılması, Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından istenilen bilgilerin toplanması, kayıt altına alınması vb. talimatları yerine getirir.	

7. OPERASYON ŞEFİ

HAP Başkanı tarafından belirlenmiş hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla strateji ve taktikler geliştirir ve uygular. Müdahale alanlarını organize eder, kaynakları yönetir ve tıbbi bakım, altyapı, güvenlik, tehlikeli maddeler ve psikososyal destek birimi ile ilgili görevlendirmeleri yapar.

7.1 ALAN (hastane dışı olay yeri) SORUMLUSU

Hastane dışında meydana gelen afet ve acil durumlarda, olay yerinde müdahale için gerekli personel, araç, gereç, malzeme ve ilaç gibi destek kaynaklarını organize eder ve yönetir. Lojistik Şefi ile koordinasyon içerisinde çalışır.

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:

Personel Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

Araç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

Cihaz, Araç/Gereç ve Tıbbi Malzeme Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan cihaz, araç/gereç ve tıbbi malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

İlaç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU

Sorumluluğu altındaki klinik hizmetleri ve klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir.

Tıbbi Bakım Sorumlusuna Bağlı Birimler:

Yatan Hasta Birim Sorumlusu

Yatan hastaların tedavisinin sağlanmasını temin eder, yatan hasta alanlarını yönetir ve kontrollü bir şekilde hasta yatış ve taburcu işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlar.

Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

Acil Servis Birim Sorumlusu

Acil servise gelen hastaların acil tıbbi bakımlarının yapılmasını sağlar. Hastaların yönlendirilmelerini koordine ve organize eder.

Hastane Afet Triyaj Alanı Birim Sorumlusu

Hastaneye başvuran çok sayıda yaralının tedavi önceliklerini belirleyebilmek için Triyaj Alanının (lojistik Şefi'nin desteği ile) tanımlandığı şekilde kurulmasını sağlar. Gereksinim duyulan tıbbi cihaz, ilaç ve sarf malzemeyi ve personeli talep eder. Yaralıların öncelik sırasına göre değerlendirilmesini ve gerekli tedavi alanlarına yönlendirilmesini sağlar.

Yoğun Bakım Birim Sorumlusu

Yoğun bakım birimlerini yönetir ve hizmete devamlı hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

Ameliyathane Birim Sorumlusu

Ameliyathaneleri yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

Anestezi Birim Sorumlusu

İhtiyaca göre yedek personeli göreve çağırır. Gerekirse yedek cihazları devreye sokar. Vakaların niteliklerini ve ameliyat sürelerini gözönüne alarak ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli süreçlerin aksatılmadan yürütülmesini sağlar.

	<p><u>Klinik Destek Birim Sorumlusu</u> Hastaların tıbbi bakımı ile ilgili yardımcı klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir (ilaç, tıbbi malzeme, laboratuvar hizmetleri, tıbbi görüntüleme hizmetleri, kan ve kan ürünleri, morg hizmetleri).</p> <p><u>Laboratuvar Birim Sorumlusu</u> Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.</p> <p><u>Görüntüleme Birim Sorumlusu</u> Görüntüleme birimlerinin yönetimi, hizmete sürekli hazır bulundurulması, yapılmış olan planlamalar doğrultusunda kapasite artışının sağlanması, gerekli tıbbi cihaz ve malzemenin temini, seyyar cihazların talep edilen yerlerde çalıştırılmasından sorumludur. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.</p> <p><u>Hasta Kayıt Birim Sorumlusu</u> Yatan ve ayaktan hasta kayıtlarını düzenler ve yönetir.</p>
<p><u>7.3 ALTYAPI SORUMLUSU</u> Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atıksu, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p>	<p><u>Altyapı Sorumlusuna Bağlı Birimler:</u></p> <p><u>Enerji ve Aydınlatma Birim Sorumlusu</u> Hastane için hayati önemi olan ana ve yedek enerji kaynaklarının ve aydınlatma sistemlerinin sürekliliğini sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>Su ve Kanalizasyon Birim Sorumlusu</u> Su ve kanalizasyon sistemlerinin sorunsuz çalışması için gerekli düzenlemeleri yapar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme Birim Sorumlusu</u> Hastanenin ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin sorunsuz çalışmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>Bina ve Alanlar Birim Sorumlusu</u> Hastane binaları ve alanlarının fonksiyonel durumda tutulmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. Hastanedeki her türlü mekanik sistemin sürekli çalışır durumda tutulmasından sorumludur (asansör, otomatik kapı, giriş-çıkış kapıları vb.).</p> <p><u>Tıbbi Gaz Birim Sorumlusu</u> Tıbbi gaz sistemlerinin düzenli çalışmasını sağlar. Medikal gazların klinik bakım alanlarına sevkini düzenler ve dağıtır. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>Bilişim Altyapısı Birim Sorumlusu</u> Hastane bilişim alt yapısının sürekli çalışır durumda olmasını sağlar, gerektiğinde yedek sistemlerin devreye alınmasından sorumludur. Alternatif tıbbi bakım sahalarında gerekli olan bilişim altyapısını kablolu veya kablosuz olarak kurar ve çalışmasını sağlar.</p> <p><u>Haberleşme Sistemleri Birim Sorumlusu</u> Hastane santrali, telsiz, çağrı cihazı vb. sistemlerin çalışır durumda tutulmasından, iç ve dış iletişimin sürekli sağlanmasından sorumludur. Çağrı cihazı ve telsizlerin bakımlı ve şarjlı tutulmasını sağlar. Gerektiğinde yedek sistemleri devreye sokar. Operasyonun seyrine göre ihtiyaç duyulan noktalara iletişim sistemi kurulmasını sağlar.</p>

<p><u>7.4 GÜVENLİK SORUMLUSU</u> Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle işbirliği vb.) yürütür ve koordine eder.</p>	<p><u>Güvenlik Sorumlusuna Bağlı Birimler:</u></p> <p><u>Giriş Kontrol Birim Sorumlusu</u> Hastaneye giren ve çıkan kişileri izleyerek ve kontrol ederek hastanenin, çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının emniyetini sağlar.</p> <p><u>Kalabalık Kontrolü Birim Sorumlusu</u> Olay yeri güvenliğini ve kalabalığın kontrolünü sağlar.</p> <p><u>Trafik Kontrol Birim Sorumlusu</u> Hastane içi araç trafiği emniyetini düzenler ve uygular.</p> <p><u>Asayiş Kontrol Birim Sorumlusu</u> Hastane emniyetini hastane dışından kolluk kuvvetleriyle koordine eder.</p> <p><u>Emanet Birim Sorumlusu</u> Hastaneye gelen/ getirilen hasta/yaralı ve ölülerin eşyalarının kayıt altına alınarak korunmasından ve sonrasında sahiplerine veya yetkili makamlara iletilmesinden sorumludur. Bu iş ile ilgili gerekli organizasyonu sağlar.</p> <p><u>Şüpheli Durum ve Arama Birim Sorumlusu</u> Güvenlik ihlalleri veya altyapı hasarları sırasında şüpheli paket, şüpheli kişi ile kayıp çalışan, hasta ya da ziyaretçilerin aranmasını koordine eder.</p>
<p><u>7.5 TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU</u> KBRN olaylarına müdahale kapsamında tespit, izleme, dökülme/ saçılma yönetimi, maruz kalanların, teknik ve acil dekontaminasyonunun yapılması ile hastane ve ekipman dekontaminasyonu çalışmalarının organize edilmesi ve yönetilmesinden sorumludur.</p>	<p><u>Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna Bağlı Birimler:</u></p> <p><u>Tespit ve İzleme Birim Sorumlusu</u> KBRN olayında söz konusu madde ile ilgili yürütülen aktivitelere yönelik tespit ve izleme çalışmalarını koordine eder.</p> <p><u>Kimyasal Dökülme/Saçılma Müdahale Birim Sorumlusu</u> Hastane içi tehlikeli maddelerin dökülme/saçılma müdahale planlarının uygulanmasını koordine eder.</p> <p><u>Yaralı/Kazazede Dekontaminasyonu Birim Sorumlusu</u> KBRN olaylarına müdahalede, hasta dekontaminasyonu ile ilgili eylemlerin koordinasyonunu sağlar.</p> <p><u>Tesis ve Cihaz Dekontaminasyon Birim Sorumlusu</u> KBRN olaylarına müdahalede, hastane ve ekipmanlarının dekontaminasyonu ile ilgili eylemleri koordine eder.</p>
<p><u>7.6 PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU</u></p>	<p><u>Psikososyal Destek Sorumlusuna Bağlı Birimler:</u></p> <p><u>Sosyal Hizmetler Birim Sorumlusu</u> Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmet biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar.</p> <p><u>Hasta Yakını Destek Birim Sorumlusu</u> Afet ve acil durum süresince ortaya çıkabilecek, iletişim, konaklama, beslenme, sağlık, manevi ve duygusal vb. ihtiyaçları da içeren, hasta ve hasta ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken psikososyal desteği sağlar ve organize eder.</p> <p><u>Aile Buluşturma Birim Sorumlusu</u> Ailelerin tekrar bir araya getirilmesi için çalışmaları yapar.</p> <p><u>Psikolojik Hizmetler Birim Sorumlusu</u> Psikososyal destek faaliyetleri kapsamında bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için sevk edilmesi, gerektiğinde bireysel terapötik görüşmelerin yürütülmesi ve takip edilmesi vb. hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur.</p> <p><u>Çalışan ve Çalışan Ailesi Destek Birim Sorumlusu</u> Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin afet ve acil durum halinde temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak, personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojik takiplerinin yapılmasından sorumludur.</p>

8. PLANLAMA ŞEFİ

Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini; taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini; uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planı'nın hazırlanmasını sağlar.

8.1 PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU

Afet ve acil durum süresince ihtiyaç duyulacak personelin, ekiplerin, binaların, malzemelerin ve ana teçhizatların durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi sağlamak; afet ve acil durum operasyonları için ayrılan tüm kaynakların listesini hazırlamakla sorumludur.

Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusuna Bağlı Birimler:

Personel İzleme Birim Sorumlusu

Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar.

Malzeme İzleme Birim Sorumlusu

Afet ve acil durumlarda destek için hastane stoğunda mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi sağlar.

8.2 DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU

Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileri toplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişmeler için öngörüler geliştirir. Olay eylem planında kullanılmak üzere bilgi/ istihbarat toplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritaları hazırlar.

Durum Değerlendirme Sorumlusuna Bağlı Birimler:

Hasta İzleme Birim Sorumlusu

Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yapar.

Yatak İzleme Birim Sorumlusu

Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar.

Veri ve Bilgi Yönetimi Birim Sorumlusu

Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulanarak raporlanması ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanı'na iletilmesinden sorumludur.

8.3 DOKÜMANTASYON SORUMLUSU

Afet ve acil durumlarla ilgili müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini de içine alacak şekilde tüm gelişme ve faaliyetlerin doğru ve eksiksiz olarak dokümanite edilmesini sağlar. İhtiyaç halinde belgelerin kopyalarını hazırlamak, afet ve acil durum dokümanlarını hukuki, bilimsel çalışma, finansal geri ödeme amaçları ve tarihsel veri niteliğinden yararlanmak için kayıt altına almak, korumak ve saklamakla sorumludur.

8.4 ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU

HAP Başkanının afet ve acil durumu sonlandırma kararıyla; için, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel süreçler kapsamında gerekli faaliyetleri koordine etmekten sorumludur.

9. LOJİSTİK ŞEFİ

Hastanenin afet ve acil durum yanıtındaki faaliyetler için gerekli hizmet, insan gücü, araç-gereç, gıda, su, ilaç, tıbbi malzeme ve diğer malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

**SAĞLIK OTELCİLİĞİ
HİZMETLERİ SORUMLUSU**

Hastanenin iletişim sistemi,
gıda, temizlik bilgi teknolojileri
vb. hizmetlerinin sürdürülmesi
ve geliştirilmesi, ekipmanların
sürekli hazır tutulması için gerekli
organizasyonu yapmakla
sorumludur.

**Sağlık Otelciliği Sorumlusuna Bağlı Birimler:
Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu**

Haberleşme ve bilgisayar donanımı ile personeli sağlar. İç ve dış haberleşme ile bilişim uygulamalarını organize eder.

Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu

Hastalar, hasta yakınları, personel ve aileleri, gönüllüler ve ziyaretçiler için gıda-su temini, yemek hazırlama ve dağıtım hizmetlerinin organizasyonunu ve sürdürülmesini sağlar.

Sterilizasyon Birim Sorumlusu

Hasar ve arıza varsa ilgili birimlere bildirir. İhtiyaca göre yedeklerini devreye sokar. Ameliyathane, hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemelerin sterilize edilerek kullanıma hazır vaziyette tutulmasını sağlar.

Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri Birim Sorumlusu

Çamaşır Hizmetleri: Çamaşırhane ile ilgili hasar tespitini yapar. Durumu değerlendirir. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Hastanenin çamaşır toplama ve yıkama talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar. Gerekliyse yedek personeli devreye sokar.

Temizlik Hizmetleri: Temizlik hizmetleriyle ilgili durum değerlendirmesi yapar. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Temizlik hizmetlerinin, hastanenin temizlik hizmetleri talimatına uygun olarak kesintisiz sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar. Alternatif bakım alanları açıldıysa o bölümlerin temizlik hizmetlerini planlar. Gerekirse mesai dışı personel ve yedek malzemeleri devreye sokar.

Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu

Yatan ve taburcu olan hastaların, uygun şekilde hastane içi transferinden, bu işle görevli personelin ve araçların yönetiminden sorumludur.

Atık Yönetimi Birim Sorumlusu

Hastane içi tıbbi, evsel ve tehlikeli atıkların ilgili planlar doğrultusunda bertaraf edilmesinden sorumludur.

Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu

Hastaneye ait veya kiralanmış araçların ve görevli personelin organizasyonunu yapar. OYE karar aldığı takdirde imkanlar dahilinde göreve çağırılan personelin ve ailelerinin hastaneye ulaşımını, kendi imkanları yeterli olmayan taburcu hastaların evlerine nakillerini organize eder. Hastaneye veya hastane dışına malzemelerin taşınmasını koordine eder.

Destek Birim Sorumlusu

Alternatif bakım alanları, çalışma alanları ulaşım hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi, mevcut kaynaklar ve işgücü havuzunun idamesi için gerekli çalışmaları organize eder, yönetir.

<p>9.2 İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU</p> <p>Personelin geri çağrılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını/oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur.</p>	<p>İnsan Kaynakları Sorumlusuna Bağlı Birimler:</p> <p><u>Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu</u> Personel ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar.</p> <p><u>Çalışan Yakını Destek Birim Sorumlusu</u> Personel ve aileleri için tıbbi, lojistik, davranış sağlığı ve günlük bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlar. Gerekirse aile üyelerinin aşılama ve bağışıklama hizmetlerini koordine eder.</p> <p><u>Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu</u> Görevi başında ve izinde olan personeli takip eder. Birim taleplerine göre HAP Başkanı onayı ile görevlendirme yapar. Gerekli personeli göreve çağırır. Dışardan gelen destek personelinin ilgili birimlerde çalışmasını sağlar. Personelin mesaisi ile ilgili dokümantasyondan sorumludur. Mesai, fazla mesai ve gönüllü çalışma saatlerini izler ve rapor tutar.</p> <p><u>Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusu</u> Hastaneye yardım için başvuran gönüllülerin tedavi alanlarından uzak bir noktada karşılanmasını sağlar. Tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur. Gönüllüleri yetkinlik ve yeteneklerine göre sınıflandırır. Güvenli ve yetkin gördüklerinin kimlik bilgilerini kayıt altına alır, kimliklendirir ve gönüllü yeleklerini verir. Gönüllü talimatını okutur, durum ve hastane ile ilgili bilgi verir. HAP Başkanı talimatıyla ihtiyaç duyulan tedavi birimlerine bir görevli eşliğinde yönlendirir ve ilgili birim sorumlusunun emrine girmesini sağlar. Gerekliğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydını yaptıranları göreve davet eder.</p>
<p>9.3 CİHAZ VE ARAC/GEREC SORUMLUSU</p> <p>Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.</p>	
<p>9.4 İLAC VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU</p> <p>Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.</p>	<p><u>Sarf Depo Birim Sorumlusu</u> İhtiyaç duyulan tıbbi malzemenin sağlanmasından ve stok takibinden sorumludur.</p> <p><u>Eczane Birim Sorumlusu</u> İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasından stok takibinden sorumludur.</p>
<p>10. FİNANS ŞEFİ</p> <p>Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.</p>	
<p>10.1 SATIN ALMA SORUMLUSU</p> <p>Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu HAP Başkanınca onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyallerin alımı veya kiralanmasından sorumludur.</p>	
<p>10.2 FATURALAMA/MALİYETLENDİRME SORUMLUSU</p> <p>Olayın maliyet analizini yaparak raporlamaktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamakla sorumludur.</p>	
<p>10.3 HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU</p> <p>Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu olduğu iddia edilen tüm zararlarla ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur.</p>	
<p>10.4 TAHAKKUK SORUMLUSU</p> <p>Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.</p>	

Yukarıda yer alan organizasyon şeması tüm hastaneler tarafından kullanılacaktır. Hastane kapasitelerinin gösterdiği farklılıklar dikkate alınarak:

- Hastane uygulamalarında temel pozisyonlar (HAP Başkanı, Halkla İlişkiler Sorumlusu, Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu, İş Güvenliği Sorumlusu, Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu, Operasyon Şefi, Planlama Şefi, Lojistik Şefi, Finans Şefi) aynı şekilde kalacaktır.

- Temel pozisyonlarda, hastanelerin kapasiteleri dikkate alınarak bir kişiye birden fazla sorumluluk verilebilir.

- Temel pozisyonların dışında kalan alt pozisyonlar aynı şekilde oluşturulabilir ya da birleştirilerek daha az sorumlu atanabilir.

3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

3.1. Sağlık Sektörü ve Sektörlerarası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

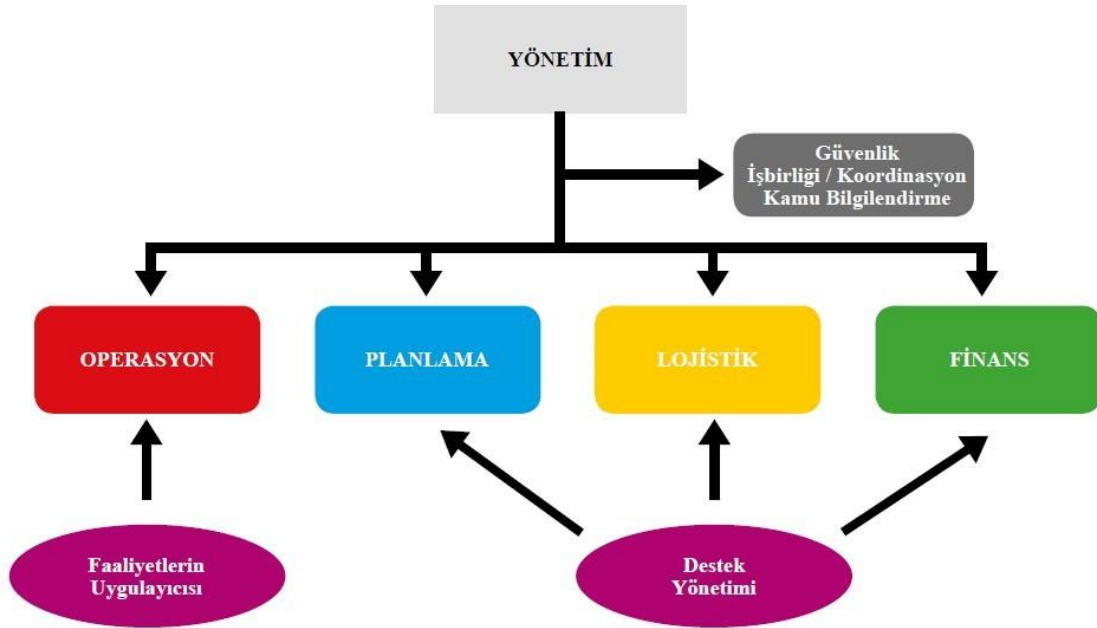
HAP kapsamında hazırlanacak Acil Müdahale Planı'nda afet ve acil durumlarda genel yönetim sisteminin nasıl organize edildiği ve çeşitli departman/servis/birim ve teknik bakım sorumlularının yükümlülüklerinin neler olduğu belirtilmelidir. Bu çerçevede temel yaklaşım, Olay Yönetim Ekibi'ne dayanan Olay Yönetim Sistemi'dir.

Olay Yönetim Sistemi (OYS) acil durumların sistematik bir yaklaşım kullanılarak yönetilmesi için tüm tehlikelerin dahil edildiği bir çerçeve oluşturmaktadır. Bu sistem etkili bir şekilde, olay müdahale sürecinde değişebilen ya da sonuçlanabilen tüm faaliyetlerin hastane tarafından yönetilmesini sağlar. Bir olayın türü ve ölçeği OYS'nin ilkelerini etkilemez ve OYS çok çeşitli durumlarda kullanılabilir (olaya özel planlarının faaliyete geçirilme süreci dahil olmak üzere). Hastane Olay Yönetim Sisteminde standart terminoloji kullanılmakta olup, sistem esnek ve modüler yapıya sahiptir.

Diğer taraftan, hastanenin Afet ve Acil Durum Planı, dış olay ve etkilerden bağımsız değildir. Özellikle sağlık sektörüne ilişkin diğer mevcut afet ve acil durum planları (örneğin İL-SAP) ile doğrudan fonksiyonel bağlantılara sahiptir. Bu nedenle, personele hastane dışında ilgili diğer yönetim hakkında bilgi verilmesi önemlidir.

3.1.1. Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri

Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) temel işlevlerine işaret eden örnek diyagram aşağıda verilmiştir. Nihai diyagram hastanenin büyüklüğüne ve sunduğu hizmetlere bağlıdır. Her hastane önce kendi yapısına en uygun yönetim sisteminin ne olduğunu tespit etmelidir. Her durumda temel işlevlere yönelik kısa bir açıklamanın olduğu basit bir diyagram bulunmalıdır.



A. Yönetim

Yönetim işlevi, tüm personelin yönetimini kapsar. Olay yönetiminin tüm sorumluluğunu üstlenir. Olay Eylem Planı kontrol edilir ve yönetimin onayından sonra uygulanır.

Yönetimin sorumlulukları:

- Kontrol ve yönetimin üstlenilmesi,
- Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) kurulması,
- Harici olay durumunun değerlendirilmesi (mevcut bilgilerin işlenmesi),
- Olay Yönetim Merkezi'nde çalışacak personelin ve HAP organizasyon şemasındaki sorumluların görevlendirilmesi,
- Olay kapsamındaki operasyonlar veya diğer departman/servis/birimler tarafından oluşturulan Olay Eylem Planının onaylanması,
- Dış paydaşlarla iş birliği yapılması,
- Kritik personel için (özellikle OYE personeli için) bilgilendirme toplantılarının yapılması,

- OYE personeli ve diğerkritik personel arasında görev dağılımının yapılması,
- Güvenlik sorunlarının ele alınması,
- Durum tespit raporlarının değerlendirilmesi,
- Basın-Medya ilişkilerinin yönetilmesi,
- Risk azaltma önlemlerinin yönetilmesi (risk azaltma önlemlerini uygulamakla sorumlu olan kişilere açık talimatlar vererek),
- Planın gözden geçirilmesi, temel sorun ve aksaklıkların tespit edilmesi,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

B. Planlama

Planlama bölümünde olayla ilgili bütün bilgiler toplanır ve analiz edilir. Muhtemel gelişmeler öngörülerek alternatif müdahale stratejileri ile birlikte asıl müdahale planlanır. Ayrıca, kullanılan tüm kaynakların kaydı tutulur.

Planlamanın sorumlulukları:

- Olay Eylem Planı oluşturmak için gereken, olaya ilişkin bilgilerin toplanması, düzenlenmesi ve analiz edilmesi,
- Gerekli olduğu takdirde alternatif kontrol hedeflerinin oluşturulması,
- Planlama toplantılarının yapılması,
- Bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- Personel ve malzeme durumu hakkında bilgi toplanması ve planlamanın yapılması,
- Tüm faaliyetlerin dokümanite edilmesi,
- Durum değerlendirme raporlarının hazırlanması,
- Acil Müdahale Planı'nın (AMP) sonlandırılmasının ardından, hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gereksinimlerin (kaynak ve destek) tahmin edilmesi.

C. Operasyon

Operasyon bölümü, olayla başa çıkmaya dönük faaliyetlerin doğrudan belirleyicisi ve uygulayıcısıdır. Olaya yönelik müdahale stratejilerinin etkisi değerlendirilir ve gerekirse olay eylem planı oluşturmak/ geliştirmek için geribildirim sağlanır.

Operasyonun sorumlulukları:

- HAP Başkanından brifing alınması,
- Operasyonlar için yetki alanının belirlenmesi,
- Olay Eylem Planı'nda yer alan operasyonlar kısmının oluşturulması,
- Operasyonel faaliyetlerin yönetimi ve denetimi,
- Müdahaleye dahil olan operasyon ekiplerinden ve/veya departman/servis/birimlerden durum raporlarının alınması (Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin geliştirilmesi),
- İlave kaynak ihtiyacının belirlenmesi ve talep edilmesi,
- Faaliyetler sırasında ortaya çıkan özellikli olayların/kazaların raporlanması,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

D. Lojistik

Lojistik bölümünde, olayla başa çıkmak için gereken tüm maddi kaynaklar tedarik edilir. Operasyonlar için tüm tesisler ve hizmetler sağlanır.

Lojistiğin sorumlulukları:

- HAP Başkanından brifing alınması,
- İlgili personele görev verilmesi,
- Gerekliğinde Olay Eylem Planı'nın lojistik kısmının hazırlanması,
- Malzeme, tesis ve hizmetlere ilişkin taleplerin karşılanması,
- Depolama alanlarının kurulması ve yönetilmesi,
- Süreç içerisinde ortaya çıkacak hastane faaliyetleri ve destek hizmetlerine yönelik gereksinimlerin ön görülmesi (proaktif yaklaşım),
- Bilgi yönetimi için ilgili formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

E. Finans

Finans bölümünde hizmet sunumu için finansal kaynakların sağlanması ve kullanımı düzenlenir.

Finans bölümünün sorumlulukları:

- Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından belirlenen finansal sınırların düzenli maliyet analizi ile gözetilmesi ve maliyet kayıtlarının doğru biçimde tutulması,
- Ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi,
- Muhasebe işlemlerinin izlenmesi, analizi ve muhasebe raporlarının düzenlenmesi,
- Gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, OYE'nin düzenli bilgilendirilmesi,
- Kısa ve uzun vadede karşılaşılabilecek finansal sorunların belirlenmesi ve çözümü,
- Ek fon, bağış kabulünün prosedüre uygun gerçekleştirilmesi,
- Görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması ve ödenmesi,
- Anlaşmalı olan ve olmayan satıcılardan alımlarla ilgili hesapların yönetimi,
- Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamaların hesaplanması ve raporlanması,
- Tüm muhasebe formları, fatura, satın alma sözleşmesi ve diğer kayıtların muhafazası,
- Acil Müdahale Planı'nın sonlandırılmasının ardından ilgili tüm hesapların toparlanması ve denetlenmesi.

3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) Oluşumu ve Görevleri

Hastane Acil Müdahale Planı (AMP) faaliyete geçirildiğinde, olağan yönetim modundan "hastane işleyişine yönelik acil durum modu"na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer:

OYE'nin oluşumu:

- HAP Başkanı, (**BAŞHEKİM**)
- Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu, (**BAŞHEKİM YARDIMCISI**)
- Halkla İlişkiler Sorumlusu, (**BAŞHEKİM YARDIMCISI**)
- İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu, (**İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI**)
- Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu, (**2 DOÇ. DR, 4 DR.ÖĞR.ÜYESİ , HASTANE BAŞMÜDÜRÜ, BAŞHEMŞİRE, İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI**)
- HAP Sekreteryası, (**KALİTE BİRİM SORUMLUSU**)
- Operasyon Şefi, (**DOÇ.DR. ÜYESİ**)
- Planlama Şefi, (**HASTANE BAŞMÜDÜRÜ**)
- Lojistik Şefi, (**HASTANE MÜDÜRÜ**)
- Finans Şefi. (**HASTANE MÜDÜR YARDIMCISI**)

Olay Yönetim Ekibinde (OYE) yer alan **HAP Başkanı her zaman aktive olan tek pozisyondur**. Diğer pozisyonlar olayın türüne göre HAP Başkanının görevlendirmesi ile aktive olur.

- Olay Yönetim Ekibi'nin görev ve sorumlulukları önceden belirlenir. OYE, HAP'ın afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında (Kılavuz İkinci Bölüm, md. 2.1) gösterildiği üzere beş temel işlevi (fonksiyonu) yerine getirir: Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans.
- OYE'nin her üyesi için görevin kapsadığı temel faaliyetleri ve raporlama sistemini detaylı olarak açıklayan bir İş Akış Talimatı hazırlanır. Her OYE üyesinin harekete geçmeden önce görevine ait İş Akış Talimatını tekrar okuması son derece önemlidir. (OYE üyeleri için geliştirilecek İş Akış Talimatlarıyla ilgili örnekler bkz. Ek 1-A).
- Olay Yönetim Ekibi ile Birim Sorumluları arasındaki **koordinasyon mekanizmaları** önceden belirlenir. Hastane etkili koordinasyonu sağlamak için kendisine uygun şekilde düzenleme yapabilir.
- Her departman/servis/birimin kendine ait tüm tıbbi ve teknik faaliyetleri önceden belirlenen esaslar çerçevesinde organize etme ve denetleme sorumluluğu vardır (Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü).

3.2.Hastane Olay Yönetimi Araçları

3.2.1 Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

Standart Operasyon Prosedürü (SOP) spesifik bir işin yapılmasını sağlamak için kurulan bir organizasyonun işlevini, bu işlevi etkili, uyumlu ve sonuç alıcı biçimde nasıl yürüteceğini, bu amaçla kimin, nerede, ne zaman, ne yapması gerektiğini önceden ve ayrıntılı biçimde belirten yazılı kurallardır. Ayrıca, bilginin nasıl paylaşılacağını, neyin nasıl kayıt altına alınacağını, kime ne zaman ve nasıl rapor edileceğini de içermektedir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı ile ilgili SOP'lar başlıca şu başlıkları içerir:

- Prosedür adı/başlığı,
- Temel faaliyet,
- Hedefler,
- Sırasıyla gerçekleştirilecek eylemler,
- İş güvenliği kuralları ve kontrol prosedürleri,
- Kullanılacak materyaller,
- Kalite kontrol,
- Zaman dilimi,
- Diğer standart operasyon prosedürü ve/veya paydaşlar ile koordinasyon,
- Karşılaşılabilecek özel durumlar,
- Sürece dahil kişiler,
- Ekler,
- Eylemlerin kaydedilme şekli
- İzleme,
- Güvenlik konuları,
- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

3.2.2 İş Akış Talimatı (İŞAT)

İş Akış Talimatı, genel tanımla, spesifik bir görevi yerine getirmek üzere, yapılacak işlerin gerçekleştirilme adımlarını açıklayan, gidişatı tanımlayan, uygulamaya yönelik olarak, faaliyetlerin nasıl yapılacağını ayrıntılı açıklayan dokümanlardır.

Olağan işleymde personel değişim hızının yüksek olması, afet ve acil durumlarda stres ve kaygı düzeyinin artması, tecrübeli personelin dahi çalışma performansını olumsuz etkileyebilir, görevler kolaylıkla unutulabilir. İş Akış Talimatları, mantıklı ve sıralı bir yaklaşım ile görevlerin, sorumlulukların ve eylemlerin önceden belirlenerek, personel tarafından gerçekleştirilmesi için kullanılacak basit bir araçtır. Her çalışan, kendisinden neyin beklendiğini bilmeli, faaliyetler doğru bir şekilde gerçekleştirilmelidir. İş Akış Talimatı'nda (Eylem Kartı) görevler açık ve net bir şekilde belirtilmelidir. Dayanıklı malzemenin yapılmalı ve her zaman erişilebilir, güncellenebilir ve kullanılacağı yerde muhafaza edilebilir olmalıdır. Buradaki amaç, belirli fonksiyonlardan sorumlu personelin görevlerini verimli bir şekilde ve kendilerinden beklendiği gibi yerine getirmesidir.

İş akış talimatları, bireylere özel olarak değil, fonksiyonlar ve pozisyonlar için hazırlanır. Belirli bir fonksiyona yönelik gerçekleştirilmesi gereken faaliyetlerin nasıl ve ne zaman yapılacağı, kiminle koordine edilip raporlanacağına yönelik mantıklı ve sıralı bir açıklamadır. İş Akış Talimatı'nda belirtilen faaliyetler olayın türüne ya da gidişatına göre gözden geçirilerek azaltılabilir ya da artırılabilir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı ile ilgili İş Akış Talimatı başlıca şu başlıkları içerir:

- İş Akış Talimatı adı/başlığı,
- Görev,
- Gerçekleştirilecek eylemler,
 - İlk eylemler,
 - Devam eden eylemler,
 - Süresi uzayan eylemler.
- Acil Müdahale Planı aktivasyonunun sona ermesi,
- Eylemlerin kaydedilme şekli,
- Rapor verilecek kişi/makam,
- Kimlik belirleme,
- Diğer,
- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü

Departman/Servis/Birimler tarafından kendi faaliyetlerini organize etmek amacıyla geliştirilen Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, yerine getirilecek tıbbi işlem ve hizmetlerle ilgili olarak mevcut Plan, SOP ya da İş Akış Talimatlarından yararlanılarak hazırlanır. Departman/Servis/Birimler sundukları hizmetler, yönetim yapıları ve işleyişleri açısından farklı özellikler gösterirler. Bu nedenle, Departman/Servis/Birimlerin özgün Müdahale Prosedürleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ile uyumlu bir şekilde hazırlanır ve Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) onayıyla uygulanır:

Not:100-499 yatağı olan hastanelerde Departman/Servis/Birimler için müdahale prosedürlerinin hazırlanması önerilmektedir,

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü hazırlanırken dikkat edilecek hususlar:

- Afet ve acil durumlarda Departman/Servis/Birimin yönetilmesine yönelik bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

Oluşturulacak pozisyonlar HAP afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında (Kılavuz İkinci Bölüm, md. 2.1) yer alan pozisyonlarla çakışmamalı, tekrarlanmamalıdır.

- Afet ve acil durumda Departman/Servis/Birimlerin sunduğu hizmetler önceliklendirilmeli ve hangilerinin sürdürüleceği belirlenmelidir.

- Hastane OYE ile bilgi yönetiminin ve iletişimin nasıl, hangi yolla yapılacağı belirlenmelidir.

- Tahliye prosedürlerini, servisler arası iletişimi, servisler arası yönetim yapısını ve servise özel faaliyetleri içerecek şekilde spesifik olmalıdır.

- Prosedür, basit, kısa ve pratik olmalı, yalnızca ilgili Departman/Servis/Birimlerin yetki ve sorumluluğunda olan faaliyetlere ilişkin bilgiyi sağlamalıdır. Kimin, hangi iş ya da işlemi, hangi yöntemle yerine getireceği belirlenmelidir.

- Raporlama, sorumluluk ve denetimin hangi esaslara göre yapılacağı belirlenmelidir.

- Departman/Servis/Birimlere afet ve acil durumlarda yeni hizmetler verilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. (örneğin, ayakta tedavi bölümünde hafif yaralıları tedavi edilebilir).

- Yangın, tahliye, kritik sistemlerin çökmesi vb. durumlarda hangi Olaya Özel Planlar, SOP, İşAT ve Formların kullanılacağı belirlenmelidir.

- Departman/Servis/Birim sorumlusu aşağıda yer alan organizasyon şemasında yer almalıdır. Ayrıca planlama görevlisi ve lojistik görevlisi görevlendirilmelidir.

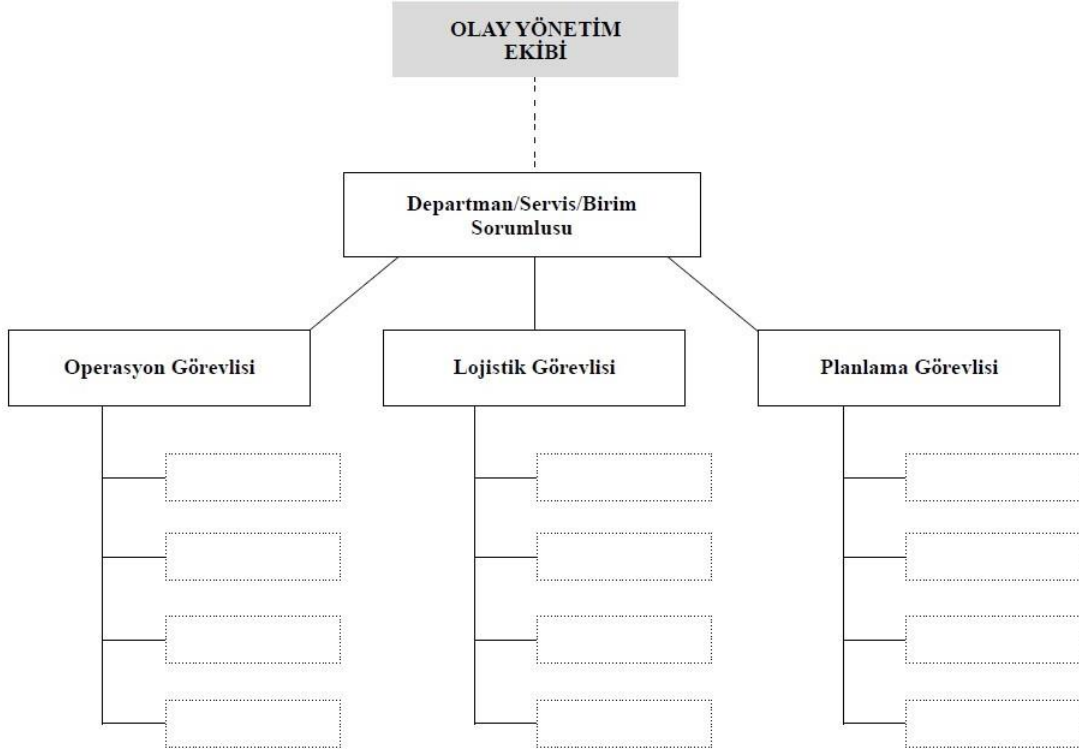
- Aşağıda yer alan organizasyon şemasında Departman/Servis/Birim sorumlusu operasyonu yönetir, ihtiyaç duyulursa operasyon görevlisi görevlendirilebilir.

- Prosedürler öncelikli olarak şu Departman/Servis/Birimlerden başlayarak yapılmalıdır:

- Yoğun Bakım,
- Ameliyathane,
- Psikiyatri,
- Mahkum koğuşu,
- Pediatri,
- Eczane,
- Laboratuvar ve Kan Bankası,
- Temizlik hizmetleri,
- İlaç hizmetleri vb.

- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü başlıca şu başlıkları içerir (Ek 1-D):

- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Adı,
- Amaç,
- Kapsam,
- Afet ve acil durum risk değerlendirmesi (departmana özel değerlendirme),
- Mevcut durum,



Her Departman/Servis/Birim kendi şemasını ve pozisyonlarını belirlemelidir.

- Departman/Servis/Birim görev tanımları,
- Ertelenebilir/vazgeçilebilir eylemlerin belirlenmesi,
- Müdahalede eylemlerin sırası,
- Müdahale sürecinde eylem zaman çizelgesi,
- Haberleşme /iletişim,
- Hizmetin niteliğini değerlendirme kriterleri ,
- İş sağlığı ve güvenliği kuralları,
- Karşılaşılabilecek özel durumlar,
- Kullanılacak SOP'lar,
- Prosedürde yer alan pozisyonlar için hazırlanmış İşAT'lar,
- Sürece dahil olabilecek Departman/Servis/Birim /kişiler,
- Kullanılacak form ve kayıtlar,
- Müdahale sürecinin sonlandırılması,
- Prosedürün ilk yayınlanma ve revizyon tarihi.

3.2.4 Formlar

Formlar, afet ve acil durumlarda karar verme süreçlerinde yardımcı olmak ve hizmetlerin hızlı şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla, bilgilerin düzenli olarak kaydedilmesi, iletilmesi, verilerin standartlaştırılmasında

kullanılan, geliştirmeye açık bir yönetim aracıdır.

Kılavuzda yer verilen formların sınıflandırılması şöyledir:

- 1) Planlama aşamasında kullanılan formlar (mevcut durumu gösteren formlar),
- 2) Operasyon aşamasında kullanılan formlar (olaya müdahale sürecinde kullanılan formlar),
- 3) Raporlama amacıyla kullanılan formlar (olaya müdahale ve sonrasında kullanılan formlar),
- 4) Diğer formlar (olay sırası ve sonrasında kullanılan çeşitli formlar),
- 5) Özel amaçlı formlar (Olaya Özel Planlar bölümünde yer alan formlar).

Ek 1-C'de yer alan formlarda hangi sınıflandırmaya ait olduğu yazılmıştır.

Formların oluşturulması veya mevcut olanların uyarlanması dahil, gerekli form ve kayıtların, kontrol listelerinin hazırlanması hastanede Departman/Servis/Birimler tarafından yapılmalı ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylanmalıdır. Personele gerekli eğitimler verilmeli ve tatbikatlarda kullanılarak test edilmelidir. Sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak formlar revize edilmeli ve HAP Hazırlama

Komisyonu tarafından onaylandıktan sonra kullanıma sunulmalıdır.

Hastane tarafından hazırlanacak HAP'ta, bu Kılavuz'un Ekler bölümünde bulunan formların içerdiği bilgiler asgari olarak yer almak zorundadır, formların içeriği hastaneler tarafından ihtiyaçlara göre geliştirilebilir.

3.2.5 Olay Eylem Planı

Olay Eylem Planı (OEP) Acil Müdahale Planı'nın (AMP) etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada **gidişata göre** geliştirilmesi, kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır. Operasyonel kaynaklar ve görevlendirmeler plan içerisinde tanımlanabilir. OEP, hedeflerin tümüyle başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için bütüncül hedefleri ve stratejiyi, genel taktiksel eylemleri ve destekleyici bilgiyi içerir. Olay Eylem Planında bir çok dokümandan destek alınır (örneğin trafiğin düzenlenmesi, haberleşmenin düzenlenmesi, krokiler vb.).

Olay Eylem Planı;

- Mevcut durumu belirler (ihtiyaçlar ve mevcut kaynaklar),
- Müdahalenin erken döneminin yönetimi için olay operasyon hedeflerini belirler,
- Tamamlanacak faaliyetleri belirler (kim ne yapacak; nasıl ve ne zaman, nerede ve kiminle),
- Belirli bir zaman dilimini kapsar (OEP zaman sınırlı hazırlanır ve ihtiyaç halinde revize edilir, durum değişince güncellenir: düzenli olarak duruma uygun hale getirilir),
- Olay yönetiminin prensiplerine uygun olur,
- Müdahale sırasında açık ve net talimatların verilmesi, sağlık sektörü ve sektörler arası koordinasyonun düzgün işlenmesini sağlar.

Olay Eylem Planı Standart Formu (Form 06) Ek 1-C'de yer almaktadır.

3.3.Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı

- Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM); tatbikatlar, afet ve acil durumlarda HAP'ta görevli temel pozisyonların toplanma ve yönetim merkezi olarak kullanılır. OYM ve HAP temsilciliği/birimi/ofisinde, iletişim ve haberleşme araçları ile hastane afet ve acil durum planı ve eklerinin bir örneği muhafaza edilir. Yönetim merkezinde İL-SAP dokümanları da hazır bulunmalıdır.
- Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM); tatbikatlar, afet ve acil durumlarda HAP afet ve acil durum müdahale yönetiminde görevli temel pozisyonların toplanma ve yönetim merkezi olarak kullanılır. OYM ve HAP temsilciliği/birimi/ofisinde, iletişim ve haberleşme araçları ile HAP ve eklerinin bir örneği muhafaza edilir.
- Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) yeri HAP'ta önceden belirlenir. OYM olarak belirlenen yerin zarar görmesi ihtimali düşünülerek alternatif bir alan da belirlenerek planda belirtilmelidir.
- OYM'de, destekleyici lojistik ve haberleşme araçları olmadan OYE'nin saatlerce ya da günlerce verimli çalışması neredeyse imkansızdır. Bu nedenle genel eğilim OYE'nin toplanacağı ve çalışacağı "konum" olarak özel bir oda seçmek yönündedir. OYM olarak belirlenen yer işlev ve ihtiyaca uygun şekilde ve tamamen donatılmalı, çok kısa sürede fonksiyonel ve operasyonel hale gelebilmesi için mutlaka bulunması gereken malzeme ve ekipman temin edilmeli, gerektiğinde kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.
- Televizyon, radyo, dizüstü ve sabit bilgisayarlar, telsiz, telsiz ve telefonlar için değişik marka ve modellerde şarj cihazları, aydınlatma aparatları, jeneratör, kesintisiz güç kaynağı, kırtasiye malzemeleri, faks cihazı, fotokopi makinesi, fotoğraf makinesi, harici disk, afet anında kullanılacak basılı materyallerin kayıtlı olduğu USB bellek, projeksiyon, beyaz tahta ve kalemleri bulunması gereken asgari malzemelerdir (daha detaylı envanter listesi hastane tarafından hazırlanarak HAP Ekler kısmında belirtilmelidir.)
- Ekipmanlar arasında görev yelekleri de yer almakta olup, yelekler uygun yerde bulundurulur (OYM, Acil Servis vb.).

3.3.1 Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) Çalışma Şekli

- İlk olarak Olay Yönetim Ekibi'nin tüm üyeleri başlangıç toplantısına katılırlar.
- Başlangıç toplantısının amaçları, OYE üyeleri için bilgi sağlamak ve çalışma şekline karar vermektir(yeni bir talimata kadar tamzamanlı görevde olma; OYM'deyarı zamanlı bulunma ve vardiyalı bulunma vb.)
 - Toplantıda tüm üyeler, OYM'deki görevleriyle doğrudan bağlantılı olan Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatlarını okur. HAP Başkanı tarafından verilen talimatlar yerine getirilir. Üyeler, faaliyetleriyle ilgili geri bildirimde bulunmak için önceden oluşturulmuş formları doldurur veya doldurulmasını sağlar.

- HAP Başkanı, OYE'nin ilerleyen saatlerde nasıl çalışacağına karar verir ve OYE üyelerine talimat verir.
- Olay boyunca belirlenen her bir zaman diliminde (örneğin; 1 saat, 2 saat, 6 saat, 48 saat vb.) gerçekleştirilen eylemlerin gidişatı ve olaya yapılan müdahaleler kayıt altına alınır.
- OYE müdahale hedef ve stratejileri ile Olay Eylem Planlarını çeşitli faaliyetlerle açıklar:
 - o Personele ve kurumlara brifing verir.
 - o Bir sonraki kontrol ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.
 - o Paydaşları bilgilendirir.

3.3.2 Haberleşmenin Düzenlenmesi

• Olayın önemine ve OYE'nin talebine göre saatlik/iki saatlik ya da daha uzun sürelerde olayla ilgili haberleşme raporları düzenlenir.

• Haberleşme ile ilgili sorunlar önceliklidir ve en kısa sürede çözümlenmesi için gerekli çalışmalar yapılır. Bu konuda gerekli eğitim önceden planlanıp düzenli olarak yapılmalıdır.

• Hastaneler merkezi haberleşme sisteminin kesileceğini ön görerek alternatif iç haberleşme sistemlerini oluşturmalıdır. Bu amaçla, bilgisayarlar, iç hat telefonları, bölgesel telsiz ağları ve diğer çağrı sistemleri kullanılabilir. Bu sistemlerin bir kısmı, yalnız afet anlarında kullanılmak için tahsis edilmelidir.

• HAP'ta görevli tüm personelin telefon ve adres bilgilerinin planlarda ek dosya halinde mutlaka bulunması gerekir. Ayrıca afet anlarında işbirliği ihtiyacı olacak AFAD, Arama Kurtarma Birliği, İtfaiye, Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri, 112 Komuta Kontrol Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kriz Koordinasyon Merkezi, İlçe Belediyesi, Elektrik kurumu, Emniyet, Askeri Birlik vb. kurum ve kuruluşların telefon numara ve adresleri de planlarda ek dosya halinde bulunmalıdır.

• Afet ve acil durumlarda haberleşmenin sağlanması için telsiz kullanımı öncelikli hale gelmektedir. Kullanılacak telsizler, HAP'ta aktif alanda görevli personel sayısına göre planlanmalıdır. Hastane idaresince afete özel telefon numarası oluşturulmalıdır.

• Görev alacak personelin ve yöneticilerin olay anında iç haberleşme sistemini kullanabilmesi için afet öncesi telsiz kullanımına yatkınlığının olması gerekir. Bu nedenle hastane yöneticileri ve kritik birimlerde çalışan personelin (Hastane Yöneticisi, Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari Mali Hizmetler Müdürü, Otelcilik Hizmetleri Müdürü, Müdür Yardımcıları, Klinik Sorumlu Hekim ve Hemşireleri, UMKE personeli vb.) normal zamanlarda da telsiz kullanabiliyor olması afet durumlarında telsiz kullanımını kolaylaştıracaktır.

• Bazı tatbikatlarda cep telefonları çalışmıyormuş gibi düşünülerek tüm iletişimin telsiz üzerinden yapılması sağlanmalıdır.

3.3.3 Görev Yelekleri

• HAP afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında görev alan personel görev ve rolünü tanımlayan bir yelek giymelidir. Görev yelekleri aşağıda belirtilen asgari özellikleri taşımaları ve renklerde olmalıdır.

• Görev yeleğinin ön yüzünde ve arka yüzünde reflektör bant bulunmalıdır.

• Görev yeleklerinde reflektörlü bant üzerinde personelin HAP görev unvanı yazılı olmalıdır.

• Görev yeleklerinde telsiz ve diğer iletişim araçlarını taşımaya uygun cep bulunmalıdır.

• **Görev yeleklerinin renkleri:** Yönetim ekibi gri/siyah, operasyon kırmızı, finans yeşil, planlama mavi, lojistik ise sarı renkte olmalıdır.

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI

İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim tarafından hastanelerden, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilip edilmediğine bakılmaksızın, harici yardım sağlamaları talep edilebilir. Talepler müdahale aşamalarına göre farklılık gösterir.

4.1. Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (Lojistik destek)

İl Sağlık Müdürü, ilgili kurum (Genel Sekreterlikler, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Askeri Hastaneler, Üniversiteler, özel sağlık kuruluşları vb.) yöneticilerinden istek yapar.

Hastaneden talep edilen ekipman ve malzemeler ilgili forma (Form 21) kaydedilerek karşılanır. Malzeme ve ekipman, hastanenin temel bakım hizmetini sürdürme kapasitesinde herhangi bir olumsuz sonuca yol açmayacak şekilde, mevcut hastane afet stoklarının muhafaza edildiği yerden alınır.

4.2. Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet triyaj ekibi ve/veya travma ekibi)

Olay Yönetim Ekibi'nin faaliyete geçmesiyle, İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim, doğrudan müdahil hastanelerin Olay Yönetim Ekibinden veya hastane yöneticisinden talep yapar.

Talepler karşılanırken aşağıdaki adımlar izlenir:

- *Ekipman türü ve özellikleri (örneğin; afet sağlık kitleri; triyaj kitleri; kişisel koruyucu ekipman, vb.) belirlenir.* Ekipmanın hangi depolardan temin edileceği belirlenir ve görevlendirilen personele bildirilir. Söz konusu ekipman bilgileri hastane tarafından hazırlanan ekipman bilgi formu (Form 21) kullanılarak kayıt altına alınır.

- Ekibin kimlerden oluşturulacağı belirlenir (olay yerinin ihtiyacına ve ilgili uzman personelin bulunup bulunmadığına göre). Görevlendirilen personele ait bilgiler, personel bilgi formu (Form 20) ile kayıt altına alınır.

- Görevlendirilen ekibin olay yerinde kendi arasında ve gerektiğinde hastane ile haberleşmesinin ne şekilde sağlanacağı belirlenir (telsiz, cep telefonu, uydu telefonu vb.).

4.3. Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması

Aşama II'ye karar verildiğinde Aşama II ve Aşama III birleştirilebilir. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonuna yönelik olası birkaç etkinleştirme düzeyi bulunmaktadır (Kılavuz İkinci Bölüm md. 5). Aktivasyon düzeyi ne olursa olsun Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi halinde OYE tarafından 112 AÇM/KKM/İl SAKOM bilgilendirilir. Kamu, özel, üniversite vb. hastane yöneticileri 112 AÇM/KKM/İl SAKOM aracılığı ile İl Sağlık Müdürüne bilgi verir. İl Sağlık Müdürü bu aşamadan sonra ilgili makamları bilgilendirir.

5. OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONU

5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

AMP'nin aktivasyonunu gerektiren olay, toplum sağlığına yönelik ciddi bir tehdit teşkil eden, hizmetleri sektöre uğratan, hastanelerin ve ambulans hizmetlerinin özel düzenlemeler yapmalarını gerektirecek sayıda ya da türde yaralanmalara sebep olan (veya sebep olma ihtimali bulunan) her türlü olaydır. Bazı durumlarda çok sayıda hastanın Acil Servis'e gelmesi ilk endikasyon olabilir. Bu durumda görevdeki personel, görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimine haber vermelidir.

Hastanede Acil Müdahale Planı'nın aktive edildiği **Olay Seviyeleri**, aşağıdaki gibidir:

Seviye 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

- Hastane, dış yardım almaksızın ve yedek kaynaklarını seferber etmeksizin hizmet yükünü yönetebilir,
- Hastane, 112 AÇM/KKM/İl SAKOM'u bilgilendirir.

Seviye 2 (orta çaplı etkiye sahip olay)

- Birçok sağlık tesisi ya da hastane olaya dahil olur,
- İlgili sağlık yöneticileri bilgilendirilir ve üst düzeyde izleme/değerlendirme gerçekleştirilir.

Seviye 3 (büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Bölgesel olarak aktive edilmiş tüm hastanelerin etkin iş birliği ve koordinasyonu,
- Yerel ve ulusal düzeyde tüm sağlık yöneticilerinin tamamen dahil olması.

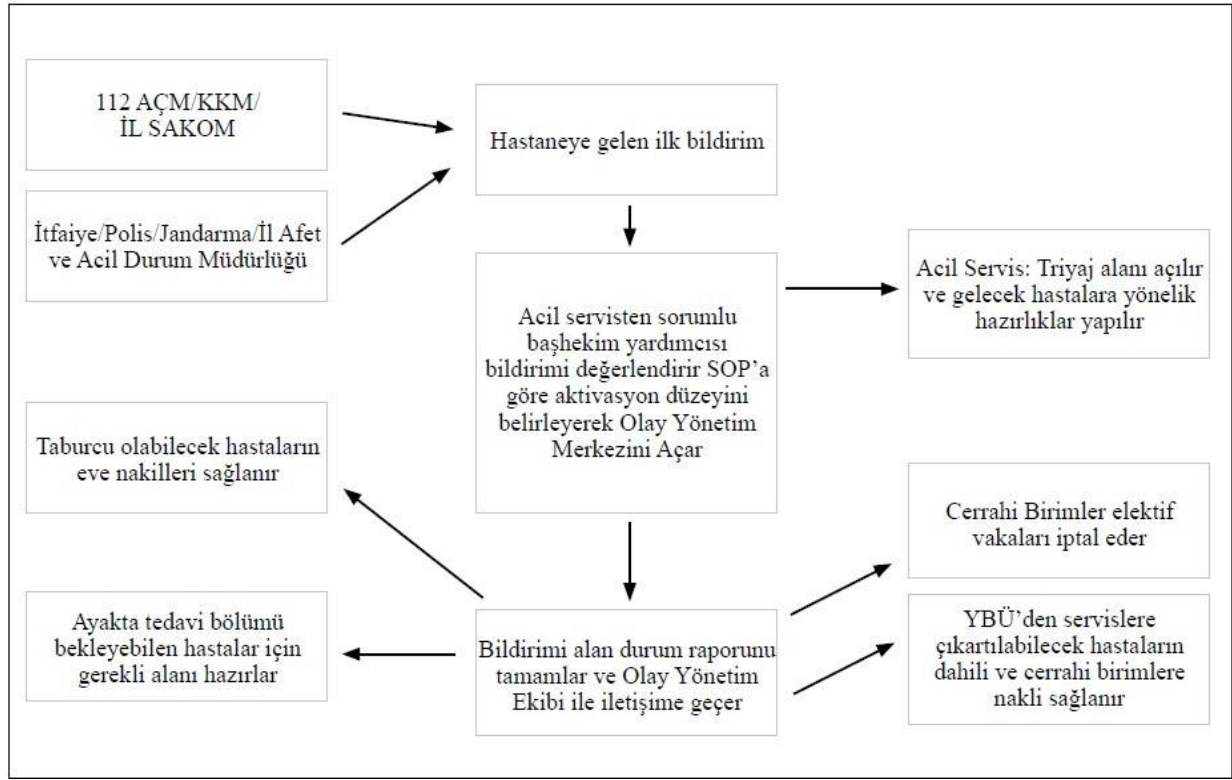
Seviye 4 (çok büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Uluslararası desteğe ihtiyacın olduğu olaylar.

Pandemi ya da büyük kitlesel yaralanmalı olaylar gibi büyük çaplı olaylarda, Sağlık Bakanlığı stratejik yönetimi ve kaynak yönetimini gerçekleştirir.

5.2. Olay Bildirim Akış Şeması

Bu bölüm, bildirim alınması, kayıt edilmesi ve yöneticilere iletilmesi için önceden hazırlanmış prosedürleri (formlar ve kısa kontrol listeleri dahil) içermektedir. Tecrübeler, bildirim ve alarmin hastanede nasıl kabul edileceği ve işleme alınacağını kısaca özetlemenin faydalı olduğunu göstermiştir. Hastane HAP hazırlama komisyonları kendi hastanelerinin durumuna göre, hangi şablonun uyarlanacağına karar vermelidir. Şablon, alarmin nasıl karşılanacağı ve müdahale için alınan ilk karar (örneğin, OYE'nin devreye sokulması) ile işleme alınması arasındaki bağlantılar hakkında bilgi vermelidir.



Bildirim sıralaması;

Bildirimi alan acil servis çalışanı (doktor, hemşire vb.) --> Acil Servis Sorumlu Hekimi --> Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı şeklindedir.

Olay bildirimini Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı veya vekilleri/Acil Servis Sorumlusu tarafından doğrulanır.

Bildirim akışında aşağıda belirtilen Standart Operasyon Prosedürü, formlar ve kayıtlar kullanılacaktır:

- Olay Bildirimi Prosedürü (Standart Operasyon Prosedürü 2),
- Derhal bilgilendirilmesi gereken kilit personele haber vermek için formlar (özellikle Olay Yönetim Ekibi üyeleri): Form 1-36-42-43-47.
- Olay Yönetim Ekibi aktive edilene kadar Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından kullanılacak form (Form 3) ve kayıtlar ayrıca belirlenmelidir.

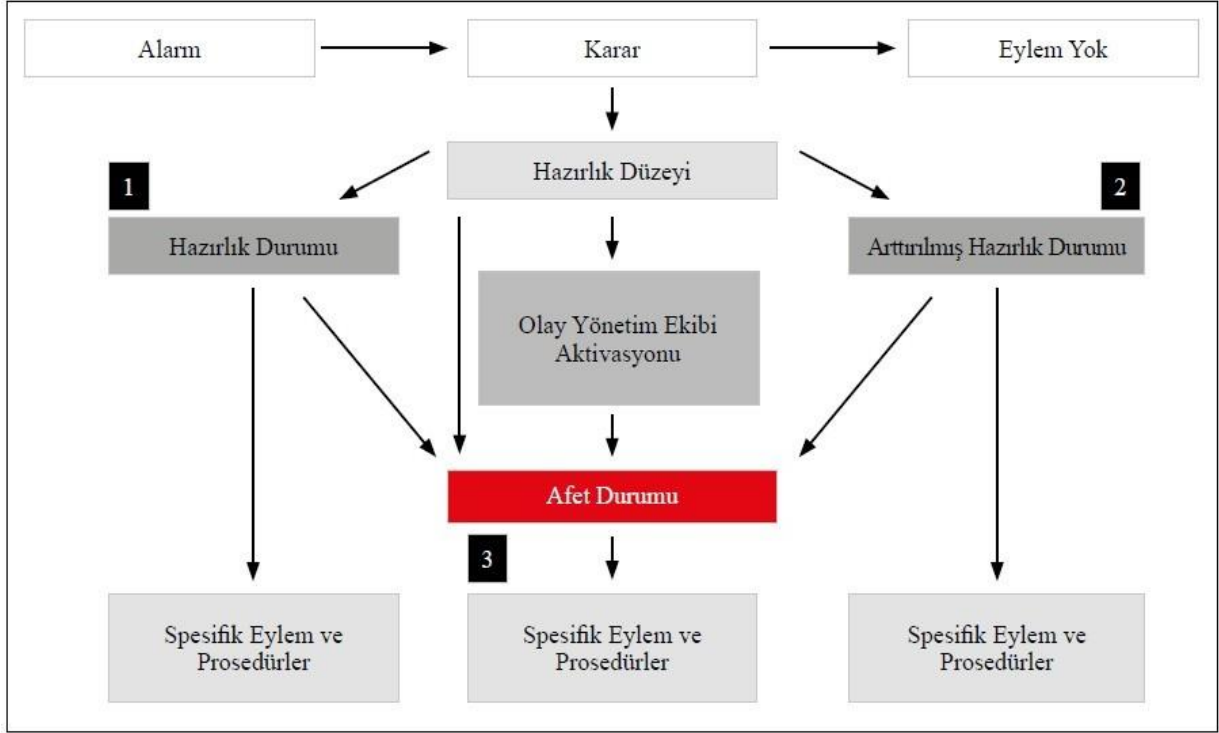
5.3.Acil Müdahale Planı Aktivasyon Seviyeleri

Bu bölümde, Acil Müdahale Planı'nın devreye sokulması ve seviyenin artırılmasına yönelik mekanizma kısaca açıklanmalıdır. Basit bir diyagram, aktivasyon düzeylerinin, alarmın işleme alınması ile nasıl bağlantılı olduğunun daha kolay anlaşılmasını sağlayabilir. Diyagramlar kullanışlı olup karışıklık ya da yanlış anlamamanın önlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Acil Müdahale Planı'nın tamamen aktive edilmesi çok maliyetli bir süreçtir. Kısıtlı kaynakları etkili biçimde seferber ederek müdahaleye hazır olma düzeyini önemli ölçüde artırmak mümkündür. Bu nedenle, Acil Müdahale Planı'nda üç düzey tanımlanmıştır:

- Hazır olma/Alarm,**
- Hazırlığı artırma,**
- Afet durumu.**

Herhangi bir zamanda doğrudan üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür.



Şekil 4: AMP Aktivasyon Seviyeleri

Seviye I: Hazır Olma ya da Alarm Durumu

- Acil tıbbi ihtiyaçların kapasiteyi aşabileceği durumda kullanılır.
- Olay Yönetim Merkezi aktive edilir.
- Ek personel ihtiyacına yönelik mevcut kaynaklar değerlendirilir.
- İkinci bir talimata kadar tüm personel çalışmaya devam eder.
- Durum raporları Olay Yönetim Merkezine iletilir (Form 5-13-14-16-19)
- Acil durum kesinleşene kadar tüm ileri elektif vakalar askıya alınır.

Seviye II: Arttırılmış Hazırlık Durumu

- Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır.
- Özel alanların açılması düşünülür:

- o Hastane afet triyaj alanı,
- o Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralılar için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
- o Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
- o Geçici morg alanı,
- o Medya ve VIP için alan,
- o Harici trafik akış sistemi,
- o Personel bilgilendirme,
- o Personel yakınlarına yönelik hazırlık,
- o Hasta eşyaları muhafaza vb. alanlar kurulur.

Bu alanlar için hastane tarafından hazırlanacak kroki esas alınır.

Seviye III: Afet/Acil Durum

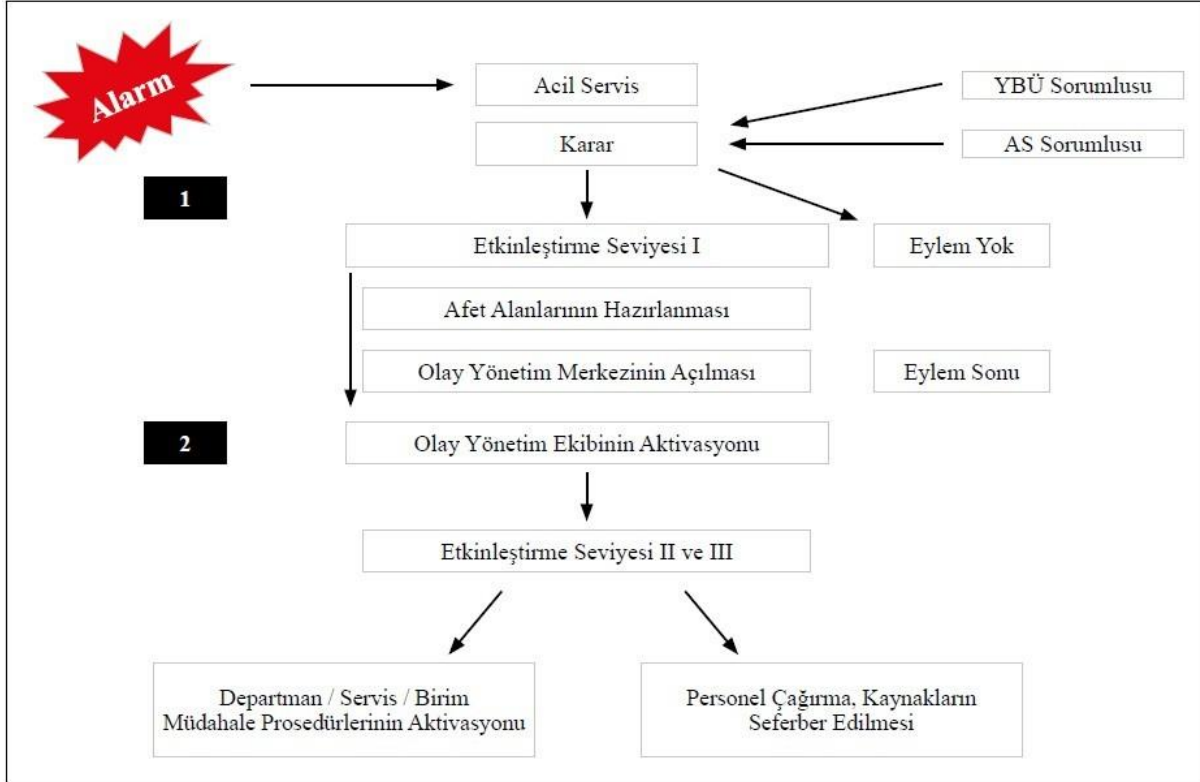
.Acil ihtiyaçların çok kısa sürede mevcut kapasiteyi aşacağı belirgin olduğunda kullanılır.

- Tüm departman/servis/birimler, ilgili İş Akış Talimatları ve Standart Operasyon Prosedürlerini kullanır.
- Tüm Departman/Servis/Birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından taburcu edilme talimatı verildiğinde durumu uygun hastalar hızlıca taburcu edilir.

- Tüm departman/servis/birimlerde zorunlu olmayan faaliyetler durdurulur.
- Tüm departman/servis/birimler yeterli miktarda personel, kritik ekipman ve sarf malzemesinin mevcut olmasını sağlar. Talepler Olay Yönetim Ekibi'ne bildirilir.
- Tüm departman/servis/birimler geri bildirimde bulunur.

5.4.Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonu İçin Mekanizmalar

Acil Müdahale Planı'nın aktivasyonu ve seviyenin artırılmasına yönelik mekanizmanın diyagramla anlatımına örnek olarak:



Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyon seviyeleri ile ilgili öncelikli eylemler aşağıda özetlenmiştir:

• Aktivasyon Seviyesi I (Hazır Olma ya da Alarm):

– Hastanenin kendi olay bildirim prosedürleri çerçevesinde ilgili sorumlularla (kolluk kuvveti, arama kurtarma ekibi, Sağlık Bakanlığı vb.) birlikte alarmin ve olay türünün değerlendirilmesi ve doğrulanması sağlanır,

– HAP Başkanı görevi üstlenir,

– Olay Yönetim Ekibi (OYE) hazırlıklarını yaparak Olay Yönetim Merkezini (OYM) kullanıma uygun hale getirir,

– Tüm Departman/Servis/Birimler kendi faaliyet alanlarındaki müdahaleyi organize etmek için hazırlık yapmaya başlar,

– Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatı erişilebilir hale getirilir ve ilgili personel tarafından okunur,

Acil Servis YBÜ Sorumlusu

AS Sorumlusu

Etkinleştirme Seviyesi I Eylem Yok

Afet Alanlarının Hazırlanması

Olay Yönetim Merkezinin Açılması

Olay Yönetim Ekibinin Aktivasyonu

Etkinleştirme Seviyesi II ve III

Departman / Servis / Birim

Müdahale Prosedürlerinin Aktivasyonu

Personel Çağırma, Kaynakların

Seferber Edilmesi

Eylem Sonu

Karar

– İkinci bir talimat gelene kadar ilgili tüm personel görevine devam eder,

– Herhangi bir özel ihtiyacın olup olmadığı belirlenir. Örneğin, hastaneye gelen ve henüz dekontamine olmamış hastalara dekontaminasyon işlemi uygulamak için kullanılan kimyasal koruyucu ekipman

gerekliyorsa, temin edilir,

- Farklı alanlardaki mevcut kaynaklar, insan kaynakları ve lojistik malzemeler değerlendirilir,
- Personel “irtibat” listelerine erişim sağlanır,
- Acil sağlık hizmeti dışındaki uygulamalar değerlendirilir (elektif ameliyatlar, ayakta hasta kabulü vb),
- Açılacak özel alanları güvenli hale getirmek amacıyla hazırlık yapılır (erişim ve çıkış),
- Bölgede bulunan hastaneler ile protokol yapılmış kuruluşlar karşılıklı mutabık kalınan acil durum uygulamalarını aktive etmeleri konusunda uyarılır ve bilgilendirilir.

Aktivasyon Seviyesi II ve III (Aktive):

- Olay Yönetim Ekibi (OYE) seferber edilir, tam olarak devreye girer, ilgili sağlık yetkilileri haberdar edilir,
- Durumun gerektirdiği hastane Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerini uygulamaya koymaları için tüm departman, servis ve birimler bilgilendirilir,
- Duruma uygun olan tüm İş Akış Talimatları kullanılır,
- Olay Yönetim Ekibi içinde raporları yazmak üzere kişi/kişiler görevlendirilir, tüm belgeler muhafaza edilir,
- Ameliyathaneler, Merkezi Sterilizasyon Hizmetleri ve Yoğun Bakım Ünitesi gibi kritik birimler alarma geçirilir,
- Radyoloji, patoloji ve laboratuvar gibi birimlerin acil harici çalışmaları sınırlandırılır.
- Erteleme ya da iptal edilme ihtimali olan elektif cerrahi ve ayakta tedavi hizmetleri gözden geçirilir,
- Hasta kabul kriterleri belirlenir, hastaneye başvurması muhtemel vakaların (yanık, pediatri, KBRN, travma vb.) niteliklerine göre hazırlık yapılır,
- Hastaların ev ya da başka bir ortama taburcu edilme süreci başlatılır ve ambulans vb. ulaşım araçlarından faydalanılır,
- Tıbbi bakım standartlarını sürdürmek için niteliklerine göre personel ihtiyacı belirlenir,
- Hastanede en yoğun iş yüküne sahip birimler belirlenir,
- Özel alanların açılması ile ilgili faaliyetlere başlanır:
 - √ Hastane afet triyaj alanı,
 - √ Hafif yaralanmalar ve ayakta tedavi edilen yaralılar için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
 - √ Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
 - √ Geçici morg alanı,
 - √ Hasta eşyaları muhafaza alanı,
 - √ Personel, hasta yakınları ve basın için briefing alanları gibi alanlar açılır.

Ayrıca,

- √ Harici trafik akış sistemi düzenlenir¹⁵,
- √ Personel yakınlarına yönelik hazırlıklar yapılır.

• AMP Aktivasyonunun Sonlandırılması:

- Olağan yönetim faaliyetlerine geçilir,
- Duruma uygun olarak personel normal çalışma düzenine geçer,
- Olayın hemen ardından tüm personelden bilgi alınır,
- İşleyiş dair değerlendirme toplantısı yapılır,
- Rapor Formu (Form 33) doldurulur.

5.5 Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyon seviyesi konusunda personelin bilgilendirilmesi:

Olay Yönetim Ekibi (OYE) personelin ne zaman bilgilendirileceğine karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve/veya görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür (SOP 9) uygulanır. Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi sürecinde personelin çağırılması ve göreve gelen personelin yönetimi, 6.1.3 bölümünde açıklanmıştır.

Dahili acil durumlara yönelik renk kodlamasının, hoparlörlerin (hastanede mevcut ise) ya da çağrı cihazlarının kullanılması uygulamaları hastanenin tüm personelinin bilgilendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Hastane, olaya özel planlar için renk kodlaması kullanacak ise ayrıca belirtilmelidir.

Örneğin:

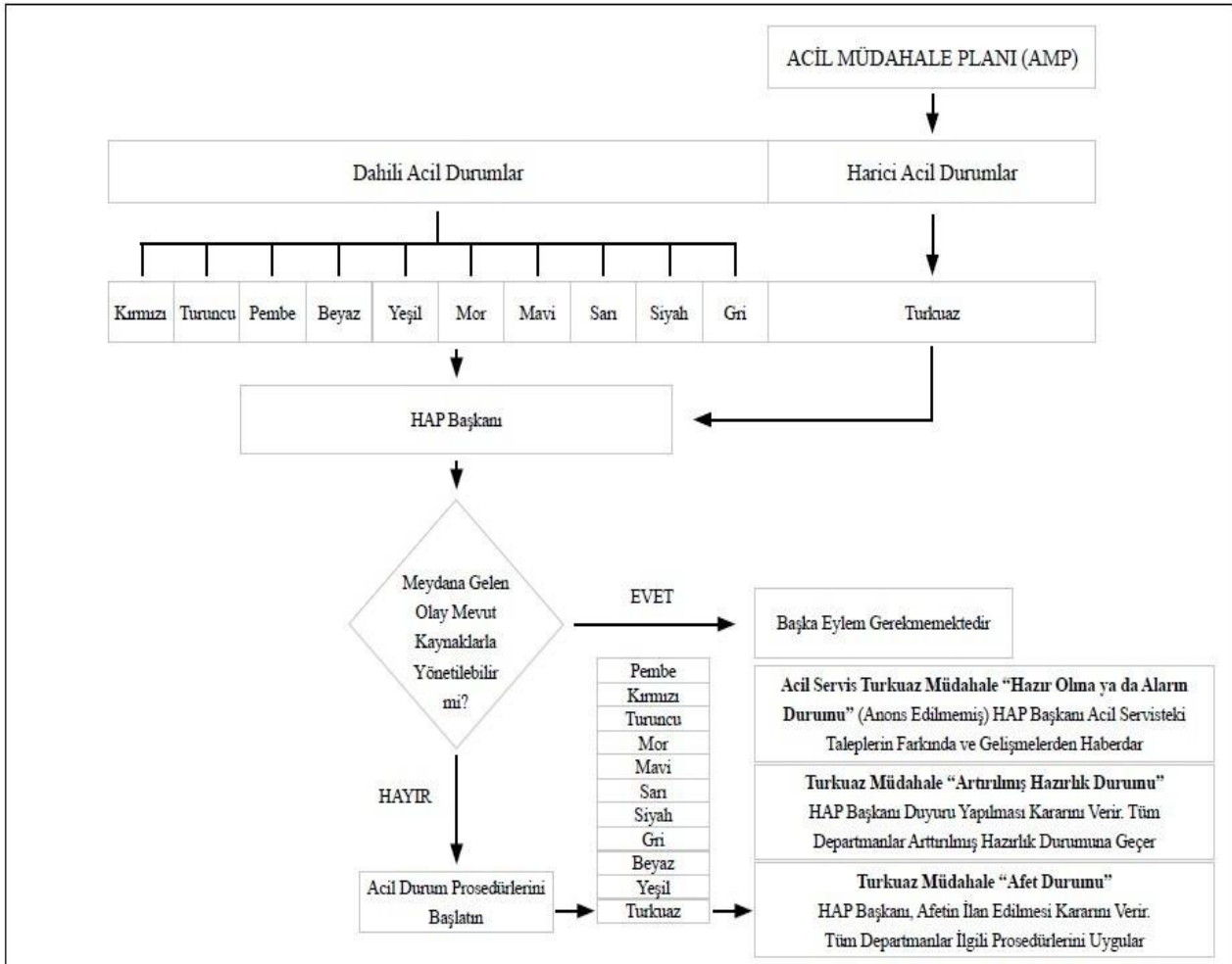
- Hastane içi yangın ile ilgili olaya özel plan: renk kodu **kırmızı**,
- Hastanede tahliye gerektiren durumlar ile ilgili olaya özel plan: renk kodu **sarı**, vb.

5.6. Acil Renk Kodu Sistemi

Acil Renk Kodu Sistemi hastanenin acil olarak uzman müdahalesi gerektiren olaylarda doğru ve net bir mesajla, hızlı müdahalede bulunmasına imkân veren genel uyarı sistemidir. Amaç, renk kodu mesajıyla, olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak anlayışı sağlamaktır.

Kurum içinde ve kurumlar arasında personelin acil durumlarda, hasta ve ziyaretçilerin güvenliklerinin yanı sıra kendi güvenliklerini de artırarak, uygun bir şekilde müdahale etmelerini sağlar.

MAVİ	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/Hayati Risk
GRI	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma
TURUNCU	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılmaması
PEMBE	Bebek/Çocuk Kaçırma
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
KIRMIZI	Yangın
BEYAZ	Çalışana Saldırı
SARI	Tahliye
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
SİYAH	Bomba tehdidi

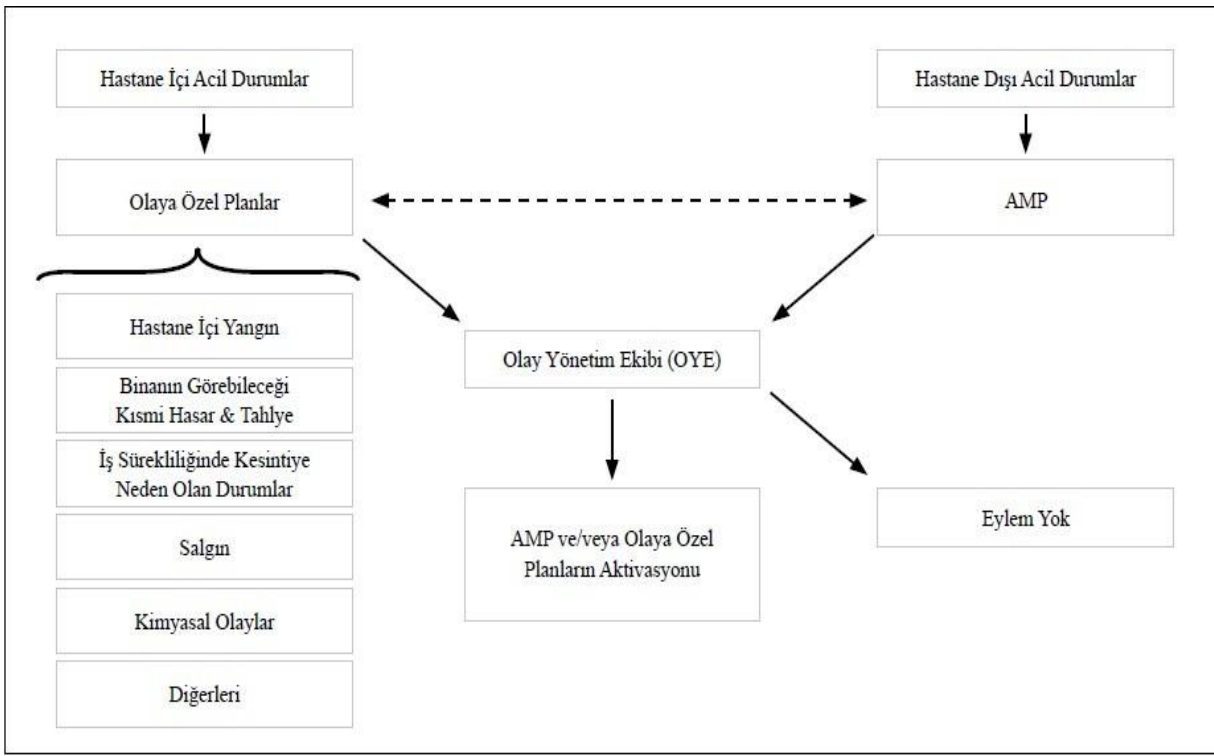


5.7. Acil Müdahale Planı ve Olay Özel Planlar

Acil durum karmaşık özellik gösterebilir, birden fazla acil durumun ya da hastane içi ve dışı acil durumların bir arada ortaya çıkmasını içerebilir (örneğin, hastanede kritik sistemlerin bir kısmının etkisiz hale geldiği kitlesel yaralanma durumları vb.). Bu durumlar olaya özel, spesifik (özellikli) müdahaleler gerektirebilir. Acil Müdahale Planı (AMP) ve Olaya Özel Planlar birbirleriyle bağlantılıdır: Afet ve acil durum yönetimi aynı kalır. Olay Yönetim Ekibi (OYE) olayların tam olarak nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak bazı uzmanları sürece dahil edebilir (örneğin, kimyasal bir olayın yönetiminde konusunda uzman bir kişi görevlendirilebilir).

Hastanelerde "olaya özel planlar", "tamamlayıcı ayrı planlar" olarak ve Acil Renk Kodu sistemi (md. 5.6) ile uyumlu şekilde renk kodları kullanılarak tanımlanabilir. Olaya müdahaleye yönelik süreç iyi tanımlanmış olmalıdır.

Acil Müdahale Planı ile Olaya Özel Planlar arasındaki en kapsamlı planlama ve uygulamalar özellikler salgın (epidemi, pandemi) süreçlerinde söz konusu olmaktadır. Salgına karşı ulusal pandemi planları (örneğin, *Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı*, 2019) çerçevesinde önceden hazırlık söz konusu olmakla birlikte, salgın sırasında hastane düzeyinde hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatmada, hastane yöneticileri ve acil durum planlaması ile ilgili görevlileri desteklemek amacıyla ilave plan ve araçlar da gündeme gelebilmektedir (örneğin, Ek 2-D'de yer alan *Hastane Hazırlık Kontrol Listesi* Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2020 yılı başında ilan edilen COVID-19 pandemisi sırasında bu amaçla geliştirilmiştir).



6. HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ

Her aşamada müdahale yönetimi, hastanenin hizmet sağlama kapasitesine ve imkanlarına bağlıdır.

Kapasite, nicel yönleri ifade eder (yatak sayısı, ekipmanın kullanılabilirliği vb.). İmkanlar (yetenek) ise nitel yönleri ifade eder (örneğin, bir beyin cerrahının olup olmaması, ya da karantinaya alınan gerektiği durumlarda bulaşıcı hastalığı yönetebilme imkanı vb.).

Olay Yönetim Ekibi'nin toplanmasının hemen sonrasında yapılacak ilk eylemlerden biri hastanenin tedavi kapasitesi ve imkanlarını değerlendirmek için gereken bilgileri talep etmek olacaktır:

- Çeşitli departman/servis/birimlerdeki dolu yatak sayısı,
- Kullanılabilecek boş fonksiyonel yatak sayısı,
- Mevcut personel sayısı ve bunların çeşitli Departman/Servis/Birimlerdeki özel uzmanlık alanları açısından yeterlilikleri (örneğin, yoğun bakım, ameliyathane, eczane, laboratuvar vb.),
- Destek alanlarının mevcut kapasitesi ve yeterliliği (kan bankası, eczane: ilaç ve ekipman, idari destek hizmetleri, temizlik hizmetleri, güvenlik personeli vb.),
- Devam eden süreçte hastanenin kapasite ve imkanlarının (tıbbi kapasite) ne kadar artırılabileceğinin ve bunların nasıl geliştirebileceğinin tahmin edilmesi,
- Ayaktan Tedavi Bölümünün, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle verilecek yeni görevlerine uygun olarak değerlendirilmesi.

Olay Yönetim Ekibi'nin temel stratejisi, uygun tüm kaynakların etkili bir biçimde kullanılması, yatak kapasitesinin artırılması ve hastanenin tıbbi kapasitesine katkı sağlamak olacaktır. Bu amaçla, Olay Yönetim Ekibi ilk 72 saati kapsayacak şekilde, **Olay Eylem Planı** geliştirmelidir. Değerlendirme sürecinde ilgili yönetim araçlarından faydalanılır (Standart Operasyon Prosedürü: 1-2-3, Formlar: 5-6-7-8-9-10-12-13-14-16-17-19-22-23-24-25-26-28-29-30-34-35, kayıtlar, kontrol listeleri, atıfta bulunulabilecek olan Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürleri).

Hastane, yapılan risk analizlerine göre yüksek riskli tehlikelere yönelik personel eğitimi, rotasyonu vb. uygulamaları planlamalıdır. Böylece afet veya acil durum meydana geldiğinde yapılan eğitim ve rotasyonlar göz önüne alınarak, iş yükü artan servislere diğer birimlerden personel desteği sağlanması daha etkili olacaktır (örneğin kitlesel yaralanmalarda acil servis, yoğun bakım, ameliyathane gibi; pandemi durumlarında acil servis, yoğun bakım, enfeksiyon hastalıkları gibi; yangın/patlama gibi olaylarda yanık, ameliyathane vb. birimlerin tercihen eğitim almış ve/veya rotasyon yapmış personel ile desteklenmesi).

6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır:

6.1.1 Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği

- Kullanılabilir yatakların sayımı Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her Departman/Servis/Birim, ilgili formu (Form 14) kullanarak Olay Yönetim Ekibi'ne mümkün olan

en kısa sürede geri bildirimde bulunur; Olay Yönetim Ekibi, saatte bir güncellenen kayda dayanarak bilgileri kaydeder.

- Olay Yönetim Ekibi, (hastaları taburcu veya transfer ederek) geçici olarak boşaltılması gereken yatakların sayısına karar verir.

- Olay Yönetim Ekibi, ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir. Yataklar, her zaman “fonksiyonel” olmalıdır.

- Kabul edilen hastalar söz konusu prosedürlere (SOP 6) uygun olarak, Departman/Servis/Birimlerin kapasite ve imkanlarına göre, başka bir sağlık tesisine transferine Olay Yönetim Ekibi karar verecektir; bu faaliyeti Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu (Lojistik Bölümü) yürütür.

6.1.2 Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

Hastanenin müdahalede bulunması ve/veya temel hizmetleri sunmaya devam etmesi için hasta akını durumunda tıbbi kapasitesini önemli ölçüde artırması gerekebilir. Ekipman ve malzeme yönetimi afet ve acil durumlarda ciddi bir öneme sahiptir.

Ekipman ve malzeme artırımına yönelik temel yaklaşımlar için **Lojistik ve Malzemeler** başlığına bakınız

6.1.3 Personelin Geri Çağrılması

- Olay Yönetim Ekibi, hangi personelin geri çağrılacağına karar verecektir (nitelik ve sayı bakımından).

Planlama Bölümü, gerekli personelin çağrılmasından sorumludur. Bununla birlikte, Olay Yönetim Ekibi, bu görevi departmanlara veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini Planlama Şefi yönetir.

- Göreve gelen tüm personel bilgilendirilir, yaka kartları verilir ve Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatıyla yönlendirilir.

6.1.4 Gönüllü Yönetimi

Gönüllü yönetimi Olay Yönetim Ekibi'nce yapılır. Hastane bazı durumlarda, gönüllülerden yardım isteyebilir. Gönüllüler yalnızca Olay Yönetim Ekibi tarafından bu tür bir yardıma ihtiyaç duyulması halinde kabul edilecektir.

İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından hazırlanan ‘‘Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Afet ve Acil Durumlara İlişkin Hizmet Standartları ve Akreditasyon Esaslarının Belirlenmesi Hakkında Yönetmelik’’ 29 Temmuz 2020 tarih ve 31200 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Yönetmelik kapsamında akreditasyon çalışmaları yürütülecek olup Bakanlık tarafından yapılan açıklamalar doğrultusunda hareket edilmelidir.

Gönüllüleri talep etme, alma, tespit etme ve kabul etme işlemleri için ilgili prosedür (SOP 8), form ve kayıtlar kullanılabilir. Olaya özel durumlarda izlenecek prosedür Olaya Özel Planlarda belirtilir.

6.1.5 Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği

Sağlık tesislerinin yerelde diğer sağlık tesisleriyle iş birliği yapması, hastane kapasitesi için önemli bir unsurdur. Olay Yönetim Ekibi, faaliyete geçirilmesi gereken iş birliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verir.

6.2 Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları

İhtiyaca göre, yeni ve özel alanların açılması, hastane kabul ve tedavi kapasitelerinin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Bu alanlar prosedürlere uygun olarak açılır. Bu alanlara, örnek olarak; hastane afet triyaj alanı, taburcu edilen hastalar için taburculuk alanı, ayaktan tedavi bölümü, aile ve medya bilgilendirme alanı, geçici morg vb. sayılabilir. Hastane tarafından oluşturulacak alanlar önceden belirlenerek (Form 24), konumları HAP'ta yer alan krokilerde gösterilmelidir.

7. HASTANE AFET TRİYAJ ALANI

Triyaj tıbbi müdahalenin ilk ve en önemli basamağı olup yaralının ulaştığı her tıbbi basamakta yeniden yapılan, sürekli ve dinamik bir uygulamadır. Triyajın kelime anlamı, sıraya sokmak, ayıklamaktır.

Bir afet ve acil durumda ise “yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırılması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi” şeklinde tanımlamak mümkündür. Bu durumda amaç, var olan tüm olanakları ulaşılan her yaralıya, en ağır yaralıya ya da ilk ulaşılan yaralıya sunmak yerine, eldeki olanakların tümünü en çok yaşamı kurtarabilmek ve sekeli önleyebilmek için tıbbi gereklere göre yönlendirmek ve paylaşmaktır. Bu yaklaşım, **mümkün olan en çok sayıda hastaya yardımcı olmak** anlamına gelir.

Triyaj, acil durum ya da afet halinde belli ilkeler içinde yapılmalı ve bu ilkeler önceden belirlenmiş olmalıdır. Triyaj uygulaması afet ve acil durumun etki derecesine, yaralı sayısına, mevcut tıbbi yapıya, kurtarma, transport ve cerrahi olanaklara göre farklılık gösterebilecektir.

Triyaj, acil durum ya da afet halinde belli ilkeler içinde yapılmalı ve bu ilkeler önceden belirlenmiş olmalıdır. Triyaj uygulaması afet ve acil durumun etki derecesine, yaralı sayısına, mevcut tıbbi yapıya, kurtarma, transport ve cerrahi olanaklara göre farklılık gösterebilecektir.

7.1 Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu

- Kitlesel yaralanma olayı sınırlıysa (toplam yaralı veya hasta sayısı'dan azsa) ve başka bir yaralanma ihtimali yoksa, Acil Servis olağan işleyişine devam eder. Olağan acil vakalar (*hastaneye özel araçla veya ambulansla götürülen, afet mağduru olmayan hastalar*), hastane afet triyaj alanı açılana kadar her zamanki gibi doğrudan Acil Servis'e gidecektir. Triyaj alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar bu triyaj alanına yönlendirilecektir.
- Hastane Afet Triyaj Alanına gelen tüm hastalar triyaj yapılarak HAP'ta belirlenen yeşil (Ayaktan Tedavi Bölümü-ATB), sarı (Acil Servis ayaktan hasta girişi ve/veya HAP'ta belirlenen alan), kırmızı (Acil Servis ambulans girişi ve/veya HAP'ta belirlenen alan), siyah (morg ve/veya HAP'ta belirlenen alan) alanlara yönlendirilir.
- Bulaşıcı hastalık şüphesi olan veya kontamine olan hastaların bulunduğu epidemik ve kimyasal olayların görüldüğü özel durumlar, genel çerçevedeki Acil Müdahale Planı'nın yanı sıra hazırlanacak Olaya Özel Planlar'da açıklanacaktır. Bu durumların dışında, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, hastane afet triyaj alanının ve ilgili alanların açılacağı anlamına gelmektedir.
- Yaralı sayısı hastane kapasitesinin üzerinde ise kargaşayı önlemek adına, hastaneye yakın güvenli bölgede uygun alanda ilk değerlendirme ve ilk müdahalenin yapılabileceği hastane afet triyaj alanı oluşturulması istenebilir.
- Hastane afet triyaj alanı açılması ve uygulanması, hastaların taşındığı araçların (ambulans) varış konumları ve diğer hususlar ile ilgili prosedürler (SOP 5, SOP 15) belirtilmiştir.
- Alanın çevre güvenliği ile ilgili hususlar hastane tarafından belirlenerek yazılı talimat haline getirilecektir. Bu alanın güvenliğini sağlamak için alınan tedbirler, hastanenin genel güvenlik yönetimine entegre edilir.
- Minör yaralanma veya minör sağlık sorunları olan, yürüyebilen hastalara özel düzenlenecek Ayaktan Tedavi Bölümü (ATB)²⁰ ile ilgili konum, alan belirleme ve işaretleme, donanım gibi temel hususlarda ilgili prosedürlere uygun davranılır.
- Bu alanda görev alacak kişiler için görev pozisyonuna uygun görev yeleği kullanılması önerilir. Görev yelekleri kimin hangi işten sorumlu olduğunun ayırt edilmesi için gereklidir.

7.2 Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler

• Gelen Hastalar:

Hastaneye gelen tüm hastalar için triyaj uygulanmalıdır. Hastaya iliştirilen ve hastane öncesi aşamada kullanılmış olan kayıtlar ve etiketler **çıkartılmamalıdır**. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karar alınmasıdır. Hastaya ilişkin son değerlendirmenin ve son kararın ardından hasta kategorisi değişmiş olabilir. Hastane afet triyaj alanında veya Acil Servis biriminde kullanılan tüm dokümanlar, önceden hastaya iliştirilmiş olan dokümanlara eklenmelidir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı için Form 8-9-10-12²¹ kullanılır.

• Alandaki Personel:

Hastane afet triyaj alanına triyaj eğitimi almış sağlık personeli²² görevlendirilir. Triyaj Ekibi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Triyaj Ölçeğine uygun olarak, Hastane Afet Triyaj Alanına veya Acil Servis birimine gelen her yaralının ilk değerlendirmesinden ve triyaj kodunun belirlenmesinden sorumludur. Tıbbi triyaj yönetimi ile ilgili prosedürler (SOP 5) belirlenmiştir. Yaralıların triyaj alanından Acil Servis birimine ve/veya diğer Departman/Servis/Birimlere naklinin yönetimine yardımcı olmak ve gerekli olduğu takdirde Acil Servis personelinin desteklemek üzere personel görevlendirilir.

• Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi:

Tıbbi bakım düzeyi yalnızca, derhal uygulanması gereken hayat kurtarıcı prosedürlerin yanı sıra, ileri düzey bakım alması gereken veya başka bir alana sevk edilmesi gereken hastaların önceliğine karar vermekle sınırlıdır. Diğer tüm prosedürler, Acil Servis biriminde veya hasta kabul eden servislerde veya sevk olunan Ayaktan Tedavi Bölümü'nde gerçekleştirilecektir.

• Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel:

Triyaj alanında çalışan sağlık personeli Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından görevlendirilir. Bu kişiler, Hastane Afet Triyaj Alanının işleyişi için, ilgili iş akış talimatları doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler.

• Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması :

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, Acil Servis'te ve Hastane Afet Triyaj Alanında ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılmalıdır²³ (Örnek olarak Form 8-9-10, ilgili diğer formlar). Hastane Afet

Triyaj Alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, kayıtları ve formları (özellikle özel hasta çizelgeleri) kullanılarak kayıt altına alınmalıdır. Bilgilerin Olay Yönetim Ekibi'ne raporlanması ve paylaşılması, Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından prosedüre (SOP 5) uygun olarak ve ilgili formlar (Form 2-10-11-12-29) kullanılarak yapılır.

• Ekipman, Yelekler ve Lojistik:

Triyaj alanında çalışan personel ilgili İş Akış Talimatında belirtilen görev yeleklerini kullanır. Triyaj faaliyetlerini yürütmek için gerekli ekipman ve sarf malzemeleri, hastane tarafından oluşturulan listeye göre sağlanır (görev yeleği, triyaj kartı, branda, emniyet şeridi, işaretleme kazıkları vb.). Bu ekipman, gecikme yaşanmaksızın triyaj alanına getirilebilecek olan seyyar malzeme arabası, konteyner, depo vb. yerlerde muhafaza edilir.





7.3 Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

Hastane triyaj sistemi, ulusal algoritma kullanılarak aşağıda yer alan kriterleri temel alır:

- Acil bakım ihtiyacı (tıbbi veya cerrahi),
- Zamanında yeterli bakım sağlandığı takdirde hayatta kalma şansı,
- Zamanın ve kaynakların tüketimine karşı hayatta kalma şansı,
- Fonksiyonel prognoz,
- Özel bakımın elverişliliği,
- Acil tedavi uygulanması gereken hasta sayısı ve en iyi prognoza sahip hastaların seçimi.

Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):

- Kategori I (Yeşil: Acil değil),
- Kategori II (Sarı: Geciktirilebilir) ilave acil tıbbi bakım,
- Kategori III (Kırmızı: Acil hastalar) cerrahi veya acil tıbbi bakım,
- Kategori IV (Siyah: Ölü).

ÖNCELİK	RENK	SİMGE	TANIM	DURUM
Birinci	Yeşil		Hafif yaralı	Tedavi saatlerce/günlerce bekletilebilir. Hasta ayakta veya sedye üzerinde yatarak izlenir.
İkinci	Sarı		Gecikebilir yaralı	Birkaç saat içinde verilen tedavilerle kurtarılabilir.
Üçüncü	Kırmızı		Kritik yaralı	Birkaç dakika içerisinde verilen basit müdahalelerle kurtarılabilir.
Dördüncü	Siyah		Ölü/ölmekte olan yaralılar	Ölü/yaşama şansı çok düşük olan hastalar

7.4. Hastaların Nakli; Servis, Birim ve Departmanlara Yönlendirilmesi

• Hastalar; Hastane Afet Triyaj alanından acil servise, servislere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitelerine, ya da ayaktan tedavi gerekenler doğrudan ayaktan tedavi bölümüne (ATB) gönderilir. Triyaj Alanından acil servis birimine ve diğer departman/servis/birimlere doğru trafik akışı, ilgili prosedür (SOP 4) ve İş Akış Talimatına uygun olarak yapılır. Hastaların nakli, ilgili form ve kayıtlar kullanılarak kayıt altına alınır.

• Olay Yönetim Ekibi tarafından triyaj alanında çalışan İdari Görevliye (hastane müdür yardımcısı, supervisor, nöbetçi memur vb.) talimat verilmediği sürece, hastalar hastane içerisindeki diğer bölümlere nakledilemez. Durum uygun olduğu takdirde, cerrahi müdahale gerektiren hastalar doğrudan ameliyathaneye nakledilebilir.

• İhtiyaç halinde İdari Görevli tarafından uygun personel sedye personeli olarak görevlendirilir.

8. ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI

8.1. Hastanenin Acil Servis Birimi

8.1.1 Kontamine Hastalar

• Acil Servise girmeden önce; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalara dekontaminasyon işlemi uygulanması gerekir. Dekontaminasyon işlemi, olay yerinde, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanın Acil Servise kabulü yapılmadan önce olaya özel plan dikkate alınarak, dekontaminasyon sürecini ayrıntılı olarak anlatan uygun dokümantasyon süreci kayıt altına alınır.

• Hastane öncesi süreçte gerçekleştirilen dekontaminasyon işlemine ilişkin güvenilir dokümantasyon olmaması durumunda, hastaların hala kontamine olduğu varsayılmalıdır ve Acil Servise kabulden önce hastane tarafından olaya özel plan dikkate alınarak resmi bir dekontaminasyon prosedürü başlatılmalıdır.

8.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (özellikle insandan insana bulaşma yoluyla epidemiyeye dönüşme ihtimali olan)

Epidemiyeye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemi (veya pandemi) durumunda, hastaneler tarafından hazırlanması gereken Bulaşıcı Hastalıklara ilişkin Olaya Özel Plan'da açıklanan ilgili özel prosedürlere uyulmalıdır:

- İlgili temel SOP,
- Triyaj sistemi gerekleri,
- Personele yönelik koruyucu önlemler,
- Hastalara yönelik koruyucu önlemler,
- Ekipmana yönelik koruyucu önlemler,
- Uluslararası Sağlık Tüzüğü ilgili maddeleri.
- Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan bulaşıcı hastalıklara yönelik dokümanlar (Ulusal Pandemi Planı, SARS, MERS-CoV, KKKA, H5N1, COVID-19 vb.) dikkate alınmalı, kullanılmalıdır.

KORONAVİRÜS HASTALIĞI (COVID-19)

İlk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir virüstür. Salgın başlangıçta bu bölgedeki deniz ürünleri ve hayvan pazarında bulunanlarda tespit edilmiştir. Daha sonra insandan insana bulaşarak Vuhan başta olmak üzere Hubei eyaletindeki diğer şehirlere ve Çin Halk Cumhuriyeti'nin diğer eyaletlerine ve diğer dünya ülkelerine yayılmıştır. Koronavirüsler, hayvanlarda veya insanlarda hastalığa neden olabilecek büyük bir virüs ailesidir. İnsanlarda, birkaç koronavirüsün soğuk algınlığından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi daha şiddetli hastalıklara kadar solunum yolu enfeksiyonlarına neden olduğu bilinmektedir. Koronavirüs Hastalığına SAR-CoV-2 virüsü neden olur.

Belirtileri Nelerdir?

Belirtisiz olgular olabileceği bildirilmekle birlikte, bunların oranı bilinmemektedir. En çok karşılaşılan belirtiler ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Şiddetli olgularda zatürre, ağır solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği ve ölüm gelişebilmektedir.

Nasıl Bulaşır?

Hasta bireylerin öksürmeleri aksırmaları ile ortama saçılan damlacıkların solunması ile bulaşır. Hastaların solunum parçacıkları ile kirlenmiş yüzeylere dokunulduktan sonra ellerin yıkanmadan yüz, göz, burun veya ağıza götürülmesi ile de virüs alınabilir. Kirli ellerle göz, burun veya ağıza temas etmek risklidir.

Kimler Daha Fazla Risk Altında?

COVID-19 enfeksiyonu ile ilgili şimdiye kadar edinilen bilgiler, bazı insanların daha fazla hastalanma ve ciddi semptomlar geliştirme riski altında olduğunu göstermiştir.

- Vakaların yüzde 80'i hastalığı hafif geçirmektedir.
- Vakaların %20'si hastane koşullarında tedavi edilmektedir.

Hastalıktan En Çok Etkilenen Kişiler:

- 60 yaş üstü olanlar
- Ciddi kronik tıbbi rahatsızlıkları olan insanlar:
 - Kalp hastalığı
 - Hipertansiyon
 - Diyabet
 - Kronik Solunum yolu hastalığı
 - Kanseri gibi
- Sağlık Çalışanları

Korunma Yolları Nelerdir?

Akut solunum yolu enfeksiyonlarının genel bulaşma riskini azaltmak için önerilen temel ilkeler Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) için de geçerlidir.

Bunlar;

- El temizliğine dikkat edilmelidir. Eller en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkanmalı, sabun ve suyun olmadığı durumlarda alkol bazlı el antiseptiği kullanılmalıdır. Antiseptik veya antibakteriyel içeren sabun kullanmaya gerek yoktur, normal sabun yeterlidir.
- Eller yıkanmadan ağız, burun ve gözlerle temas edilmemelidir.
- Hasta insanlarla temastan kaçınılmalıdır (mümkün ise en az 1 m uzakta bulunulmalı).
- Özellikle hasta insanlarla veya çevreleriyle doğrudan temas ettikten sonra eller sık sık temizlenmelidir
- Hastaların yoğun olarak bulunması nedeniyle mümkün ise sağlık merkezlerine gidilmemeli, sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken durumlarda diğer hastalarla temas en aza indirilmelidir.
- Öksürme veya hapşırma sırasında burun ve ağız tek kullanımlık kağıt mendil ile örtülmeli, kağıt mendilin bulunmadığı durumlarda ise dirsek içi kullanılmalı, mümkünse kalabalık yerlere girilmemeli, eğer girmek zorunda kalınıyorsa ağız ve burun kapatılmalı, tıbbi maske kullanılmalıdır.
- Çiğ veya az pişmiş hayvan ürünleri yemekten kaçınılmalıdır. İyi pişmiş yiyecekler tercih edilmelidir.
- Çiftlikler, canlı hayvan pazarları ve hayvanların kesilebileceği alanlar gibi genel enfeksiyonlar açısından yüksek riskli alanlardan kaçınılmalıdır.
- Seyahat sonrası 14 gün içinde herhangi bir solunum yolu semptomu olursa maske takılarak en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalı, doktora seyahat öyküsü hakkında bilgi verilmelidir.

COVID-19 VAKA TAKİP ALGORİTMASI**• Olası Vaka :**

- » Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri
- » Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması
- » Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde kendisi veya yakın temasının hastalık açısından yüksek riskli bölgede bulunma öyküsü
- » Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri
- » Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde doğrulanmış COVID-19 vakası ile yakın temas eden
- » Ateş ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı),
- » Hastanede yatış gerekliliği varlığı
- » Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması Ağır Akut Solunum Yolu, son 14 gün içinde gelişen akut solunum yolu enfeksiyonu olan bir hastada, ateş, öksürük ve dispne, takipne, hipoksemi, hipotansiyon, akciğer görüntülemesinde yaygın radyolojik bulgu ve bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yatış gerekliliği
- » Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az ikisinin bir arada olması ve bu durumun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması.

• Kesin Vaka:

- » Olası vaka tanımına uyan olgulardan moleküler yöntemlerle SARS-CoV-2 saptanan olgular.

SAĞLIK KURUMU

- Her yataklı tedavi kurumunda, Halk Sağlığı Yönetim Sistemine (HSYS) vaka kaydını ve kayıtlı vakaların günlük izlemlerini yapacak personel belirlenir.
- COVID-19 olası vaka tanımına uyan tüm vakalar Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden U07.3 ICD 10 tanı kodu ile Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi kapsamında E-Nabız'a bildirir.
- Olası vakadan itibaren tüm vakalar HSYS'ye kayıt edilir.
- Vakalardan uygun numune alınarak HSYS üzerinden COVID-19 tetkik istemi yapılır.
- HSYS üzerinden istemi yapılan numune İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile veya Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenen prosedüre göre uygun şartlarda ve ivedilikle ilgili laboratuvara ulaştırılır.
- Olası/kesin vakalar, Pandemi Hastanelerinde izole şekilde kabul ve tedavi edilir.
- Vakaların tedavi ve izlem süreci hekim değerlendirilmesi sonrasında Pandemi Hastanelerinde

veya evde yapılır.

- İl ve hastaneler bazında yapılmış olan Pandemi Planı'na uygun olarak kesin ve olası vakaların öncelikle bu hastalar için ayrılmış olan hastane, servis ve yoğun bakımlarda takip edilmesi esastır. Hastaların bu birimlerde mümkünse izole olarak, değil ise en az 1- 1,5 metre mesafe ile ayrılmış alanlarda izlenmesi sağlanmalıdır.
- Pandemi hastanelerinin bulunmadığı yerlerde 2. basamak Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi bulunan hastaneler de pandemi hastanesi olarak hizmet verir.

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

- Yataklı tedavi kurumlarından alınan numunelerin ilgili laboratuvarlara ivedilikle ve uygun şartlarda gönderilmesini sağlar.
- Sürveyans verilerinde vaka kümelenmesi şüphesinde vakalar arasında epidemiyolojik bağlantı araştırılır.
- HSYS'ye girilen tüm vakaların fiyasyonu, temaslı sorgulamalarının yapılması, temaslı listelerinin oluşturulması ve HSYS sistemine girişlerinin yapılması sağlanır.
- HSYS'ye kayıt edilen ve hastanede yatmakta olan vakaların günlük izlem durum bilgilerini takip edilir.
- Yurt dışından gelen kişiler, kesin vaka teması nedeni ile olası vaka olarak kayıt edilen ve evde izlemine karar verilen kişilerin Aile Hekimliği tarafından yapılan izlem durumları takip edilir.
- Saha ekipleri tarafından yapılacak temaslı ve pozitif vaka takiplerinin izlemleri koordine edilir ve günlük izlemler takip edilir.
- Yurt dışından gelen ve belirli bölgelerde toplu olarak izlemine karar verilen kişilerin izlemleri koordine edilir ve günlük izlemler takip edilir.

LABORATUVARLAR

- İSM tarafından iletilen numunelerin analizlerini yapılır ve sonuçları LBYS'ye girilir. (LBYS'deki sonuçlar onayladığı anda HSYS'ye otomatik olarak aktarılır. Tetkik sonuçları, istemin yapıldığı kurum ve HSYS'deki kullanıcılara yetki alanları ile sınırlı olmak üzere vaka bazlı olarak gösterilir.)
- Numune solunum yolu sürüntüsü olarak Viral Transport Besiyeri (VTM) ile alınır. Trakeal aspirat, bronkoskopik örnek, balgam alınacak ise steril, vida kapaklı ve sızdırmaz kaplara 2-3 ml alınmalıdır. Tüm örnekler alındıktan hemen sonra buzdolabında (2-80C arası) muhafaza edilmeli ve ivedilikle laboratuvara ulaştırılmalıdır.

KLİNİK NUMUNE ALIMI, SAKLANMASI VE NAKLİ

- Numune Alınması SARS-CoV-2 için, semptomun başladığı zamana bakılmaksızın, test yapmaya karar verildikten sonra numuneler mümkün olan en kısa sürede alınmalıdır.
- **OF sürüntü:** Eküvyon hem tonsil alanlarına hem de posterior farenkse sürülerek dile, dişlere ve diş etlerine dokunmaktan kaçınılarak viral nükleik asit koruyucu sıvı ve/veya viral taşıma ortamına konulur. Kombine sürüntü (Nazofarengeal sürüntü + Orofarengeal sürüntü) Eşzamanlı olarak NF ve OF sürüntü numuneleri aynı eküvyonla alınabilir. Kombine sürüntü örneği alınması durumunda önce orofarengeal sürüntü alınmalı sonrasında aynı eküvyon kullanılarak nazal sürüntü alınmalı ve aynı virüs taşıma ortamına konularak gönderilmelidir.
- **Orta-burun sürüntü örneği (Derin burun sürüntüsü):** Numune alınacak kişinin başı 70 derece arkaya doğru itilir. Numune almak için elde varsa orta burun örneği almak için tasarlanmış ve burun içerisinde belli bir mesafeye kadar (konkaların ortasına kadar) sokulmasına olanak veren emici ucu uzun ve giderek incelen özel çubuklar tercih edilmelidir. Bu eküvyonlardan yoksa OF/NF örneği için kullanılan numune alma çubukları ile de alınabilir. Çubuk, ağız tavanına paralel bir şekilde burun deliği içerisinde yavaşça kendi etrafından döndürülerek konkaya bağlı direnç ile karşılaşılıncaya dek yaklaşık 2 cm kadar ilerletilir. Çubuğun ucu birkaç kez döndürülerek burun duvarına sürtülür. Aynı işlem aynı çubuk kullanılarak diğer burun deliği için de tekrarlanır. Ön burun sürüntü örneği bu numune alma yöntemi kişinin kendi kendine uygulayabileceği kolaylıkta, daha az invazif olan ve numune alınacak kişiler tarafından daha kolay tolere edilebilen bir yöntem olup virusu tespit etmede nazofarengeal sürüntü örneği kadar elverişlidir. Bu işlem için sapı esnek olmayan numune alma ucu daha kalın, sarılmış ya da fırçamsı hale getirilmiş (flocked) polyester olan çubuklar tercih edilmelidir. Bu eküvyonlardan yoksa OF/NF örneği için kullanılan numune alma çubukları ile de alınabilir. Eküvyon çubuk burun deliğine yaklaşık 1-1.5 cm kadar sokulduktan sonra numune çubuğu 5-10 saniye kadar her iki yöne çevrilir. Aynı işlem diğer burun

deliğine de aynı çubuk kullanılarak tekrarlanır.

• **Numune alımı ve gönderilmesi sırasında güvenlik prosedürleri :**

» Alınan tüm numunelerin potansiyel olarak enfeksiyöz olduğu düşünülmeli, numune alma işlemi aerosol oluşturan işlem olarak kabul edilmeli ve kişiler buna yönelik kişisel koruyucu ekipmanları (en az N95/FFP2 maske, gözlük veya yüz koruyucu) kullanılmalıdır.

» Ayrıca numune alan ve gönderen kişiler, enfeksiyondan korunma ve kontrol prosedürlerine uyarak, numuneleri üçlü taşıma sistemi ile soğuk zincir kurallarına uygun olarak göndermelidirler (hastane içi gönderimlerde ikili taşıma sistemi yeterlidir).

» Numunelerin doğru etiketlendiğinden, istem formlarının doğru bir şekilde doldurulduğundan ve klinik bilgilerin sağlandığından emin olunmalıdır.

» Laboratuvarla iyi iletişim kurulmalı ve ihtiyaç duyulduğunda bilgi edinilmelidir.

» Numune göndermeden önce mutlaka laboratuvara bilgi verilmelidir.

» Numuneye ait atıklara, **Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği** gereklilikleri uygulanır.

• **Kayıt edilmesi gereken bilgiler:**

» Hasta bilgileri – Adı-soyadı, doğum tarihi, cinsiyet, ikamet adresi, iletişim bilgileri, barkod numarası vb. ayrıca ziyaret ettiği riskli bölgenin adı ve gerekli diğer bilgiler (örn: hastane numarası, hastane adı, adresi, doktorun adı iletişim bilgileri)

» Numunenin alındığı tarih ve saat

» Numunenin alındığı anatomik bölge ve lokasyon

» İstenen testler

» Klinik semptomlar ve ilgili hasta bilgileri (epidemiyolojik bilgiler, risk faktörleri, aşılama durumu ve antimikrobiyal tedaviler)

COVID-19 HASTALARINDA TORAKS BILGISAYARLI TOMOGRAFISI KULLANIMI

- Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), PCR testi negatif COVID-19 hastalarında, erken dönemde duyarlı bir tanısal yaklaşımdır. Toraks BT bu hastaların daha hızlı triyajına destek olmak için önerilmektedir. BT görüntülemenin önerilmediği hastalar; COVID-19 pozitif, hafif bulguları olan ancak hastalık ilerlemesi için risk faktörleri taşımayan hastalar ve COVID-19 negatif ancak hafif bulguları olan hastalardır. Klinik ve laboratuvar bulgularla ön planda COVID-19 enfeksiyonu düşünülmeyen, BT bulguları COVID-19 enfeksiyonu için diagnostik olmayan hastalarda bu bulguları izah edebilecek diğer patolojilerin atlanmaması için BT dikkatli yorumlanmalıdır.

HASTANEMİZİN COVID-19'a YÖNELİK ÇALIŞMALARI:

-Trijaj sistemi gerekleri:

Öncelikle mavi alan oluşturularak, hastanemize müracaat eden süpheli hastalar **Mavi Alan'a** yönlendirildi. Burada durumu değerlendirilen hastalar ilgili alanlara yönlendirildi.

-Personele yönelik koruyucu önlemler:

Mevcut olan koruyucu ekipmanlar (maske, bone, eldiven, baret, gözlük, tulum) çoğaltıldı. Kullanımı konusunda çalışanlara sık sık eğitim verildi. Covit olan çalışan personeller izole edildi.

-Hastalara yönelik koruyucu önlemler:

Hastalara yönelik öncelikle mavi alan oluşturuldu. Covit servisleri (covid-1, covid-2, covid-3) ve özel Yoğun Bakım oluşturuldu. Sağlık ekipleri oluşturuldu.

8.1.3. Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi

Acil Servis birimine ek personel görevlendirme kararı Olay Yönetim Ekibi tarafından alınır. Konu Olay Yönetim Ekibi üyesiyle görüşülmeden önce aniden hasta akını olması durumunda, Acil Servis'de görevde olan Acil Servis Sorumlu Hekimi mevcut personelin görevlendirilmesine karar verir ve aynı zamanda ek personel ihtiyacını değerlendirip Olay Yönetim Ekibi'nden talepte bulunur. Acil Servis Sorumlu Hekimi, ilgili İş Akış Talimatları uyarınca personelin nerelere görevlendirileceğine karar verir.

8.1.4. Acil Serviste Temel İşlevler

Hastanenin HAP hazırlama komisyonu, Acil Servis'te İş Akış Talimatları gerektiren kilit fonksiyonların neler olduğuna karar verecektir. Aşağıda örnek olarak verilen fonksiyonlar hastane tarafından değiştirilebilir veya çoğaltılabilir. Her bir işlev, ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde, mümkün olan en kısa sürede sağlanmalıdır:

• **Acil Servis Sorumlu Doktoru**

o Acil Tıp Uzmanı var ise tercih edilmelidir,

o Acil Servis'e kabul edilen tüm yaralılar için klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır,

- o Acil Servis Sorumlu Doktorunun bulunmaması durumunda, gelene kadar kıdemli Acil Servis Doktoru bu görevi üstlenecektir,
- o Hasta/yaralının durumu acil resüsitatif müdahale gerektirmediği sürece, Acil Servis Sorumlu Doktoru herhangi bir hasta/yaralı yönetimini **üstlenmeyecektir**.

• **Cerrahi Uzmanı**

- o Olay Yönetim Ekibi tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak Acil Servis Sorumlu Doktorunun koordinasyonunda çalışacaktır; hasta değerlendirmesi yapmak ve cerrahi servislere (jinekoloji, beyin cerrahisi vb.) sevk için derhal karar vermek üzere mümkün mertebe Acil Servis'te kalacaktır,
- o Hasta/yaralı için acil resüsitatif prosedür veya operasyon gerekmediği ve ortamda başka bir cerrah bulunduğunda, Cerrahi Kıdemli Doktoru herhangi bir yaralı yönetimine **üstlenmeyecektir**.

• **Anestezi Uzmanı**

- o Acil Servis Sorumlu Hekimi'nin koordinasyonunda çalışacaktır; acil hava yolu müdahalesi, resüsitasyon, sevk işlemleri ve preoperatif değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Serviste kalacaktır.

• **Ortopedi Uzmanı**

- o Acil Servis Sorumlu Doktorunun koordinasyonunda çalışacaktır ve acil sevk işlemleri ve değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Servis'te kalacaktır.

• **Acil Servis Doktoru/Acil Servis Asistanı**

- o Acil Servis Sorumlu Doktorunun idaresi altında çalışır. İlgili mevzuata göre hasta/yaralıların değerlendirilmesi ve yönetiminde görev alır.

• **Acil Servis Sorumlu Hemşiresi**

- o Acil Servis Sorumlu Hekimi'ne bağlı olarak çalışacak ve idari işleri organize etmek, idari personelin, güvenlik personelinin ve teknik personelin çalışmalarını koordine etmek üzere Acil Servis biriminde kalacaktır,
- o Hasta/yaralıların kimliklerini tespit etmeye yardımcı olacak, hasta/yaralı takibi yapacak ve sevk işlemleriyle ilgili kayıtların ve formların kullanılmasını sağlayacaktır.

8.2. Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

• Herhangi bir nakil aracıyla hastaneye getirilen hasta/yaralılar, Olay Yönetim Ekibi tarafından verilecek karara göre, ilk karşılama için aşağıdaki alanlardan birine yönlendirilir (Hastane Afet Triyaj alanı, Acil Servis, diğer).

- Yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralılar ayaktan tedavi bölümüne yönlendirilir.
- Ambulansların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana girmesi, yalnızca prosedürlere (SOP 4) uygun olarak ve ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde Güvenlik Sorumlusundan izin alınarak mümkündür.

• Hastaları diğer sağlık tesislerine sevk için gelen ambulanslar (ciddi vakaları kabul edebilmek için tıbbi kapasiteyi artırmak amacıyla hastaların tahliye, taburcu ya da sevki durumunda), taburcu edilen hastaların araçlara bindirildiği alana yönlendirilir. Böylelikle hastaneye gelen hasta/yaralıları taşıyan araçlarla, hastaneden çıkan hastaları taşıyan araçların trafik akışı rahatlar.

8.3. Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (ilaç, sarf malzemesi, ekipman)

• Afet stoğunun derhal kullanımına, Acil Servis Sorumlusu tarafından karar verilir. Afet stoğunun içeriği önceden belirlenmiş olmalıdır.

• Afet stoğunda halihazırda bulunmayan veya rutin prosedürlerle kısa sürede elde edilemeyecek olan gerekli malzemeler, olağan durumda kullanılan malzeme talep formu kullanılarak Olay Yönetim Ekibi'nden derhal talep edilmelidir. Gereksiz miktarlarda stoklama yapmadan, ihtiyaçların önceden tahmin edilerek belirlenmesi tavsiye edilir.

8.4. Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

Hastaneye gelen hastalar arasında, giysileri çıkarılması gerekenler veya kendi başlarına kişisel eşyalarına göz kulak olamayacak durumda olanlarla şu şekilde ilgilenilmelidir:

• Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketleneceği, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgilendirilir.

• Kişisel eşyalar için önceden belirlenen özel form (Form 15) kullanılır.

• Bu amaçla ayrılan özel oda (yeri burada belirtilmelidir.....), depolama alanı olarak kullanılır; bilinci kapalı hastaların kişisel eşyaları düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve özel odada saklanır.

• Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alıncaya kadar özel odada saklanır.

• Oda kilitli tutulur ve başında, bu odada saklanan her torbanın kaydını tutan bir polis/güvenlik görev-

lisi/ görevli memur nöbet tutar.

8.5. Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları

Hastane Afet Triyaj Alanında ve Acil Servis biriminde çalışan tüm personel, aşağıda belirtilen yaka kartlarını takacak veya görev yeleklerini giyecektir.

9. ACIL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ

9.1. Genel İlke ve Esaslar

Acil durum sırasında doğru ve zamanında bilgi yönetimi son derece önemlidir. Bilgi yönetimi farklı düzeylerde bilgilendirme, hasta takibi, kritik malzeme ihtiyacına yönelik tahmin, sunulan hizmetlere yönelik izleme ve değerlendirme gibi çok çeşitli konu ve faaliyetleri kapsar. Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde, tüm personel aşağıdaki ilkelere uymalıdır:

- Departman/Servis/Birim sorumluları, olağan zamanda birlikte çalıştıkları personelin güncel iletişim bilgilerinin (ad-soyadı, ev ve cep telefon numarası ve yaşadığı adres gibi bilgiler) yer aldığı listeler hazır bulundurulmalıdır (bu listeler çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personeli de kapsamalıdır). Bu listeler, talep edilmesi durumunda veya personeli geri çağırma prosedürleri için derhal Olay Yönetim Ekibi'ne (OYE) teslim edilmelidir.
- OYE ve birimler gelen-giden bilgileri kaydetmek için gerektiğinde arama kayıtları tutabilir (Form 29).
- Haberleşme araçları, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılamaz.
- Rutin bulaşıcı hastalık raporlama sisteminde Olay Yönetim Ekibi tarafından değişiklik yapılabilir. Ancak her durumda Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne tam uygunluk sağlanmalıdır.

9.1.1. Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

Acil Müdahale Planı'nın bu bölümünde tüm personelin genel bilgi sahibi olabilmesi için, bilgilerin yalnızca özeti ele alınmaktadır:

- HAP Başkanı ve bütün yöneticiler, olay müdahalesi boyunca kayıt tutmalıdır. Bu kayıtlar OYE tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır.

Kayıtlar ve formlar temel olarak şu işlevi yerine getirir:

- o Devam eden konuların/sorunların takibini yapmak,
- o Tüm ana eylemlerin, taleplerin ve kararların kaydını tutmak,
- o Hem devam eden hem de tamamlanmış olan iletişim sorunlarını özetlemek,
- o Olay sonrası izleme değerlendirmede kullanılabilen (yasal inceleme/ölüm vakalarını soruşturma mahkemesi dâhil olabilir), olay müdahalesine ilişkin yasal bir kayıt tutmak.
- Bir olaya yönelik müdahale sırasındaki tüm eylem, talep ve karar kayıtlarının sorumlu kişi ve ekipler tarafından tutulması ve korunması yasal bir yükümlülüktür.

Bu kişiler:

- o Belirlenen idari görevliler,
- o İdari sorumlu,
- o Güvenlik sorumlusu,
- o Hastane Müdürü,
- o Acil Servis sorumlusu/Departman/Servis/Birim idari sorumluları,
- o Santral görevlisi vb.

• 9.1.2. Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Hastane içya da dışıda olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmemeli, erken izole edilmelidir. Olay yerindeki konumuyla kanıt arasındaki bağlantı korunmalıdır. Bu durum, şöyle özetlenebilir: **“torbala, etiketle, mühürle ve güvenli hale getir”**. Ayrıca, kanıtın alındığı yer ve konumun, kimin tarafından alındığının kaydedilmesi de önemlidir ve yasal yükümlülüktür.

9.2. Hasta Kaydı ve Takibi

Tıbbi bakı, müdahale ve tedavi sunulan her hasta/yaralı ile hastanede ölen ya da hastaneye ulaştırılan ölümlerin kayıtlarının yönetimi:

- Özel formların ve kayıtların kullanımını gerektirir. Örneğin hasta takip çizelgesi (Form 8-9), takip kaydı (Form 10), ölüye ilişkin kayıtlar (Form 10-11) ve ilgili prosedür (SOP 17),
- Acil Müdahale Planı etkin olduğu sürece, ilgili tüm personel sistemli bir şekilde bu formları ve kayıtları kullanmalıdır,
- Raporlama kurallarına SOP 9'da açıklandığı gibi kesinlikle uyulmalıdır.

9.3. Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

- Birim sorumlusu tarafından yetki verilmediği sürece, personelin hasta yakınlarına bilgi vermesi yastır (hastanede yatan hastaları ziyarete gelen hasta yakınları için genel kural geçerlidir).

- Olay Yönetim Ekibi, hasta yakınlarından gelen soruları/bildirimleri almak için gerekli araçları derhal ve prosedüre (SOP 14) uygun olarak organize eder.

9.4. Medyayı ve Toplum Bilgilendirme:

- Personel, görevlendirilmediği sürece medyaya herhangi bir bilgi **veremez** (veya röportaj yapmayı **kabul edemez**).

- Olay Yönetim Ekibi gerekli izinleri aldıktan sonra medyaya bilgi verebilir.

- Olay Yönetim Ekibi, basına bilgi verme konusunda resmi sözcüler görevlendirebilir.

• Medya çalışanları, yetkilendirilmedikleri sürece, hastaneye serbestçe **giremez** ve herhangi bir yeri **ziyaret edemezler**; Halkla İlişkiler Sorumlusu, HAP Başkanı ziyaret izni verdiği takdirde medya çalışanlarına eşlik etmeli ve medya çalışanları hastane tarafından sağlanan görev yeleğini giymelidir.

9.5. Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

- Olay Yönetim Ekibi, gerekli verileri toplaması ve işlemesi için bir ekip veya bir kişi görevlendirir.

• Özellikle insandan insana bulaşarak epidemiyeye dönüşme ihtimali olan bulaşıcı hastalıklar ve pandemi vakaları, olaya özel planda ele alınır.

• Hastaların hastaneye ilk temas noktası olan alanlarda çalışan özellikli personel, beklenmeyen bulaşıcı hastalık vakası, zehirlenme ya da kontamine hastalar gibi diğer olağan dışı durumlarda derhal Birim Sorumlusunu ve Olay Yönetim Ekibini bilgilendirmelidir.

9.6. Durum Raporları

• Raporlama yükümlülüğü olan herkesin, durum raporlarını düzenli tamamlaması gerekir. Bu raporlar, yönetim zincirinde yer alan bir sonraki kontrol düzeyi, harici katılımcı kurumlar ve ilgili paydaşlar bakımından özellikle önemlidir. Sağlık Bakanlığı, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği veya Halk Sağlığı Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.

• Olay Yönetim Ekibi, çeşitli birimlerden gerekli bilgileri sağlayacak, raporlama sıklığı ve rapor verilecek kişileri, kullanılması gereken form ve kayıtları, toplanması gereken verileri ve bu verilerin kim tarafından toplanacağını, işleme mekanizmalarını belirleyecektir.

- Durum raporu başlıca şu başlıkları içermelidir:

-Olayın tanımı (özet),

-Kaynak talebi ve kaynakların kullanılabilirliği,

-Hazırlık tarihi/zamanı,

-Oluşan veya beklenen riskler,

-Mevcut sorunlar ve olay eylem planları,

-Yatakların kullanılabilirliği, personel tedarik durumu,

-İletişim bilgileri,

-Raporlama yapan kişinin imzası ve adı-soyadı.

9.7. Personel Brifingi

.Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı vb. durumlarla ilgili yeterli bilgi verilecektir.

- Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine görevlendirilmişler ise) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verilecektir.
- Olay süresince personel hastaneye ve/veya departmana uygun yöntemler ile süreç hakkında periyodik olarak bilgilendirilmelidir.

10. GÜVENLİK VE EMNİYET

10.1.Hastaneye Ulaşım

• Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle beraber, hastane alanı güvenli hale getirilir ve erişim yalnızca yetkili personelle ve araçlarla sınırlandırılır. Gerekli prosedürlerin uygulanması için "güvenlik"ten sorumlu personele Olay Yönetim Ekibi tarafından talimat verilir.

• Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personel, hastane içinde servislerine erişmek için belirtilen yolları takip etmelidir. Bu personel görevli personel formuna (Form 17) kayıt edilir. Gelen ve giden araçlar için trafik akışını rahatlatmak üzere, gerekli görüldüğü takdirde hastanede çalışan personelin arabalarını çekmeleri talep edilebilir. Hastaneye gelip göreve başlayacak personel, arabalarını yasak alana **park etmemelidir**. Personel, yaka kartlarını (ve spesifik çalışmalar için ilgili görev yeleklerini) her zaman yanında taşımalıdır. Asansör erişimi, öncelikli olarak hastaların ulaşımı için kullanılmalıdır.

• Medya çalışanları, güvenlik görevlileri tarafından *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan basın ve medya alanına yönlendirilir.

• Hasta yakınları ve aile fertleri, güvenlik görevlileri tarafından *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan aile ve yakınları alanına yönlendirilir.

- Ayaktan tedavi faaliyetlerinin bir bölümü geçici bir süreliğine askıya alınabileceği için, Ayaktan Tedavi Bölümüne gelen hastaların tümü, bölümlerin kullanılabilirliği hakkında bilgi alabilecekleri karşılama/yönlendirme personeli tarafından yönlendirilir. Yaralı sayısının çok olduğu durumlarda, Ayaktan Tedavi Bölümü hafif yaralı kişilere bakım sunmak için kullanılabilirliğinden rutin hizmetleri sunamayabilir. Olay

- Yönetim Ekibi kararı ile Ayaktan Tedavi Bölümü personelinin işbölümü de yeniden yapılabilir.

- Afet bölgesinden kendi imkânlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan hastane afet triyaj alanına yönlendirilecektir.

10.2. Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

- Trafik akışı, prosedüre (SOP 15) uygun olarak güvenlik personeli tarafından organize edilir. Yalnızca hasta veya önemli malzeme taşıyan araçlar, hastanenin sınırlandırılmış alanına girmek üzere kabul edilecektir. Hasta getiren ambulanslar, güvenlik personeli tarafından uygun şekilde işaretlenmiş hasta kabul alanlarına yönlendirilecektir.

- Tahliye, taburcu veya sevk için hastaları almaya gelen aile fertleri ve/veya araçlar, özel olarak oluşturulacak alanlarda yer alan taburcu hastaları araçlara bindirmek için ayrılmış özel alana yönlendirilecek.

- Hastaneye erişim yolunun daima açık olmasını sağlamak üzere, gerekli görüldüğü durumlarda Olay Yönetim Ekibi kolluk gücünden yardım talep edecektir.

10.3. Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı

Önemli ekipmanın bakımı, onarımı ile ilgili temel sorunların bu bölümde de ele alınması önerilir:

- Ekipman ve malzemelerin bakımından sorumlu personelle, önceden belirlenen acil haberleşme yoluyla irtibat kurulabilir. Söz konusu personel, hizmet sunumunda kesinti yaşanmaması için hangi prosedürlerin hangi sırayla uygulanacağına dair Olay Yönetim Ekibi'nden talimat alır. Ekipman ve malzemeden sorumlu personel, ilgili prosedür ve İş Akış Talimatına göre çalışır, ilgili form (Form 5-19) ve kayıtları kullanarak rapor verir.

- Yeniden tedarik veya onarım gibi konularda hastane dışı yardım gerekli olduğunda, etkinliğin ve güvenliğin her durumda sağlanması için güvenlik personeli, bakım personeliyle işbirliği yapar ve Olay Yönetim Ekibi'ni bilgilendirir.

11. LOJİSTİK VE MALZEMELER

11.1. Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (genel ilkeler)

- Lojistik yönetimi, malzemeleri ve hizmetleri içerir. Olay Yönetim Ekibi, lojistik ile ilgili talep ve bilgileri bir merkezde toplar.
- Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde tüm hastane personeli, lojistik yönetimi için, Plan'ın ilgili bölümlerinde açıklanan prosedür, kayıt ve formları kullanmalıdır.
- İlk değerlendirme mümkün olan en kısa süre içerisinde yapılır. Bu değerlendirme kilit öğelerin ve temel kaynakların mevcudiyetine ilişkin olmalıdır. Bu nedenle, her Departman/Servis/Birim sorumlusu, takviye veya yeniden tedarik için zamanında talepte bulunmalıdır.
- Tıbbi malzeme, ekipman, ilaç vb. talepler için, ilgili rutin talep formlarının kullanılmadığı durumlarda afet ve acil durumlar için geliştirilen formlar kullanılmalıdır.
- İlgili kayıtlar ve formlar sürekli güncel tutulmalıdır.
- Bilgi paylaşımı son derece önemlidir. Bu nedenle raporlamada ilgili SOP ve İş Akış Talimatlarına mutlaka uyulmalıdır.
- Azami sayıda hastanın tıbbi bakım hizmetini yeterli düzeyde almasını sağlamak için, tıbbi malzemelerin ve ekipmanların mümkün olduğunca makul ve ekonomik bir şekilde kullanılmasına dikkat edilmiştir.
- HAP hazırlama komisyonu, gıda ve mutfak yönetimi, temizlik hizmetleri yönetimi, laboratuvar, kan bankası ve eczane yönetimine ait Müdahale Prosedürü geliştirmiyorsa, bu bölümde yer verilebilir.

11.2. Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

- Etkin lojistik yönetimi için türü ne olursa olsun dışarıdan kaynak talep etme yetkisi Olay Yönetim Ekibi'ndedir. Olay Yönetim Ekibi gerekli durumlarda bu yetkiyi kısmen farklı bölümlere verebilir.
- Normalde kullanılanlardan ziyade, özel veya ekstra malzemelere (örneğin; ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) yönelik tüm talepler, bölümlere söz konusu malzemelerin sağlanması konusundaki önceliklere karar vermek için, Olay Yönetim Ekibi'ne iletilmelidir.
- Normalde kullanılan ilaç, sarf malzemesi vb. malzemelerin dışında talep edilecek malzemelerin önceliklendirilmesi Olay Yönetim Ekibince yapılmalıdır.

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

12.1. Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Afet ve acil durumların ardından hastanelerde yürütülecek psikososyal desteğin temel amacı afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve hastanelerin afetlerden önce ve sonra yürütülecek "psikososyal müdahale ve destek" kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.
- Psikososyal destek hizmetleri sorumlusu hastanede görevli psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı arasından seçilmelidir. Bu meslek gruplarının hastanede olmaması durumunda Olay Yönetim Ekibi tarafından başka bir kişi görevlendirilmelidir.
- Psikososyal destek personeli, afetlerin bireyler ve toplum üzerindeki psikolojik etkilerine ve temel psikolojik travma bilgisine hakim olmalıdır. Genel bir prensip olarak psikososyal destek personeli, kendisini, sağlık personelinin, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik belirtilerini gözlemleyerek takip edebilmelidir.
- Mevcut personelin psikolojik travma ve psikososyal destek konusunda yeterli bilgisinin olmaması durumunda, afet öncesinde eğitim desteği sağlanmalıdır. Hazırlık ve zarar azaltma safhasında hastane içinde psikososyal destek merkezi olarak hizmet verecek ünitenin kurulacağı yer belirlenmeli ve hastane krokisinde belirtilmelidir. HAP'ın aktive edilmesiyle mutlaka Psikososyal Destek Birimi'nin oluşturulması sağlanmalıdır.
- Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmalıdır:
 - Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek,
 - Hasta ve Hasta yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek,
 - Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları.
- Psikososyal destek hizmetlerinin kapsamı psikolojik triyaj, psikososyal risk ve ihtiyaç analizi, psikolojik ilk yardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları, psikoeğitim çalışmaları, takip ve sevk vb. dir.
- Afet ve acil durumlarda Psikososyal Destek çalışmaları kapsamında psikososyal destek ekibine afet öncesinde sunulacak eğitim programının içeriğinde asgari olarak aşağıdaki konular önerilmektedir:

Psikososyal Destek Kapsamında Önerilen Asgari Eğitim Başlıkları
Afet yönetimi, temel tanım ve ilkeler
Travmatik Olay, Psikolojik Travma, Toplumsal Travma, Toplumsal Travma ve Evreleri
Afetzede Psikolojisi
Afetlerde Ekip Çalışması
Sağlıklı İletişim
Çatışma Çözümü
Kendi Kendine Yardım Becerileri
Stres Yönetimi
Öfke Yönetimi
Akut Stres Belirtileri
Travma Sonrası Stres Belirtileri
Psikolojik İlk Yardım
Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları
Psikolojik Triyaj

12.1.1. Psikolojik Triyaj

Afet ve acil durumlarda insanların toplu olarak buldukları yerlerde ruh sağlığı ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi ve psikolojik triyajın yapılması psikolojik desteğe ihtiyacı olanların hızla yönlendirilmesine ve hayatın normalleşmesine katkı sağlamaktadır. Psikolojik triyaj özellikle afetlerde hastanelere başvuran hastaların psikolojik ihtiyaçlarının ve önceliklerinin hızlı şekilde değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Psikolojik triyaj yaklaşımında kişilerin riskli bir psikolojik durumda olup olmadıkları belirlenirken, öncelikle kişinin kendine veya bir başkasına zarar verme riski değerlendirilmektedir. Ajitasyona veya eksitasyona meyilli kişiler ile intihara meyilli veya kendine zarar verme eğiliminde olan kişiler öncelikle yönlendirilmesi gereken grupta yer almaktadır. Afettede ajitasyona ve eksitasyona meyilli ise mutlaka güvenlik desteği aranmalı ve istenmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken her ajite veya eksite davranışın psikolojik bir rahatsızlıkla ilişkili olmayabileceğidir (bazı agresif davranışların hipoglisemi, deliryum, beyin hasarı veya madde etkisi vb. gibi organik rahatsızlıklarla da ortaya çıkabildiği unutulmamalıdır). Psikolojik triyaj değerlendirmesi 4 ana başlıkla yapılmaktadır:

1. Dış görünümün Değerlendirilmesi: Hastanın nasıl görüldüğü değerlendirilmektedir. Örneğin hastanın dağınık, bakımsız, iyi görümlü, mevsime uygun giyinip giyinmediği değerlendirilmektedir.

2. Duygulanımın Değerlendirilmesi: Duygulanımı düz, hüzünlü, ağlamaklı, stresli veya kaygılı olup olmadığı, duygu dışavurumlarının hızla değişip değişmediği, duygulanımının söylediği şeylerle örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmektedir.

3. Tutumların Değerlendirilmesi: Hastanın aşırı huzursuz, ürkek, garip, tuhaf veya kestirilemez eylemleri değerlendirilmektedir. Aynı zamanda oryante ve koopere olup olmadığı, tepkileri, düşmanca tavırlar sergileyip sergilememesi de öncelikli değerlendirme kriterleri arasındadır.

4. Konuşmanın Değerlendirilmesi: Hastanın nasıl konuştuğu, konuşmasının anlamlı, hızlı, tekrarlı, yavaş, kesintisiz, fısıldayarak, bağırarak veya sessiz olup olmadığı, müstehcen bir dil kullanıp kullanmadığı, cümlelerin ortasında durması gibi kriterler değerlendirilmektedir.

Psikolojik triyaj, AMP'nin aktivasyonu ile birlikte, hasta karşılama, tıbbi triyaj, bekleme alanları gibi hastaların gruplar halinde bekledikleri alanlarda, eğitimini alan başta psikososyal destek ekibi olmak üzere, gerektiğinde eğitimini alan tüm sağlık çalışanları tarafından uygulanmaya başlanabilir. Psikolojik triyajın tek seferlik bir uygulama olmadığı ve hasta, hasta yakını ve çalışanlarla ilgili tekrar tekrar psikolojik triyajın yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

12.2. Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

- Afet ve acil durum öncesinde hastanedeki tüm personele psikososyal ihtiyaç ve psikososyal risk analizi yapılması önemlidir. Bu amaçla, eklerde yer alan Form 31 kullanılabilir.

- Afet ve acil durum halinde görev yapacak personelin ihtiyaçlarıyla ilgili HAP Başkanıyla sürekli iletişim halinde olunmalı ve gerektiğinde sağlık personeline psikososyal destek sunulmalıdır. Sağlık personeline psikososyal desteğin temelinde öncelikle görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme,

• barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak yer almaktadır. Tüm personel ve yakınlarına psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütülmelidir.

• Sağlık personelinin psikososyal risk ve psikososyal ihtiyaçlarına göre (yalnız yaşamak, engeli bulunmak vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir.

• Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan sağlık personeli tespit edilerek doğrudan sağlık personeline veya yakınlarına yönelik psikososyal destek planlaması yapılmalı, gerektiğinde diğer kurumlarla işbirliği sağlanmalıdır.

• Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla psikolojik bilgilendirme ve psikoeğitim çalışmalarına hastanedeki tüm personel dahil edilmelidir.

• Afet ve acil durum sonrasında sağlık personelinin normal aktivitelerine geri dönmelerine yardımcı olacak paylaşım grupları ile sosyal faaliyetlerin düzenli olarak yerine getirilmesi desteklenmelidir. Sağlık personelinin çocuklarına yönelik kreş faaliyetlerinin düzenlenmesi önem taşımaktadır.

• Psikososyal destek sunulan ve takip edilen vakaların kayıt ve takibinde standart kayıt prosedürlerinin aynı şekilde uygulanması için gerekli önlemler alınmalıdır.

12.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek

.Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yürütülecek psikososyal destek, afet ve acil durum sonrasında hastaneden sağlık hizmeti almak üzere başvuranlara yönelik olarak yürütülecektir.

• Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanına yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır. Psikososyal Destek Ünitesi'nin görünür ve ulaşılabilir olması için önlemlerin alınması önerilmektedir.

• Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dâhil olmak üzere) muhafaza edilen ölülerin kimliğini belirlemek için veya kayıp aramak için hastaneye başvuran ailelere psikososyal destek sunulmalıdır.

• Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için gereken ilaçların teminine yönelik önlemler alınmalı ve gerektiğinde hastaların sevki sağlanmalıdır;

• Hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölülerin kimliğini belirlemek için gelen ailelere uzun süreli psikososyal destek ihtiyacı doğduğunda paydaş kurumlarla işbirliği ve sevk çalışmalarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.

• Psikososyal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulmalıdır.

12.4. Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

• Hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına göre (kayıp, kimliği belirlenemeyen, kimsesi olmayan, engeli bulunan vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir. Afet ve acil durumlarda yürütülecek sosyal hizmet uygulamaları, HAP aktivasyonu sonlanana kadar Psikososyal Destek Ünitesi kapsamında uygulamalarını yürütmelidir.

• Afet ve acil durumlardan etkilenerek hastaneye başvuran engelli, kimsesiz, yoksul, kimliği belirlenemeyen veya afetin doğası gereği oluşabilecek psikososyal riski yüksek bireylerin afet ve acil durumlar halinde hastanelere başvuruda bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

• HAP çerçevesinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütülmesi gerekmektedir. Gerektiğinde kurumlararası işbirliği protokolleri düzenlenebilir.

• Afetlerden önce sağlık personeline verilecek eğitim konuları içinde mutlaka "Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları" konusu yer almalı ve tüm personel bilgilendirilmelidir.

• Afetlerden sonra yürütülecek sosyal hizmet uygulamalarının kayıt altına alınması ile ilgili gerekli tüm tedbirlerin alınması önemlidir.

13.ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER

13.1.Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

• Hastaneler genel prensip olarak geçici morg işlevi **görmemelidir**. Bu nedenle öncelikle afet ve acil durumlar öncesinde ölülerin hastaneye transfer edilmemesi için gerekli yerel koordinasyon ve işbirliği çalışmaları yürütülmelidir.

• Hastanede ölenlerin sayısının, hastanenin olağan ölü muhafaza kapasitesinden fazla olduğu durumlarda; ölülerin Belediye veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nün belirlediği geçici morga transfer

edilemediği durumlarda hastane, geçici morg işlevi görecek bir alan açacaktır.

- Hastane, ölülerin kimliğinin tespit edilmesine ve kayıpların aranmasına aktif bir şekilde katkıda bulunmalıdır.

- Ölülerin muhafazası için ceset torbası bulundurmak üzere hazırlık yapılmalıdır.

- Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.

13.2. Hastanedeki Geçici Morg Alanı

- Gerekli olması halinde, hastanede geçici morg işlevi görmesi için uygun bir yer belirlenir. Geçici morg alanı OYE'nin kararı ile açılır.

- Alan, ilgili prosedüre (SOP 17) tamamen uygun olarak işaretlerle belirtilir, güvenli hale getirilir ve yönetilir.

13.3. Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı

- Kitlesel ölümlerin yaşandığı her türlü durumda kayıp insanlar olmaktadır. Hastane, tüm yatan hastalara yönelik uygun bilgi sağlayarak kayıp kişilerin yönetimine katkıda bulunmalıdır.

- Hastane, ölülerin kimliklendirilmesi için ilgili kurumlara destek vermelidir. Ölülerin kimliklendirilmesi ve transfer edilmesi sürecinde hastane, ilgili kurumlarla (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz işbirliği sağlamalıdır. Bunun için afet ve acil durum öncesinde işbirliği çalışmaları yürütülmeli ve gerektiğinde karşılıklı işbirli protokolleri düzenlenmelidir.

- Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi OYE tarafından belirlenir.

- Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölülerin tamamı triyaj kartı ile kimliklendirilmelidir. Bunun için triyaj kodu verme, fotoğraflama, eşgal yazma, DNA, parmak izi vb. (kolluk kuvvetlerinin resmi isteği üzerine) işlemler yerine getirilmelidir.

- Hasta yakınlarının ölülerin kimliğini tespit edebilmesi amacıyla uygun bir alan, tespit alanı olarak belirlenmelidir. Bu alan hasta yakınlarının birçok cansız bedeni görmek zorunda kalmayacakları şekilde organize edilmelidir.

- Psikososyal destek ekibi görsel teşhis sürecinde hasta yakınlarına eşlik ederek gerektiğinde psikososyal destek sunmalıdır. İlde Cumhuriyet Başsavcılığı'nın onayı olmadan, ölülerin yakınlarına verilmesine izin verilmeyecektir.

- Kimliği belirlenemeyen kişiler için ilgili kurumlara bildirim yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON

Afet ve acil durum yönetiminde iyileştirme aşaması afete müdahaleden sonra gelen dönem ve süreçleri kapsar. İyileştirme çalışmaları, genel yaklaşımla, müdahaleyi izleyen **ön iyileştirme** ve daha sonraki süreçlerde gerçekleştirilen **kalıcı iyileştirme** uygulamaları olarak gruplanmaktadır.

Afet ve acil durum sonrası etkilenen nüfusun hayatta kalabilmesi ve varlığını sürdürebilmesi için gereken öncelikli adımların ve önlemlerin gerçekleştirildiği acil müdahale (acil yardım, insani yardım) aşamasından sonra, ön (erken) iyileştirme aşaması günlük hayatın afet/acil durum sonrası yeni koşullarda normalleşmesine, istikrar kazanmasına yardımcı bir dönemi ifade etmektedir. Hasara uğramış veya hizmet gerçekleştirme ortamını, fonksiyonunu kaybetmiş kurum ve yapıların kısa sürede tekrar çalışabilir hale getirilmesi faaliyetlerinin gerçekleştirildiği ön iyileştirme dönemi, afet/acil durumun türüne, büyüklüğüne, mevsime, etkilenen yerleşimin ve nüfusun özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu aşamada söz konusu olan yalnızca temel yapı ve hizmetleri afet öncesindeki haline döndürmek değildir; aynı zamanda, öncekinden daha güvenli bir yapılanma için orta ve uzun dönemde hayata geçirilecek yasal, kurumsal, fiziksel, sosyal ve ekonomik faaliyetlerin tümünü kapsayan kalıcı iyileştirme için başlangıç adımları da gündemdedir. Diğer bir deyişle, ön iyileştirme çalışmaları aynı zamanda, kalıcı iyileştirme planlaması ve uygulamaları için elverişli zemin oluşturmak bakımından önemli ve özenle yürütülmesi gereken çalışmalardır.

HAP çerçevesinde, afet sonrası iyileştirme süreçleri esas olarak, kısa dönemde tamamlanabilecek ön iyileştirme koşullarını tanımlamaktadır. Hastane düzeyinde bu koşullar, mevcut hastane yapılarının ayakta kaldığı; hastanenin hizmet verdiği mevcut yapıların terk edilmesinin, sağlık hizmetlerinin zorunlu olarak başka yapılarda sürdürülmesinin gerekmediği durumlardır. Hastane, afet sonrası mevcut yapılarında faaliyet gösteremeyecek ve işleyişini sürdüremeyecek durumda ise mevcut HAP uygulanabilirliğini kaybeder; hastanenin fiziksel, idari ve işlevsel bakımdan yeniden yapılanmasına ilişkin kalıcı iyileştirme kararları ve süreçleri HAP boyutu ötesinde şekillenir.

HAP kapsamında, afet ve acil durum sonrası sağlık hizmetini mevcut yapı ve fonksiyonlarıyla sürdürebilen hastanede iyileştirme süreçleri, olaya acil müdahalenin tamamlanması ve alarm durumunun sonlandırılması, müdahalenin raporlanması ile başlar. Olay/müdahale raporu da dikkate alınarak, zaman kaybetmeden afet ve acil durumun türü, büyüklüğü, etkisine göre iyileştirme gereken durumlar belirlenir. Bu çerçevede, hastanenin olağan (rutin) işleyiş geçiş sürecinde, öncelikle hastane ve personelin durumu fiziksel ve fonksiyonel bakımdan gözden geçirilmeli; fiziksel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, önlem alınmalıdır. Afet ve acil durum sonrası hastanelerin rutin işleyiş dönmesinde öncelik taşıyan konulara şu örnekler verilebilir:

1. Tıbbi kapasite artışının sonlandırılması

- İyileştirme planlaması yapılırken, tıbbi kapasite artışının sonlandırılma kararı yoğun hasta bakım hizmeti azaldığı takdirde verilmelidir.
- Olay esnasında kullanılan ilave ekipman, malzeme ve ilaçlar olay öncesi normal seviyelerine mümkün olan en kısa sürede dönmelidir.
- Müdahale esnasında görevlendirilen ek personel sayısı, ihtiyaç duyulan hasta bakım hizmetlerinde ve destek hizmet alanlarında azaltılmaz.

2. Personelin korunması ve desteklenmesine yönelik önlemler

- Acil durum öncesi, sırası ve sonrasında iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin ve afet güvenliğinin gerektirdiği ek önlemlerin eksiksiz uygulanması çok önemlidir.
- Kişisel koruyucu kıyafet ve ekipman kullanan personelin tıbbi takibi yapılmalıdır. Ayrıca söz konusu personele olası semptom ve bulgularla ilgili bilgi verilmelidir.
- Görev esnasında hastalanan veya yaralanan personelin maddi, psikolojik, tıbbi bakım ve barınma vb. konuları yönetim tarafından desteklenmelidir.
- Görev esnasında hayatını kaybeden personel için önceden yapılmış planlamaların uygulanması takip edilmelidir.
- Hastalanan veya hayatını kaybeden personel olması halinde, iş arkadaşlarının da bu durumdan kısa ve uzun sürede olumsuz etkilenebileceği düşünülerek gerekli önlemler alınmalıdır.
- Acil durum sona erdiğinde müdahale evresinde görev yapan hastane personeline ve gönüllülere yönetim tarafından paylaşım ve geribildirim yapılmalıdır. Ayrıca motivasyonu artıran düzenlemeler (teşekkür belgesi vb.) yapılabilir.

• Afet ve acil durumlarda görev yapan personelin işle ilgili tehlike algısı ve ailelerine yönelik endişeleri olay sırasında veya sonrasında işe devamsızlık hatta istifa ile sonuçlanabilmektedir. Bu kapsamda personelle düzenli, etkili bir iletişim/etkileşim kurulması; personel, personel ailesi ve gönüllülere psikososyal destek verilmesi önemlidir.

3. Mevcut durum bilgisi ve hasar tespit çalışmaları

Hastanenin tedavi kapasitesinin afet ve acil durumdan olumsuz etkilenmesi söz konusuysa, eski haline ya da eskisinden daha iyi hale getirilebilmesi, afet ve acil durumla baş edebilme kapasitesinin iyileştirilmesi amacıyla yapılacak çalışmaların ilk adımı hasar ve zarar tespit çalışmalarıdır. Bu çalışmalar en kısa sürede, mümkün olduğunca tam ve doğru bilgi vermelidir. Hastanede bulunan her departman, servis ve birim, zarar ve hasar tespiti yapmak amacıyla daha önce doldurulmuş formlar ve bilgilendirmeler doğrultusunda asgari olarak aşağıdaki başlıkların yer aldığı raporu hazırlamalıdır:

- Operasyonel durum (Departman/Servis/Birim aktif, yarı aktif, aktif değil)
- Personel durumu
- Fiziki alan ve ekipman hasarı
- Haberleşme ve bilgi teknolojileri sistemlerinde kesilme/aksama
- Acil ve uzun dönem ihtiyaçları (tıbbi ve diğer)
- Departman, servis ve birim fonksiyonlarının rutin işleyişe dönüşü için tahmini süre

4. Etkilenen ve etkilenmeyen alanların değerlendirilmesi

Hasar ve zarar tespitinden sonra, öncelikle çevre koşullarında istikrarın sağlanması (örneğin, binanın tümü ve tek tek bölümlerde kritik sistemlerde güvenlik kontrolü vb.) önemlidir.

Afet/acil durum sonrası hastanenin hasar tespit sonuçlarına göre, fiziksel alanlardaki yapısal hasarlar dışında, iyileştirme amaçlı iki yönlü çalışma gerekebilecektir:

• Etkilenmeyen alanlar

Etkilenmeyen ya da hemen faaliyete geçebilecek bölüm ve alanlarda çalışmanın başlaması kararı hastane yönetimi tarafından açıklanır, faaliyet sürekliliğinin, sağlık hizmet sunumunun sürmesi ya da yeniden sağlanması ile ilgili yazışma, açıklama, duyuru ve düzenlemeler yapılır.

• Etkilenen alanlar

– Etkilenen alanlara girişin güvenli olduğu ilgili resmi kurumlar tarafından teyit edildikten sonra hastane içinde gerekli faaliyet ve işlemlere başlanır. Süreç Operasyon Şefi tarafından Tıbbi Bakım ve Altyapı Sorumluları ile birlikte yürütülür.

– Afet ve acil durum nedeniyle hastanenin fiziksel yapısı farklı düzeylerde etkilenebilir, bu durumda, öncelikle tüm hasta bakım alanları ve ekipmanı baştan sona temizlenir ve kontrol edilir. Bu süreç etkilenen alana bağlı olarak zaman alıcı ve maliyetli olabilir. Afet/acil durumdan etkilenen alanlarda temizlik işlemleri mevcut temizlik personeli ile yapılabilir. İyileştirme süresini kısaltmak amacıyla ihtiyaç halinde dışarıdan hizmet alımı ile temizlik gerçekleştirilir.

– Tehlikeli maddelerle ilgili veya biyolojik olaylarda temizlik hizmetleri özel temizlik ajanları ve prosedürleri gerektirir. Yetkili firmalardan hizmet alımı yapılabilir. Dekontaminasyon sonrası toplanan atık su dahil tüm tehlikeli atıkların imhası uygun şekilde yapılmalıdır. Tehlikeli Madde Sorumlusu ve Altyapı Sorumlusu süreci koordine eder.

– Temizliği ve işlemleri tamamlanmış malzeme, güvenlik önlemlerine dikkat edilerek, yeniden düzenlenmiş yerlerine yerleştirilmelidir. Her birimde yapılacak kapsamlı değerlendirme ile faaliyetin yeniden başlayabilmesi ya da sürdürülebilmesi için gerekli hizmet ve ekipmanın durumu ve seçenekler (örneğin, ek personel, yer vb.) ayrıntılı olarak belirlenmelidir.

5. Uygulamaların kayıt altına alınması

• Afet sonrası iyileştirme uygulamaları ile ilgili olarak Kılavuz'un hastane afet ve acil durum yönetim sisteminin anlatıldığı İkinci Bölümde Görev Tanımları (md. 2.2) başlığı altında ve izleyen diğer madde başlıkları (örneğin, Psikososyal Destek Faaliyetleri/Bölüm 2, md. 12) altında müdahalenin yanı sıra afet/acil durum sonrası iyileştirme görevleri ve uygulamalarıyla ilgili bilgiler de yer almaktadır. Bu uygulamalar faaliyeti gerçekleştiren, ilgili bölüm tarafından kayıt altına alınmalıdır.

• Afet ve acil durumların iyileştirme evresinde görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması, gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, muhasebe raporlarının düzenlenmesi, ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi, hastane restorasyon giderleri, ekipman ve teçhizat tamiri/alımı Finans bölümü tarafından yapılır.

• Afet ve acil durum sonrasında, yaşanan deneyimden edinilen dersler göz önünde tutularak müdahale ve müdahalenin dayandığı önceki hazırlık aşamaları Yönetim ve birimler tarafından gözden geçirilir, kapsamlı biçimde incelenir, eksikler giderilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM **OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ**

GİRİŞ

Acil müdahale planlamaları ve müdahaleye yönelik hazırlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde temel bileşenler arasında yer almaktadırlar. HAP kapsamında Acil Müdahale Planı (AMP) mevcut, yeni ve potansiyel tüm afet tehlikelerini dikkate alan risk değerlendirmesine dayanır; afet ve acil durumlara yönelik temel ve bütüncül bir yaklaşımdır. Hastane AMP ağırlıklı olarak kitlesel yaralanmalı, sağlık hizmeti imkan ve kapasitesini zorlayabilecek ya da sekteye uğratabilecek ölçek ve etkide, her türlü harici (dış) olaylara genel müdahaleye yöneliktir. Ancak afet ve acil durum müdahalesine yönelik hazırlıkların aynı zamanda hastane içinde meydana gelebilecek dahili (iç) acil durumlar ve özel durumları da kapsamı zorunludur. Olaya Özel Planlar bu çerçevede özellikle yüksek risk grubundaki olaylara karşı ve afet türüne göre spesifik müdahalenin geliştirilmesi ihtiyacına dayanmaktadır. Olaya Özel Plan konusu olan acil durumlar özel prosedür, sistem, özel eğitilmiş ekip, ekipman ve beceri gerektiren durumlardır. Olaya Özel Plan hazırlığı, afet ve acil durumlara müdahalede hazırlık süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Olaya Özel Plan hazırlığı, aynı zamanda, hastanelerin acil önceliklerinin tespit edilmesi için önemli bir fırsattır. Olaya Özel Plan mevcut ve olması gereken kaynaklara göre ne yapılabileceğini tartışmaktadır. Örneğin, bir kimyasal olay ile ilgili Olaya Özel Plan'da, eğer koruyucu ekipman mevcut değilse personelin koruyucu ekipman kullanmasından bahsedilemeyecek ve bu eksikliğin giderilmesi gündeme gelecektir.

Olaya Özel Plan yaklaşımı, üç grup plan ve uygulamayla bütünlük içerisinde ele alınmalıdır:

- 1) Olayın seyrine, gidişata göre gerçekleştirilecek **Olay Eylem Planı**,
- 2) **İş Sürekliliği** prosedür ve uygulamaları,
- 3) Olay sonrası **İyileştirme** plan ve uygulamaları.

Kılavuz'da Olaya Özel Plan ile ilgili yaklaşım ve bilgiler beş olay başlığı altında örneklenmektedir:

Yangın, Kimyasal Olay, Tahliye Gerektiren Durumlar, İş Sürekliliğinde Kesinti, Pandemi. Olaya Özel Planların aynı zamanda birbiriyle bağlantıları da belirtilmektedir.

Bu örneklerin dışında, HAP Hazırlama Komisyonu tarafından göz önünde bulundurulabilecek diğer Olaya Özel Plan konularına şu örnekler verilebilir:

- Hastane bilgi yönetim sistemlerinin çalışmaması
- Kitlesel yaralanma ve ölüme yol açabilecek olaylar (doğa kaynaklı olaylar, kazalar vb.)
- Biyolojik, radyolojik, nükleer olaylar
- Kitlesel yanık yaralanmaları
- Bomba tehdidi, insan kaçırma, rehin alma olayları
- İş sürekliliğini olumsuz etkileyen diğer olaylar (sosyal hareketlilik, hastane enfeksiyonu vb.)

Hastaneler buldukları bölge, mevcut imkanlar, verdikleri hizmet ve tespit ettikleri riskler doğrultusunda bu Kılavuz çerçevesinde belirlenen örnek yaklaşımları kendi kurumlarına uyarlamaktan, geliştirmekten, afet ve acil durumlarda etkin müdahale için her türlü hazırlık, plan, eğitim ve tatbikatı yapmaktan sorumludurlar.

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ-1 **HASTANE İÇİ YANGIN**

Hastanelerde bina içinde yangınlar sık sık yaşanmaktadır. Yangın, hastanelerde tahliyenin en yaygın nedenidir. Bina içi yangın ile ilgili Olay Özel Planlar, büyük ölçüde hastanelerin durumu ve özellikleri (büyüklük, yangın ekipmanı vb.) ile yakından ilişkili olduğundan, bu Kılavuz'da yalnızca genel konular/sorunlar ele alınmıştır.

Hastane HAP Hazırlama Komisyonu, bina içi yangına karşı hazır olma ile ilgili bu bölümü dikkatli bir şekilde çalışmalı ve bu Olaya Özel Planı kendi hastanelerinde uygulanabilir şekilde uyarlamalı; gereken tüm SOP ve kontrol listelerini geliştirmelidir. Bu konudaki prosedürler ayrıca güvenlik ve yangın (bina içi ve bina dışı) konusunda uzman olan kişilerle tartışılmalı, değerlendirilmelidir. Personelin ne yapacağı hakkında basit algoritmalar geliştirmek önemlidir (Bu çalışmada yer alan *Yangın/Duman Müdahalesinde Bilgi Yönetimine İlişkin İş Akış Şeması* örnek olarak verilmiştir).

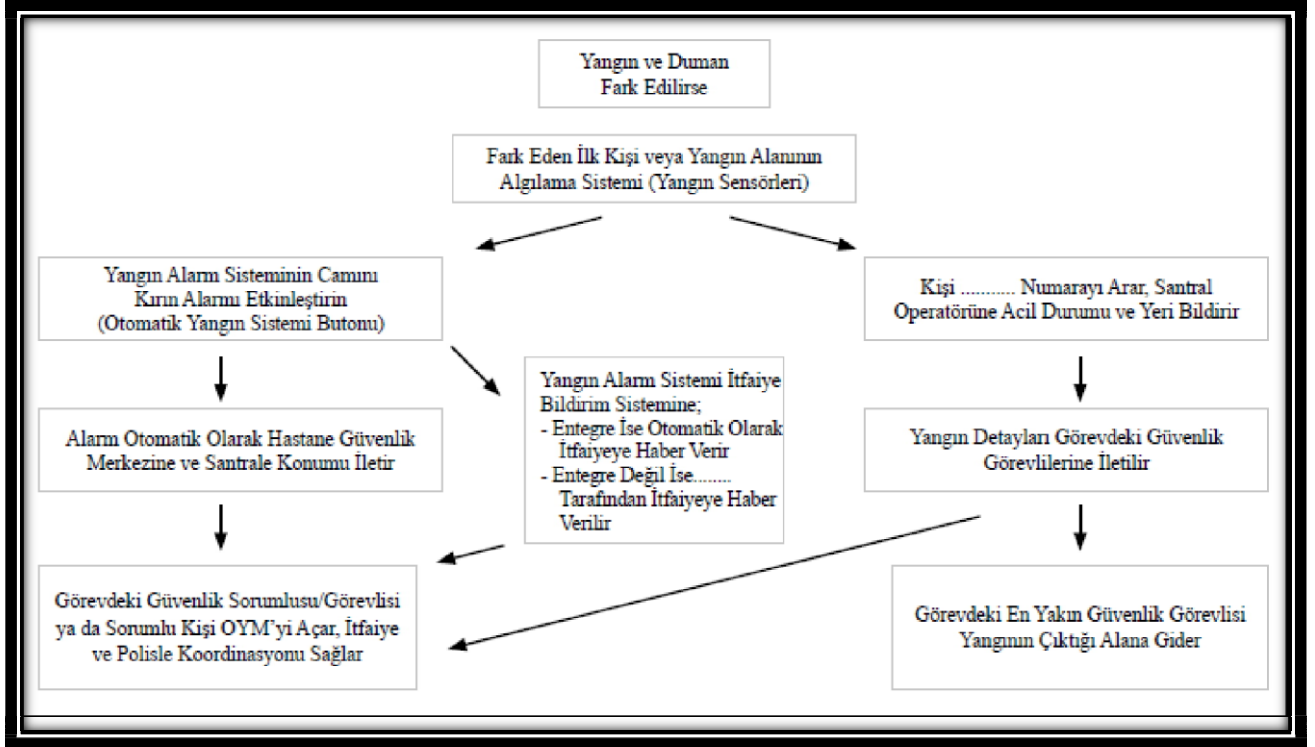
Her hastanede tüm personel yangınla ilgili eğitim almalıdır. Her hastane, bina içinde güvenlik ve yangın söndürme görevlisi olarak hareket etmeleri için de belirli sayıda personel eğitmelidir (hemşireler, doktorlar, idari ve destek personeli). Çalışanlar yangın söndürücülerin nerede olduğunu, yangınla nasıl mücadele edileceğini, tahliyenin nasıl başlatılacağını ve itfaiye ile nasıl iş birliği yapılması gerektiğini bilmelidir. Hastane tarafından hazırlanan Olaya Özel Plan, yangın ile ilgili eğitimlerde kullanılmalı ve tüm personelin söz konusu planı okuması sağlanmalıdır.

1.1 Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Hastanede bina içi yangınlarda dikkat edilmesi gereken başlıca esaslar şöyle özetlenebilir:

- Şu numarayı arayın (..... hastane içi dahili numara) yangının türünü ve yerini bildirin.
- Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- Yangın süresince, alarmla ilgili arama/görüşmelerin dışında tüm telefon konuşmalarını derhal sonlandırın.
- Sizin için tehlike arz etmiyorsa, **kendi güvenliğinizi sağladıktan sonra**:
 - Doğrudan tehlikede olanları kurtarın ve kapıları kapatarak yangını/dumanı izole edin.
 - Yangından etkilenen ve riskli olan alanlardaki tüm oksijen kaynaklarını ve elektrikli ekipmanı **hasta güvenliğini sağladıktan sonra** kapatın ve mümkünse izole edin.
 - Yangını söndürmeye çalışın; yangın kontrol altına alınamıyorsa zaman kaybetmeyin, tahliyeyi başlatın, binayı boşaltın.
- Alanın güvenliğinden sorumlu kişinin vereceği talimatları izleyin.
- Tüm sağlık personeli (yöneticiler dahil) ve destek personel güvenlik sorumlularının talimatlarını izlemeli ve kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmamalıdır.
- Yangın sırasında giysileriniz alev alırsa, **Dur, Yat, Yuvarlan** prensibini uygulayın. Paniğe kapılmayın ve koşmayın, alev büyür. Hemen, nispeten tehlikesiz bir yerde durun ve üzerinizde yanan kısım yere gelecek şekilde yere yatın. Alevlerden kurtuluncaya kadar yuvarlanın. Karşınızdakinin giysisi alev alırsa, aynı şekilde durdurun, yatırın/düşürün, yuvarlanmasını sağladıktan sonra alevli, dumanlı yerden uzaklaştırıp Nsağlık müdahalesinde bulunun (varsa yangın söndürücü battaniye kullanılabilir).

1.2 Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması



Yangın/duman müdahalesinde bilgi yönetimine ilişkin iş akış şeması örnek olarak verilmiştir. Hastaneler bu şemayı ihtiyacına göre geliştirmeli ve uyarlamalıdır.

Yangına müdahale **Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç** prensibine dayalıdır (Bkz. *Bu bölümün sonundaki Standart Operasyon Prosedürü*).

• Alarm Ver :

Hemen güvenlik sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (kendi çalışma alanınızda gösterilen talimatları izleyin).

• Kurtar :

– Personel, yangının başladığı oda ve bitişik odalardan hastaları çıkarma ve yangınla mücadele etmeye yardımcı olmalıdır.

- Tüm hastalar dumansız bir alana tahliye edilinceye kadar ilk kurtarılan hastalar en yakın güvenli yangın kapısının hemen dışına taşınmalıdır. Zaman alıcı ve kargaşaya neden olabilecek merdivenleri kullanarak boşaltma yöntemi yerine, **yatay tahliye** tercih edilebilir.
- Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir. Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye, pike vb. verilmelidir.
- Boşaltılan odanın/alanın görsel ve sesli taramasından sonra, odanın içinde kimsenin olmadığından emin olunduktan sonra odanın/alanın girişi/kapısı açıkça işaretlenmelidir. Tahliyeden sonra hastaların yönlerini şaşırarak tekrar aynı birime girmelerini engelleyebilmek için bu işaretler güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde yazılı olmalıdır. Her hastane kullanılacak işaretleme sistemini önceden belirlemelidir.

– Bulunamayan hastalar için dolapların içi, yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.

Kontrol Altına Al :

- Yangınla mücadele profesyonel yardım ulaşıncaya kadar hastanenin kendi personeli tarafından yapılır.
- Eğitim almamış personelin taşınabilir yangın söndürücüler veya yangın dolaplarını kullanarak yangına müdahale etmelerine izin verilmemelidir.
- Alevler kontrol altına alınmadığında yangınla mücadele etmeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir. Yangının meydana geldiği odanın kapı ve pencerelerini kapatılarak yangını kontrol altına almak önemlidir.
- Tıbbi gaz vanaları ve havalandırma sistemi kapatılmalıdır. Kapılar tekrar açılmamalı, böylece yangının odadaki oksijeni tüketerek sınırlı kalması sağlanmalıdır. Kapıyı açmak içeriye doğru ani bir hava akışına sebep olabilir, bu da oksijensiz kalmış aşırı sıcak gazların alev almasına yol açar. Bu durum, koridora alev topu şeklinde yayılacak bir patlamaya neden olabilir.
- Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirlidir.
- Tutuşabilir maddeler ve malzeme alandan uzaklaştırılmalıdır.

• Tahliye Et / Kaç:

- Hastanenin tüm alanlarında her zaman yangına müdahale için eğitimli personel bulunmalıdır. Yangın halinde güvenlik personeli olay yerinde bulunmalı ve yangın bölgesinin güvenliğinin düzenlenmesini üstlenmelidir.
- Tahliye yapılacaksa, tahliye haritaları/krokilerine uyulmalıdır.
- Yangın bir bölümdeki hastaların tahliye edilmesini imkansız hale getirebilir, bu durumda hastalar odalarında tutulmalıdır. Tüm kapı ve pencereler kapatılmalı ve koridorda, itfaiye ekiplerinin kurtarma işlemlerini zorlaştırabilecek olan engeller kaldırılmalıdır. Bu durumda personel kendi servisinin dışından veya tam donanımlı itfaiye ekiplerinden gelecek yardımı beklemelidir.

1.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- Yangın alarmı verildiği an **Olay Yönetim Ekibi** (OYE) hemen faaliyete geçirilir.
- HAP Başkanı tarafından yetkilendirilen kişi hemen **Olay Yönetim Merkezi**'ne (OYM) gider ve Merkezi açar:
 - İtfaiye ile teması sağlar,
 - Polis ile teması sağlar,
 - 112 AÇM/KKM/İl SAKOM ile ilk teması sağlar,
 - İlerleyen dakikalarda tahliyenin gerekli olup olmayacağına karar vermek için ilk değerlendirmeyi yapar. Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği, diğer servisler gibi alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar (Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan'da dikkate alınmalıdır).
- **Olay Yönetim Ekibi** toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:
 - Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, diğer hastaneler) sürdürür,
 - Hastaların tahliyesi ve başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,
 - Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları ile birlikte yönetir.

1.4 Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

Hastane içi yangın bir hastanenin, kısmen veya tamamen boşaltılmasına yol açan en yaygın sebep ve en sık görülen acil durumdur. Bu nedenle, aşağıda listelendiği şekilde *hastane içi yangına müdahale etmek için hazırlık kuralları* bilinmelidir.

Personelin bu kurallara tamamen uyması ve bunları uygulaması gerekmektedir:

Tüm personel hastane içi yangın için düzenli olarak eğitim almalıdır ve her departmanda görev başında hastane içi yangına karşı yapılacakları bilen en az bir eğitimli personel olmalıdır (doktor, hemşire veya

diğer görevliler).

- İtfaiye hizmetlerinin tüm binalara rahat erişimini sağlamak amacıyla, hastanedeki her binanın etrafındakolay erişim için, araç yolu ve çıkış olması tavsiye edilir. Yollar her zaman açık tutulmalıdır. Personelınaraçlarını izin verilen yerler dışına park etmesine müsaade edilmemelidir.
- Yangın kapıları çıkış yönünde açılmalı, kapılar duman ve sıcaklığa karşı koruyucu olmalıdır. Koridorlarda duman geçirmeyen kapı olması yatay tahliye olan durumlarda yangından korunmada faydalı olur. Çıkış işaretleri açıkça görülebilir olmalıdır. Farklı türde yangın söndürücüler muhtemel yangının türüne göre kritik noktalara yerleştirilmelidir; konumları açıkça belirtilmeli ve o alanda çalışan personel nerede olduklarını bilmelidir.
- Mevzuat kapsamında mümkün ise hasta odaları ve diğer kritik odalara, duman ve ısı algılayıcılar ile otomatik sprinkler (yağmurlama) sistemi kurulmalıdır.
- Hastanedeki havalandırma ve sirkülasyon sistemi gaz ve duman gibi zehirli maddeleri taşımamalıdır. Yangın alarmı verildiğinde otomatik kapanma işlevi olmalıdır. Otomatik kapama sistemi yok ise görevli personel nasıl ve nereden kapatacağı konusunda eğitim bilgisine sahip olmalıdır.
- Hastane yangın alarm sistemi, mümkünse bilgi paylaşma konusunda vakit kaybetmemek için doğrudan itfaiye ile bağlantılı olmalıdır. Bu mümkün değilse, her departmanda veya birimde görev başında olan tüm personel santrale ve/veya itfaiyeye hemen nasıl haber vereceğini bilmelidir. Santralde yangın alarmının merkezi bir şekilde kontrol edilmesini sağlayacak bir gösterge paneli olmalıdır. Bu panel itfaiye ekibinin hastaneye varmasının hemen ardından kolayca ulaşabileceği şekilde olmalıdır.
- Personel, yangın alarmı verildiğinde, kime ulaşılacağını, nereye gidileceğini ve neyin kontrol edileceğini bilmelidir. Alarm sırasında kafeterya gibi kendi birimi dışındaki mekanlarda bulunan personel, olayın mağduru olmamak için kendi birimlerine geri dönmek zorunda olup olmadıklarını bilmelidir. Duyuruda personele açıkça talimatlar verilmelidir.
- Yangın için hazırlanmış bilgilendirici talimatlar merdivenlere veya çıkış kapılarına yakın her kritik bölgeye, ayrıca uygun görülen yerlere de yerleştirilmelidir.
- Hastanede yangına yönelik yapılan hazırlık faaliyetlerine (plan geliştirme, tatbikatlara vb.) itfaiyenin ilgili bölümü tam katılım sağlamalıdır.
- Hastaneler ilgili mevzuatlar doğrultusunda yangın ekiplerini (söndürme, kurtarma, ilk yardım ve koruma) oluşturmak, ekip personeline bilgi ve eğitim vermek zorundadır.
- Tıbbi gaz kesme vanaları, “açık” ve “kapalı” konumların yeri belirli olacak şekilde açıkça işaretlenmelidir.
- Vanaların yeri, vanaların hangi sistemleri kontrol ettiği, vanaları kapatma kararını kimin verebileceği konusunda gerekli planlar önceden yapılmış olmalıdır.
- Gaz vanalarının yeri, nasıl kapatılacağı ve hangi alanı beslediğine dair yazılı görsel uyarılar hazırlanmalı ve personele düzenli eğitimler verilmelidir.
- Vanalar kapatılmadan önce Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) gibi kritik birimler özellikle bilgilendirilmeli ve alternatif önlemlerin nasıl alınacağı belirlenmelidir.
- Yangın alarmının bitişik odalara nasıl aktarılacağı hakkında açık prosedürler belirlenmelidir, örneğin diğer odalara personelin mi yoksa santralin mi haber vereceği belirtilmelidir. İdeal olarak alarm santrale ve itfaiyeye otomatik olarak aktarılmalıdır. Alarmın gerçek olup olmadığını belirlemeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir.
- Yangın alarm sistemi mevcutsa, ilgili çalışma alanında hemen sesli olarak da alarm vermelidir.
- Yangın prosedürleri bir şema, açıklama, kontrol listesi veya tüm bunların bir kombinasyonu (hastanenin boyutuna bağlı olarak) şeklinde verilebilir. Personelden bu prosedürleri düzenli olarak dikkatli bir biçimde okumaları istenmelidir.
- Personele yönelik bireysel acil durum tavsiyeleri yazılı hale getirilerek önceden kendilerine duyurulmuş olmalıdır. Tüm personel yangın prosedürleri hakkında bilgilendirilmeli ve personele, ne yapılması gerektiğini gösteren basit anlatımlı bireysel yangına müdahale planı verilmelidir.

1.5 Standart Operasyon Prosedürü

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü hastane içi yangın durumunda **örnek** olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir. Söz konusu Standart Operasyon Prosedürü, hasta bulunan bir servis için genel prosedürü anlatmaktadır.

14. DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERİN MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ

Müdahale Prosedürü, basit, kısa ve pratik olmalı ve yalnızca ilgili departman/servis/birimlerin yetki ve sorumluluğunda olan faaliyetlere ilişkin bilgiyi sağlamalıdır (İçerik bilgisi için *bkz. Bölüm 3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları, 3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü*).

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü hazırlanırken şu bilgi ve belgeler dikkate alınmalıdır:

- Departman/Servis/Birim'in yönetim yapısı için organizasyon şeması (yönetimin afet ve acil durum organizasyon yapısı, olağan organizasyon yapısından nasıl bir farklılık gösterir),
- Afet ve acil durumda faaliyetler yeniden organize edilir (seçim ve önceliklendirme); bu durumda bazı birimler yeni hizmetler sunmaya başlayabilir (örneğin; hafif yaralanmalar için bakım hizmeti sunulmasında Ayaktan Tedavi Bölümü'nin işlev görmesi),
- Standart Operasyon Prosedürü,
- İş Akış Talimatı,
- Olaya Özel Planlar,
- Kullanılması gereken formlar ve kayıtlar,
- Olay Yönetim Ekibi ile bilgi yönetimi.

14.1. Acil Müdahale Planı Aktivasyonunda Departman/Servis/Birim Yönetimi ve Faaliyetleri

Aşağıdaki departman/servis/birimlerin, afet ve acil durumda yönetim zincirini organize etmek veya faaliyetleri yönetmek için, SOP ya da Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü geliştirmelidir.

- Yoğun bakım üniteleri
- Ameliyathane
- Psikiyatri
- Mahkum servisi
- Pediatri
- Eczane
- Laboratuvar ve kan bankası
- Temizlik hizmetleri
- İaşe hizmetleri

14.2. Genel Yönetimle Koordinasyon Mekanizmaları

Her Departman/Servis/Birim doğrudan yetkisi dahilinde olan veya Olay Yönetim Ekibi'nden alınan talimatlar doğrultusunda sorumlu olduğu faaliyetleri yönetmekle yükümlüdür. Faaliyetleri sırasında ilgili İş Akış Talimatı ve Standart Operasyon Prosedürü'nün kullanılması esastır. Böylece Bakanlık, hastane Olay Yönetim Ekibi, Departman/Servis/Birim Yöneticisi ve diğer ilgili her kademede, faaliyetlerin ve personelin yönetiminde sonuç alıcı koordinasyon, tutarlılık ve istikrar sağlamak ve faaliyetleri denetlemek mümkün olabilecektir.

14.3. Raporlama Sistemi

Her Departman/Servis/Birim kendine ait SOP ve/veya Müdahale Prosedüründe belirtildiği gibi Olay Yönetim Ekibi'ni tam zamanında bilgilendirecektir. Müdahale Prosedürünü geçici olarak değiştirme ihtiyacı doğarsa, departman/servis/birim'in yönetiminden sorumlu olan kişi, Olay Yönetim Ekibi'ni derhal bilgilendirecektir.

14.4. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürüne Erişim

Her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü, herhangi bir güvenlik engeli olmadığı sürece, basit bir taleple diğer departman/servis/birimlerin erişimine de açıktır. Tüm Müdahale Prosedürleri, daimi olarak Olay Yönetim Ekibinin erişimine açık olmalıdır.

BESİNCİ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ

GİRİŞ

Acil müdahale planlamaları ve müdahaleye dönük hazırlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde temel bileşenler arasında yer almaktadırlar. Acil Müdahale Planı (AMP); mevcut, yeni ve potansiyel tüm afet tehlikelerini dikkate alan risk değerlendirmesine dayanır. AMP afet ve acil durumlara yönelik temel ve bütüncül bir yaklaşımdır. Hastanenin Acil Müdahale Planı (AMP), ağırlıklı olarak kitlesel yaralanmalı, sağlık hizmeti imkan ve kapasitesini zorlayacak ya da sekteye uğratabilecek ölçek ve etkide, her türlü harici (dış) olaylara genel müdahaleye yöneliktir. Ancak afet ve acil durumdahalesine dönük hazırlıklar aynı zamanda hastane içinde meydana gelebilecek dahili (iç) acil durumlar ve özel durumları da kapsamak durumundadır. Olaya Özel Planlar bu çerçevede özellikle yüksek risk grubundaki olaylara karşı ve afet türüne göre spesifik müdahalenin geliştirilmesi ihtiyacına dayanmaktadır. Olaya Özel Plana konu olan acil durumlar; özel prosedür, sistem, özel eğitilmiş ekip, ekipman ve beceri gerektiren durumlardır.

Olaya Özel Plan hazırlığı, afet ve acil durumlara müdahalede hazırlık süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Olaya Özel Plan hazırlığı, aynı zamanda, hastanelerin acil dikkat gerektiren alanlarını tespit etmesi için önemli bir fırsattır. Olaya Özel Plan mevcut ve olması gereken kaynaklara göre ne yapılabileceğini tartışmaktadır. Örneğin, bir kimyasal olay ile ilgili Olaya Özel Planda, eğer koruyucu ekipman mevcut değilse personelin koruyucu ekipmanı kullanmasından bahsedilemeyecektir; bu eksikliğin giderilmesi gündeme gelecektir.

Olaya Özel Plan yaklaşımı, üç grup plan ve uygulamayla bütünlük içerisinde ele alınmalıdır:

- Olayın seyrine göre gerçekleştirilecek **Olay Eylem Planları**,
- **İş Sürekliliği** prosedür ve uygulamaları,
- Olay sonrası **İyileştirme** plan ve uygulamaları.

Bu çalışmada Olaya Özel Plan ile ilgili yaklaşım ve bilgiler dört olay başlığı altında örneklenmektedir: **Yangın, Kimyasal Olay, Tahliye Gerektiren Durumlar, İş Sürekliliğinde Kesinti**. Olaya Özel Planların aynı zamanda birbiriyle bağlantıları da belirtilmektedir.

Çalışma konusu örneklerin dışında, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) komisyonu tarafından göz önünde bulundurulabilecek diğer olaya özel plan konularına örnek olarak;

- Hastanelerde afet ve acil durum hazırlığı bakımından tıbbi kapasite artışı,
- Ölü ve kayıpların yönetilmesi,
- Kitlesel ölüme yol açan olaylar/toplu ölümler (deprem, kazalar vb.),
- Biyolojik, radyolojik, nükleer olaylar,
- Kitlesel yanık yaralanmaları,
- Bomba tehdidi, insan kaçırma, rehin alma olayları,
- İş sürekliliğini olumsuz etkileyen diğer örnekler (sosyal hareketlilik, hastane enfeksiyonu, vb.) belirtilebilir.

Hastaneler buldukları bölge, mevcut imkanlar, verdikleri hizmet ve tespit ettikleri riskler doğrultusunda bu kılavuz çerçevesinde belirlenen örnek yaklaşımları kendi kurumlarına uyarlamaktan, geliştirmekten, acil ve afet durumlarında etkin müdahale için her türlü hazırlık, plan, eğitim ve tatbikatı yapmaktansorumludurlar.



HASTANE İÇİ YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 01

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Temel Faaliyet: Personel, hastalar ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak ve mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.

Hedefler

- Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen.....Numaraya (numarayı buraya yazınız) ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak,
- Yangınla mücadele etmeye başlamak,
- Tıbbi gaz vanalarını kapatmak,
- Daha fazla zararı önlemek.

Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler

- Çalışma alanınızda gösterilen hastane içi yangın prosedürünü hızlıca okuyun,
- **Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç** stratejisini uygulayın,
- Hemen güvenlik sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (kendi çalışma alanınızda gösterilen talimatları izleyin),
- Yakın servislerin personelini yardıma çağırın,
- Tıbbi gazları mümkün olan en kısa sürede kapatın (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun),
- Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve yangının muhtemel gidişatıyla ilgili tahminde bulunun (yoğun duman da dahil) ve hastaları tahliyenin devamını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin,
- Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (*örn. güvenlik sorumlusu*) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız),
- Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıdaki özel duruma bakın).

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan departman/servis/birimin yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir),
- Servisin tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hastanın kalmadığından emin olmak için gidip odaları tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden birinin izniyle (*örneğin, Güvenlik Sorumlusu*) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır,
- Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirin ve hemen Güvenlik Sorumlusuna rapor verin (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).

Kullanılacak Materyaller

- Yağmurlama sistemi (sprinkler),
- Yangın söndürme tüpleri,
- Yataklar, sedyeler,
- Mevcut durumun çok hızlı bir tahliyeyi gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler,
- Mümkünse tekerlekli sandalyelerin koridorları kapamadan kullanılmaları.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Güvenlik personeli hazır bulunur, yangınla mücadele ve tahliyede görev alır,
- Hastaların servisten tahliye edilmelerinin ardından, servisin boşaltıldığını belirtecek bir işaret koyun (örn: her odanın kapısının önünde bir yastık),
- Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapın.

Zaman Dilimi

- Alarm ver : Hemen
- Kurtar : Hemen

Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon

- Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,
- Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü,
- Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İş Akış Talimatı,
- Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı,
- Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Yangınla etkili bir şekilde mücadele edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan servisteki odaların pencerelerini ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir hastanın kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın).

Güvenlik hizmetleri gelene ve yangınla mücadeleye başlayana kadar kapıları **asla** açmayın,

- Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın,
- Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin.

Bu olağanüstü bir durumdur. Tahliyeye her zaman öncelik verilmelidir.

Sürece Dahil Kişiler

- Servisin tüm sağlık personeli ve destek personeli,
- Komşu servislerin tahliye edilmeyecek olan personeli,
- Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örn. eczane),
- Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel.

Ekler

- Yangına müdahale malzemelerinin kullanımı ve bunların konumları,
- Tahliye yolları için harita/kroki,
- Raporlama için kayıtlar ve formlar.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı,

Formlar: Tahliye durumunda hasta tanımlama formu (her bir hastaya iliştilir)/tıbbi kayıtları da ayrıca hastanın formuna eklenir.

Raporlama mekanizması;

- Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin.

İzleme

- Temel faaliyet: Kaliteli tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak.

Güvenlik Konuları:

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ-2 **KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ** **(iç ve dış kaynaklı)**

Hastane içerisinde meydana gelebilecek kimyasal olayların önlenmesi esastır. Hastane, düzenli olarak, dâhili kaynakların tehlike analizini ve risk değerlendirmesini gerçekleştirir. Bu bilgi temelinde, hastane, kimyasalları veya toksik gazları ile ilgili temizlik prosedürleriyle ilgilenen personelin eğitimi dahil olmak üzere, önleyici tedbirleri oluşturur. Personel, tüm tatbikat ve eğitim faaliyetlerine aktif olarak katılmalıdır. Kimyasal ve toksik gazların kullanma ve depolama alanları hasta alanlarından, ziyaretçilerden veya personelle etkileşimde olan alanlardan uzak olmalıdır. Bu ürünleri kullanacak personel eğitilmelidir. İhtiyaç duyulması halinde uygun giysileri giymeli, maskeleri ve solunum aparatlarını takmalıdır. Bu malzemelerden yeterli miktarda bulunmalı ve ihtiyaç duyulan yerlerde depolanmalıdır.

Önlemlere rağmen hastaneler içeride ve dışarıda toksik maddeyle meydana gelen kimyasal olaylardan etkilenebilir. Bu nedenle hastanelerde, insanları ve tesisi korumaya yönelik özel prosedürler bulunmaktadır (örneğin, havalandırma gibi harici sistemlerin derhal kapatılmasına yönelik özel prosedürler). Havadan ağır, yanıcı, toksik veya patlayıcı gazların yerleşimin kanalizasyon sistemine girmesi çok nadir görülen bir durum olmakla birlikte, meydana geldiğinde yıkıcı sonuçlara yol açabilen bir durumdur.

2.1. Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Hastaların ve personelin sağlığını etkileyebilecek tehlikeli maddeleri içeren akut kimyasal olay ile karşılaşıldığında Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü derhal faaliyete geçirilecektir. Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilir. Olay Yönetim Ekibi, birimler ve klinik servisler ile koordinasyon halinde, hastane uygulamalarının genel yönetimini üstlenir.

Hastanede kimyasal olaya acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:

- Personel ve hastanenin önemli ekipmanlarının güvenliğine ve emniyetine ağırlıklı öncelik verilir.
- Toksik maddeler, sekonder kontaminasyon riski oluşturursa veya içinde yer alan kimyasallar bilinmiyorsa, kontamine olan hasta acil servise kabul edilmeden önce dekontaminasyon prosedürleri gerçekleştirilmelidir.
- Hastalara solunum desteği verilmesi ve antidot kullanımı başta olmak üzere, kontamine olmuş kişilere akut bakım hizmeti sunulması ve bu nedenle personelin görev dağılımının yeniden yapılması gerekmektedir.
- Geç ortaya çıkan ciddi semptom ve kronik sağlık sorunu ihtimali, en başından itibaren göz önünde bulundurulmalıdır.
- Koordinasyon sağlanacak taraflar:
 - o Kimyasal olayların yönetimi, hastayı kabul eden hastanenin ve ilk müdahale ekibinin etkili koordinasyonunu gerektirir.
 - o Aynı şekilde, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Servis arasında etkili koordinasyon olmalıdır.
 - o Olay Yönetim Ekibi'nin lojistik ve bakım bölümünün sorumluları, hastane alanı içerisinde toksik kimyasalların depolanması, ele alınması ve kullanılmasına yönelik güvenlik hizmetleriyle koordineli olmalıdır.

2.2. Kimyasal Bir Olay Durumunda Müdahale Algoritması

Hastanede kimyasal olaya müdahalede iş akışının başlıca basamakları şunlardır:

- Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilir.
- Hastane personeli **TURUNCU** renk kodu anonsu ile bilgilendirilir.
- Dekontaminasyon prosedürleri, mümkün olduğunca hastane dışında gerçekleştirilmelidir (Acil Servis'in kontamine olması engellenmelidir).
- Dekontaminasyon prosedürlerinin yönetimi ve/veya kontamine olan hastalara akut bakım hizmeti sunumuna dâhil olan personel, kişisel koruyucu ekipman giymeli ve Olay Yönetim Ekibi talimatlarına ve Standart Operasyon Prosedürlerine harfiyen uymalıdır.
 - Kimyasal olaylara uygulanan özel triyaj prosedürlerine tamamen riayet edilmelidir.
 - Olay Yönetim Ekibi'nin tavsiyesine uygun olarak standart tedavi protokollerine uyulmalıdır.
 - Sınırlı sayıda bulunan bazı temel ilaçların kullanımına dikkat edilmelidir.
 - Tıbbi bakım hizmeti ve semptomlar, uzun süreli takip hedeflerine yönelik olanlar dâhil olmak üzere, özel form ve kayıtlara kaydedilmelidir.
- Hastaların bilgilendirilmesi her zaman gereklidir; ancak bilgilendirme, Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uymak suretiyle personel tarafından yapılmalıdır

• Uzman kuruluşlarla iletişim, toplumun risk konusunda bilgilendirilmesi ve koordinasyonu, Olay Yönetim Ekibi tarafından yönetilir.

2.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

Olay Yönetim Ekibi, derhal Olay Eylem Planı'nı hazırlayacaktır. Bu plan başlıca aşağıdakileri içerir:

- Alandan hastaneye gelen hastalar ve diğer normal hastalar için triyaj faaliyetleri,
- Kontamine kişiler için acil servise girmeden önceki dekontaminasyon prosedürleri,
- Sürece dâhil olan personelin güvenliği ve emniyeti,
- Sağlık anlamında ciddi bir etkiyi önlemek amacıyla; geç ortaya çıkan ciddi semptomlara yönelik olarak taburcu hastalara uygulanacak takip faaliyetleri,
- Sürece dâhil olan personelin sağlığını korumaya yönelik takip sistemi,
- Sağlık yetkilileriyle bilgi koordinasyonu,
- Kontamine bölümden tahliye edilen hastalara yönelik alternatif tedavi alanının tespiti.

2.4. Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

- Personelin güvenliği ve sağlığı önceliklidir.
- Akut olaylar, kronik salınım veya maruziyet, hastanede çok farklı kısıtlamalar yaratabilir.
- Akut olaylardaki akut ve geç ortaya çıkan semptomlar ilişkilidir.
- Çok sayıda kontamine kişi olması, akut sağlık hizmeti sunumu için büyük zorluk oluşturur. Hastanenin acil müdahale kapasitesini kolaylıkla aşabilir ve kaynakların (sürece dâhil olan personelin) yeniden dağılımı gerekli hale gelebilir; hastaların ve uygulanacak tedavi prosedürlerinin önceliklendirilmesi gerekebilir.

• Ağır yaralı hastaların, hayat kurtarmaya yönelik acil bakım hizmeti alması gerektiği durumlarda dekontaminasyon prosedürleri zaman tüketici olabilir. Triage faaliyetine dâhil olan personel, önceliğin hayat kurtarma olduğunu kabul etmelidir.

• Çok miktarda özel antidota ihtiyaç duyulabilir ve bu nedenle yalnızca bu tedaviye gerçekten ihtiyaç duyan hastaya verilmelidir.

• Hastane toksik maddenin içeriye dökülmesinden doğrudan etkilenebilir ya da dışardan kimyasal gaz bulutuna maruz kalabilir. Personel, dışarıdan hava girişini engelleyerek hastaneyi korumayı göz önünde bulundurmalıdır.

2.5. Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar

Hastane dekontaminasyon alanı asgari olarak aşağıdakileri içerir:

- Dekontaminasyon ünitesi,
- Yeteri kadar duş başlığı ve ılık su kaynağı,
- Atık tankı,
- C seviye koruyucu kıyafet (tam set olarak) ve yedek filtre,
- Yıkama süngeri ve plastik spatula,
- Sıvı sabun ve çamaşır suyu,
- Elbise makası,
- Kapaklı büyük boy çöp kovası (tıbbi atık kovası), tıbbi atık poşeti,
- Kablo bağı plastik kelepçe (poşetleri kapatmak için uygun boyda),
- Etiket (kapatılan poşetler için),
- Zemin temizlik fırçası ve paspas,
- Triage kartı,
- Banyo havlusu (tek kullanımlık),
- Arındırılmış hasta için terlik (tek kullanımlık),
- Hasta önlüğü (tek kullanımlık),
- Battaniye, nevresim, çarşaf, pike,
- Ceset torbası,
- Pansuman malzemesi,
- Hasta taşıma ve yıkama sedyesi (kolay yıkanabilir su tutmayan).

Dikkate alınacak diğer hususlar:

- Hastaneyi tehdit eden olası tehlike kaynaklarını (ve olası senaryo türlerini) belirleyin ve risk analizi yapın,
- Dekontaminasyon işlemi için hasta/yaralının yürüyebilirliği, yaşı, yaralanma durumu, cinsiyeti, engelli olması, gebe olması, yaşlı olması gibi benzer durumları kültürel öğelerle birlikte dikkate alın,
- Dekontaminasyon personelin dinlenmesine yönelik alan hazırlayın, sıvı ve gıda ile destekleyin,
- Dekontaminasyon personelinin işlem bittikten sonra dekontaminasyonunu sağlayın.

2.6. Standart Operasyon Prosedürü

Hastanede kimyasal olay halinde aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir.



KİMYASAL OLAYLARDA HASTALARIN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 02

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Temel Faaliyet: Tüm hastaların güvenli bir şekilde tedavi edildiğinden ve personel güvenliğinin daimi olarak sağlandığından emin olmak.

Hedefler

- Acil servise girmeden önce hastaneye gelen kontamine olmuş kişilerin dekontaminasyonunu (gerekiyorsa triyaj yapılmasını) sağlamak,
- Dekontaminasyon işlemi zamanında tamamlanmazsa, hayat kurtarmaya yönelik en kritik bakımın sunulmasını geciktirmemek,
- Tıbbi tedavi gerektiren ve geç ortaya çıkma ihtimali olan semptomları öngörmek,
- Mevcut malzemeleri kullanarak, mümkün olduğunca çok sayıda hastaya en iyi tedaviyi sunmak (Olay Yönetim Ekibi'nin koyduğu kabul ve ret kriterlerine uyum),
- Vakaya uygun uzmanlık alanlarının (göz, yanık, diğer) hazır olmasını sağlamak,
- Triage faaliyetlerini düzenlemek,
- Personelin güvenliğini ve emniyetini sağlamak; personelin sağlığını korumak,
- Hastaneyi ve hastane ekipmanını korumak.

Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler

- İlgili kimyasal(lar)ın yapısına ilişkin bilgiyi en doğru kaynaktan teyit edin,
- Hastaneye gelen hastaların dekontaminasyon ve triyaj uygulamalarını ilgili SOP'lara göre derhal faaliyete geçirmek için acil servis personelini haberdar edin,
- Dekontaminasyonu yapacak olan personelin kontrol listesine uygun olarak yeterli koruyucu ekipmanı kullanmasını sağlayın,
- Tıbbi bakım hizmetlerinin/dekontaminasyon uygulamalarının, hasta takip çizelgesi/formu kullanılarak düzgün bir şekilde kaydedilmesini sağlayın,
- Temel bakım hizmetinin sunulmasını sağlamak için hasta kabul ve dekontaminasyon alanlarında yeterli sayıda personel ve ekipmanın bulundurulmasını sağlayın,
- Hastaların takip edilmesini sağlayın (bilinci açık olmayan hastalar dâhil),
- Önemli ekipman veya malzemenin, ihtiyaç duyulan alanlara transfer edilmesine izin verin,
- Nelerin transfer edildiğinin kaydını tutun (nitelik ve nicelik açısından),
- Geç ortaya çıkan semptomların yeterli tedavi edilebilmesi için gerekli hasta takip faaliyetlerini başlatın,
- Standart tedavi protokollerine uyulmasını sağlayın,
- Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılmasını sağlayın. Kritik bakım hizmetlerine erişim, özel ilaç ve antidot almak için kabul- ret kriterlerini oluşturun (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa),
- Bir oda veya bölüm tehlikeli hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yeniden yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin,
- Personeli olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delilleri karartma açısından uyarın.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Personelin sağlığına ve emniyetine öncelik verin,
- Yapılan dekontaminasyonun bulaşa sebep olan kimyasal ajana uygun olup olmadığını kontrol edin,
- Personelin aşırı sağlık risklerine maruz kalmadığından emin olun,
- Geç ortaya çıkan semptomların göz önünde bulundurulduğundan ve yönetim ihtiyaçlarının öngörüldüğünden emin olun.

Kullanılacak Materyaller

- Dekontaminasyon sürecinde yer alan personele yönelik koruyucu ekipman,
- Dekontaminasyon Ünitesi:dekontaminasyon alanı, malzemeler (duş, sabun vb.), atık suların yönetimi,
- Dekontaminasyon prosedürü,
- Dekontaminasyon için trafik akışını düzenleyici işaretler (güvenlik şeridi),
- Hasta dosyaları,
- Hayat kurtarıcı tıbbi bakım hizmetine yönelik malzemeler ve ekipman,
- Kayıt malzemeleri (Triage kartı, fotoğraf makinesi, kol bantı vb.).

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Kontamine hastalar dekontamine edilir ve akut tıbbi bakım hizmetini alır,
- Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığı korunur,
- Hastane ekipmanına kimyasal bulaşması engellenir,
- Temel hastane hizmetlerinin devamlılığı sağlanır,
- Hastalar, sağlık sonuçları hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilir.

Zaman Dilimi

- Olaya özel planlarının faaliyete geçirilmesinden hemen sonra.

Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon

- Tıbbi bakım hizmeti sunumunun devamlılığına ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri,
- Güvenlik sorumlusu İş Akış Talimatı,
- Birim Sorumlusunun İş Akış Talimatı,
- Multisektörel müdahalenin yönetimi konusunda KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü (112 KKM/İl SAKOM) ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile irtibata geçin.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- İlgili kimyasal(lar)ın yapısı bilinmiyorsa, kimyasalların personelin sağlığı açısından zararlı olabileceğini farz ederek ihtiyati prosedürleri ve dekontaminasyon prosedürlerini uygulayın,
- Kontamine olmuş kişilerin sayısı (şehirlerde yüzlerce kontamine olmuş kişiye kadar), tedavi için kullanılan mevcut kaynakların sayısından fazlaysa, müdahaleden en çok yararlanacak hastaların önceliklendirilmesi konusunda karar alın.

Sürece Dahil Kişiler

- Dekontaminasyon ve tıbbi bakım hizmeti sunumunda yer alan tüm sağlık personeli ve destek personel,
- Dış paydaşların özel eğitim görmüş özellikli personeli.

Ekler

- Dekontaminasyon ve triyaj alanlarına yönelik harita,
- Kayıtlar ve formlar,
- Kontrol listesi,
- Triage protokolü,
- Tutanaklar (dekontaminasyon ve sonrası ile ilgili)

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi, toplum sağlığı takibi,

Formlar: Triage kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu,

Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi,

Raporlama mekanizması:

- Olay yönetim ekibinin talimatına uyun,
- Hastalar, taburcu edilmeden önce hasta bilgilendirme formunu alır (geç ortaya çıkan semptomlar olursa hastanın ne yapacağı).

İzleme

- Sürece dâhil olan personelin sağlığının değerlendirmesi (çalışan sağlığı ve güvenliği),
- Tedavi edilen hastaların takibi (geç ortaya çıkan semptomlar),
- Halk sağlığına uzun süreli etkileri, bu amaç doğrultusunda geliştirilen toplum sağlığı programı ile izlenir.

Güvenlik Konuları:

- Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
DEKONTAMİNASYON PROSEDÜRÜ



HAP.PR: 03

YAYIN TARİHİ:23.11.2021

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:00

SAYFA NO:1/2

Temel Faaliyet

Kontamine olarak Acil Servis'e getirilen kazazede/hasta/yaralıların dekontaminasyonunu sağlamak.

Hedefler

- Kazazede/hasta/yaralının bilgilendirilmesini (bilinç açıksa) sağlamak,
- Kazazede/hasta/yaralının kıyafet ve aksesuarlarının çıkarılmasını sağlamak,
- Gerekliyse noktasal dekontaminasyonun yapılmasını sağlamak,
- Kazazede/hasta/yaralının tamamen dekontamine edilmesini sağlamak,
- Teknik dekontaminasyonun (dekontaminasyonu yapan personel ve ekipmanın dekontaminasyon işlemi) yapılmasını sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Dekontaminasyona başlamadan önce kazazede/hasta/yaralının bilinci açık ise yapılacak işlemler hakkında bilgi verin,
- Hasta yürüyebiliyor ise; kontamine olmuş ayakkabılardan başlanarak kontakt lens, gözlük, takı vb. ile iç çamaşırlar dahil giysilerin çıkarılması sağlanır,
- Hasta yürüyemiyor ise; kontamine olmuş ayakkabılardan başlanarak kontakt lens, gözlük, takı vb. ile iç çamaşırlar dahil giysiler çıkarılır.

Bunun için sırasıyla;

- Önce ayakkabılar çıkarılır,
- Kontakt lens, gözlük, takı, protez vb. çıkarılır (gözlük, protez gibi kişisel ihtiyaçları karşılayacak cihazlar/malzemeler dekontamine edilip hastaya geri verilebilir),
- Giysiler cilde zarar vermeden hızlıca kesilir.
- * Toz halindeki ajanlarla maruziyette önce giysiler hafifçe ıslatılır, toz halindeki ajanlarla maruziyette önce giysiler hafifçe ıslatılır,
- * Makas dikkatli kullanılarak, duyarlı ve yaralı bölgelere yaklaşılmaz,
- * Boyunda ön orta kısımdan başlayıp bedene doğru kesilir sonra omuzlardan başlayıp kollara doğru kesilir,
- * Pantolonu ayak bileğinden başlanıp yukarı bele doğru kesilir. Bacak arasında fermuarın bittiği yerde her iki hat birleştirilir,
- * İç çamaşırları kesilir.
- Giysileri kafayı içinden geçirerek çıkartmaya çalışılmaz,
- Giysi hastaya yapışmış ise yırtmaya, çekmeye ya da parçalamaya çalışılmaz, giysi altındaki deriden tamamen ayrılincaya kadar su ile ıslatılır,
- Dokuya zarar vermemek için giysiler dikkatlice kaldırılır.

Kontaminasyonu engellemek için giysiler ters çevirip katlanarak çıkarılır.

- Kontamine ayakkabı, kontakt lens, gözlük, takı, cep telefonu, saat vb. ile giysiler büyük plastik torbaya koyulur. Varsa triyaj kartının kontamine kısmı kopartılarak poşetin içerisine yerleştirilir. Biliniyorsa etken madde ve kişi bilgileri poşetin üzerine etiketlenir ve poşet tehlikeli olarak işaretlenir (emniyet güçlerine teslim edilecektir),
- Kazazede/hasta/yaralı hemen dekontaminasyona alınmayacak ise kesilmiş giysilerinden uzaklaştırıldıktan sonra temiz bir sedyeye alınır ve üzeri örtülür,
- Noktasal dekontaminasyon ile etkilenen bölgeler arındırılır.
- Cilt üzerindeki bütün sıvılar emici temiz bir madde (örneğin sargı bezi) yardımı ile uzaklaştırılır. Üzerinde sıvı bulaşı olan açık yara var ise önce yaradan başlanır,
- Cilde bulaşmış yağ ya da krem benzeri yoğun malzemeler var ise suyla yıkamadan önce tahta veya plastik cilde zarar vermeyecek spatula benzeri bir malzeme ile iyice kazıyarak ciltten uzaklaştırılır.
- Yıka – Sil – Durula tekniği kullanılır.

Bunun için sırasıyla;

- Dekontaminasyonda kullanılacak suyun sıcaklığının 24-32 °C arasında olmasına dikkat edilir (ortam sıcaklığına bağlı olarak kazazede/hasta/yaralıyı üşütmeyecek en düşük sıcaklık seçilmelidir),
- Açık yara varsa yaradan (yara arındırması sadece steril su veya serum fizyolojik ile yapılır) yoksa yüzden ağız ve burundan başlayarak saçları, boynu ve tüm vücudu ayak parmaklarına kadar yukarıdan aşağıya doğru sabunlu su ile nazikçe yıkanır.

Tırnakları ve kıvrım yerleri daha dikkatli yıkanmalıdır (bu aşama kontaminantları seyreltir, partikülleri ve hidrofilik kimyasalları uzaklaştırır),

- Etkilenen bölgeler sünger, yumuşak fırça veya temizlik bezi ile nazikçe tamamen silinir. Açık yara varsa etrafındaki deriden başlanır. Yara etrafı yaradan uzağa doğru silinir. Tırnak araları yumuşak fırça ile temizlenir. Sünger, fırça ve bezler düzenli aralıklarla değiştirilir (bu aşama organik kimyasalları ve suda çözünmeyen petrokimyasalları uzaklaştırır),
- Açık yara varsa yaradan (yara arındırması sadece steril su veya serum fizyolojik ile yapılır) yoksa yüzden başlayarak tüm vücut su ile nazikçe durulanır,
- Kazazede/hasta/yaralı tek kullanımlık havlular ile nazikçe kurulanır, açık yaraların kapatılması düşünülür.
- Kazazede/hasta/yaralı temiz bölgedeki yeni bir sedyeye aktarılır. Kullanılan sedye tekrar kullanmak için dekontamine edilir,
- Dekontaminasyon bölgesini terk etmeden önce bütün ekibin dekontemine edildiğinden (teknik arındırma) emin olunur.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Dekontaminasyon yapacak personel bu konuda yeterli eğitim almış olmalıdır,
 - C seviye Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) yeterli sayıda olmalıdır.
- Dekontaminasyonda çalışacak her personelin beden ölçüsüne uygun kıyafet olmalıdır. Özellikle maskeler kullanacak kişinin yüzünün ölçüsüne uygun ve kişiye özel olmalıdır,
- KKD çıkarma kurallarına uyularak personelin kontamine olması engellenmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- C seviye KKD,
- Dekontaminasyon için standartlara uygun ve mahremiyetin sağlanabileceği alan,
- Sabun, varsa dekontaminasyon sıvıları ve çamaşır suyu,
- Sünger ve emici malzemeler,
- Makas,
- Tahta ya da plastik spatula,
- Yeterli sayıda suya dayanıklı ve kolayca temizlenebilen üzerinde suyun birikmeden akabileceği sedye,
- Arındırma sonrası hastalar için hasta önlüğü, uygun yedek kıyafet veya örtü (çarşaf vb.)
- Triyaj kartı,

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Dekontaminasyonda çalışan personele bu konuda eğitim verildiğinden emin olun,
- Dekontaminasyon kurallarına eksiksiz uyulur,
- Dekontaminasyon süreci iyi gözlenerek kazazede/hasta/yaralıların dekontamine edildiğinden emin olun.

Zaman Dilimi

- Kazazede/hasta/yaralının gelmesi ile hemen başlar.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Kimyasal Olaylarda Hastane Yönetimi Olaya Özel Planı,
- Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi SOP'u,
- Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusu İşAT'ı,

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Kitlesel bulaş olması durumunda gelen kontamine vaka sayısı oldukça fazla olacaktır. Bununla baş edebilmek için ayrıca planlama yapılmalıdır,
- Eğer ajan biliniyorsa su ile dekontaminasyonun uygun olmayacağı kimyasallar ile kontamine olan vakalar geldiğinde, uygun dekontaminasyon yöntemi seçilmelidir,
- Habersiz gelen kontamine kazazede/hasta/yaralıların Acil Servise girerek tüm servisi kontamine etmeleri.

Sürece Dahil Kişiler

- İlgili tüm personel,
- Dekontaminasyonda görevli eğitim almış personel,
- Tehlikeli madde (KBRN) sorumlusu,
- Operasyon şefi,

Ekler

- KBRN olaya özel planı,

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:Hasta, personel ve kullanılan malzemeye ilişkin tüm kayıtları tutun.

Formlar:Trijaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.

Raporlama mekanizması:

- OYE 'nin talimatlarını izleyin.

İzleme

- Tüm dekontaminasyon işleminin kurallara uygun yapıldığından emin olun.

Güvenlik Konuları

- Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ-3 **HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR** **(Kısmen veya Tamamen)**

Hastanelerde elektrik/su kesintisi, gaz sızıntısı, patlama, oksijen kaynağı yetersizliği vb. durumların ya da deprem, sel, yangın, fırtına vb. olayların sonucunda yapısal ve fonksiyonel sorunlar oluşabilir. Acil durumun özelliğine göre zorunlu tahliye ya da tedbir amaçlı tahliye söz konusu olabilir.

Tahliye kararının alınması ve uygulanması, insangücü ihtiyacı, hastanenin ya da bölümün kullanım dışı kalması, tedavilerin ertelenmesi, hastalar, ziyaretçiler ve personel için yaralanma riskinin olması, diğer hastanelere, bölümlere, transport sistemine ek yük getirmesi bakımından çok dikkatli değerlendirilmesi gereken süreçlerdir.

3.1. Tahliye Tanımı ve Yöntemleri

Tahliye, iç veya dış olumsuz etkiler nedeniyle hastaları ve hasta yakınlarını korumak, hasta bakımını sürdürmek ve personelin güvenliğini sağlamak amacıyla, hastanenin bir bölümünün veya tamamının boşaltılarak hastaların, personelin, gerekli durumlarda ekipman, tıbbi kayıt ve ilaçların güvenli bölgelere nakledilmesidir.

Tahliye Yöntemleri:

• **İnternal tahliye:** Hastaların hastane içinde güvenli başka bölümlere naklidir, kısmen (parsiyel) tahliye.

• **Eksternal tahliye:** Hastaların hastane dışında güvenli bir yere naklidir, kısmen (parsiyel) ya da tamamen (total) tahliye olabilir.

Tahliye Triyajı:

Tahliye için hastalar yürüebilirliklerine göre **dört grupta** kategorize edilir. Hastaları kategorize eden tahliye 'Tahliye', 'T' ile kısaltılarak T0, T1, T2 ve T3 olarak ifade edilmiştir.

o **T0 Yürüeyebilen Hastalar:** Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.

o **T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar:** Bir personel yardımıyla yürüeyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.

o **T2 Yürüyemeyen Hastalar:** Sedyeye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.

o **T3 Kompleks ve Obez Hastalar:** Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.

Güvenli yerler olayın türü dikkate alınarak belirlenebilir. Bu yerler;

- Diğer hastanelere, sağlık kurumlarına nakil,
- Aynı katta güvenli bir yere nakil: **Yatay** (horizontal) tahliye,
- Aynı binanın başka bir katındaki güvenli bir yere nakil: **Dikey** (vertikal) tahliye,
- Bina dışında hastane çevresinde güvenli bir yere nakil,
- Hastane çevresi dışında güvenli bir yere nakil.

3.2. Tahliyede Genel İlkeler

• Hastaların hangi hastanelere nakledileceği önceden belirlenmelidir. Ayrıca yoğun bakım hastaları, yanık hastaları, yenidoğan, psikiyatri hastaları ve mahkum koşulları vb. hastalar için planlamalar ayrıntılı bir şekilde yapılmalı ve planda mutlaka yer almalıdır.

• Tahliye halinde, hastayı tanımayan personelin hastayı kolaylıkla tanıyabilmesinin sağlanması gerekmektedir. Hazırlanmış tanıtım kartları kullanmak basit ve etkili bir araçtır. **Hastalar mümkün olduğu sürece dosyaları ile birlikte tahliye edilmelidir.** Mümkün olmadığı takdirde hastalara, bekleme alanına tahliye edilirken ya da tahliye edildikten hemen sonra tanıtım kartları takılmalıdır. Bu kartlar; ad soyad, oda numarası, servisi, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgileri (örneğin; insülin ihtiyacı olan hastaların açık bir şekilde belirtilmesi) ve hasta yakınına ait iletişim numaraları gibi önemli bilgileri içermelidir.

• Hastanenin bir bölümünün, birkaç bölümünün veya tamamının tahliyesi gerektiğinde hastaların erken taburculuğuna yönelik ayrıca açık bir SOP bulunmalıdır. Söz konusu SOP, operasyonların sürekliliği, tahliye sırasında temel hizmetlerin sunumu (eğer hastane kapatılmamış ya da tamamen tahliye edilmemiş ise) ve tahliye edilenlere emniyetli bir şekilde kritik bakım sağlanmasına yönelik hazırlanmalıdır. Çevredeki diğer sağlık tesisleriyle önceden hazırlanmış protokollerin (karşılıklı nakil) geliştirilmesi önemle tavsiye edilmektedir. **Bu protokoller, il düzeyinde kapasitenin verimli ve uygun kullanımı için mutlaka İL-SAP kapsamında değerlendirilmelidir.**

• Bir birimin ya da departmanın tahliye edilmesi ile ilgili olarak personelin, ziyaretçilerin ya da yürüyebilen hastaların hangi rotayı takip edeceğini bilmesi önemlidir. Hastanenin fiziki koşulları uygun ve birden fazla tahliye yolu var ise tek yönlü (gidiş yolu ayrı dönüş yolu ayrı) trafik akışı planlanmalıdır. Bu yollardan dönüş yolu tahliye için geri dönen personele ayrılabilir. Eğer hastane fizik koşulları uygun değilse, tek tahliye yolu iki yönlü trafik akışı için (iniş ve çıkışlarda yolun sağ tarafı kullanılır) planlanır. Koridorlarda ve basamaklarda trafik akışını organize etmek hayati öneme sahip olup doğaçlama olarak yapılamaz. Bu nedenle, bu Olaya Özel Plan, tahliyeye yönelik haritalar içermelidir. Toplanma alanı ya da bekleme alanı, hastaların ve personelin sonraki ulaşım ve nakilleri için bekleyebileceği emniyetli bir yer olarak seçilmelidir.

• İki farklı bekleme alanı belirlemek tavsiye edilmektedir. Bir tanesi yaralı olmayanlar ve stabil hastalar için, diğeri acil tıbbi müdahale ve bakım sunumunda sürekliliğe ihtiyacı olan hastalar için. Olay Yönetim Ekibi, bu iki kategorideki hastaların ihtiyaçlarına göre personel tahsis etmelidir. Hastaları ayırma, bakım ve tıbbi bakım verilmesi gerektiğinde aşırı kalabalık oluşmasını önlemeyi ve ambulans/otobüs gibi diğer araçlarla ulaşımı kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Ulaşım araçlarının trafik akışının organize edilmesi hayati öneme sahiptir. ***Öncelikli tahliyeler ve alım yapan tesislerin seçimi*** (nakil yapılan yer) ile ilgili olarak hastaların triyajını organize etmek gerekebilir.

• Tahliye durumunda, hastaların güvenliğinin sağlanması, su ve gıda ihtiyacının karşılanması, psiko-sosyal destek verilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. Hastalar, dışarıda kötü hava koşullarında bekletilmeden, mümkün olan en kısa sürede geçici bir yere nakledilmelidir. Yürüyebilen hastaların otobüslerle ya da diğer uygun ulaşım araçlarıyla tahliyesi de nakledilecekleri yer belirlenir belirlenmez gerçekleştirilmelidir.

• Kısmi tahliyeler, hastanenin çıkış yollarını engellemeden mümkün oldukça çıkışlara yakın olarak yapılmalıdır. Hastaları tesiste tutmak mümkün olmadığında hastane dışındaki alanlar hazırlanmalıdır.

• İtfaiye araçları büyük alana ihtiyaç duyduğundan harici bekleme alanları, kurtarma hizmetlerinin çalışmalarını engellemeyecek şekilde düzenlenmelidir. Eğer tehdit bir çıkışı aniden güvenilmez hale getiriyorsa, birden fazla çıkış belirlenmesi tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte, dışarıdaki bekleme alanları, personele aşırı iş yükü oluşmasını önlemek için çok fazla sayıda olmamalıdır.

• Kayıtlar, listeler ve zaman çizelgeleri gibi idari dokümanlar, tahliye planının bir parçası olarak önceden ve hastanenin asıl ihtiyaçlarına göre hazırlanmalıdır. Her hastanın, gideceği yer açık bir şekilde yazılmalıdır. Ambulanslara alındıklarında ve alımı yapan hastanede (nakil yapılan yer), hastalar ayrıca kayıt altına alınmalıdır. Tüm hastaların nakledildiğini ve nerede olduklarını bilmek için merkezi bir sistem oluşturulmalıdır. Alım yapacak tesise haber verilmediyse ve hastayı kabul etmeye hazır değilse kritik hastalar nakledilmemelidir. Tahliye senaryosunun hiç konuşulmaması ya da personelin her durumda ne yapacağını bildiğini düşünmesi nedeniyle birçok hastanede bu büyük bir sorun olmaktadır. Bu nedenle, böyle bir duruma gerçek anlamda hazırlıklı olmak üzere HAP Komisyonunun bu konu üzerinde çalışması tavsiye edilmektedir.

3.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi

Tahliyeyi gerektiren her durumda, Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilmelidir, Olay Yönetim Ekibi, tahliye faaliyetlerinin yönetimini üstlenir:

• Tahliyenin gerekli olup olmadığına ve ilgili bölümün kilit personeliyle koordinasyon sağlanarak, ne tür tahliye yapılması gerektiğine karar verir.

• SARI renk kodu anonsu ile personele duyuru yapılır.

• İlgili tüm bölümlerin SOP'larını faaliyete geçirmeye karar verir.

• İlgili bölümün/bölümlerin tıbbi ve hasta bakım personeliyle koordinasyon halinde, hastaların nereye transfer edileceğine (tahliye önceliği dâhil olmak üzere) karar verir.

• Hastanenin tamamının tahliye edilmesi durumunda hastaların taburcu edilmesinin gerekip gerekmediğine karar verir ve bu meseleyi ele alan SOP'ların uygun olup olmadığını ve bu SOP'a uyulup uyulmayacağını veya değişikliklerin uygulanması gerekip gerekmediğini değerlendirir (örneğin, başka bir tesise transfer veya taburcu edilecek hastalar için belirlenmiş toplanma alanının duruma göre yeniden belirlenmesi).

• Faaliyete geçirilen SOP'lar, sürekli tedaviye ihtiyaç duyan hastalar için temel bakım hizmetlerinin devamlılığını sağlamalıdır. Hastalar, hastane dışında bir yere tahliye edilirse, tahliye edilen hastaların yakınlarının, hastaların yeni yerleri konusunda nasıl bilgilendirileceğine karar verir (hasta takibi).

• Hastaların hastane dışına tahliyesi gerekiyorsa, hangi ulaşım düzenlemelerinin gerçekleştirileceğine karar verir.

• Hastanenin tamamen tahliye edilmesi durumunda, KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl SAKOM ve 112 KKM ile birlikte gerekli düzenlemeleri yapar. Tahliye ile ilgili formlar kullanılır. İhtiyaç halinde formlarda bulunmayan tahliye ile ilgili bilgilerin kaydı tutar.

• Olay Yönetim Ekibi, aksi yönde bir karara varmadığı sürece, personel SOP'ları uygular.

3.4. Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları

Tahliye durumunda personel kendi bölümüne ait Standart Operasyon Prosedürünü kontrol etmeli ve aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmalıdır:

• Her bölümün ve birimin, tahliye için özel bir SOP'u olmalıdır. Bu SOP, gerekli tüm aşamaları açıkça belirtmelidir (Tahliye, acil durumda yalnızca hastaların taşınmasını değil aynı zamanda önemli ekipmanların da güvenli hale getirilmesini ve taşınmasını gerektirebilir).

• Kritik görevlerdeki personel, kendi İş Akış Talimatlarına uymalıdır. Sadece büyük bir güvenlik problemi oluşması durumunda kişisel inisiyatif kullanılır.

• Tıbbi personel ve hasta bakım personeli, tahliyenin nedenine göre hastanın yanında taşınacaklara karar verir (dosya, eşya vb.). Hasta, ziyaretçi ve personelin tahliye planı yapılır. Bu planda tahliye yolları belirtilir ve krokilendirilir. Tahliye yolları kullanılamaz duruma gelirse alternatif yol/yollar belirlenir.

• Diğer tesislere transfer edilmek üzere bekleyen hastalar için toplanma alanı belirlenir.

• Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. **Tüm hastaneye yönelik tedbir amaçlı tahliyeler, en son seçenek olmalıdır.** Tedbir amaçlı tahliye yalnızca hastaların hayatını kurtarmanın ve personelin güvenliğini sağlamanın tek yolu olduğu durumlarda uygulanmalıdır.

• Edinilen tecrübeler, hastalar **4 gruba** ayrıldığında tahliyenin daha kolay hale geldiğini göstermektedir.

1. Kritik bakıma ihtiyacı olan ve bu nedenle derhal bir hastaneye ambulans ile nakledilmesi gereken, genellikle yatağa bağlı hastalar.

2. Genellikle yatağa bağlı olan ve nakil için ambulansa ihtiyaç duyan, ancak tıbbi bakımı veya hasta bakımı aciliyet gerektirmeyen hastalar.

3. Yürüeyebilen ancak yakını tarafından evde bakılma ihtimali olmayan ve alternatif alana kabul edilmesi gereken hastalar.

4. Yürüeyebilen veya destek ile yürüeyebilen ve taburcu edilebilecek olan hastalar.

3.5. Standart Operasyon Prosedürü

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü bir servisin kısmen tahliye edilmesine yönelik örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir. SOP, personeli eğitmek ve tatbikatlar hazırlamak açısından önem arz eder.



DAHİLİYE BÖLÜMÜNÜN KISMİ YATAY TAHLİYESİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 04

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Temel faaliyet: Tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak.

Hedefler

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,
- Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak,
- Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak,
- Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak,
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,
- Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler

- Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin,
- Bölüm (servis...) personeline, tahliye kararı alındığını bildirin,
- Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda temin edin,
- Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler),
- Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin,
- Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın,
- Tekerlekli sandalyeyle, sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin,
- Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,
 - Yatağı transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin (başka türlü transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri yatağıyla birlikte transfer edin. Çok sayıda yatağı transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçınin),
- Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın,
- Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın)
- Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın,
- Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın,
- Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın,
- Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu),
- Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edilmelidir. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile, transfer işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirilmelidir,
- Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir,
- Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir,
- Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi'ne rapor edin,
- Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.

Kullanılacak Materyaller

- Tekerlekli sandalyeler,

- Yataklar,
- Sedyeler,
- Battanilyeler,
- Krokiler,
- Hasta dosyaları, formlar,

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması,
- Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi,
- Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması,
- Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından).

Zaman Dilimi

- Tahliye bildirimının alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Hastane içi yangın SOP'u,
- Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP,
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü,
- Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı,
- Departman Sorumlusu İşAT'ı.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliyeye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik sorumlusundan acil yardım talebinde bulunun,
- Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.

Sürece Dahil Kişiler

- Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel,
- Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli. (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır).

Ekler

- Tahliye yollarına ilişkin krokiler,
- Kayıtlar ve formlar,
- Kontrol listesi.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı;

Formlar: Tahliye durumunda hasta belirleme formu (her hastaya iliştilmiş halde)/tıbbi kayıt;

Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi;

Raporlama mekanizması;

- Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uyun.

İzleme

- Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.
- Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları:

- Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ-4 **HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ** **(İç veya Dış Kaynaklı)**

İş Sürekliliği, hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/veya harici olaylara, performansını etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna karşı hazırlıklı olması; önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde, baş edebilmesinin sağlanmasıdır.

4.1. Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar

Hastanede iş sürekliliğini olumsuz etkileyen nedenlerin başında hastanenin **kritik sistemlerindeki kayıplar** ve **dış acil durum/afet hasarları** gelmektedir. Kritik sistemlerin kaybı halinde ve hastane dışından hiçbir yardım alınmadığı durumlarda hastanenin yönetimi için Olaya Özel Plan hazırlanmalıdır.

• Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıplar

Kritik sistemler binanın hizmet verebilmesi için gerekli sistemler, bağlantıları ve uzantılarıdır (su, atık su, elektrik, haberleşme, ısıtma, havalandırma, gaz, tıbbi gaz, jeneratör, transformatör, dağıtım-kontrol panelleri, yangın algılama-söndürme, acil çıkış sistem ve tesisatları vb.). Hastanede kritik sistemlerdeki kayıpların insan ve ekipman bakımından ağır sonuçlara yol açabilecek bir örneği, acil durum jeneratörlerinin arızasıdır. Acil durum jeneratörlerinde arızanın başlıca nedenleri şunlardır:

- o Jeneratör test edildikten sonra yakıtın tamamen doldurulmaması,
- o Yük altında test edilmemiş olması,
- o Bağımsız bir yakıt kaynağına sahip olmaması,
- o Uygun soğutmanın olmaması ve tıkanmış filtre,
- o Çok sayıda jeneratör arasında yük geçişinin yapılamaması,
- o Elektrik sisteminin diyagramının olmaması,
- o Acil duruma yönelik güçlendirilmiş çıkışlar için açık bir tanımın olmaması gibi teknik sebepler.

Hastanenin Destek Hizmetleri kapsamında, kritik sistemlerde arıza sebebinin tespit etmeye yönelik kontrol listeleri hazırlanmalı ve daima erişilebilir olmalıdır. Örneğin, elektrik kesintisi, bir birim bünyesindeki elektrik dağıtım sisteminde yaşanan bir arızanın sonucunda da ortaya çıkabilir. Duruma göre, arızayı giderebilmek ya da gerektiğinde hastaları diğer birimlere yeniden dağıtmak için bir eylem planının geliştirilmesi gerekebilir. Bu şekilde Olaya Özel Plan'da ya da uygulama sırasında şekillendirilecek Olay Eylem Planında yer alanlar hususlarda, hastanenin mevcut yapısı ve teknik uygulamaları dikkate alınmalıdır.

• Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlar

Bir dahili acil durum sebebiyle ya da fırtına, deprem ve erişim yollarına zarar veren ani seller gibi bir afet sonucunda hastanenin haberleşmesi, bulunduğu yerleşimle ulaşımı, dış dünya ile irtibatı kesilebilir. Böyle durumlarda İş Sürekliliğinde Kesinti ile ilgili Olaya Özel Plan, Tahliye konusundaki Olaya Özel Plan ile fonksiyonel bağlantısı sağlanarak geliştirilmelidir.

4.2. İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Kritik sistemlerin kaybı ya da temel hizmetlerin sunumunu doğrudan etkileyen her türlü durum halinde, Olay Yönetim Ekibi derhal etkinleştirilir ve ilgili departman, servis ve birimler ile koordineli olarak hastanedeki operasyonlara ilişkin tüm yönetimden sorumlu olur:

- Hastanenin çalışmaya nasıl devam edeceğini belirler ve önceden hazırlanan ilgili Standart Operasyon Prosedürü'nü ve diğer İş Sürekliliği Prosedürlerini etkinleştirir.
- Mevcut kaynakların nasıl kullanılacağını belirler: Kaynakların ve sarf malzemelerinin yenedientahsisini ve dağıtımını, gerekirse İş Sürekliliği Prosedürü'nü duruma uyarlar.
- Olayın seyrini dikkate alarak Olay Eylem Planı geliştirir, takip eder:
 - o Hastalar/personel/ziyaretçilere verilecek gıdaların, ilaçların, IV sıvıların, kanların, tek kullanımlık malzemelerin; personele yönelik özel ekipmanların, tekstil ürünlerinin, reaktifler ve dezenfektanlar gibi temel ürünlerin nasıl dağıtılacağı konusundaki talimatları netleştirir; Hastanenin temel madde stoku ve elektrik üretmek için imkânı sınırlı olduğu için, malzeme dağıtımını ve pay etme konusundaki kararların belirlenmesi özellikle acildir.
 - o Yerleşimde olağan kamu hizmetleri verilemiyorsa, şiddetli epidemik ve pandemi durumunda katı ve sıvıların, gıda ve biyomedikal atıkların geçici olarak güvenli bir şekilde depolanması da dâhil olmak üzere, atıkların imhası, olayın gidişatı değerlendirilerek yapılacak Olay Eylem Planında ele alınması gereken diğer bir sorundur. Olay Yönetim Ekibi'nin planlama fonksiyonu çerçevesinde, atıkların tesis alanında yakılma ihtimali de gündeme gelebilecektir.

- o Personelin birkaç saat, hatta birkaç gün boyunca eve dönemeyeceği ve hastanede kalmasının gerektiği durumlarda, Olay Yönetim Ekibi derhal vardiyaları düzenleyecek, personelin dinlenebileceği, gıda ve su ihtiyaçlarını karşılayabileceği alanları tespit edecektir.

4.3. Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

a) Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde:

Kritik hizmetler ve birimler için yedek sistemler olsa da, örneğin enerji kesintisi hastaneler için her zaman bir sorundur. Bu nedenle Olay Yönetim Ekibi aşağıdakilerin gerçekleştirilmesi için derhal harekete geçmelidir:

- Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar.
- Sorun halinde Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planını geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir).
- Olay Yönetim Ekibi altyapı sorumlusu atar ve aşağıdakilerin yapılması için talimat verir:
 - o Teknik bakım hizmetleri personeli ile birlikte mevcut yönetim araçları (Standart Operasyon Prosedürü, Olay Eylem Planı, Formlar, Kontrol Listeleri ve Kayıtlar) tespit edilir ve kullanılacak olanlar seçilir.
 - o Belirlenen yönetim araçlarının mevcut duruma uyarlanması sağlanır. Bu tür yönetim araçları yoksa bu durumda, Olay Yönetim Ekibi söz konusu durumun yönetilmesi için gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dâhil).
 - o Departman/servis/birim sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersizlik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
 - o Derhal kritik sistemlerin güvenliği ve gelecek birkaç saat ve gün için bunların sürdürülebilirliği değerlendirilir (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
 - o Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur.
 - o Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır.
 - o Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa OYE ile görüşülür.
- Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planının ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir. Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.

b) Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

- Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklandığı şekilde ilgili kılavuzları, prosedürleri ve kontrol listelerini kullanarak, derhal **zararın değerlendirilmesini** istemek.
- Hastane dışından gerekecek teknik uzmanlık ihtiyacını tespit etmek ve teminini sağlamak.
- Her departman/servis/birimin raporlama formunu kullanarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin çalışması ile bağlantılı her türlü sorunu rapor etmelerini istemek.
- Zarar görmüş binaların güvenliği ve/veya kaybı ile ilgili kararların alınmasına katkıda bulunabilecek başlıca taraflar ile acil toplantı yapmak.
- Gerektiğinde tahliye yönetimini gerçekleştirmek (Tahliye, her durumda son çare olmalıdır; ancak ciddi şüphelerin olduğu durumlarda tedbir amaçlı (ihtiyati) tahliye önerilmektedir. Bu durumda tahliye, Tahliyeye ilişkin Olaya Özel Plana göre gerçekleştirilmelidir).
- Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman işbirliği içinde olarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin onarımına yönelik Olay Eylem Planları oluşturmak.
- İzleme mekanizmaları oluşturmak, ilgili form ve bilgi yönetimi kayıt sistemini kullanarak operasyon veya eylemdeki ilerlemeyi düzenli kayıt altına almak ve izlemek.

Olay Yönetim Ekibi teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personeline destek amacıyla aşağıdakileri temin edecektir:

- Önceden belirlenmiş Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, kılavuz ve kontrol listelerinin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamak (müdahalenin boyutlarını, seyrini ve güvenilirliğini geliştirmek için güvenli yöntemdir).

• Teknik bakım hizmetlerine yardım etmeleri için mutfak ve çamaşırhane gibi yardımcı hizmetlerden personel görevlendirmek.

- Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatta olmak.
- Gerekğinde hastane dışından uzman ve teknisyen temin etmek.

4.4. Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri

Olayla ilgili Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, ilgili hizmetlerin sorumluları, önemli dış paydaşlar ve Sağlık Yetkilileri ile koordineli olarak Olay Yönetim Ekibi tarafından etkinleştirilir. İş Sürekliliği Prosedürü aktive edilirken, kısa sürede önemli güvenlik ve sağlık sorunları oluşturacak kötüye gidiş potansiyeli de dahil olmak üzere, durumun ciddiyeti göz önünde bulundurulur. Olay Yönetim Ekibi'nin karar almasına yardımcı olarak, aşağıdaki ölçütler değerlendirilebilir (örnek, hastanede üç düzeyden oluşan **kritik iş (işletme) fonksiyon sınıflamasını** esas almaktadır):

• A Sınıfı kritik fonksiyonlar:

Ø Hastanenin temel hizmetleri sağlanması açısından **hayati önemi olan**, kesintiye uğradığında yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde büyük olumsuz sonuçlar bırakacak fonksiyonlardır.

Ø Bu fonksiyonlar hastaların ve personelin emniyetini temin etmek için her zaman sürdürülmesi gereken faaliyetleri içeren fonksiyonlardır (örneğin, Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastaların bakımı).

Ø **Maksimum kesinti süresi ya sıfır ya da çok kısadır** (birkaç dakikadan daha az)

Ø Olay Eylem Planı geliştirilirken, İş Sürekliliği Prosedürü hazırlanırken bu fonksiyonlar **öncelikle** dikkate alınmalıdır.

Ø Risk önleme ve risk azaltma çalışmalarında, bu fonksiyonlara **her zaman** öncelikle dikkat edilmelidir.

• B Sınıfı kritik fonksiyonlar:

Ø Hastanenin temel hizmetleri sağlanması açısından kesintiye uğradığında **sınırlı olumsuz sonuçlar** bırakabilecek, yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde sınırlı olumsuz sonuçlar bırakacak kısa bir süre için, kısmen sekteye uğratılabilen fonksiyonlardır.

Ø Maksimum kesinti süresi kısadır (birkaç dakika ile birkaç saat arasında).

• C Sınıfı fonksiyonlar:

Ø İlgili fonksiyonun makul bir zaman çerçevesi içinde kurtarılması şartıyla, hastaların ve hizmet alanların sağlığı, personel sağlığı ve sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde hemen olumsuz sonuçlar bırakmayacak, sınırlı bir süre için, kısmen ya da tamamen sekteye uğratılabilen fonksiyonlar.

Ø Maksimum kesinti süresi, kurtarma prosedürlerinin, temel hastane hizmetlerinin sağlanması üzerinde önemli olumsuz sonuçlar bırakmayacak şekilde uygulanmasına imkân verir.

Olay Yönetim Ekibi, önceden hazırlanması gereken Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nü etkinleştirmek için, yukarıda belirtilen kritik fonksiyon sınıflaması örnekleri gibi karar almasına yardımcı göstergelerle birlikte aşağıdaki derecelendirme örneklerinden de yararlanabilecektir.

Ölçüt		Sınıflandırma	Skor	Esneklik faktörleri
Olayın kapsamı, şiddeti ve süresi (hizmet sunumunun bozulması ve sekteye uğraması ya da hizmet kaybı)	ŞİDDETLİ	<ul style="list-style-type: none"> Çeşitli kritik iş (işletme) Fonksiyonlarını (A Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) birkaç İş Sürekliliği Prosedürü'nün ve dolayısıyla da İş Sürekliliği Prosedürü'nün tamamen etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Etkilenen Departman/ Servis/Birim, müdahaleyi yönetebilir. Bölmeler arası kilit işlevlere dahil diğer Departman/ Servis/Birim'ler de etkilenir; ancak temel hizmetleri sağlamaya devam edebilirler (kilit süreçler ciddi şekilde etkilenmezler)
	ORTA	<ul style="list-style-type: none"> Kritik iş (işletme) Fonksiyonlarından (B Sınıfı) birini etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) ve bir Departman/Servis/ Birim'in İş Sürekliliği Prosedürü'nün etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay OYE' nin görev yaptığı, sadece ilgili bölümün İş Sürekliliği Prosedürünün aktive edildiği olay (tüm iş sürekliliği prosedürü aktive edilmez) 	SKOR 2	
	HAFİF	<ul style="list-style-type: none"> Yalnızca yerel düzeyde (Departman/Servis/Birim; Kurtarma Ekibi) müdahale ile iş (işletme) Fonksiyonlarını (C Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) her türlü olay 	SKOR 1	
Sağlık sonuçları (kapsam, süre)		<ul style="list-style-type: none"> Birçok insan şiddetli bir şekilde etkilenmiştir 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Başlangıç aşamasından sonra kötüye gitme eğilimi yoktur Sağlık ve güvenlik üzerinde uzun vadeli kısıtlı etki
		<ul style="list-style-type: none"> Birçok insan orta düzeyde etkilenmiştir 	SKOR 2	
		<ul style="list-style-type: none"> Birkaç insan hafif bir şekilde etkilenmiştir 	SKOR 1	
Hastalar ve halk sağlığı programları üzerindeki etkilerinin yönetilebilirliği		<ul style="list-style-type: none"> Sağlık Sistemi ve hastane üzerinde ağır yük oluşturan ya da ele alınması çok zor sağlık sorunları 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Yeterli miktardaki tıbbi kaynaklar ve ilaçlar Mevcut tıbbi personel
		<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi kaynakları orta düzeyde tüketen sağlık sorunları 	SKOR 2	
		<ul style="list-style-type: none"> Etkilenen Departman/Servis/ Birim dışından sınırlı ekstra kaynak ile yönetilebilir sağlık sorunları 	SKOR 1	
Diğer paydaşlardan dış destek ihtiyaçları		<ul style="list-style-type: none"> Olay, yalnızca hastane tarafından yönetilemez durumdadır ve birkaç dış paydaşın büyük oranda yardımını gerektirmektedir (yönetmesi çok zor olacaktır) 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Sınırlı dış yardım, temel hizmet sunumunun kısa zamanda yeniden başlatılmasına katkıda bulunabilir (iyileşme).
		<ul style="list-style-type: none"> Dış paydaşlardan gelen sınırlı yardım ile yönetilebilen olay 	SKOR 2	
		<ul style="list-style-type: none"> Dış paydaşlardan gelen az miktarda yardım ile kolaylıkla yönetilebilen olay 	SKOR 1	
Sağlık personelinin emniyeti		<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi personele yönelik yüksek sağlık riski 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Eğitilmiş sağlık personeli Yeterli miktarda Kişisel Koruyucu Donanım
		<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi personele yönelik orta sağlık riski 	SKOR 2	
		<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi personele yönelik düşük sağlık riski 	SKOR 1	

İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirme düzeyini belirleme konusunda fikir vermek üzere, yukarıdaki listelemeyi esas alarak, geliştirilen derecelendirme örneği şöyledir:

Derece: 15– 8	Tüm İyileştirme Ekipleri'nin devreye sokulmasını gerektiren şiddetli durum (İş Sürekliliği Prosedürü'nün topyekün etkinleştirilmesi)	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 3
Derece: 7 – 4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 2
Derece <4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 1

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ-5 **HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ**

Pandemi, bölgesel olmaktan çıkıp küresel düzeyde etkili olan, birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkların genel adıdır. Doğa kaynaklı ya da diğer afetlerden sonra (özellikle yetersiz hijyen, su, beslenme, barınma koşulları, altyapının çökmesi vb. sonucunda) ortaya çıkabilen bulaşıcı hastalıklardan, yerel salgınlardan farklı olarak, pandemi doğrudan afet özelliği taşımaktadır.

Bu bakımdan, Pandemi için Olaya Özel Plan (hastane pandemi planı) hazırlığı yapılırken, hastane içinde ya da dışında meydana gelebilecek, müdahaleye hazırlık ve uygulama süreçleri bakımından Olaya Özel Plana konu olan diğer acil durum/afetlerden çok farklı, ayırt edici özellikleri öncelikle dikkate alınmalıdır. Bu çerçevede, hastanede pandemi müdahale yönetimine ilişkin planlama, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) tarafından yayımlanan pandemi için hazırlık planlarında yer alan başlık ve içeriklere göre yapılmalıdır.

5.1 Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri

Pandemi, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi bakımından, küresel düzeyden başlayarak, ülke ve kurum düzeylerine uzanan ve birbiriyle karşılıklı etkileşimi mutlaka gözetilmesi gereken özellikli (spesifik) süreç ve uygulamaları zorunlu kılmaktadır:

a) Küresel düzeyde: Bir hastalığın pandemi ilan edilmesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmaktadır.

Uluslararası Sağlık Tüzüğü (*International Health Regulations-IHR/2005*) çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü için öngörülen en önemli yetkilerden biri, “Uluslararası Önemde Halk Sağlığı Acil Durumu” (*Public Health Emergency of International Concern-PHEIC*) varlığının tespitidir (md.12). Bu tespitle birlikte, beklenmedik ve ortaya çıktığı coğrafya, ülke dışındaki yerleri de etkileyebilecek durumlar için ülkelere işbirliği içerisinde ve koordine olarak harekete geçme uyarısı yapılmaktadır.³⁵ Bu uyarı, bir anlamda, ülkelerin sağlık sistemleri için her düzeyde Olay Bildirimi'dir.

b) Ülke düzeyinde: Sağlıkla ilgili afet/acil durumlara hazırlık ve müdahalede ülkelerin Sağlık Bakanlıkları temel yönlendirici konumdadır. Pandemi durumunda, ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe stratejik yönlendirmeyi ve kaynak yönetimini kapsamlı biçimde gerçekleştirirken, aynı zamanda, ülkemizin tüm kamu kurum ve kuruluşlarının kendi sektörlerinde, görev ve hizmet alanlarında pandemi durumunda müdahale için ihtiyaç duydukları yönlendirmeyi ve bilgilendirmeyi sağlamaktadır.

c) Kurum düzeyinde: Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilanı ile birlikte, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yönlendiriciliğinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) hazırlama yükümlülüğü olan tüm sağlık (yataklı tedavi) kurumlarında, HAP kapsamında yer alan Acil Müdahale Planı (AMP) etkinleştirilir (aktivasyon); AMP'nin tamamlayıcısı olan hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) uygulanır. Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı'nın talimatları doğrultusunda, ölçekleri ve özelliklerine bakılmaksızın tüm sağlık kurumlarında bütün faaliyetlerin pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerine uygun olarak düzenlenmesine geçilir.

5.2 Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler

Pandemi durumunda hastanede müdahale yönetimi planlaması yapılırken göz önünde bulundurulması gereken, pandemi özellikli (spesifik) konular şu şekilde özetlenebilir:

- Pandeminin sağlık bakımından etkilerinin önemli bir kısmı **pandemiye özgü etkilerdir** ve esas olarak

ülkenin/toplumun daha önce bilgi ve tecrübe sahibi olmadığı koşulları gündeme getirmektedir. Bu çerçevede, diğer acil durum/afetlerden farklı olarak, başta pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri, vaka tanımları, vaka yönetim algoritmaları (triyaj, tanı, kabul, izleme kriterleri vb.) ile pandemi döneminde gereken özellikli hizmetlerin, hizmeti verecek birimlerin belirlenmesi ve organizasyonu söz konusudur.

- Pandemiler yerleşim, ülke ve küresel tüm düzeylerde, toplum, ekonomi, çevre üzerinde **eş zamanlı, yoğun ve yaygın kayıplar** yaratabilen afetlerdir; yalnızca sağlık alanını değil, tüm yaşamı, tüm sektörleri ilgilendirmektedir. Pandemi koşullarında enfeksiyon bulaşma (transmisyon) ve yayılım riskinin önlenmesi/azaltılması, sağlık hizmetinin kalitesi ve devamlılığının hızla ve sürekli artabilecek hasta başvuru sayısına rağmen kesintiye uğramaması, mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlık sektörü öncülüğünde etkili müdahale gerçekleştirilebilmesi, pandeminin hayatın her alanında yol açabileceği kayıp, yıkım ve yüklerin azaltılmasında belirleyici öneme sahiptir.
- Pandemiler **tehlikenin kaynağı** (yeni veya yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları), **etki alanı, kapsamı ve büyüklüğü** (coğrafya, nüfus, süre, doğrudan ve ikincil etkiler, kayıplar) bakımından diğer afetlerden çok daha ağır, yaygın ve kalıcı olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Pandemi öncesinde ve sırasında, hastanenin görev alanındaki coğrafyada zarar görebilirliği artırabilecek sağlık risk faktörlerinin, demografik, fiziksel, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve idari etkenlerin, bireyler ve topluluklar arası temas özelliklerinin bilinmesi ve dikkate alınması, pandemiye müdahaleyi güçlendirecektir.
- Pandeminin önlenmesi, risk azaltma ve hazırlık süreçleri ve uygulamalarına ülkelerde tüm toplum kesimlerinin, küresel düzeyde tüm ülkelerin etkili ve sürekli katılımı, **her düzeyde işbirliğine** ve **etkili koordinasyona** dayalı, sonuç alıcı bir hazırlıkla mümkündür. Hastanede pandemi için Olaya Özel Plan hazırlıklarında, HAP prosedürlerine uygun olarak, pandemi özellikli olay yönetim araçlarının geliştirilmesi/güncellenmesi, sağlık ve sağlık dışı sektörlerdeki paydaş kurumlarla iç ve dış paylaşımların yapılması, ortak bilgi ve iletişim sistemlerinin geliştirilmesi söz konusudur.

5.3 Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde tüm tehlikeleri dikkate alan, çok-sektörlü hazırlık yaklaşımını tamamlayıcı olarak, hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan), Hastane Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) hızlı ve etkili müdahaleyi gerçekleştirebilecek şekilde işlemesi için başlıca şu konularda yapılacak hazırlıkları içermelidir (*örnek*):

- *Olay Yönetim Sistemi* (pandemi durumunda AMP aktivasyonu sürecinin organizasyonu)
- *Enfeksiyon Önleme ve Kontrol* (bulaş riskini asgariye indirecek operasyonel program)
- *Vaka Yönetimi* (çalışan hazırlığı, triyaj algoritması ve lojistiği, hasta yönetimi, tanı ve kabul kriterleri vb.)
- *Hasta Akını (Surge) Halinde Kapasite* (hasta yükünün karşılanması için hazırlık)
- *İnsan Kaynakları* (çalışma koşulları, yeterli çalışan kapasitesi, destek hizmetler ve operasyonların sürekliliği)
- *Temel Sağlık Hizmetleri ve Hasta Bakımının Sürekliliği*
- *Sürveyans: Erken Uyarı ve İzlem* (sistemik verilerin en riskliler bakımından önemi)
- *İletişim* (bilgiye dayalı karar verme, etkili işbirliği, kamu farkındalığı, güven sağlanması)
- *Lojistik ve Malzeme Yönetimi* (proaktif kaynak ve tesis yönetimi)
- *Laboratuvar Hizmetleri* (temel hizmetlerin, hastane tabanlı sürveyansın sağlanması)
- *Temel Destek Hizmetleri* (pandemi sırasında hasta bakımının ve çalışanın desteklenmesi ile işlevselliğin optimizasyonu).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölge Ofisi tarafından hazırlanan “*COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi*” pandemiye müdahaleye hazırlık bileşenleriyle ilgili ayrıntılı bir çalışma örneğidir (Ek 2-D).

5.4 Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı

Hastanede pandemi planı (Olaya Özel Plan) hazırlanırken, öncelikleri belirlemede asgari standart Olay Yönetimi ve Vaka Yönetimi gerekleridir (HAP Kılavuzu, İkinci Bölüm md.8.1.2):

- İlgili Olay Yönetim Araçları (SOP ve diğer düzenlemeler),
 - Triyaj Sistemi Gerekleri (Vaka Yönetimi algoritmaları),
 - Koruyucu Önlemler (Personele, Hastalara, Ekipmana ve Ortama (çevre) yönelik koruyucu önlemler).
- Faaliyetin sürekliliği bakımından sağlık hizmeti sunumunun pandeminin özelliklerine göre düzenlenmesi ihtiyacı göz önüne alınarak, hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) hazırlanırken dikkat edilmesi gereken başlıca hususlara şu örnekler verilebilir³⁶:
- Her yataklı tedavi kurumu için hastane pandemi planı hazırlama komisyonu oluşturulmalı (örneğin, HAP Hazırlama Komisyonu'nda görev alan personele çalışan sağlığı birimi, enfeksiyon hastalıkları, klinik mikrobiyoloji, çocuk enfeksiyon hastalıkları, dahiliye uzmanları ve diğer ilgili personel eklenebilir),
 - Her yataklı tedavi kurumunda pandemi döneminde kurum içi ve dışı koordinasyonun sağlanması amacı

ile bir koordinatör belirlenmeli (örneğin, hastane Olay Yönetim Ekibi (OYE) başkanı ya da üyeleri arasından görevlendirilebilir, hastane türü/ölçeğine göre, örneğin Şehir Hastanesi vd. çoklu hastane yapılarında, koordinatör/yardımcı koordinatör sayısı artabilir),

- Pandemiye müdahale planlaması başlangıçtan itibaren il/ilçe Sağlık Müdürlüğü ile koordine olarak hazırlanmalı,
- Mevcut imkan ve kapasitenin³⁷ etkin kullanımının yanı sıra pandemi özellikli (spesifik) ek görevlendirmeler, kapasite ve birimler (örneğin, yönetim, iletişim, eğitim, sürveyans birimleri) belirlenmeli ve şekillendirilmeli; uygun donanım ve ekipman sağlanmalı,
- Hastane içi ve hastane dışı iletişim planlarında enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri dikkate alınmalı (teletıp, telekonferans, hasta yakını bilgilendirmede mesafe vb.),
- Çalışan personelin tamamı pandemiye müdahale planlamasındaki görev, uygulama, korunma ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmeli ve bilgilendirme sürekli güncellenmeli; Koruyucu Kişisel Ekipman (KKE) ve ilgili diğer teknik malzeme ve destekler eksiksiz sağlanmalı; çalışma koşulları desteklenmeli, hasta/ temaslı personel için fiziksel ve psiko-sosyal korunma/barındırma gerçekleştirilmelidir.

Hastane pandemi müdahale planlaması hazırlıklarında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) evrelerine göre belirlenen **Ulusal Alarm Düzeyleri** dikkate alınmalı, değerlendirilmelidir.

5.5 Hastane Pandemi Planı Çerçevesi

Pandemi için Olaya Özel Plan hazırlığında, yurt içi ve uluslararası bilgi ve belge kaynaklarının³⁹ yanı sıra, 2020'de COVID-19 pandemisi süreçlerinde hastanelerde yaşanan doğrudan tecrübelerin de dikkate alınması önemlidir. Farklı özelliklerde ve ölçeklerdeki sağlık kurumlarında gerçekleştirilen hastane pandemi müdahale yönetimi örneklerinde, planlama çerçevesine esas olabilecek, işlevsel başlıklar şu şekilde gruplanabilir:

1. Hastane Pandemi Müdahale Yönetiminin Organizasyonu:

- 1.1 Pandemide hastane Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunun özellikleri⁴¹
- 1.2 Olay Yönetim Ekibinin takviyesi (enfeksiyon önleme/kontrol sorumlusu katılımı)
- 1.3 Hastane pandemi koordinatörünün göreve başlaması
- 1.4 Pandemi özellikli sağlık hizmetlerini verecek birimlerin harekete geçirilmesi
- 1.5 Kritik personel için acil müdahale bilgilendirmesi (eğitim-rehber doküman)
- 1.6 Hastane içi bilgi, talimat akışı ve anlık haberleşmenin sürekliliği için ek tedbirler
- 1.7 Hastane içi ve dışı bilgi yönetim sistemlerinin entegrasyonu
- 1.8 Kurum dışı paydaşlarla düzenli işbirliği ve koordinasyonun sağlanması
- 1.9 Pandemi için Olaya Özel Plan kontrol listesinin oluşturulması ve uygulanması

2. Hastane Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Artırılması:

- 2.1 Hizmet sunulan branşlar, hastanenin özellikleri
- 2.2 Pandemi dönemi hasta yoğunluğunun hesaplanması (hastalık yükü)
- 2.3 Hastane tedavi kapasitesinin artırılması:
 - a) Yatak kapasitesi ve kullanılabilirliği
 - b) Yoğun bakım kapasitesi ve kullanılabilirliği
 - c) Personel sayısı, özellikleri, dağılımı
 - d) Ekipman, malzeme ve farmasötik envanteri
 - e) Laboratuvar kapasitesi, çalışılan mikrobiyolojik tahliller
 - f) Görüntüleme kapasitesi
 - g) Altyapı sistemleri, lojistik, tedarik kapasitesi
- 2.4 Yeni, ek, özel alan ve hizmet hazırlığı (numune alma kabini, negatif basınçlı alan vd)

3. Hastanede Pandemi Vaka Yönetimi:

- 3.1 Vaka tanımları
- 3.2 Vaka yönetimi algoritmaları
 - a) Triyaj yönetimi
 - b) Vaka tanı ve kabul/taburcu kriterleri
 - c) Tedavi protokolleri
- 3.3 Pandemi tıbbi bakım alanları düzenlemeleri (ayaktan tedavi birimi vb.)
- 3.4 Özellikli alan düzenlemeleri (acil servisler, yoğun bakım, radyoloji, ameliyathane, yataklı servisler, poliklinikler, morg vb.)
- 3.5 Pandemi özellikli sürveyans sistemi
- 3.6 Hastane içi transfer ve acil durum tahliye uygulamaları

4. Hastanede Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri:

4.1 Hastanede standart enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.2 Pandemi özellikli enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

- a) Personele yönelik koruyucu önlemler
- b) Hastalara yönelik koruyucu önlemler
- c) Donanım, malzeme ve tıbbi ekipmana yönelik koruyucu önlemler
- d) Çevresel enfeksiyon kontrolü (atık, yemekhane, çamaşırhane vd)

4.3 Hasta naklinde (iç-dış transfer/araç) enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.4 Hasta materyali (hastalara ait örneklerin) alınması ve naklinde (iç-dış transfer/araç) enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.5 Hasta izlemede enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.6 Hayatını kaybeden hastalara yönelik planlama

5. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler:⁴³

5.1 Çalışma ortamında risklerin azaltılması ile ilgili önlemler:

- a) Pandemide hastane ortamında biyolojik etkenlerle karşılaşmanın azaltılması
- b) Pandemide hastanenin fiziksel, kimyasal ve fiziksel ergonomik risklerinin azaltılması
- c) Pandemide çalışma ortamında psikolojik yükün azaltılması

5.2 Pandemi özellikli işleyiş, çalışma koşulları, iş organizasyonu ve idari hizmetler ile ilgili önlemler

5.3 Çalışanın bireysel özellikleri ve pandemi özellikli ihtiyaçlarının karşılanması

5.4 Psikososyal destek hizmetlerinin bütünsel planlanması, organize edilmesi ve pandemi özellikli kapsayıcılığı Hastane pandemi müdahale yönetimini konu alan Olaya Özel Plan hazırlığında planlama çerçevesine esas olabilecek, ortak işlevsel başlıklar yukarıda belirtilmiştir. Bu başlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) kapsamında yer alan Acil Müdahale Planı (AMP) ile bütünlük içerisinde uygulanmalıdır. Pandemi için hazırlanacak Olaya Özel Plan'da ayrıca belirtilmeyen konularda, yine hastanenin güncel Hastane Afet ve ve Acil Durum Planı'nda (HAP) hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında, Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans işlevleri altında belirtilen görevler ve uygulamalar esas alınacaktır.

Uygulamada ulaşılabilecek bilgi, veri ve sonuçlar HAP Hazırlama Komisyonu tarafından yıllık HAP güncelleme çalışmalarında, özellikle Olay Yönetim Sistemi (OYS) bakımından dikkate alınmalı, yıllık HAP eylem planlarına yansıtılmalıdır.

5.6 Hastane Pandemi Planı Uygulama Örnekleri

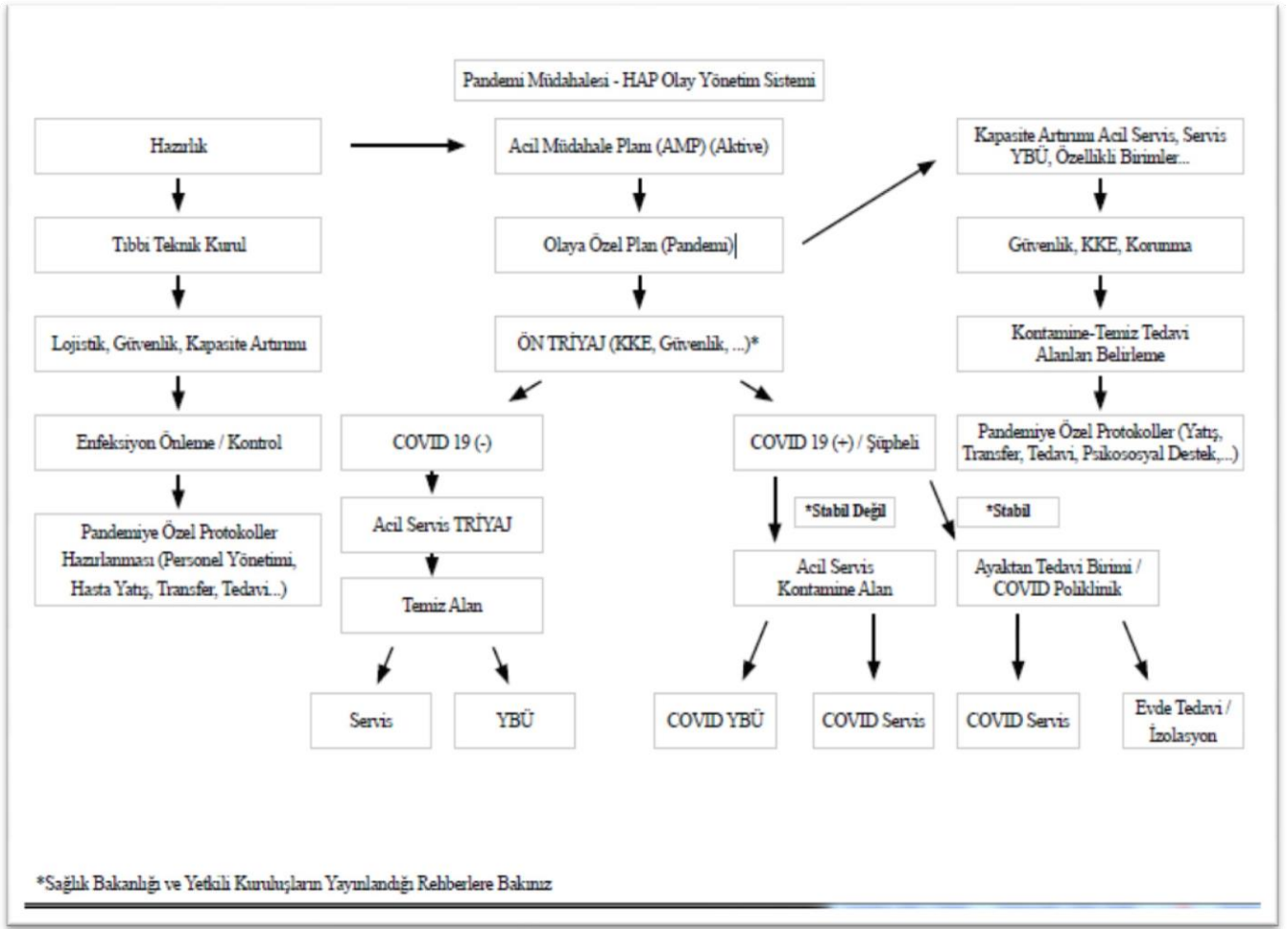
Bu bölümde, ülkemizde COVID-19 pandemisinin ilk aylarından başlayarak, farklı özelliklerde ve ölçeklerdeki sağlık kurumlarında gerçekleştirilen hastane pandemi müdahale yönetimi değerlendirmeleri de dikkate alınarak, uygulamaya dönük başlıca örnekler paylaşılmaktadır.

Bu örnekler, konu olarak başlıca 3 başlık altında toplanmıştır:

- Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu
- Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler
- Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi Uygulama örnekleriyle ilgili temel bilgiler, konuları itibarıyla, aşağıda verilmektedir.

5.6.1 Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu

Pandemi müdahalesi, HAP'ta yer alan hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi çerçevesinde, Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) temel pozisyonları (Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans) altında ve Acil Müdahale Planı (AMP) çerçevesinde uygulamaya geçirilecektir. Hastane OYS temel pozisyonları ve AMP aktivasyonu bakımından, pandemi müdahalesinde gündeme gelen uygulamalara, pandemiye özel ihtiyaçlar, hastanenin özellikleri, T.C. Sağlık Bakanlığı ve yetkili kuruluşların rehberleri dikkate alınarak geliştirilen aşağıdaki algoritma çalışması bir örnek olarak verilebilir:



OYS’de temel pozisyonların tüm hastanelerde aynı şekilde oluşturulması öngörülmektedir; her hastane Yönetim dışında diğer dört temel pozisyonun alt birimlerinin ne ölçüde ve nasıl yapılacağına olay/afet, hastane, yerleşim koşullarını dikkate alarak karar verir.

OYS’nin bu modüler yapısını göz önünde tutarak, pandemi müdahalesi için gerektiğinde her hastane büyüklüğüne, sunduğu hizmetlere göre OYS temel pozisyonları altında ilave birim ve görev düzenlemelerini gerçekleştirmelidir. Bu kapsamda, Kılavuz’da yer alan afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şeması (İkinci Bölüm, md 2.1) çift yönlü gözden geçirilmelidir:

a) Şemada mevcut temel pozisyonlar/işlevler bakımından gerekebilecek pandemi özellikli farklı uygulama, içerik ve görevlerin tanımlanması,

b) Şemada yer almayan pandemi özellikli yeni alt pozisyonların/ işlevlerin/görevlerin tanımlanması ve harekete geçirilmesi. Mart 2020’de pandemi (COVID-19) ilanı ile birlikte, Kılavuz’da belirtilen görev tanımları çerçevesinde, hastanelerde OYS temel pozisyonları ve ilgili alt birimlerinde pandemi özellikli olarak gerçekleştirilen uygulamalara şu örnekler verilebilir:

1. Yönetim pozisyonu: HAP Başkanı’na yardımcı/danışman/destek birimlerin (Tıbbi Teknik Danışma Kurulu ile Kurumlar arası Koordinasyon, İş Güvenliği, Halkla İlişkiler sorumluları ve HAP Sekreteryası) pandemi ihtiyaçlarına göre ek faaliyetlerinin (örneğin, pandemi özellikli risk değerlendirme, koordinasyon, hastane yönetimi, iletişim, eğitim, sürveyans, raporlama, brifingler vd.) belirlenmesi ve gerçekleştirilmesi söz konusudur (örnek): Olay Yönetim Ekibi’nde (OYE) pandemi özellikli yeni görevlendirmeler, hastane pandemi koordinatörü belirlenmesi, AMP aktivasyonunda pandemiye özel değerlendirmeler, Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği ile kurumlar arası koordinasyonun teknik ve içerik özellikleri vd.

2. Planlama pozisyonu: Hastane HAP görev şemasının ve Pandemi Olaya Özel Planı’nın güncellenmesi planlanırken, içerik olarak başlıca şu konulara yer verilmektedir (örnek): Hastane ve personelin korunması önlemleri, hastane personel/tıbbi cihaz/malzeme yönetimi (kaynak yönetimi), hasta/yatak izleme (durum değerlendirme), personel eğitimleri ve eğitim materyali geliştirme ve yayınlama, dokümantasyon, vd.

3. Operasyon pozisyonu: Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunda hemen gündeme gelen ve pandemiye özel uygulama gerektiren konular başlıca şöyledir (örnek): Hasta yönetimi, triyaj, hasta kabul, hasta transfer ve tedavi algoritmaları ve uygulamaları, tedaviye yardımcı birimlerin organizasyonu, pandemi özellikli hastane yatak kapasitesi yönetimi, personel yönetimi (riskli, temaslı ve diğer), güvenlik algoritmaları ve uygulamaları (ayaktan, yataklı servisler), psikososyal destek hizmetleri, bilişim

haberleşme sistemleri altyapısı ve uygulamaları (teletıp, online görüşme, hasta ve yakını bilgilendirme), raporlama, vd.

4. Lojistik pozisyonu: Hazırlık ve AMP aktivasyonu aşamalarında pandemi özellikli başlıca lojistik uygulamaları şöyledir (*örnek*): Personel görevlendirme/çağırma/takip, pandemiye özel kişisel koruyucu ekipman (KKE), tıbbi cihaz ve malzeme envanteri, temini ve yönetimi (triyaj konteyneri, örnek alma kabini, tek kullanımlık malzeme vb.), hastane dezenfeksiyonu ve korunması, hastane havalandırması (negatif basınç vd.), personel ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere lojistik, psikolojik, tıbbi destek sağlanması (görevdeki personel için paket/seyyar yemek, ulaştırma ve barınma sağlanması, karantinadaki personelin barınma ve diğer ihtiyaçlarının karşılanması vb.), raporlama, vd.

5. Finans: Sağlık Bakanlığı genelgeleri çerçevesinde personel ödemelerinin yapılması, tıbbi cihaz, malzeme ve sarf malzemelerinin satın alımı, tahakkuk/faturalandırma, hukuk/tazminat taleplerinin alınması, araştırılması, dokümantasyonu, vd.

5.6.2 Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler

Pandemide hastane Olay Yönetim Ekibinin yönlendiriciliğinde Enfeksiyon Önleme/Kontrol sorumlusu görevlilerin/birimlerin hastane İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) sorumlusu/birimi, Psikososyal Destek sorumlusu/birimi ve İnsan Kaynakları sorumlusu/birimi ile sürekli birlikte çalışması, yukarıda Pandemi Planı Çerçevesi başlığı altında belirtilen 4 ve 5. maddeleri gerçekleştirmek üzere, başta çalışanların enfeksiyondan korunması ve hizmetin sürdürülebilirliği bakımından yaşamsal önem taşımaktadır.

Pandemi için hazırlık ve müdahale koşullarında, çalışan sağlığı ve güvenliği önlemleri ile çalışanın psikososyal iyiliğinin sağlanmasına dair önlemler alınırken, esas olarak,

1) Çalışma ortamında risklerin azaltılması ile ilgili önlemler (biyolojik, fiziksel, kimyasal, ergonomik koruma boyutları ve psikolojik risk önleme boyutu),

2) İşleyiş, iş organizasyonu ve idari hizmetler ile ilgili önlemler (yönetim, sevk ve idare boyutu),

3) Çalışanın bireysel özellikleri ve sağlık risk grubuna göre öncelikli gereksinimlerini karşılanmasına yönelik önlemler (insan kaynakları boyutu),

4) Psikososyal destek hizmetlerinin (yukarıdaki üç maddede yer alan öğeler ve alt boyutları gözetilerek) bütünsel planlanması, organize edilmesi ve pandemi özellikli kapsayıcılığı söz konusudur.

Bu önlemlerin hayata geçirilmesinde ihtiyaçların, yukarıdaki gruplamalar temelinde, ilgili sorumlu, yetkili kişi/birimler ile birlikte tespit edilerek temin edilmesi önemlidir.

1. Çalışma Ortamında Risklerin Azaltılması ile İlgili Önlemler:

Sağlık hizmetleri işyeri tehlike sınıfları listesinde çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Bunun nedeni sağlık çalışanlarının çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, güvenlik ve psikososyal tehlikelere maruz kalabilmeleridir. Bu maruz kalım düzeyinin toplu ve kişisel koruma önlemleri ve ekipmanlarıyla en aza indirilmesi, aynı şekilde, çalışma ortamıyla ilgili izlem, düzenli gözlem, periyodik ölçüm ve bildirim-geri bildirim akışının sağlanması sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği bakımından belirleyicidir.

Pandemi koşullarında çalışma ortamında mevcut ya da yeni tehlikelerin öngörülebilir ya da öngörülemez biçimde risklere dönüşmesi, mevcut risklerin daha ağırlaşması söz konusu olabilmektedir. Örneğin, başta biyolojik etkenlerdeki artış, pandemi nedeniyle yoğun kimyasal kullanımı, fiziksel etkenlerin olumsuz yönde farklılaşması ve diğer olumsuzluklar gündeme gelmektedir. Bu çerçevede, olağan dönemlerdeki işleyişten farklı ve ek olarak, pandemi koşullarında dikkat edilmesi gereken özellikli konulara şu örnekler verilebilir:

a) Pandemide hastane ortamında biyolojik etkenlerle karşılaşmanın azaltılması:

Pandemi özellikli çalışma ortamında biyolojik risk söz konusudur. Biyolojik risklerin önlenmesi/azaltılması doğrultusunda önlemler alınırken, çalışanların etkene maruz kalma yönünden çalışma ortamında risk grubu gözetilen ve maruz kalma düzeyini azaltacak ihtiyaçlarının karşılanması yaşamsal önem taşımaktadır, örnek olarak:

• Farklı çalışma birimlerinin etkenle karşılaşma ve maruz kalma olasılıkları ile ilgili ihtiyaçları gözetilerek, çalışanların enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri konusunda bilgilendirilmesi, uygulaması ve izlenmesi için gerekli koşullar sağlanır.

• İş görev ve birim özelinde çalışana ihtiyaç duyabileceği pandemi özellikli malzemeler ile kişisel koruyucu ekipman ve donanım (KKE ve KKD) temini ve sürdürülebilir olarak sağlanması planlanır.

• Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için İSG önlemleri ve hızlı risk değerlendirmesi yapılır. Süreç ve bireysel maruz kalımlar kayıt, bildirim, düzeltme ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

b) Pandemide hastanenin fiziksel, kimyasal ve fiziksel ergonomik risklerinin azaltılması:

Pandemi özellikli çalışma ortamında, mevcut risklerin düzeltilmesi, yeni/ek risklerin önlenmesi bakımından dikkat edilmesi gereken başlıca konulara örnek olarak:

- Fiziksel riskler olarak ele alınan ısı, ışık havalandırma, enerji, ısıtım/radyasyon, gürültü, titreşim ve radyoaktif madde ile ilgili mevcut takip edilen kritik noktaların, ilgili ekipman ve ortamların güvenliğinin sağlanmasının aksamaması, ortamlarda yapılan değişiklikler ve uygulamalarda bu özelliklerle ilgili ek riskler oluşmaması için durum, denetim, iç kontrol süreçleri pandemi uygulaması özelinde değerlendirilmeli; ortam değişikliklerinde gözden geçirilmeli, kayıt altına alınmalı ve erken uyarı ile ilgili riskler önlemelidir.
- Hastane ortamında mevcut ve pandemi nedeniyle ihtiyaç duyulan mevcut ya da yeni kullanılmaya başlanılan kimyasallar açısından ek risklerin oluşmaması için kimyasal yönetim planı gözden geçirilmeli; düzenli kontrol ile izlem yapılmalı, ilgili personelin dikkati yönlendirilmeli ve erken uyarı hazırlığı aktif olmalıdır (dezenfektanlar, kimyasal uçucu gazlar, ve kullanım prosedürleri vb).
- Pandemi koşullarında başta hasta akını, ağır hasta bakım yükünün karşılanması olmak üzere, hastanenin bilgi ve/veya enerji ağırlıklı tüm hizmetlerinin ve çalışanlarının eş zamanlı devrede olması, hastanenin teknik-mühendislik, sosyal ve çevresel bakımdan amaca uygun, kullanıcı dostu bir ortama sahip olmasının önemini vurgulamaktadır. Hasta ve çalışan güvenliği ve mahremiyetine önem veren araç ve düzenlemelerin tercih ve temin edilmesi (paravan, koruyucu kabin uygulamaları, hasta taşıma nakil araçlarının sağlanması vb.); hastaya bakım sağlayanların hizmeti uygulama kurallarını eksiksiz bilmesinin ve hizmet verirken kendi fiziksel kapasitesine zarar vermeyecek, başkalarını tehlikeye atmayacak ve ek stres yaratmayacak araç, malzeme, teçhizat kullanmasının sağlanması vb. ergonomik faktörler özellikle dikkate alınmalıdır.
- Çalışanın pandemi koşullarında söz konusu riskler çerçevesinde, kendisini ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için gerekli İSG önlemleri alınmalı ve hızlı risk değerlendirmesi yapılmalı; süreç ve bireysel maruz kalımlar kayıt, bildirim, düzeltme ve geribildirim ile sistematik olarak izlenmelidir.

c) Pandemide çalışma ortamında psikolojik risklerin azaltılması:

Hastaneye giren-çıkan, kalabalık ve trafik kontrolü, güvenlik ihlallerinin önlenmesi, emniyet ve asayiş faaliyetleri, kısaca tüm boyutlarıyla hastane güvenliği çalışma ortamında psikolojik risklerin önlenmesi/azaltılmasında belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu durum ek stres ve gerginliklerin yoğunlaştığı pandemi koşullarında özellikle önemlidir. Bu kapsamda, hastane ortamında ihtiyaca göre, hemen erişilebilir psikolojik risk önleme, erken uyarı, olay-durum bildirim alanları/bölgesi kurulması vd. önlemler alınmalıdır. Bu çalışmalar Güvenlik ve Psikososyal Destek ve diğer ilgili birimlerin işbirliğiyle şekillendirilmelidir.

2. Pandemi Özellikli İşleyiş, İş Organizasyonu, Çalışma Koşulları ve İdari Hizmetler ile İlgili Önlemler:

Pandemi koşullarında hastane işleyişi, iş organizasyonu, çalışma koşulları ve idari hizmetlerin gereken önlemleri sağlamak üzere güçlendirilmesi belirleyici önemdedir. Bu kapsamda çalışanlar bakımından çalışma zamanları, süreleri, iş yükü ve psikososyal etkenler vd. ilgili risk durumunun değerlendirilmesi, iş akışı, prosedür, organizasyon vb. çalışma koşullarının olabildiğince ve sürekli iyileştirilmesi önemlidir. Pandemiye hazırlık ve müdahalede etkili sonuçlar alınması çalışma koşullarında önceden yapılacak hazırlık ve önlemlerle yakından ilişkilidir, örnek olarak:

- Yüksek uzmanlık gerektiren alanlarda çalışan personelin ekip dinamiklerini korumak amacıyla iç rotasyonu ve hizmet içi eğitimi zamanında planlanarak eğitimleri yapılmalıdır.
- Gereksinim duyulan uzmanlık alanlarında sürdürülebilirliği sağlayacak insan gücü planlaması gözetilerek talepte bulunulmalıdır.
- Kritik durumdaki hastalara özellikli bir ekip ve ekipmanla müdahale, hızlı ve kesin karar verilmesini destekleyici tasarıma sahip kompleks cihaz sistemlerinin bulunması sağlanmalıdır.
- Çalışma zamanları, dinlenme zamanları ve iş yükü gerek çalışanların işlevselliği gerekse risk gruplarının korunması açısından pandemi önlemlerinin elverdiği azami düzeyde dikkate alınmalıdır.
- Çalışanın, pandemi özellikli çalışma zamanları dışında, aile, sosyal ve özel yaşam gereksinimleri (eviş arayüzü destek gereksinimleri) gözetilerek, bu önceliklerinin pandemi özellikli önlemlerle buluşturulması desteklenmelidir.
- Pandemiye özel çalışma koşulları dikkate alınarak, çalışanın ailesi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle ilgili özel gereksinimlerin belirlenmesi ve destek sisteminin oluşturulması (örneğin bakıma muhtaç aile bireyi, yaşlı aile üyesi, bebek-çocuk bakımı, tek yaşarken enfekte olmak, vb.) sağlanmalıdır.
- Pandemi koşullarında, çalışanların görüş alma, bilgilenme ve gereği halinde karar alma sürecine güvenli

(olabildiğince temassız) katılımının sağlanması için teknik bilişim-iletişim altyapı düzenlemesi dikkate alınmalıdır.

- Pandemiye özel çalışma ortamında çalışana karşı şiddet, saldırı vb. farklı güvenlik risklerinin kontrolü için önceden değerlendirme yapılarak, önlem alınmalıdır; acil durum, acil yardım organizasyonu ve ilgili enfeksiyon kontrol, iş sağlığı ve güvenliği bildirim yeri, kaydı, yetkilisi ve prosedürleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

- Olası sorunlar için çalışanların ortam, koşul, süreçler ile ilgili gözlemleri ve deneyimleri konusunda erken bildirim ile önlem alınması için bildirim-erken uyarı bilgi akışı sağlanmalıdır.

- Çalışma koşulları ile ilgili psikososyal destek hizmeti planlaması yapılmalıdır.

3. Çalışanın Bireysel Özellikleri ve Pandemi Özellikli İhtiyaçlarının Karşlanması:

Pandemi süreçlerinde çalışan odaklı koruma koşulları her zamankinden önemlidir:

- Çalışanın öncelikle risk grubunda olup olmadığının değerlendirilmesi ve sağlık durumu ile ilgili bireysel ihtiyaçlarının sağlanması pandemi koşullarında özellikle önemlidir; örnek olarak, çalışanın yaşı, cinsiyeti, çalışılan birimdeki malzeme vb. kişisel uygunluğu ve ilgili gereksinimlerinin karşılanması söz konusudur.

- Bireysel sağlık durumunun sağlık riski açısından değerlendirilerek gereksinimlerinin (örneğin, kronik hastalığı, lens-gözlük kullanımı, ilaç kullanımı vb.) temini ve çalışanın yararlanabileceği bireysel danışma, bildirim izlem, destek erişiminin sağlanması dikkate alınmalıdır.

- Çalışanların işyerinde kişisel ihtiyaçlar ile ilgili düzenlemeler için birim temelinde önceden hazırlık yapılmalıdır (örneğin, duş, acil duş, bakım-yardım hizmeti planı, çalışma zamanlarında uygun dinlenme alanı, kişisel bakım malzemeleri, hijyen malzemeleri, gerektiğinde kıyafet hijyeni vb. ihtiyaçların sağlanması süreçleri).

- Çalışanın iş sağlığı ve güvenliği ilgili olaylar (kaza, hastalık, temas vb.) kayıt altına alınmalı ve bu konuda işleyiş hakkında bilgilendirilerek daha sonraki mağduriyetleri önlenmeli, meslek ve özlük hakları açısından hukuki sorunlar yaşanmaması için ilgili bildirimler yapılmalıdır.

- Çalışanın bireysel özellikleri ile ilgili psikososyal öncelik durumu ve destek gereksinimleri düzenli izlenmeli, değerlendirilmelidir.

4. Psikososyal Destek Hizmetlerinin Bütünsel Planlanması, Organizasyonu ve Pandemi Özellikli Kapsayıcılığı:

Pandemi koşullarında psikososyal destek hizmetleri kapsam, içerik ve uygulama olarak, kurum içinde ve dışında, tüm ihtiyaçların dikkate alınarak sürdürülmesi gereken, en yaygın, en yoğun ve en uzun süreli hizmetlerdendir. Pandemide hastane çalışma ortamı, koşulları ve çalışanların ihtiyaçları bakımından psikososyal destek hizmetlerine bütünsel yaklaşıma örnek olarak:

- Olağan dönemlere kıyasla, fiziksel ve duygusal olarak ağırlaşan çalışma koşullarının yol açabileceği çökkünlük (tükenmişlik) ve yanı sıra mesleki stres başta olmak üzere pandemi özellikli psikososyal destek ihtiyacı, bireysel ve kurumsal düzeyde, koordine olarak karşılanmak durumundadır. Bunun için sağlık çalışanları için özellikli destek sunan mekanizmaların hayata geçirilmesi ve hastanedeki ruh sağlığı uzmanlarından (psikolog, psikiyatrist, çocuk gelişimi uzmanı vb.) veya mevcut yerel ve merkezi hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır. Bu noktada psikososyal destek hizmetleri her düzeyde, her meslekte sağlık hizmet sunumunda yer alan tüm çalışanları hedeflemelidir.

- Pandemi koşullarında, sağlık çalışanı ve destek personeli için başlıca zorlukların pandemi süreci belirsizliğinin yarattığı kaygı, iş yükünün ağırlaşması, kendi yaşam alanından, aileden ve destek sisteminden uzak ve izole olarak yaşamak durumunda kalmak, evde steril ortam yaratma çabası ve kendini yakınlarına dokunma konusunda baskılama, insanların tedbir almadığını düşünerek öfke ve umutsuzluk duyma, yakın çevreye bulaştırma korkusu, ekip arkadaşlarından kopma, ekip arkadaşlarının enfekte, hasta olması ve hayatını kaybedenlerin yarattığı çökkünlük, şiddete maruz kalma kaygısı vd. olduğu gözlenmiştir. Çalışanların hem iş yaşantılarında hem de kişisel hayatlarında işlevselliklerinin azalmasına yol açabilecek bir potansiyel taşıyan bu durumlar karşısında, psikososyal destek hizmetlerinin, çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesi, bedensel ve psikolojik sağlıklarının korunması için gerekli önlemlerle birlikte planlanması ve hayata geçirilmesi söz konusudur.

- Pandemi süresinin görece uzunluğu göz önüne alındığında, pandemiyle etkin şekilde mücadele edebilmek için psikososyal faktörlerin sağlık çalışanları üzerinde önemli psikolojik sıkıntılara neden olabileceği gözetilmeli ve temel olarak çalışan odaklı çalışma ortamının düzenlenmesine yönelik bir bakış açısı getirilmelidir. Ekip çalışmasının önemi ve psikolojik destek programlarının sürekliliği her düzeyde (sağlık yöneticileri ve diğer ilgililer de dahil olacak şekilde) ve sürekli olarak sağlanarak, çalışma ortamının stresli özelliklerinin en aza indirilebileceği düzenlemeler yapılmalıdır.

- Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ailelerinin psikososyal destek faaliyetlerinde aktive edilmesi önemlidir. Örneğin çalışanın yalnız yaşaması, ailesinde bakmakla yükümlü bebek, bakıma-korumaya

muhtaç çocuk, yaşlı, engelli, kronik hastalık vb. olduğu durumların takip edilmesi gibi destekleyici bir yaklaşımın geliştirilmesinin gerekliliği öne çıkmaktadır.

• Tüm sağlık çalışanlarının stres tepkileri ve zaman içinde yaygınlaşma veya kötüleşme seyri gösteren çalışanların olabileceği değerlendirilerek, psikososyal destek almalarıyla ilgili psikolojik triyaj çalışmalarının hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.

5.6.3 Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi

Hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) uygulaması için prosedür geliştirilirken, HAP Hazırlama Kılavuzu'nda Ekler bölümünde yer alan, afet/acil durumlarda genel müdahaleye yönelik Standart Operasyon Prosedürleri (SOP) ve diğer Olay Yönetim Araçları dikkate alınabilir. Aşağıda, örnek olarak bir listesi verilen mevcut SOP'lardan yararlanılarak, her hastanenin yapısal ve işlevsel özellikleri, ölçeği, hizmet/görev alanı dikkate alınmak kaydıyla, pandeminin gerektirdiği ve öncelikli olan düzenlemeler yapılabilir, yeni başlıklar eklenebilir.

Kılavuz'da yer alan mevcut SOP başlıklarından öncelikle ilgili örnekler şöyledir:

SOP 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

SOP 3 Olay Yönetim Ekibinin, Olay Yönetim Merkezinin, Afet ve Acil Durum Müdahale Planının Aktive Edilmesi

SOP 5 Tıbbi Triage Yönetimi

SOP 8 İnsan Kaynakları Yönetimi

SOP 9 Bilgi Yönetimi

SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi

SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi

SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi

SOP 15 Güvenlik Yönetimi

SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi

SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi

SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

SOP'larda spesifik alanlarda hastane ihtiyaçlarına uygun pandemi özellikli düzenlemeler yapılırken, her SOP'ta yer alan İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri bölümü de, alan ihtiyaçlarına uygun, bir kontrol mekanizması (listesi) olarak şekillendirilmelidir.

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A. HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

A/1 : Tesis Sistemleri Durum Formu (HAP Kılavuzu Form 5)

A/2 : Olay Eylem Planı Standart Formu (HAP Kılavuzu Form 6)

A/3 : Bilgi Yönetimi İçin Genel Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 28)

A/4 : Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 30)

A/5 : İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu (HAP Kılavuzu Form 22)

B. Olaya Özel Planlar Çerçevesinde Kullanılacak Formlar

B/1 : Tahliye Edilen Malzeme / Ekipman Takip Formu

B/2 : Hasta Tahliye Takip Formu

B/3 : Personel Tahliye Takip Formu

B/4 : İş Sürekliliği Olay Eylem Planı Formu

B/5 : Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Form

B/6 : Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşımı Takip Formu



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



.....BİRİMİ-PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU

HAP.FR.52

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat					Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati		
Tahliye Kararının Tarih ve Saati					Tahliye Bitiş Tarih ve Saati		
Sıra No	Personelin Adı Soyadı	TC Kimlik No	Ünvanı	Görevi	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Telefon Numarası	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI FORMU



HAP.FR.53

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay (Ad/ Kod):	Yer (Konum):
Tahmini süre:	
Etkilenen Birim(ler)/işlevler:	
Göreve Çağrılan Kurtarma Ekibi(leri):	
Olay Eylem Planı'nın uygulamaya geçirilmesinde genel sorumluluk kime ait:	
Olay Eylem Planı'nı hazırlayan: işlev / ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nı onaylayan: işlev / ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nın adı:	
DURUM ÖZETİ	
Olay Yönetiminin Amacı ve Hedefleri (paydaşlar dahil)	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başetme yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/iyileştirme Stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Haberleşme planı (Teknik detaylar, irtibat listeleri)	
Tahmini maliyet	

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
**HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE
YÖNELİK FORM**



HAP.FR.54

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olayın Niteliği:

Bu formu dolduran Olay Yönetim Ekibi / Departman (Bölüm) üyelerinin isimleri ve görevleri*:

Tarih ve saat:

Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:

Sıra	Konu	Açıklamalar	Bilgi Kaynağı
1	Acil durumun niteliği		
2	Etkileyen/neden olan faktörler		
3	İşin sekteye uğraması maksimum kesinti süresini aşarsa ve hedeflenen kurtarma süresine uyulamazsa; oluşması beklenen sağlık sorunları (bkz. etkinleştirilen iş sürekliliği prosedürü)		
4	Tesislerin, ekipmanın ve malzemelerin gördüğü hasarlar (fiziksel/yapısal)		
5	Hastane hizmetlerini sunmak için gerekli olan sistemlerin gördüğü hasarlar (özellikle lojistik yönetimi sistemi; nasıl; ne kadar; kaç tane)		
6	Gelecek saatlerde ya da günlerde gerçekleşmesi tahmin edilen olası eğilimler		
7	Mevcut temel kısıtlamalar (personel, haberleşme, lojistik, güvenlik)		
8	Özellikle kritik iş fonksiyonlarının kurtarılması ve temel hastane hizmetlerinin sağlanmasına yönelik eylem öncelikleri (öncelik sırası ya da zaman içindeki sıralamaya göre listeleyin)		
9	Departman ve birim düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
10	Genel hastane düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
11	Hasarın yeniden değerlendirilmesi ve sağlık ihtiyaçlarının tespiti için uygulanacak olan izleme mekanizmaları ve prosedürleri (sıklık, kim, nasıl, ne zaman, kime rapor edilecek)		
12	İhtiyaç duyulan dış kaynaklara ilişkin ilk değerlendirme (ne, kim, nasıl, ne zaman)		

* Eylemlere yönelik öneriler / Kararlar (tüm temel eylemleri belirtin; ne, ne zaman, kim, nasıl, nerede) doğrudan ve/veya ilgili Departman ile koordineli olarak Olay Yönetim Ekibi tarafından doldurulacaktır.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU

HAP.FR.55

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:					
Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:			Yer (Konum):		
Sayfa Numarası:					
	BİLGİ PAYLAŞILAN KİŞİ / KURUM		BİLGİ		
Tarih/Saat	Bilgi Veren (Olay Yönetim Ekibi)	Bilgi Verilen	Konusu	Karar Verilen Eylemler (ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)	Eylemlerin Takibi ve İzlenmesi (ne, nasıl, kim, ne zaman)

- ✓ Olay Yönetim Ekibi tarafından İş Sürekliliği Olaya Özel Planında kullanılacaktır.
- ✓ Bu kayıt, yalnızca ana paydaşlar için kullanılmaktadır (ilk müdahale edenler, diğer hastaneler, ana tedarikçiler). Bu kayıt belgesi, her zaman “genel bilgi takip kayıt belgesi” (Form ...) ile birlikte doldurulmalıdır

**HASTANE AFET VE ACİL
DURUM PLANI
HAZIRLAMA KILAVUZU
EKLERİ**

EK 1-A İş Akış Talimatları

HAP Başkanı İş Akış Talimatı

Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı

Eczane Birim Sorumlusu Akış Talimatı

Görüntüleme Birimi Sorumlusu İş Akış Talimatı

Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı

EK 1-B Standart Operasyon Prosedürleri

SOP 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi

SOP 2 Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktivasyon-Alarm Sürecinin Değerlendirilmesi

SOP 3 Olay Yönetim Ekibi (OYE), Olay Yönetim Merkezi (OYM) ve Afet ve Acil Durum Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi

SOP 4 Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi

SOP 5 Tıbbi Triyaj Yönetimi

SOP 6 Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli

SOP 7 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu

SOP 8 İnsan Kaynakları Yönetimi

SOP 9 Bilgi Yönetimi

SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi

SOP 11 Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler

SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi

SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi

SOP 14 Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi

SOP 15 Güvenlik Yönetimi

SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi

SOP 17 Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi

SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi

SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

SOP 20 Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

EK 1-C Formlar

Form-1 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Görevlendirme Formu

Form-2 Brifing Formu

Form-3 Olay Bildirim Formu

Form-4 Operasyon Kayıt Formu

Form-5 Tesis Sistemleri Durum Formu

Form-6 Olay Eylem Planı Standart Formu

Form-7 Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu

Form-8 Hastane Giriş Kayıt Formu

Form-9 Hasta Dosyası Formu

Form-10 Hasta Takip Listesi Formu

Form-11 Hastane Olay İstatistik Formu

Form-12 Hasta Son Durum Listesi Formu

Form-13 Durum Rapor (İdari Birimler) Formu

Form-14 Durum Raporu (Yataklı Servis İçin Örnek) Formu

Form-15 Hasta Eşyası Teslim Formu

Form-16 Mevcut Personel Kayıt Formu

Form-17 Göreve Gelen Personel Kayıt Formu

Form-18 Personel Mesai Tablosu Formu

Form-19 Olay Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu

Form-20 Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu

Form-21 Alana Malzeme (Demirbaş, İlaç, Tıbbi Sarf vb.) Gönderme Takip Formu
Form-22 İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu
Form-23 Malzeme Takip Formu
Form-24 Özel Alanlar Formu
Form-25 Finans Yönetimi Kayıt Formu
Form-26 Lojistik Yönetimi Kayıt Formu
Form-27 Yönetimi Kayıt Formu
Form-28 Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu
Form-29 Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu
Form-30 Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu
Form-31 Psikososyal Risk Analizi Formu
Form-32 Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu
Form-33 Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu
Form-34 Diyaliz Bilgisi Formu
Form-35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu
Form-36 Personel Bilgi Formu
Form-37 Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu
Form-38 Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu
Form-39 Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu
Form-40 Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu
Form-41 Firmalar ve Kritik Tedarikçiler Takip Formu
Form-42 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon İletişim Formu
Form-43 Kurtarma- Söndürme-İlkyardım Ekibi İletişim Formu
Form-44 HAP Yılı Eğitim-Tatbikat Planı Formu
Form-45 HAP Yılı Eğitim Rapor Formu
Form-46 HAP Yılı Tatbikat Rapor Formu
Form-47 Afet ve Acil Durum Kurum Rehberi
Form-48 Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu
Form-49 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu
Ek 1-D Acil Servis Departman / Servis / Birim Müdahale Prosedürü
EK 2-A Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi
EK 2-B Güvenli Hastane Kontrol Listesi
EK 2-C KAISER Risk Analizi
EK 2-D COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi
EK 3-A HAP Onay Sayfası
EK 3-B HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
HAP BAŞKANI İŞ AKIŞ TALİMATI



HAP.İAT.: 01

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Görev;

- Olay Yönetim Merkezi ve Olay Yönetim Ekibini (OYE) organize etmek ve yönetmek,
- Hastane afet yönetimi ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri vermek,
- Gerekirse hastane tahliye işlemini başlatmak,
- Yürütülen faaliyetlerin gerektiğinde sonlandırılmasına karar vermek.

Gerçekleştirilecek Eylemler

İlk Eylemler

- HAP Başkanı olarak OYE'yi aktive etmek amacıyla OYE üyelerini(telefon, telsiz, çağrı cihazı vb.) ile çağırın,
- OYE'nin hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verin (tüm faaliyetler için; bir üye birden fazla işlevden sorumlu olabilir),
- Acil Müdahale Planı'nın faaliyete geçirilme düzeyi konusunda yetkili üst yöneticilere rapor verin,
- OYE üyelerine sorumluluklarını bildiren iş akış talimatları/görev yelekleri/ilgili formlar ve kayıtları dağıtın,
- OYE üyelerine, raporlama zamanını belirterek görevler verin,
- Sekreteryaya işlerini yürütecek personeli belirleyin ve iş akış talimatlarını dağıtın; ilgili formların kullanıma hazır olmasını, doldurulmasını ve kayıtların sekreteryanın kontrolünde olmasını sağlayın,
- Olay Yönetim Merkezinde bulunan personel, stoklar, malzemeler ve kapasitelere ilişkin bilgilerin güncelliğini kontrol edin; bilgi takibi yapmak için üyeleri görevlendirin;
- Mevcut bilgiyi gözden geçirin ve sonraki iki saat boyunca OYE için ilk olay eylem planını hazırlayın,
- Olayın, hastane hizmetlerinin sunulmasına etkisi konusunda bilgi edinin,
- Planlama ve Operasyon bölümlerinden OYE tarafından belirlenen zaman dilimine ait olay eylem planını belirlemelerini isteyin,
- OYE'nin toplantı ve brifing zamanına karar verin,
- Hastane genelinde değerlendirme raporunun zamanlamasına (4, 8, 12, 24, 48 saat) karar verin,
- Haberleşme cihazlarının ve personelinin, faaliyete hazır olmasını sağlayın,
- Kritik hizmetlerde devam eden faaliyetlerin raporunu alın (ameliyathane, röntgen, acil servis, yoğun bakım ünitesi, ayaktan tedavi bölümü vb.),
- Mevcut yatak kapasitesine ilişkin rapor alın.

Devam Eden Eylemler

- OYE üyeleri tarafından karar verilen kaynakların seferber edilmesine izin verin,
- Departman/Servis/Birimlerin Sorumlularıyla, OYE için rutin raporlama mekanizmasını ve zamanlamasını belirleyin,
- Personel nöbetlerinin düzenlenmesini sağlayın,
- İlgili yetkili yöneticiler ile irtibata geçin ve alınan talimatlara göre hareket edin,
- Kaynakları izleme kayıtlarının, düzenli olarak güncellenmesini sağlayın,
- Olay eylem planının uygulanmasına izin verin (OYE'ye sunuldukları gibi),
- Seferber edilen kaynaklarla birlikte yatak kapasitesinin artırılmasına yönelik eylem planını belirleyin,
- Hastanenin tıbbi kapasitesine ilişkin olarak düzenli raporlar isteyin.

Süresi Uzayan Eylemler

- Herhangi bir dahili olumsuz olayın derhal rapor edilmesini ve buna karşı tedbir alınmasını ve bu tedbirlerin uygulanmasını sağlayın,
- İstenildiği takdirde, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kriz Koordinasyon Merkezi,

İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilik Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'nde koordinasyon toplantılarına katılın,

- Lojistik ve malzeme ihtiyaçlarının, duruma göre öngörülmesini sağlayın,
- Tüm personelin psikososyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını ve yeterli düzeyde yönetilmesini sağlayın.

Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunun Sona Ermesi

- AMP aktivasyonunun sona erdiğini yoluyla bildirin (telefon, telsiz, çağrı cihazı vb. belirtin),
- 112 AÇM/KKM/İl SAKOM'a aktivasyonun sona erdiğini bildirin,
- Sonraki 24 saat için personel görevlendirilmesini değerlendirin,
- Operasyonel süreçlerle ilgili raporlar hazırlayın,
- Gerekirse, personelin psikososyal destek almasını sağlayın,
- Olayın değerlendirilme sürecine katılın.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

- Hastaların takibi için.....
- Kapasiteleri değerlendirmek için.....
- Bilgi paylaşımı için.....
- Alınan karar için.....

Rapor Vereceğiniz Kişi:

Üst Sağlık Yetkilisi.....

Kimlik Belirleme

Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.



ACİL SERVİS SORUMLU DOKTORU İŞ AKIŞ TALİMATI

HAP.İAT.: 02

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Görev;

- Acil Servisin iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak Acil Servisin tıbbi müdahalesini koordine etmek ve yönetmek,
- Yaralıların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak,
- Rutin acil durumlar ve hasta/yaralılar için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla Acil Servis'in iş yükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak,
- Afet ve acil durumda Acil Servisin genel yönetimini sağlamak.

Gerçekleştirilecek Eylemler

İlk Eylemler

Afet ve Acil Durum Yönetimi Organizasyon şemasını gözden geçirin,

- Mevcut Acil Servis personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verin,
- Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize edin; bu konuda karar alması için bir acil servis hekimini görevlendirin,
- Hasta kabullerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlayın,
- İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlayın
- Halihazırda mevcut kaynakları değerlendirin,
- Acil Servis için Müdahale Prosedürü'nün faaliyete geçirilmesini sağlayın,
- OYE ile birlikte hareket edin.

Devam Eden Eylemler

- Kanıtların daima kurtarılmasını sağlayın,
- Resüsitasyona ihtiyacı olanlara özel dikkat göstererek yaralıların bakımını yönetin,
- Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek departman/servis/birimlerle irtibata geçin,
- Acil Servise kabul edilen yaralıların, klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlayın,
- Personelin ihtiyaçlarını tahmin edin ve bu doğrultuda OYE'den istekte bulunun,
- Acil Serviste çalışan tüm personele düzenli brifing verin,
- Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin edin ve OYE'den talepte bulunun,
- Ölen hastaların, hastane geçici morgu olarak işlev gören özel alanlara transfer edilmesini sağlayın (kimlik tespit etme sürecine katkıda bulunmaya yönelik Standart Operasyon Prosedürü'ne uyun).

Süresi Uzayan Eylemler

- Diğer servisler için (Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane vb.) planlanan hizmetlerin ve imkânların durumu konusunda son durumdan OYE'yi daima haberdar edin,
- Talep edilmesi durumunda, hastane içi transfere yardımcı olun.

Acil Servis Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi

- Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlayın,
- Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlayın,
- Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirin,
- Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılın,
- Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletin.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

- Hasta takip çizelgesi
- Kayıtlar
- Formlar.....

Rapor Vereceğiniz Kişi:

Operasyon Şefi (OYE)

Kimlik Belirleme

Görev yeleşinizi giyin ve ilgili personele yeşekleri dağıtın



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
ECZANE SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI



HAP.İAT.: 03

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Görev;

Olay Yönetim Ekibi ile Eczane faaliyetlerinin koordinasyonundan sorumludur:

- Eczanenin personel ihtiyaçlarını belirlemek,
- İlaç ve intravenöz sıvıların klinik alanlara hızlıca temin edilmesini sağlamak,
- Kullanılan ilaçların kayıtlarının sürdürülmesini sağlamak.

Gerçekleştirilecek Eylemler

İlk Eylemler

- OYE ile iletişime geçin,
- Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlayın; Operasyon Şefine durum raporunu sunun,
- OYE'den düzenli olarak brifing alın,
- Eczane personeline bilgi ve talimatlar verin,
- Faaliyetleri düzenleyin ve uzman personelin katılımını sağlayın (7/24),
- Eczane tarafından tedarik edilen ilaç ve intravenöz sıvılara veya diğer maddelere olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçin,
- Taburcu olan hastaların kullanacağı ilaç/malzemelerin, özel eczanelerden nasıl temin edilmesi gerektiğini belirleyin,
- Gerekli olması durumunda acil ilaç veya diğer maddelerin temin edilebilmesi için ecza depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verin.

Devam Eden Eylemler

- Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olun,
- Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirin,
- Operasyonel brifinglere katılın,
- Personele, mümkün olduğunca sık, operasyonel rapor verin ve personeli son durumdan haberdar edin,
- Eczane hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlayın.

Süresi Uzayan Eylemler

- Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturun,
- Ekip üyelerinden durum raporu alın,
- Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlayın,
- Operasyon Şefini (OYE), durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar edin,
- Personele dinlenme süresi verin.

Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi

- Aktivasyonun sona ermesi kararı alındığında,normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlayın,
- Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlayın,
- Faaliyet raporlarını hazırlayın,
- Tüm gerekli belgeleri OYE'ye iletin (özel kayıtlar ve formlar)

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar

Formlar

Raporlama mekanizması.....

Rapor Vereceğiniz Kişi:

Lojistik Şefi (OYE)

Kimlik Belirleme

Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
GÖRÜNTÜLEME BİRİMİ ÇALIŞANI İŞ AKIŞ TALİMATI



HAP.İAT.: 04

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/1

Görev;

- İlerleyen saatler için görüntüleme biriminin işlem kapasitesini değerlendirmek,
- Acil olmayan görüntüleme işlemlerini iptal etmek ve hastanın gönderen kliniğe geri sevk edilmesini sağlamak,
- Yapılan işlemlerin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlamak,
- Gerektiğinde görüntüleme biriminin imkan ve kapasitesini artırmaya yönelik ek planlamalar yapmak,
- Görevi devralacak personel gelene kadar birime liderlik etmek.

Gerçekleştirilecek Eylemler

İlk Eylemler

- Görüntüleme işlemleri açısından, birimin mevcut personel ve kaynak kapasitesini değerlendirin,
- Servislere geri gönderilebilecek hastaları belirleyin ve bu hastaları servislere nakil edin,
- Acil olmayan tüm işlemleri iptal edin,
- OYE ile işbirliği yapın,
- Kayıt tutmak için ilgili formları ve kayıtları kullanın.

Devam Eden Eylemler

- OYE ile koordinasyonu sağlayın,
- Birimin faaliyetlerini yönetin ve personeli yönlendirin,
- Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlayın,
- Birimin imkân ve kapasitesini düzenli olarak değerlendirin, düzeltici önlemleri alın veya OYE'den personel, malzeme desteği isteyin.

Süresi Uzayan Eylemler

- Personeli yönlendirmeye devam edin,
- Faaliyetleri yönetmeye devam edin,
- İmkân ve kapasiteyi izlemeye devam edin,
- Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlamaya devam edin, OYE ile işbirliği yapın.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar

Formlar

Raporlama mekanizması:

Rapor Vereceğiniz Kişi:

Operasyon Şefi (OYE)

Kimlik Belirleme

Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
GÜVENLİK SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI



HAP.İAT.: 05

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/1

Görev;

- Hastanenin tüm alanlarında genel güvenlik (emniyet, asayiş) faaliyetlerini koordine etmek,
- Hastane triyaj alanının güvenliğini sağlamak ve dış trafik akışını düzenlemek,
- Emniyet güçleri ile beraber hastaneye erişimin düzenlenmesini sağlamak, hastaneye ulaşan hasta, hasta yakınları ve diğer kişileri ilgili alanlara yönlendirmek.

Gerçekleştirilecek Eylemler

İlk Eylemler

- Operasyon Şefinden durum ile ilgili talimat ve bilgi alın,
- Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir,
- Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Operasyon Şefine düzenli yazılı durum raporları verin,
- Gerekli durumlarda, kontrollü giriş çıkış sağlayın,
- Yetkisi olmayan kişileri yasak bölgelerden çıkartın,
- Ek güvenlik personeli seferber edilene kadar, geçici personel temin etmek için ilgili hizmetleri talep edin,
- Ambulans giriş-çıkış ve ring alanlarını düzenleyerek, acil servis, triyaj alanı, morg ve aileler için oluşturulan alanlara erişimi açık tutun. Erişimi yalnızca yetkili araçlarla sınırlandırın.

Devam Eden Eylemler

- Güvenlik personelinin riskler ve güvenli olmayan durumlara karşı bilgilendirin ve tespit ettikleri sorunları bildirmelerini sağlayın,
- Gerektiğinde, yetkisi olmayan personelin erişimini kısıtlamak için tahliye alanlarında önlem alın,
- Kurumlar arası koordinasyon yetkilisi aracılığıyla itfaiye, kolluk kuvvetleri ve diğer ilgili kurumlarla irtibata geçin,
- Güvenlik personelinin rutin brifinglerini belirleyin,
- Araç ve yaya trafik kontrolünü gereken tüm araçlarla sağlayın,
- Telsiz konuşmalarını takip edin,
- Lojistik Şefinin talimatı doğrultusunda; gıda, su, ilaç ve kan kaynaklarını güvenli hale getirmek için destek hizmetleri personeliyle birlikte hareket edin,
- Güvenlik personelinin düzenli olarak durumdan haberdar edin,
- Güvenlik personeline ilgili formları ve kayıtları kullanmaları talimatını verin, takip edin.

Süresi Uzayan Eylemler

- OYE ile sürekli irtibat halinde olun,
- Planlama Şefi ile istişare ederek, ilave güvenlik personeli için harici hizmet sunucularıyla bağlantıya geçme ihtiyacını gözden geçirin,
- Tüm güvenlik personelinin gözlemleyin ve stres belirtisi gösterenlerin yeterli düzeyde desteğe erişmesini sağlayın,
- Personele dinlenme süresi verilmesini sağlayın,
- Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.

Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunun Sona Ermesi

Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar.....

Formlar.....

Raporlama mekanizması.....

Rapor Vereceğiniz Kişi: Operasyon Şefi (OYE)

Kimlik Belirleme: Görev yeleğinizi giyin ve güvenlik personeline ilgili yelekleri dağıtın.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
**TEDAVİ KAPASİTE VE YETENEĞİNİN BAŞLANGIÇ
DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ**



HAP.PR: 05

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek.

Hedefler

Hastaneye kabul edilecek hasta/yaralılara hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek,

- Ayakta tedavi edilecek hasta/yaralılara hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek,
- Kritik hizmetlerin iş sürekliliğini sağlamak amacıyla nicel kapasitesini değerlendirmek,
- Tıbbi bakım hizmeti ve/veya özellikli tıbbi bakım hizmetlerini (kimyasal olay, epidemi vb.) yeterli düzeyde sunmak için hastanenin (nitel) kapasitesini değerlendirmek,
- İlk 6 saat içerisinde hastaneye gelen hastaları önceliklendirmek ve tedavi etmek amacıyla Acil Servisin ve/veya afet triyaj alanının imkan ve kapasitesini değerlendirmek,
- İlk 24 saat sonunda söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Hâlihazırda kullanılmakta olan, boşaltılabilecek ve eklenebilecek yatakların sayısını değerlendirin (koridorlardaki sedyeler dahil),
- Yatakların kullanımını işlevsel hale getirmek için sonraki 24 saat içinde olabilecek değişiklikleri göz önünde bulundurarak personel, malzeme ve temel ekipman sağlama kapasitesini değerlendirin. Diğer sağlık tesisleri, özel sektör veya akredite gönüllülerden (sağlık veya genel gönüllü) gelen ek personel ile hastaneyi destekleyin,
- Sonraki 48 saat içerisinde meydana gelebilecek olası değişiklikleri dikkate alarak, travma ve cerrahi bakıma yönelik maksimum kapasiteyi değerlendirin,
- Kan bankası, eczane, laboratuvar, görüntüleme gibi kritik hizmetler sunan birimlerin maksimum kapasitelerini değerlendirin (hizmet verilebilecek hafif, orta, ağır yaralı/hasta sayılarını tahmin edin),
- Görev başında bulunan ve göreve çağırılabilir personel (sağlık, idari ve teknik) durumunu ve sonraki 24 saat içerisinde meydana gelebilecek olası personel değişimini değerlendirin,
- İdari desteğin imkân ve kapasitesini değerlendirin,
- Değerlendirme aşağıdakileri içerir:
 - Tüm Departman/Servis/Birim Sorumlularından, hali hazırdaki personelin sayı ve yeterliklerini tahmin etmelerini ve olası değişimi değerlendirmelerini isteyin,
 - Zamanla meydana gelebilecek değişimi ve temel hizmet sunumuna yönelik sürdürülebilirliği belirleyin (personelin yeterliğini ve ihtiyaç duydukları temel malzemeleri göz önünde bulundurarak).

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- İş güvenliği prosedürleri, personel ve hastalar için olağan durumdaki gibi aynen uygulanmalıdır,
- Yataklar hazırlanmadan (çarşaf değişimi, yastık vb.) hasta yatırılmamalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- Kayıtlar, formlar, kontrol listeleri.....

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- OYE'nin istediği kritik bilgilerin, Departman/Servis/Birimler tarafından en kısa sürede hazırlanarak değerlendirilmek üzere OYE'ye sunulduğundan emin olun.

Zaman Dilimi

- Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesinden itibaren belirlenen periyotlarda detaylı bilgi alınır.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgil İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

- İlgili Olaya Özel SOP (örneğin; epidemi veya kimyasal olay);
- Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u,
- Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli SOP'u,
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürleri,
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünün Aktivasyonu SOP'u,
- Hastaneler arası sevkten sorumlu yöneticiler ve sağlık yetkilileriyle düzenli olarak bilgi paylaşımı; takip kayıtları kullanılarak OYE tarafından gerçekleştirilir (bkz. AMP Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölüm).

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Herhangi bir departman/servis/birim, istenilen bilgiyi sağlayamazsa, kabaca bir tahminde bulunun (tahminlerde olası en düşük kapasiteleri kullanın),
- Olay, personelin iş yerine ulaşmasını engelleyecek boyutta ise hastanenin tedavi imkân ve kapasitesinin düşebileceğini göz önünde bulundurun.

Sürece Dahil Kişiler

- OYE üyeleri,
- Tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, idari hizmetler ve lojistik sorumluları.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- AMP'de belirtilen ilgili Formlar

İzleme

- OYE, hastanenin tedavi imkan ve kapasitesinin gelişimini, belirlenmiş periyotlarla değerlendirmeye devam eder.

Güvenlik Konuları



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
**ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN (AMP) AKTİVASYON - ALARM
SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ**



HAP.PR: 06

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Temel Faaliyet: Herhangi bir olay bildiriminin, Acil Müdahale Planı (AMP) ilke ve prosedürleri doğrultusunda derhal ve etkili bir şekilde ele alınmasını sağlamak.

Hedefler:

- Olay bildirimini doğrulamak ve olayın ciddiyet derecesini değerlendirmek,
- OYE'nin aktive edilmesiyle, Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesine ilişkin karar alınmasını sağlamak/başlatmak,
- Olay Yönetim Merkezini açmayı göz önünde bulundurmak,
- Hastane Departman/Servis/Birim sorumluları ile iletişime geçmek,
- OYE, Olay Bildirim ve Alarm İşleme Şablonunun güvenilirliğini Acil Müdahale Planı tatbikatları ile düzenli olarak kontrol etmelidir.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler (15 dakikadan kısa sürede bildirim değerlendirmek ve olayı doğrulamak)

- Olay bildirimini değerlendirmek için bildirim ve alarm durumu akış şemasını kullanın,
- İlerleyen saatlerde tıbbi bakım hizmetlerine yönelik talep ve olası değişiklikler açısından olayın ciddiyetini (büyüklük, kapsam, etkilenen kişi sayısı vb.) değerlendirin,
- Hastanenin, sadeleştirilmiş ve önceden belirlenmiş kontrol listesini kullanarak söz konusu talebi karşılama kapasitesini değerlendirin,
- Temel hastane hizmetlerinin sunumunu ve sürekliliğini sağlamada olası eksiklikleri değerlendirin (ilk değerlendirme),
- Acil Müdahale Planının aktivasyonunun gerekip gerekmediğini değerlendirin,
- İlgili kişileri bilgilendirin (görevlerine göre),
- Olay Bildirim Formunu kullanarak orijinal iletiyi kaydedin.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Hastane iş güvenliğinin genel bir ön değerlendirmesini yaparak söz konusu olayın güvenlik ve emniyeti tehdit edip etmediği değerlendirilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- Acil Müdahale Planı'nın Bölümü
- İş Akış Talimatı.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Kontrol Listesi.....
- Bildirim ve alarm durumu akış şeması.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Bilgilendirilen kişilerin gerekli faaliyetleri gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin takibini sağlayın,
- 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'un bilgilendirildiğinden emin olun.

Zaman Dilimi

- Acil (olay bildiriminin alınmasından itibaren ilk 15 dakika içinde)

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar İle Koordinasyon

- Olay Yönetim Ekibinin, Olay Yönetim Merkezinin, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi SOP'u.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- OYE üyeleriyle irtibata geçemezseniz, görevdeki en kıdemli sağlık personeliyle hemen bilgiyi paylaşın ve karar alma sürecini başlatın,
- Olay, hastaneyi tehdit ediyorsa, OYE'yi seferber edin ve 112 AÇM/ KKM/İL SAKOM'u bilgilendirin.

Sürece Dahil Olan Kişiler

- OYE üyeleri,
- Yetkili sağlık personeli (bkz. AMP'nin..... bölümü).

Ekler

- Olay bildirim formu,
- Talepleri karşılamak amacıyla gerekli tedavi kapasitesinin kabaca tahminine yönelik ilgili formu

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Form:

Raporlama mekanizması:

- Acil Müdahale Planı'nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

İzleme

Bir saat sonra;

- Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı alıp almadığını kontrol edin.
- 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'u bilgilendirildiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları



**OLAY YÖNETİM EKİBİ (OYE), OLAY YÖNETİM MERKEZİ VE ACİL DURUM
MÜDAHALE PLANI'NIN (AMP) AKTİVE EDİLMESİ PROSEDÜRÜ**

HAP.PR: 07

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Temel Faaliyet: Yönetim yapısını derhal aktif hale getirmek.

Hedefler

- Mümkün olduğunca çok olay yönetim ekip üyesini aktive etmek (pozisyonlar/fonksiyonlar),
- Olay Yönetim Merkezini açmak ve ilk OYE toplantısını yapmak,
- Mevcut üyelere göre Olay Yönetim Ekibi'ni düzenlemek,
- Mevcut üyeler arasında görev ve sorumlulukları dağıtmak,
- Etkili yönetim ve koordinasyonu sağlamak üzere Olay Yönetim Merkezi'ni işlevsel hale getirmek,
- Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine karar vermek.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Olay Yönetim Merkezi'ni açın,
- OYE çalışmaları için Standart Operasyon Prosedür'leri, İş Akış Talimatları, kayıtlar,kartlar, standart protokoller ve ekipmanın mevcut olup olmadığını kontrol edin,
- Olay Yönetim Merkezi'ndeki haberleşme araçlarını kontrol edin,
- OYE'nin çalışma yöntemine karar verin,
- OYE'nin çalışmalarını kolaylaştırmak için destek personelin hazırda bulunmasını sağlayın,
- OYE'nin mevcut üyeleriyle, var olan bilgileri ve Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyini göz önünde bulundurarak güncel durumu değerlendirin ve acil ihtiyaçları belirleyin,
- Hastane içi ve dışındaki ana paydaşlarla öncelikli faaliyetlerin kararlaştırılmasına yönelik koordinasyonu sağlayın,
- Yangın gibi devam etmekte olan bir iç tehdidin meydana gelmesi durumunda, Olay Yönetim Merkezi için alternatif bir oda da dâhil olmak üzere; OYE'nin çalışmasını sürdürmeye yönelik destek sistemlerini belirleyin,
- Epidemi durumunda, OYE toplantılarına, hastane enfeksiyon önleme ve kontrol programı sorumlusunu dahil edin,
- Mevcut OYE üyeleri, işlenmesi/değerlendirilmesi gereken verilerin tespitinde şu hususları göz önünde bulundurmalıdır:

Yalnızca karar vermeye yönelik verilere odaklanın,

Olayın türüne göre (kitlesel travma, zehirlenme veya pandemi) acil ihtiyaç duyulan ve sonraki birkaç saat içerisinde ihtiyaç duyulacak verilerin olabileceğini göz önünde bulundurun,

Verilerin kaynağı nerededir, nasıl toplanır, kim ne yapacak, OYM 'de nasıl muhafaza edilip işlenecek gibi soruları cevaplayın.

- İç ve dış koordinasyon tedbirlerini (AMP'de açıklandığı gibi) ve bunların mevcut duruma nasıl uyarlanacağını belirleyin (bilgi yönetimi bölümüne bakınız),
- İlk 48 saat ve sonrasında, OYE'nin çalışmalarının nasıl düzenleneceğine karar verin,
- AMP'nin aktivasyon düzeyini yeniden teyit edin ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin aktivasyonuna gerek olup olmadığına (gerek varsa hangi müdahale prosedürünün aktive edileceğine) karar verin,
- Hangi alanların açılması gerektiğine karar verin,
- Personelin nasıl geri çağırılacağına karar verin,
- Mevcut personelin ne yapacağına karar verin (hastanede kalacak mı kalmayacak mı?),
- Geri dönen personelin toplanma noktasının neresi olacağına karar verin,
- Sağlık yöneticileri ile irtibata geçin ve bilgi paylaşımında bulunun.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceğini ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceği kontrol edilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- Alınan bilgileri ve gerçekleştirilen eylemleri kaydetmeye yönelik formlar ve kayıtlar (zaman, bildirim içeriği, temel eylemler, bildirim ve alarm işleme şablonunun kim/kimler tarafından kullanıldığının kaydı, sağlık yöneticileri ile iletişim),
- Görev Yelekleri,
- Olay Yönetim Merkezi ekipmanı.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- İrtibata geçilen OYE üyelerinin görevleri konusunda net talimatlara ulaşmaları için; kullanacakları formların ve standart operasyon prosedürlerinin hazır bulundurulmasını sağlayın,
- Olay Yönetim Merkezi'nin açılmasını ve işlevsel olmasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- Olay bildiriminin alınmasıyla başlar, 2 saatten kısa süre içinde gerçekleşir.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri,İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,
- Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/ Birimlere Nakli SOP'u,
- Departman/Servis/ Birimlere ilişkin müdahale prosedürleri,
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünün Aktivasyonu SOP'u,
- İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u
- Bilgi Yönetimi SOP'u,
- Sağlık yöneticileri ile bilgi paylaşımı.

Karşılaşılabilecek özel durumlar

- Hastane dışı olayın hastane hizmetlerine ilişkin olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali durumunda, Olay Eylem Planını geliştirin (proaktif tutum ve öngörü).

Sürece Dahil Olan Kişiler

- OYE üyeleri,
- Sağlık yetkilileri.

Ekler

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar :

Formlar:

Raporlama mekanizması

- Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölümde açıklandığı şekilde raporlandırın.

İzleme

- OYE, operasyon ve faaliyetlerin koordinasyonu, kaynakların etkin yönetimi, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgi paylaşımında ortaya çıkabilecek önemli sorunları mümkün olan en kısa sürede tespit etmek için yönetim sistemlerinin izlenmesine karar vermelidir
- OYE, kaynakların etkin yönetildiğinden, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgi paylaşıldığından emin olmalıdır.

Güvenlik Konuları



**HASTANE AFET TRİYAJ ALANININ, GELEN HASTALARA YÖNELİK
HARİCİ TRAFİK AKIŞININ VE HASTA NAKLİNİN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ**

HAP.PR: 08

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/3

Temel Faaliyet:

Gelen tüm hastalara kritik tıbbi bakım hizmetleri sağlanırken, afet ve acil durum nedeniyle gelen hastaların triyajının yapılarak, hayat kurtarıcı acil tıbbi bakım almalarını sağlamak.

Hedefler

- Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde afet triyaj alanını oluşturmak:
 - o Fiziki koşulları sağlamak (konum, ışık, güvenlik, erişim vb.),
 - o Ekipman ve ilaçları sağlamak,
 - o Personel sağlamak (sağlık personeli, taşıyıcı-sedyeye personeli, idari personel vb.),
 - o İş güvenliği ve emniyeti sağlamak.
- Triage ekiplerinde çalışacak personeli belirleyerek tıbbi triyaj faaliyetlerini organize etmek,
- Hastane afet triyaj alanındaki işleri organize etmek ve bu işleri Acil Servis'le koordinasyon içinde yürütmek,
- Gelen tüm hastaların mutlaka kayıt altına alınmasını ve kayıtların eksiksiz yapılmasını sağlamak,
- Gelen hastaları tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre ilgili departman/servis/birimlere sevk etmek (Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.), ve gerektiğinde hastaya refakat etmek,
- Nakil araçları ve yürüyebilen hastalar için harici trafik akışını organize etmek,
- Tıbbi bakım hizmetlerinin kaydedilmesini sağlamak
- Hastaların triyajını yaparak hastanenin tıbbi bakım kapasitesini arttırmaya katkıda bulunmak,
- Hastane alanı içinde güvenliği sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Acil Servise ve hastanenin diğer servislerine erişimi, yalnızca iyileştirilebilir ağır vakalar ve kısıtlı kaynaklara erişerek fayda görebilecek ağır vakalar için sağlamak.

Bu nedenle:

- o Hafif yaralanmalar ya da diğer hafif tıbbi durumları Acil Servis dışında tedavi etme seçeneğini göz önünde bulundurun,
- o Hafif yaralıları tedavi etmek için Ayaktan Tedavi Bölümü (ATB) açın. Halihazırda ATB varsa ve mekân bakımından sorun yoksa genişletin ve güçlendirin,
- o Olağan ATB hastaları, OYE aksini belirtmedikçe rutin tesislere (polikliniklere) yönlendirilmelidir, (OYE bazı ATB faaliyetlerini durdurabilir,)
- o Özellikle ATB, Acil Servise yakınsa, erişim sorunları ve aşırı yoğunluğa sebep olarsa, aciliyeti olmayan tüm ATB konsültasyonlarının iptal edilmesi tavsiye edilmektedir,
- o Eğer bazı ATB faaliyetler iptal edilirse, bu durumda rutin olarak gelen hastalara nasıl haber verileceğine karar vermek gerekmektedir; (Örn: MRHS'den randevu alan hastalara, randevu iptallerini duyuracak bir sistem kurulmalıdır).
- Hastane afet triyaj alanını bir saatten daha kısa sürede çalışır hale getirmek için uygun önlemleri alın:
 - Hastane afet triyaj alanını açın, bu alana yedekli personel tayin edin, bu alanın güvenliğini sağlayıp donatmak ile ilgili Acil Müdahale Planında açıklanan prosedürleri esas alın,
 - Hastane afet triyaj alanının açıldığını ve hastaların kabulünün nasıl organize edileceğini 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'a bildirin,
 - o Hastane afet triyaj alanında kimin çalışacağına, hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceğine, hangi formların, kayıtların, prosedürlerin ve iş akış talimatının kullanılacağını belirleyin,
 - o Kullanılabilecek standart tedavi protokollerinin neler olduğu belirlenmelidir,
 - o Hastane afet triyaj alanıyla OYE ve acil servis arasında bilgi paylaşımının nasıl yapılacağını belirleyin,

- Triyaj sorumlusu, hasta yakınlarının triyaj alanına alınmasını onaylamadıkça hasta yakınlarının triyaj alanına girmesine izin vermeyin (çocuk vakalar hariç),
- Önceden belirlenen hasta kartlarını kullanarak hastaların (koma durumunda olanlar dahil) kaydının yapılmasını sağlayın,
- Hastaların sürekli olarak izlenebilir olmasını sağlayın, hastane afet triyaj alanı ve Acil Servis ayrı yerlerde ise bu iki alan arasında etkili bir koordinasyon olmasını sağlayın,
- OYE hastane afet triyaj alanının güvenli bir şekilde organize edilmesini, yönetilmesini sağlar ve takip eder.

*Hastane dışı trafik akışını organize edin:

o Hastane afet triyaj alanı ve hastane girişi için güvenliği yönetmekle sorumlu olacak (gerektiğinde emniyet güçleri ile irtibatı sağlayacak ve birlikte çalışacak) yedekli bir güvenlik görevlisi tayin edin,

- Alanların belirlenmesini, işaret ve yönlendirme tabelalarının yerleştirilmiş olmasını sağlayın,
- Hasta kabul alanlarının doğru bir şekilde belirlenmiş, güvenliğinin sağlanmış ve gerekli personelin görevlendirilmiş olduğunu teyit edin,

• İlgili personelin bilgilendirildiğinden ve gerekli koruma/korunma önlemlerinin alındığından emin olun,

• Hastane afet triyaj alanına ulaşmak için harici trafik akışını düzenleyin/ düzenletin. Triyaj alanından Acil Servis'e ya da diğer servislere hasta naklinin aksamaması için alternatif yollar ile giriş çıkışları belirleyin,

• Harici trafik akışını kolaylaştırmak ve bu trafik akışını (ambulanslar) organize etmek için hastane afet triyaj alanının güvenli ve iyi belirlenmiş.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Görevli personelin kişisel koruyucu kıyafet kullanması sağlanmalıdır,
- Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir,

Ayrıca kişisel eşya güvenliği de sağlanmalıdır (kişisel eşyaların etiketlenerek polis gözetiminde özel bir odada muhafaza edilmelidir),

Kullanılacak Materyaller

- Hastane afet triyaj alanı için gerekli ekipmanlar, acil serviste hazırlanan özel afet stoku
- Hasta kayıt ve izlemi için gerekli formlar ve kayıtlar,
- Hasta kaydı için gerekli elektronik/dijital altyapı,
- Hastane tarafından belirlenen triyaj protokolü, (bkz. Acil Müdahale Planı - AMP),
- Görev yelekleri,
- Triyaj alanındaki ekipman ve ilaçlar için kontrol listeleri,
- Standart operasyon prosedürü,

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Hastane afet triyaj alanının gelen hastalar için tam fonksiyonel olmasını sağlayın (personel, ekipman; güvenlik),
- Harici trafiği düzenleyin ve trafik akışını sağlayın,
- Güvenliği sağlayın.

Zaman Dilimi

- OYE'nin Afet Triyaj Alanı açmaya yönelik kararı ile başlar, bir saatten kısa süre içinde gerçekleşir.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon

- Standart Operasyon Prosedürü
- İş Akış Talimatı.....
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü,
- Sağlık yetkilileri ile hastaları hastanelere göndermekle sorumlu komuta merkezi arasında düzenli olarak bilgi paylaşımı olmalıdır. Bilgi akışının sağlanması için, 112 AÇM/KKM/İL SAKOM bilgilendirmelidir. Bilgilendirme Bilgi Paylaşımı Takip Kayıt Formu kullanılarak yapılır (bkz. AMP Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölüm),
- Hastane içinde sürekli bilgi paylaşımına yönelik olağan prosedürler uygulanmalıdır (OYE'nin kararına göre özellikle Acil Servis, Ayaktan tedavi bölümü ve hastane afet triyaj alanı arasında sürekli bilgi paylaşımını sağlamak için ilgili standart operasyon prosedürlerine bakılmalıdır.
- Hasta kaydı ve hasta takibi ilgili prosedürlerin tam olarak uygulanmasını ve OYE ile bilgi paylaşımını gerektirmektedir,
- Diğer alan sorumluları ile birlikte hareket edilmelidir (hasta yakını alanı, medya bilgilendirme alanı, ölenlere ve kişisel eşyalara yönelik alan).

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Bulaşıcı hastalık acillerinde ya da bir epidemi durumunda, Bulaşıcı Hastalık yönetimine ilişkin olaya özel plana bakınız (hastane tarafından hazırlanmalıdır);
- Kimyasal bir olay durumunda, Bölüm 4'teki kontamine hastalara ilişkin Olaya Özel Plan'a bakınız (hastane tarafından hazırlanmalıdır).

Sürece Dahil Olan Kişiler

- OYE ,
- Triyaj ekiplerinde çalışan sağlık personeli,
- Hastane afet triyaj alanında çalışan büro personeli ve idari personel,
- İlgili Departman/Servis/Birimlerin sorumluları,
- Güvenlik görevlisi,
- Kolluk kuvveti.

Eylemlerin kaydedilme şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Kontrol listeleri:

Raporlama mekanizması

- Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölümde açıklandığı şekliyle raporlandırın,
- İlgili formların kullanımı,
- Tedavi edilen ve kabul edilen hastaların kayıtlarının korunması (hasta kartları),
- Hasta kayıt ve izlem formları ile diğer kayıtların tutulmasını/saklanması sağlayın.

İzleme

- Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun,
- Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlendiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları

- Hastane afet triyaj alanında güvenlik son derece önemlidir. Olayın hemen ardından kolluk kuvveti ile iş birliği sağlanmalıdır.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
TIBBİ TRIYAJ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



HAP.PR: 09

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO:1/2

Temel Faaliyet: Gelen her hastanın en uygun tedaviyi alması için hızlı bir şekilde muayene edilerek tıbbi durumunun değerlendirilmesini sağlamak.

Hedefler

- Gelen tüm hastaların yeterliğe sahip sağlık personeli tarafından klinik olarak değerlendirilmesini sağlamak,
- Mevcut personel ve ekipman durumunu göz önünde bulundurarak; hiç zaman kaybetmeden, mümkün olan en fazla sayıda hastaya, farklı tıbbi bakım alanlarına nakletmeden önce hayat kurtarıcı müdahaleleri uygulamak (hastaların ileri tıbbi tedavi alma önceliklerini azaltmak),
- Hastaların ileri tıbbi tedavi göreceği tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak (acil servis, ameliyathaneler, ayaktan tedavi bölümü vb.),
- Hastanenin tedavi kapasitesini aşırı zorlamamak amacıyla hastaneye yatırılan hasta sayısını mümkün olan en düşük sayıda tutmak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Triyaj ekibi/ekiplerinin çalışmaya hazır olduğunu ve bilginin nasıl paylaşılacağını, Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimine bildirin,
- Triyajı yapılmış hastaların Acil Serviste nereye nakledileceğine karar vermek için Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi ile birlikte çalışın,
- Güvenlik tedbirlerinin alınması, personel ve hasta güvenliğinin sağlanması için güvenlik görevlisi ile birlikte çalışın,
- Hastaların Acil Servis ve hastane afet triyaj alanı arasındaki nakillerin uygun bir şekilde gerçekleştirmesini sağlayın,
- Tıbbi tedavi ve kararları kayıt altına alın,
- Hasta kabul alanlarının güvenliğini sağlayın (gerekirse kolluk kuvveti ile birlikte hareket edin),
- Güvenlik görevlisi ile işbirliği yaparak hasta kabul alanlarına yalnızca yetkili kişilerin girebilmesini sağlayın,
- Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi/Acil Servis Birim Sorumlusunun izin vermediği hasta yakınlarının, hastane afet triyaj alanına ve Acil Servis'e girmelerini engelleyin.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek hemen güvenlik görevlisine bildirilmelidir, .Ciddi tehdit teşkil edebilecek her türlü durum Acil Servis Birim Sorumlusu ve HAP Başkanı'na rapor edilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- Standart Operasyon Prosedürü,
- İşaretler ve yönlendirme tabelaları,
- İşaret (ikaz) şeridi, tenteler ve önceden belirlenmiş diğer materyaller,
- Formlar ve kontrol listeleri,
- İlaçlar ve tıbbi ekipman (afet stoku),
- Görev yelekleri.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Gelen tüm hastaların triyajlarının yapılmasını ve tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlayın.

Zaman Dilimi

- Hastane afet triyaj alanının aktive edilmesinden hemen sonra başlar,
- Hastalar hastaneye geldiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Güvenlik ile ilgili SOP'u,
- Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/ Birimlere Nakli SOP'u,

- Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,
- Güvenlik sorumlusu İşAT,
- Triyaj alan sorumlusu İşAT,
- OYE ve Acil Servis ile koordinasyon.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmediği halde hastalarına refakat etmek istediği durumda konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin,
- Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın net ve anlaşılır bir şekilde işaretlenip etiketlenmiş olmasını sağlayın; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin.

Sürece Dahil Olan Kişiler

- Triyaj faaliyetine katılan olan tüm tıbbi personel,
- OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından görevlendirilen tüm idari personel ve büro personeli,
- Güvenlik personeli.

Ekler

- Farklı alanların konumlarını gösteren haritalar/krokiler,
- Kayıtlar ve formlar,
- Mevcut malzemelerin kontrol listesi.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar: Bilgi yönetimi,

Formlar:

Raporlama mekanizması,

- OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatlarına uymak,

İzleme

- Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun.

Güvenlik Konuları



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
**ACİL SERVİS YÖNETİMİ VE HASTALARIN DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERE
NAKLİ PROSEDÜRÜ**



HAP.PR: 10

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:01

REVİZYON TARİHİ:26.10.2017

SAYFA NO:1/3

Temel Faaliyet: Acil servisin, çok sayıda hastaya hizmet verebilecek şekilde çalışır durumda olmasını sağlamak ve hastaların tıbbi bakım alanları arasındaki naklini organize etmek (hastane içi trafik akışı).

Hedefler

- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde Acil Servisi, bu plana göre organize etmek (bölümlerin farklı hasta kategorilerine göre oluşturulması),
- Rutin çalışma şekline, afet ve acil durum çalışma şekline geçiş yapmak (komuta, koordinasyon, bilgi yönetimi),
- Personelin, Acil Servisin çeşitli bölümlerinde, net talimatlarla görevlendirilmesini sağlamak,
- OYE ile koordineli olarak ek kaynakları (personel, malzeme, ekipman) devreye sokup, tedavi imkan ve kapasitesini arttırmak,
- Acil Serviste yoğunluk oluşmasını önlemek için, sağlık hizmetlerini öncelikli tıbbi tedavi ile sınırlandırarak devamlılığını sağlamak,
- İlgili personelin her türlü tehlikeli durum hakkında bilgilendirilmesini ve korunmasını sağlamak,
- Gerekl malzemelerin ve ekipmanların mevcut olmasını sağlamak (Gereğinin yapılması için her türlü eksiklik hemen OYE'ye bildirilmelidir),
- Acil Servis'te kalman sürede ve hastanede ilgili Departman/Servis/Birimlere nakil sırasında öncelikli tıbbi tedavinin devamlılığını sağlamak,
- Acil Servis ile tıbbi bakım alanları (ayaktan tedavi bölümü, ameliyathane, yoğun bakım vb) arasındaki hastane içi trafik akışını yönetmek,
- Tıbbi bakımın devamlılığı için gereken önemli belgeleri hastalarla birlikte nakletmek,
- Personel ve hastaların (kişisel eşyaları dâhil) güvenlik ve emniyetini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Görevdeki Acil Servis sorumlusu aşağıdaki konuları OYE ile görüşmelidir:
 - Acil Servis sorumlu hekimini, sorumlu hemşireyi, Güvenlik görevlisini ve idari memuru belirleyin,
 - Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (komuta, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla,
 - Tıbbi bakım ve hemşire bakımı için Acil Servis sorumlularını belirlemek ve rehber, prosedür, İş Akış Talimatlarının kullanıldığından emin olun,
 - Diğer birimlerden, Acil servise personel desteğinin nasıl sağlanacağına karar verin,
 - Acil Servisin hastane afet triyaj alanının yönetimine nasıl katkıda bulunacağına karar verin.
- Acil Servis'in, AMP ya da Acil Servis Müdahale Prosedürü'ne göre yeniden organize edilmesini sağlayın,
- Personeli sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin,
- Malzemelerin (afet stoku) ve ekipmanların kullanıma hazır olmasını sağlayın,
- Personel, malzeme ve ekipman ihtiyacının artacağını göz önünde bulundurun,
- Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da gözönünde bulundurarak) OYE ile birlikte nihai karar alın,
- Gelecek 24 saat içinde görev alacak personeli organize edin (nöbet/vardiya),
- Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için Acil Servis'in bölümlerini işaretleyin/isimlendirin,
- Güvenlik görevlisinden destek alarak, Acil Servis'e girişlerin sadece yetkili kişilerle sınırlandırılmasına dikkat edin,
- Gelen hastaların kontamine (kimyasal ajan vb.), enfekte (pandemi, epidemiyapma potansiyeline sahip ajan) olup olmadığından emin olun,
- Dahili nakil kapasitesini (kullanılabilir sedyeler, personel), değerlendirerek yeterli olmasını sağlayın,
- Departman/Servis/Birim sorumlularını, hasta alımının nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirin,

- Hastaların Acil Servis'ten etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin,
- Personelin, hastaların tıbbi bakımının devamlılığı açısından, nakil sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın,
- Hastanın, hastane içi uygun transferinin yapılması için önceden belirlenen Form/Formların kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp, rapor edileceği konusunda bilgilendirin,
- Acil Servis'in içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaret ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirildiğinden emin olun,
- Hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasında, gerektiği durumlarda Güvenlik görevlisinden destek alın,
- Nakil yollarının hareketi engellemeyecek şekilde, sürekli açık olmasını sağlayın, yoğunluk oluşmasını önleyin,
- Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre naklini sağlayın (tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil Servis OYE'nin kararlarına uymalıdır),
- Acil Servis'te hasta naklinde görevli personelin, görev yeleği giymesini sağlayın,
- Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın,
- Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Acil Servis'te yalnızca yetkili kişiler çalışmalıdır,
- Aile üyeleri yalnızca acil servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat edebilir (hasta başına bir kişi),
- Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek Güvenlik Görevlisi'ne ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor edilmelidir. (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir),
- Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planında belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- Afet stoğu,
- Tıbbi malzemeler ve ekipman,
- İşaretler ve yönlendirme tabelaları,
- Formlar ve kontrol listeleri,
- Görev yelekleri,
- Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Acil Servis'te tüm hastalara ihtiyaçlarına göre tıbbi bakım verilmesinin sürekliliğini sağlayın,
- Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın yanlış yönetilmediğinden emin olun,
- İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını sağlayın,

Zaman dilimi

- Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonundan hemen sonra başlar (Acil Servis'in yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzemelerin ve ekipmanın mobilize edilmesi 30 dakika içinde gerçekleştirilmelidir)
- Hastalar Acil Servise gelmeye devam ettiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve, Paydaşlar ile Koordinasyon

- Güvenlik ile ilgili SOP,u
- Bilgi yönetimi ile ilgili SOP,u
- Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,
- Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u,
- Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,
- Ölü ve Kayıpların Yönetimi SOP'u,
- Güvenlik Sorumlusu İşAT,
- Triyaj Alan Sorumlusu İşAT,
- Acil Servis Birim Sorumlusu İşAT.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmeden hastalarına refakat etmek istediği durumda, konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin,

- Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini sağlayın, güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin,
- Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın,
- Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay), uygun dekontaminasyon prosedürlerinin uygulanmasını sağlayın ve OYE ile irtibata geçerek etkilenmiş hastaların yönetimine ilişkin özel tavsiye isteyin.

Sürece Dahil Kişiler

- Acil Serviste çalışan tüm sağlık çalışanları ve diğer çalışanlar,
- OYE ya da Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından diğer Departman/ Servis/Birimlerden görevlendirilen tüm idari personel ve kayıt personeli,
- Güvenlik personeli.

Ekler

- Farklı alanların konumlarının haritası/krokisi,
- Kayıtlar ve formlar,
- Standart Operasyon Prosedürü. (SOP)

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

- Bilgi yönetimi
- Hasta dosyası
- Hasta takip formu

Raporlama mekanizması:

- OYE'nin ve Acil Servis Sorumlu Hekimi'nin talimatlarına uyun.

İzleme

- Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun,
- İş sağlığı güvenliği ve emniyet konularının değerlendirildiğinden emin olun,
- Temel malzemelerin ve ekipmanın kullanılabilirliğinin kontrol edildiğinden emin olun,
- Tıbbi personel tarafından hasta nakillerinde uygulanmak üzere hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.

Güvenlik Konuları



DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE AKTİVASYONU PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 11

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi ile koordinasyon içinde ilgili her Departman/Servis/ Birim'in kendisine ait Müdahale Prosedürü'ne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak.

Hedefler

- Gereken acil durumlarda/OYE'nin talebi halinde Departman/ Servis/ Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak,
- Her Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi yönetim ve koordinasyon mekanizmalarına uygun (rutin çalışma şekline afet/acil durum çalışma şekline geçiş) yapılmasını sağlamak,
- Her Departman/Servis/Birim'in hizmet sunumunun kalite standartları doğrultusunda sürekliliğini sağlamak,
- OYE'nin afet/acil durum müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak,
- Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak,
- Görevli personelin iş sağlığı güvenliğini ve emniyetini sağlamak,
- İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek,
- Departman/Servis/Birim düzeyinde gerekli Olay Eylem Planını geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Departman/Servis/Birim Sorumlularından Müdahale Prosedürlerinde yer alan İş Akış Talimatları, Standart Operasyon Prosedürleri, kayıtlar ve Formların acil durumda ilgili personelin kullanımına hazır olup olmadığını kontrol etmelerini isteyin,
- Departman/Servis/Birimler için hazırlanan afet/acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemalarının, Departman/Servis/Birim faaliyetleri ve AMP'nin olay yönetim sistemi ile uyumlu olduğundan emin olun.
- Müdahale Prosedürü'ne sahip Departman/Servis/Birim Sorumlularından aşağıdakileri kontrol etmesini isteyin:
 - Müdahale prosedürlerinin gerçekleştirilecek eylemler açısından uygunluğunun değerlendirilmesini,
 - OYE ile koordinasyonun nasıl sağlanacağını ve bilginin nasıl paylaşılacağını,
 - Lojistik ile ilgili departman/servis/birim ve OYE arasında nasıl bir yaklaşım/yöntem belirleneceği; kimin ne yapacağını,
 - Kritik hizmetlerin güvenli bir şekilde sürdürülmesi için İş Akış Talimatları ve güvenlik prosedürlerinin doğru yerde ilgili kişiler için hazır bulunup bulunmadığını.
- Müdahale Prosedürü'nün (kimyasal olaylar, epidemi ve pandemi, personel iş güvenliği ve emniyeti gibi özel durumlar başta olmak üzere), mevcut acil duruma uygun olarak uyarlanıp uyarlanmadığını kontrol edin,
- Departman/servis/birim düzeyinde bilginin (personele ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin,
- İhtiyaçları ve olası sorunları öngörerek OYE ve lojistik yönetimine ilişkin departman/servis/birim arasında etkili ve sürdürülebilir koordinasyonu sağlayın,
- Bilgi yönetimi prosedürlerinin, Acil Müdahale Planı ve Müdahale Prosedürü'nde açıklandığı gibi aktive edilmiş olmasını sağlayın (OYE ve departman/servis/birim'ler arası koordinasyona odaklı),
- Faaliyetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerekirse ilgili departman/servis/birim'den Olay Eylem Planı geliştirmesini isteyin,
- İnsan kaynaklarının nasıl yönetileceğine karar verin (OYE ve departman/servis/birimlerin görev ve sorumlulukları),

- Lojistik yönetiminin (bkz: İlgili SOP) yeterli olmasını sağlayın ve gerekirse düzeltici önlemler alın.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Departman/Servis/Birim Sorumlusu tarafından personelin emniyetini, iş güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir,
- Departman/Servis/Birim'lerde; yalnızca, Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'ne ya da OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının müşterek kararına göre yetkilendirilen personelin çalışmasına izin verilmelidir,
- Acil durumun süreci konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır,
- Personelin yaka kartları takması ve mümkünse yelek giymesi sağlanmalıdır,
- Bulaşıcı hastalıklar, pandemi ve/veya KBRN olaylarında tüm personelin koruyucu tedbirlere tamamen uyması sağlanmalıdır,
- Kritik ekipmanların bakımının ihmal edilmemesini ve gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- İlgili Departman/Servis/Birim'e ait Müdahale Prosedürü (SOP, organizasyon şeması, İş Akış Talimatı dahil),
- Bilgi yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar,
- Lojistik yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar,
- görev yelekleri.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- İlgili Departman/Servis/Birim'in ana faaliyetleri ve kritik hizmetleri gerçekleştirdiğini kontrol edin,
- Bilgi yönetiminin etkili olmasını sağlayın,
- Lojistik ve güvenlik yönetiminin etkili olmasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- İlgili Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin aktive edilmesiyle başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile

Koordinasyon

- Standart Operasyon Prosedürü
- Diğer Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü.....
- OYE

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Personelin emniyeti, iş güvenliği ya da sağlığı tehdit altında olursa, acil düzeltici önlem için hemen OYE'ye haber verin,
- İlgili departman/servis/birim'in faaliyeti personel, ekipman eksikliği ya da kritik altyapının kısmi kaybı (örn: elektrik kesintisi) gibi herhangi bir sebeple tehlikeye düşerse, düzeltici önlemler için hemen OYE ile irtibata geçin,
- İlgili Departman/Servis/Birim'in kısmi olarak tahliye edilmesi gerektiğinde, hemen Tahliye ile ilgili Olaya Özel Planı uygulayın (bkz.Bölüm 4).

Sürece Dahil Kişiler

- OYE personeli,
- Departman/Servis/Birim Sorumluları,
- Departman/Servis/Birim personeli,
- Destek personeli (örneğin; hastane dışından bakım personeli).

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- Acil Müdahale Planı'nın "Bilgi Yönetimi" bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

İzleme

- Etkinleştirilen Departman/Servis/Birim'lerin, Müdahale Prosedürlerini ya da OYE tarafından geliştirilen yeni talimatları, tamamen uygulayıp uygulamadıklarını kontrol edin,
- İlgili Departman/Servis/Birim'lerin, sorumluları ve HAP Başkanı tarafından kararlaştırıldığı şekilde beklenen hizmetleri sağlayıp sağlamadığını kontrol edin.

Güvenlik Konuları



İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 12

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak.

Hedefler

- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde mevcut personelin ne yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelinin rutin çalışma şekline afet ve acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak,
- Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine göre Geri Çağırma Prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak,
- Geri çağrılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek,
- OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel tahsis etmek,
- Personelin emniyeti ve iş güvenliğini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak,
- Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek
- Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak,
- Gerektiğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek.

Sırası ile Gerçekleştirilen Eylemler

- OYE'de görevlendirilmek üzere İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili önemli kılavuz ve prosedürlerin kullanılabilirliğini hızlı bir şekilde kontrol edecek insan kaynakları sorumlusunu belirleyin,
- Departman/Servis/Birim'lerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE'ye haber vermelerini isteyin (örneğin: travma konusunda nitelikli cerrah sayısı),
- Departman/Servis/Birim'lerin, AS'in ve hastane afet triyaj alanının ilerleyen saatlerdeki ihtiyaçlarını da öngörerek personel ihtiyacını değerlendirin ve ekstra personel ihtiyacı durumunda OYE'ye istekte bulunun,
- İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin,
- Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırmaya yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağrılan kilit personelin naklini organize edin),
- Geri çağrılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin,
- Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE'nin ve departman/servis/ birim sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin,
- Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin: akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin,
- Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.),
- Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevde olmayan) sürekli güncel tutun,
- Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin,
- Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir,
- OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının kararına göre, ilgili Departman/ Servis/Birim'lerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verilmelidir,
- Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır,

- Personelin yaka kartları takması ve mümkünse görev yeleklerini giymesi sağlanmalıdır,
- Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uyması sağlanmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar,
- Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri,
- Kimlik kartları ve görev yelekleri.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Görevde olan ve olmayan personelin yapması gerekenler konusunda bilgilendirilmesini sağlayın,
- Personel için en acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,
- Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Standart Operasyon Prosedürü,
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü,
- Yerel sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,
- İlgili ise diğer hastaneler ile koordinasyon kurun.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Eğer olay personele yönelik bir sağlık sorunu teşkil ederse (örneğin; kimyasal olay, insandan insana bulaşma potansiyeli olan şiddetli bulaşıcı hastalık), personelin sağlığını korumak amacıyla gereken önlemleri alın (örneğin; koruyucu ekipman dağıtımı, personelin bilgilendirilmesi) ve profilaktik ilaç kullanımını aktive edin,
- En önemli hizmetleri sağlama konusunda personel eksikliği varsa, destek almak için sağlık yetkilileri ile irtibata geçin ve gönüllülerin katılımı veya özel sektörün sunabileceği katkı gibi alternatifleri değerlendirin.

Sürece Dahil Kişiler

- OYE üyeleri,
- Departman/Servis/Birim sorumluları,
- Hastane personeli,
- Sağlık yetkilileri.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- Acil Müdahale Planı'nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

İzleme

- OYE'nin gerekli gördüğü aralıklarla (örneğin, ilk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez) kontrol ederek, personelin nitelik ve niceliğinin hizmetin yeterliliği açısından uygun olduğundan emin olun.
- Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.

Güvenlik Konuları



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
BİLGİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



HAP.PR: 13

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Bilgi yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.

Hedefler

- Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak,
- Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak,
- Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak,
- Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak;
- İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda olaya özel planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak,
- İhtiyaç duyulduğunda farklı eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak,
- Toplumla yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak,
- Sağlık süreyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak,
- Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak,
- Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilen Eylemler

- Öncelikle, düzenli güncellenecek kararların alınmasında etkili olan temel veri türlerini belirleyin (Nasıl ve ne zaman gibi temel soruları içeren veri türlerini, veri kaynaklarını, veri toplama yöntemlerini ve OYE'ne raporlama mekanizmasını tespit edin),
- İlk etapta Acil Müdahale Planında yer alan verileri dikkate alın ve değerlendirin (Özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler),
- OYE, aşağıdaki faaliyetlerin acilen yerine getirilmesi için hemen bilgi yönetimi sorumlusu görevlendirmelidir. Genellikle OYE bünyesinde planlama fonksiyonu dahilinde bir ekip, aşağıdaki faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli bilgi yönetimi altyapısını sağlar:
 - o Diğer hastaneler, Acil Sağlık Hizmetleri, sağlık yetkilileri ve basın ile bilgi paylaşım yöntem ve kurallarının gözden geçirilmesi,
 - o Acil durumlarda, hastanede gereksiz yoğunluğun önlenmesi amacıyla kamuoyunun bilgilendirilmesi (tüm hastaların uygun tedavi alabilecekleri diğer sağlık kurumlarına yönlendirilmesi de dahil),
 - o Basın ve halkla ilişkiler konusundaki prosedürlerin değerlendirilmesi,
 - o Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesinin sağlanması,
 - o Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğini ve verilere nasıl ulaşılabileceğinin belirlenmesi (örn: mevcut kaynaklara ve değişen ihtiyaçlara dair veriler),
 - o Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesinin sağlanması,
 - o Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığının kontrol edilmesi,
- OYE sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir:
 - Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunu risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilmesi,

-Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, bağışıklama, laboratuvar sevki ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi.

-Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi.

- OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir. Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, bilgi yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığını kontrol edilmelidir,
- Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır,
- Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesi sağlanmalıdır,
- Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulması sağlanmalıdır,
- Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması sağlanmalıdır,
- Kamuya ya da medyaya dönük bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılması sağlanmalıdır,
- Hastanenin sağlık sürveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunmasını ve özellikle sürveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesi sağlanmalıdır (Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).

Kullanılacak Materyaller

- Formlar
- Standart Operasyon Prosedürü
- Kayıtlar
- Takip kayıt belgeleri
- Haberleşme araçları
- Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Kritik verilerin düzenli olarak toplanması, işlenmesi, değerlendirilmesi, kullanılması ve depolanması sağlanır,
- Ana faaliyet ve operasyonların Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde kayıt altına alınması sağlanır.

Zaman Dilimi

- OYE'nin faaliyete geçmesiyle başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Tüm Standart Operasyon Prosedür'leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir).

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin; gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.

Sürece Dahil Olan Kişiler

- OYE,
- Departman/Servis/Birim sorumlusu,
- Güvenlik personeli,
- Sağlık yetkilileri.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- OYE tarafından bir değişiklik yapılmadığı sürece Acil Müdahale Planı'nda açıklanan çeşitli prosedürlere ve varsa olaya özel planlara her zaman uyulmasını sağlayın.

İzleme

- OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun,
- Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğın sağlandığından emin olun,
- Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun,
- Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sörveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun,
- Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları



LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 14

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.

Hedefler

- Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek,
- Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örn. ulaştırma araçları; haberleşme araçları; su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak,
- Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak,
- OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak,
- Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak,
- Su, enerji, kanalizasyon sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak,
- Olaya özel ekipmanların (örn. personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak,
- Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iase) yönetimine katkıda bulunmak,
- OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- OYE'de Lojistik Yönetimi Sorumlusunu belirleyin. Lojistik yönetimde mevcut kaynakların etkin kullanımı amacıyla OYE ile Departman/ Servis/Birimlerin koordinasyonunu sağlayın,
- Olay Yönetim Merkezi'nde Lojistik Yönetimi için gerekli rehberlerin, prosedürlerin, İşAT'ların bulunmasını sağlayın,
- Departman/Servis/Birim'lerin Müdahale Prosedürü'ndeki özel rehberlerin ve prosedürlerin, afet ve acil durum sırasında lojistik yönetimini sağlamak için uygun olduğundan emin olun. Normalde bu prosedürler ve İş Akış Talimatları, Olay Yönetim Merkezi'nde de mevcut olmalıdır,
- Kullanılacak olan temel prosedürlerin mevcut acil duruma uyarlanmasını sağlayın. OYE'de lojistik yönetiminden sorumlu kişi, yönetimi etkileyebilecek olan mevcut krizin özelliklerini değerlendirmeli, temel prosedürler ve rehberlerle uyum sağlanıp sağlanmadığını veya ayarlamalar yapılması gerekip gerekmediğini kontrol etmelidir. Özellikle spesifik olay eylem planı oluşturulmasının gerektiği durumlarda, lojistik yönetimindeki önemli zorlukların ne olduğu veya olabileceğini belirleyin,
- OYE, çözüm üretiminde ekip yaklaşımıyla hareket etmek amacıyla, lojistiğin bazı bölümlerini yönetmekten sorumlu olan kişileri toplantıya çağırarak isteyebilir. Önerilen strateji sisteme dayalı bir yaklaşımdır ve şunları içerir:
 - Genel strateji ve çalışma şekli konusunda açıkça karar verilir (merkezi veya departman/servis/birime dayalı),
 - Yeniden tedarik sistemi ve prosedürler iyi bir şekilde tanımlanır,
 - Yedek parçaların tedariki ve kritik ekipmanın tamiri gibi konularda, hastane dışı uzmanlardan yardım istenebilir. Dış paydaşlar ile tedarik ve bakım için önceden protokoller yapılmış olmalıdır,
 - Departman/Servis/Birimler ve OYE arasındaki lojistik yönetimi prosedürleriyle ilgili ortak yetki verilmesi gibi taleplerin bir havuzda toplanması birinci seçenek olarak düşünülmelidir.
- Sağlık sektörünün afet stoklarını değerlendirme ve yönetme prosedürlerini inceleyin. Bu tarz stokların mevcut olup olmadığını ve hastanenin ihtiyaç duyması durumunda nasıl seferber edilebileceğini kontrol edin,
- Lojistiğin mümkün olan en iyi şekilde yönetimini sağlamak için sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,

- Lojistik ihtiyaçların mümkün olan en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla temel harici paydaşlarla (örn polis; tedarikçiler; İcra Bakanlıklar) birlikte hareket edin

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunlar öngörülmalıdır,
- Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir,
- OYE personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır,
- Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- Formlar.....
- Kayıtlar.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Kontrol listeleri.....
- Görev yelekleri.....
- Yönlendirici tabelalar.....
- Kutular, depolar, araçlar vb.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Bilgi Yönetimi SOP'u,
- İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u,
- Temel tedavi alanlarına ilişkin SOP,
- Sağlık yetkilileri.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın,
- Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın,
- Eğer ulaşım ve haberleşme araçları sorunlu hale gelirse, hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın (öngörü),
- Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın.

Sürece Dahil Olan Kişiler

- OYE personeli,
- Çeşitli Departman/Servis/Birim personeli,
- Güvenlik personeli,
- Harici tedarikçiler ve paydaşlar.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar :

Formlar :

Raporlama mekanizması:

- Acil Müdahale Planı ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü 'nde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

İzleme

- Düzenli olarak lojistik ihtiyaçlarının takip edildiğinden ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkın (nicel ve nitel) değerlendirildiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları

- Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



**ECZANE YÖNETİMİ: TEMEL İLAÇLAR, AŞILAR, KORUYUCU EKİPMAN VE
DİĞER MALZEMELER PROSEDÜRÜ**

HAP.PR: 15

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.

Hedefler

- Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek,
- Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örn. ulaştırma araçları; haberleşme araçları; su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak,
- Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak,
- OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak,
- Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak,
- Su, enerji, kanalizasyon sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak,
- Olaya özel ekipmanların (örn. personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak,
- Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iase) yönetimine katkıda bulunmak,
- OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- OYE'de Lojistik Yönetimi Sorumlusunu belirleyin. Lojistik yönetimde mevcut kaynakların etkin kullanımı amacıyla OYE ile Departman/ Servis/Birimlerin koordinasyonunu sağlayın,
- Olay Yönetim Merkezi'nde Lojistik Yönetimi için gerekli rehberlerin, prosedürlerin, İşAT'ların bulunmasını sağlayın,
- Departman/Servis/Birim'lerin Müdahale Prosedürü'ndeki özel rehberlerin ve prosedürlerin, afet ve acil durum sırasında lojistik yönetimini sağlamak için uygun olduğundan emin olun. Normalde bu prosedürler ve İş Akış Talimatları, Olay Yönetim Merkezi'nde de mevcut olmalıdır,
- Kullanılacak olan temel prosedürlerin mevcut acil duruma uyarlanması sağlayın. OYE'de lojistik yönetiminden sorumlu kişi, yönetimi etkileyebilecek olan mevcut krizin özelliklerini değerlendirmeli, temel prosedürler ve rehberlerle uyum sağlanıp sağlanmadığını veya ayarlamalar yapılması gerekip gerekmediğini kontrol etmelidir. Özellikle spesifik olay eylem planı oluşturulmasının gerektiği durumlarda, lojistik yönetimindeki önemli zorlukların ne olduğu veya olabileceğini belirleyin,
- OYE, çözüm üretiminde ekip yaklaşımıyla hareket etmek amacıyla, lojistiğin bazı bölümlerini yönetmekten sorumlu olan kişileri toplantıya çağırarak isteyebilir. Önerilen strateji sisteme dayalı bir yaklaşımdır ve şunları içerir:
 - Genel strateji ve çalışma şekli konusunda açıkça karar verilir (merkezi veya departman/servis/birime dayalı),
 - Yeniden tedarik sistemi ve prosedürler iyi bir şekilde tanımlanır,
 - Yedek parçaların tedariki ve kritik ekipmanın tamiri gibi konularda, hastane dışı uzmanlardan yardım istenebilir. Dış paydaşlar ile tedarik ve bakım için önceden protokoller yapılmış olmalıdır,
 - Departman/Servis/Birimler ve OYE arasındaki lojistik yönetimi prosedürleriyle ilgili ortak yetki verilmesi gibi taleplerin bir havuzda toplanması birinci seçenek olarak düşünülmelidir.
- Sağlık sektörünün afet stoklarını değerlendirme ve yönetme prosedürlerini inceleyin. Bu tarz stokların mevcut olup olmadığını ve hastanenin ihtiyaç duyması durumunda nasıl seferber edilebileceğini kontrol edin,
- Lojistiğin mümkün olan en iyi şekilde yönetimini sağlamak için sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,

- Lojistik ihtiyaçların mümkün olan en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla temel harici paydaşlarla (örn polis; tedarikçiler; İcra Bakanlıklar) birlikte hareket edin

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunlar öngörülmalıdır,
- Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir,
- OYE personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır,
- Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- Formlar.....
- Kayıtlar.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Kontrol listeleri.....
- Görev yelekleri.....
- Yönlendirici tabelalar.....
- Kutular, depolar, araçlar vb.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Bilgi Yönetimi SOP'u,
- İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u,
- Temel tedavi alanlarına ilişkin SOP,
- Sağlık yetkilileri.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın,
- Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın,
- Eğer ulaşım ve haberleşme araçları sorunlu hale gelirse, hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın (öngörü),
- Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın.

Sürece Dahil Olan Kişiler

- OYE personeli,
- Çeşitli Departman/Servis/Birim personeli,
- Güvenlik personeli,
- Harici tedarikçiler ve paydaşlar.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar :

Formlar :

Raporlama mekanizması:

- Acil Müdahale Planı ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü 'nde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

İzleme

- Düzenli olarak lojistik ihtiyaçlarının takip edildiğinden ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkın (nicel ve nitel) değerlendirildiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları

- Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
LABORATUVAR VE KAN MERKEZİ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



HAP.PR: 16

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.

Hedefler

- Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek,
- Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örn. ulaştırma araçları; haberleşme araçları; su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak,
- Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak,
- OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak,
- Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak,
- Su, enerji, kanalizasyon sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak,
- Olaya özel ekipmanların (örn. personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak,
- Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iase) yönetimine katkıda bulunmak,
- OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- OYE'de Lojistik Yönetimi Sorumlusunu belirleyin. Lojistik yönetimde mevcut kaynakların etkin kullanımı amacıyla OYE ile Departman/ Servis/Birimlerin koordinasyonunu sağlayın,
- Olay Yönetim Merkezi'nde Lojistik Yönetimi için gerekli rehberlerin, prosedürlerin, İşAT'ların bulunmasını sağlayın,
- Departman/Servis/Birim'lerin Müdahale Prosedürü'ndeki özel rehberlerin ve prosedürlerin, afet ve acil durum sırasında lojistik yönetimini sağlamak için uygun olduğundan emin olun. Normalde bu prosedürler ve İş Akış Talimatları, Olay Yönetim Merkezi'nde de mevcut olmalıdır,
- Kullanılacak olan temel prosedürlerin mevcut acil duruma uyarlanması sağlayın. OYE'de lojistik yönetiminden sorumlu kişi, yönetimi etkileyebilecek olan mevcut krizin özelliklerini değerlendirmeli, temel prosedürler ve rehberlerle uyum sağlanıp sağlanmadığını veya ayarlamalar yapılması gerekip gerekmediğini kontrol etmelidir. Özellikle spesifik olay eylem planı oluşturulmasının gerektiği durumlarda, lojistik yönetimindeki önemli zorlukların ne olduğu veya olabileceğini belirleyin,
- OYE, çözüm üretiminde ekip yaklaşımıyla hareket etmek amacıyla, lojistiğin bazı bölümlerini yönetmekten sorumlu olan kişileri toplantıya çağırarak isteyebilir. Önerilen strateji sisteme dayalı bir yaklaşımdır ve şunları içerir:
 - Genel strateji ve çalışma şekli konusunda açıkça karar verilir (merkezi veya departman/servis/birime dayalı),
 - Yeniden tedarik sistemi ve prosedürler iyi bir şekilde tanımlanır,
 - Yedek parçaların tedariki ve kritik ekipmanın tamiri gibi konularda, hastane dışı uzmanlardan yardım istenebilir. Dış paydaşlar ile tedarik ve bakım için önceden protokoller yapılmış olmalıdır,
 - Departman/Servis/Birimler ve OYE arasındaki lojistik yönetimi prosedürleriyle ilgili ortak yetki verilmesi gibi taleplerin bir havuzda toplanması birinci seçenek olarak düşünülmelidir.
- Sağlık sektörünün afet stoklarını değerlendirme ve yönetme prosedürlerini inceleyin. Bu tarz stokların mevcut olup olmadığını ve hastanenin ihtiyaç duyması durumunda nasıl seferber edilebileceğini kontrol edin,

- Lojistiğin mümkün olan en iyi şekilde yönetimini sağlamak için sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,
- Lojistik ihtiyaçların mümkün olan en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla temel harici paydaşlarla (örn polis; tedarikçiler; İcracı Bakanlıklar) birlikte hareket edin

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunlar öngörülmalıdır,
- Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir,
- OYE personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır,
- Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.

Kullanılacak Materyaller

- Formlar.....
- Kayıtlar.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Kontrol listeleri.....
- Görev yelekleri.....
- Yönlendirici tabelalar.....
- Kutular, depolar, araçlar vb.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Bilgi Yönetimi SOP'u,
- İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u,
- Temel tedavi alanlarına ilişkin SOP,
- Sağlık yetkilileri.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın,
- Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın,
- Eğer ulaşım ve haberleşme araçları sorunlu hale gelirse, hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın (öngörü),
- Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın.

Sürece Dahil Olan Kişiler

- OYE personeli,
- Çeşitli Departman/Servis/Birim personeli,
- Güvenlik personeli,
- Harici tedarikçiler ve paydaşlar.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar :

Formlar :

Raporlama mekanizması:

- Acil Müdahale Planı ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü 'nde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

İzleme

- Düzenli olarak lojistik ihtiyaçlarının takip edildiğinden ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkın (nicel ve nitel) değerlendirildiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları

- Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir



PSİKOSOSYAL HİZMETLERİN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 17

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/3

Temel Faaliyet: Afet ve acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak.

Hedefler

- Mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla ruh sağlığı bakımından yüksek riskli tepkileri belirlemek,
- Koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla yüksek riskli ruhsal tepkileri belirlemek,
- Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek,
- Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin nicel ve nitel imkan ve kapasitesini değerlendirmek,
- Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak,
- Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik tedaviye ihtiyaç duyulma olasılığını azaltmak
- Olaydan şiddetli şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edileceğinden emin olmak,
- Personelin ve hastaların yüksek öncelikli ihtiyaçlarının karşılandığından emin olmak,
- Psikososyal destek hizmetlerinin hasta, hasta yakını ve personelin tamamını kapsadığından emin olmak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- OYE afet/acil durumlarda hastanenin rolüne uygun olarak, psikososyal destek hizmetinde hastane içi ve dışındaki diğer hizmet sunucularıyla koordine olmalıdır.
- OYE hastane psikososyal destek ekibinin üyelerini ve sorumlularını belirlemelidir.
- SOP'lar, İŞAT'lar, Formlar ile kayıt prosedürlerini hızlıca değerlendirin, kullanılacak olanları seçin, afet/acil duruma uyumunu sağlayın,
- Psikososyal destek ekibinin görev yapacağı alanı belirleyin ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) psikososyal desteğe nasıl ulaşacağını açıkça belirtin,
- Psikososyal açıdan özel ihtiyaç sahibi ve zarar görebilir hasta, hasta yakınları ve personeli belirleyin,
- Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl sağlanacağı, kaygı ve stres belirtilerinin neler olduğu, normal ve şiddetli belirtilerin tanınması gibi bilgileri içeren broşür vb. basılı materyal hazırlayın ve dağıtımını yaygınlaştırın,
- İhtiyaç duyan hasta, ölü-kayıp yakınlarına ve ölü teşhisi için gelen ailelere/aile yakınlarına eşlik edin,
- Öncelikle aktif görev yapan personelin temel ihtiyaçları (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi vb. konularda çalışmalar yürütün,
- Hastaların ve personelin acil sosyal ihtiyaçlarının (aileleriyle iletişim vb.) karşılanmasını sağlayın ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirin,
- Stres ve kaygı belirtileri nedeniyle destek almak isteyen sağlık personeli için güvenli bir oda/alan hazırlayın ve oda/alanın personel arasında bilinirliğini sağlayın,
- Psikolojik triyaj, psikososyal ihtiyaç/kaynak analizi, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları ile psikoeğitim çalışmaları gibi temel psikososyal destek uygulamalarını planlayarak yürütün.
- Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak koşuluyla, sağlık kurumlarıyla koordineli çalışan, toplum temelli hizmet sunan kuruluşlar, STK'lar, din görevlileri ve toplum liderleri vd. kurumsal paydaşlarla işbirliği içinde olun,
- Hastane psikososyal destek ekibi olarak, OYE'nin bilgisi ve izni dahilinde, afet/acil durumlara ilgili çalışan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü gibi kilit kurum ve kuruluşlarla koordinasyon içinde olun,
- Sevk ve takip sisteminin kurulması için, OYE'nin bilgisi ve izni dahilinde, aile sağlığı merkezleri, toplum temelli psikososyal destek hizmetleri, özel sektör uzmanları, akredite gönüllüler ve akredite STK'larla koordinasyon içinde olun,

• Afetlerde sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ve olası refakatsiz, kayıp, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilere destek verilmesi için diğer paydaşlarla koordinasyon içinde olun.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Sağlık ve psikosozal destek hizmetleri sunan personelin ikincil travmadan etkilenmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır,
- Personelin temel ihtiyaçları giderilmelidir,
- Personelin dinlenme alanı ve saatler planlandığı şekilde uygulanmalıdır,
- Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- Formlar.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Kayıtlar.....
- Görev yelekleri.....
- Bileklik, isimlik vb. (hasta için).

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Psikosozal destek ekibinin, OYE tarafından görevlendirilen psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb. personelden oluştuğundan emin olunmalıdır,
- Gönüllü kişi ve kuruluşlarla yürütülmesi düşünülen çalışmalar konusunda OYE'nin izni ve bilgisi olduğundan emin olunmalıdır,
- AMP aktive edildiği sürece psikosozal destek hizmetlerinin görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olunmalıdır,
- İleri düzey desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sistemi kullanılmalıdır,
- Psikosozal destek hizmetlerinin sunumu için gerekli fiziksel alanın mevcut olduğundan emin olunmalıdır,
- Ruhsal açıdan etkilenen hastaların taburcu edilmelerinin hemen sonrasında ilgili kurum (örneğin, İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü) tarafından takip edilmeleri sağlanmalıdır.

Zaman Dilimi

- AMP'nin aktivasyonundan hemen sonra başlar, AMP aktivasyonu sonlandırılırsa dahi ihtiyaç olduğu süre boyunca devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,
- Güvenlik Yönetimi SOP'u,
- Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u,
- Eğitim Programları ve Plan Tatbikatı SOP'u
- Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,
- İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Hizmeti sağlayacak yetkinlik sahibi personel sayısı yetersiz ise, destek alma konusunda gerekli eylem planını oluşturun ve hemen yerel düzey psikosozal destek hizmet grubu ve diğer dış paydaşlarla koordine olun,
- Akredite gönüllülerin, din görevlilerinin veya toplum liderlerinin desteği gerekli görülüyorsa, faaliyetlerin OYE'nin kararları ve izni çerçevesinde uygulanması ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeleri yapın.

Sürece Dahil Kişiler

- OYE, OYM personeli,
- Psikosozal destek hizmetler personeli,
- Güvenlik personeli,
- Hastane yönetimi personeli.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar :

Formlar :

Raporlama mekanizması:

- AMP'nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.

İzleme

- Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece OYE'nin kararına göre gerekli görülenlerle sınırlı kalmasını sağlayın,
- Takip gerektiren hastalara ve personele hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın/sağlatın.

Güvenlik Konuları

Çok fazla kişinin aynı alanda olması stres düzeyini yükseltebileceğinden ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alın.



AİLELERE YÖNELİK ALANLARIN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 18

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Hasta ailelerini/yakınlarını yeterli şekilde bilgilendirmek, gerekli bilgileri doğru ve zamanında almalarını sağlamak.

Hedefler

- Acil Servis'e ve afet triyaj alanına girmelerine izin verilmeyen hasta refakatçilerinin, bilgi almak üzere bekleyebilecekleri güvenli bir alan oluşturmak,
- Hasta ziyaretine gelen ailelerin bilgi almasını, ziyarette bulunmasını sağlamak; ziyaretçilerin hastaneye serbestçe giremeyecekleri süreler için onları güvenli bir alana yönlendirmek,
- Hasta yakınlarının medya ile karşılaşma koşullarını yönlendirmek,
- İhtiyaç duyulması halinde hastaneyi ziyaret eden ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerini planlamak,
- Hastane afet triyaj alanı, acil servis ve hastane departman/servis/birimlerinin aşırı kalabalık olmasını önlemek.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Ailelere yönelik alan için gereken battaniye, sandalye gibi malzemeleri ekipman ve malzeme kontrol listesine göre hazırlayın,
- Ailelere yönelik alanı işaretler ve afişlerle belirleyin,
- Ailelere yönelik alanın güvenli ve emniyetli olmasını sağlayın ve emniyet güçlerinin bulundurulmasının gerekli olup olmadığını değerlendirin,
- Hasta yakınlarının bu alanda uzun süre geçirebileceklerini planlayarak asgari düzeyde su ve yiyeceği hazır bulundurun,
- İdare personelinin, ailelere yönelik alanı yönetmek üzere görevlendirildiğinden emin olun,
- Gerekli görüldüğünde Psikososyal destek ekibi personelini bu alanda hasta yakınlarına psikososyal destek vermek üzere görevlendirin,
- OYE'nin talimatları doğrultusunda aileleri hastalarıyla ilgili bilgilendirin,
- Kayıp olan veya kayıp olduğu bildirilen kişilerle ilgili bilgi yönetimine katkıda bulunun. Hastanede olmadığı belirlenen bir hastayı arayan aileleri kaydederek, kayıpla ilgili bilgi geldiğinde kendilerine ulaştırın,
- Hastalarla, aileleriyle ve ölümlerle ilgili kayıt tutulmasını ve bu bilgilerin paylaşılmasını sağlayın.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Ailelere yönelik alanlar ve geçici morg emniyet güçleri tarafından tamamen güvenlik altına alınmalıdır,

Kullanılacak Materyaller

- Formlar.....
- Kayıtlar
- Kontrol listesi.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Görev yelekleri
- İşaret ve afişler
- Odalar (sandalye, battaniye, su, sıhhi tesisatı olan)

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Ailelere yönelik alanın güvenli olmasını ve ailelere sıcak bir ortam sunulması sağlanır,
- Ailelerin acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanması sağlanır (örn. hastayı evine geri götürme vb.).

Zaman Dilimi

.OYE'nin bu alanları açma kararı vermesinden sonra başlar, olağan duruma geçildiğinde sona erer.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Emniyet Güçleri.....

- OYE.....
- Sağlık yetkilileri.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Bulaşıcı hastalık veya kimyasal olay durumunda, hasta ve ölümlerle ilgili olaya özel plan ve uygulamalar konusunda aileleri bilgilendirin,
- Hasta ve ölü yakınları ile ilgili bir güvenlik sorunu durumunda; hemen emniyet güçlerinden ek destek isteyin.
- Refakatsiz çocuk, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilerin Sosyal Hizmetler birim sorumlusu ile koordinasyon sağlanarak uygun bir başka alanda bekletilmesi gerektiğinden emin olun.

Sürece Dahil Kişiler

- İdare personeli,
- Psikososyal destek hizmetleri personeli,
- Hasta bakım personeli,
- Din görevlileri,
- Sosyal hizmet personeli,
- Emniyet güçleri,
- Hastanenin güvenlik sorumlusu ve personeli.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar

Formlar

Raporlama mekanizması:

- Aksi yönde karar verilmediği sürece 3 saatte bir OYE ile bilgi paylaşımını sağlayın,
- Özellikle hasta ve ölümler ile ilgili faaliyetler olmak üzere tüm faaliyetlerin kaydının tutulmasını sağlayın.

İzleme

- İş güvenliği ve emniyetin tamamen sağlandığından emin olun,
- Ailelerin su, gıda vb. temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olun,
- Ölülerin teşhisi ve kimlik tespiti için yakınlarına gösterilmesini emniyet güçlerinin ve psikososyal personelin tam desteği ile gerçekleştirildiğinden emin olun.
- Ailelere yönelik alanın kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun.

Güvenlik Konuları

- Çok fazla ailenin aynı alanda olması farklı beklentiler ve stres düzeyi nedeniyle ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle önceden emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alınmasını sağlayın.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
GÜVENLİK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



HAP.PR: 19

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlanmak.

Hedefler

- Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak,
- Hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevki için erişim yollarının açık olmasını sağlamak,
- Hastane hizmetlerine ve tıbbi bakıma erişimi kolaylaştırmak,
- Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin güvenliğini sağlamak,
- Hastane afet triyaj alanı, acil servis, ayaktan tedavi alanı, kişisel eşyaların bulunduğu oda vb. gibi özel olarak oluşturulan alanların güvenliğini sağlamak,
- Hastaları veya personeli afet/acil durum sonucu oluşabilecek güvenlik risklerinden korumak,
- Acil durum süresince hastanenin ekipman ve malzemelerini korumak,
- Oluşabilecek her türlü güvenlik sorununun hastane güvenlik personeli tarafından emniyet güçleri ve Olay Yönetimi Ekibi ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak,
- Söz konusu afet ve acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturması halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

Olay Yönetim Ekibi şunları yapmalıdır:

- Mevcut Afet/Acil durumun özelliklerini ve hastanenin işleyişini güvenlik açısından nasıl etkileyebileceğini belirleyin,
- OYE'de bir Güvenlik Sorumlusu belirleyin,
- Güvenlik sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtlar hızlıca değerlendirilerek, kullanılacak olanların belirlenmesini sağlayın,
- Güvenlik sorumlusundan; görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesini isteyin,
- Güvenlik sorumlusunun mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemesini sağlayın,
- Hastanenin olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmaları sırasında güvenlik hizmeti sağlayın,
- Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapın, güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim düzenleyin,
- Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınmasını sağlayın, güvenliği sürekli olarak kontrol edin,
- Epidemiyoloji ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğinin sağlanması için özel ihtiyaçlar belirleyin ve hizmetin sürekliliğini sağlayın,
- Bomba ihbarı, hastane içindeki bir yangın vb. gibi afet ve acil durumlarda olaya özel planlara uygun davranılmasını sağlayın, tahliye prosedürlerini gözden geçirin,
- Gerektiğinde emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile iş birliği yapmak için gerekli önlemleri alın.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı ve bu güvenlik personelinin sürekli olarak yelek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır,
- Eğitim almış ve bilgilendirilmiş yeterli sayıda personelin sürekli görevde olması sağlanmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- Formlar.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Kontrol listesi.....

- Görev yeleği
- Özel ekipman.....

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın,
- Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın,
- Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- OYE'nin faaliyete geçmesinden hemen sonra başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,
- Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u,
- Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,
- Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Değerlendirilmesi SOP'u,
- Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,
- Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler SOP'u,
- Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi SOP'u,
- .Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli SOP'u,
- .Psikososyal Hizmetlerin Yönetimi SOP'u,
- .Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u,
- .Hastane İçi Yangın SOP'u
- .Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi SOP'u,
- .Tahliye SOP'u
- .Emniyet güçleri.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hasta yakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek almak için gerekli prosedürü hemen uygulayın.

Sürece Dahil Kişiler

- OYE,
- Güvenlik hizmetleri personeli,
- Emniyet güçleri.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar :

Formlar :

Raporlama mekanizması:

- Gerekli durumlarda, AMP'nin Güvenlik ve Olaya Özel Planların ilgili bölümlerine bakınız.

İzleme

- Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,
- Güvenlik personelinin sağlığını etkileyebilecek risk almadığından emin olun,
- Güvenlik konusunda emniyet güçleri ve ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olduğundan emin olun.

Güvenlik Konuları



TEMİZLİK HİZMETLERİ, ÇAMAŞIRHANE VE ATIK YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 20

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi hizmet kapasitesine katkı sağlamak ve çalışanlar ile hastaların sağlığını korumak amacı ile söz konusu destek hizmetlerin yönetimini organize etmek.

Hedefler:

- Temizlik hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak:
 - o Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış,
 - o Bulaşıcı hastalık riskinde artış (özellikle insandan insana bulaş),
 - o Hastane afet triyaj alanı, hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması,
 - o Personel sayısındaki eksikliğe bağlı olarak hizmetin sürdürülmesinde fazla mesai gerekliliği
 - o Yeterli miktarda tedarik sağlanması ve sürdürülebilmesi,
 - o Epidemiyoloji veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personellerinin enfeksiyon riskleri açısından korunması.
- Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak:
 - o Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış,
 - o Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış,
 - o Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen kısıtlılıklar (örn, çalışanlar, ekipman kapasitesi).
- Atık yönetimde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak:
 - o Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örn, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler),
 - o Hastane atıklarının toplanmasına, depolanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması,
 - Afet durumunda atık taşıma hizmetinin yapılamaması gibi hastane dışı zorlukların hastanenin kısıtlılıklarıyla birleşmesi.
- Bu alanlardaki sorunları önlemek için gereken Olay Eylem Planını oluşturmak,
- Lojistik yönetimi için koordinasyonu sağlamak,
- Söz konusu hizmetler için personel desteğini sağlamak,
- Çalışanların ve ekipmanların emniyetini ve iş güvenliğini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Söz konusu destek hizmetlere ilişkin SOP'ları ve İşAT'ları OYM'de değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelini görevlendirin,
- Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın,
- İhtiyaca bağlı olarak uygun personeli yeniden görevlendirin,
- Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin,
- İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğinin dikkate alınmasını sağlayın, gerekli eğitimleri verin,
- Hizmet sunumunun zamanla sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin,
- Öngörülen bir eksiklik (personel, malzemeler, ekipmanlar, lojistik) durumunda gereken Olay Eylem Planını oluşturun,
- Bilgi yönetiminin (raporlama sistemi, izleme) işlevsel olmasını sağlayın,
- Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin,
- Sağlık otoriteleri ile birlikte hareket edin.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alınmalıdır,
- Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlığı tehdit eden riskler ve güvenlik prosedürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olunmalıdır,

- Sürece dâhil olan personelin kontaminasyon, bulaşıcı atıklar vb. durumlarda iş güvenliği prosedürlerine tamamiyle uyduğundan emin olunmalıdır (kontamine ya da bulaşıcı atıklarla çalışırken),
- Pandemi ve epidemideki durumda faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulandığından emin olunmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- Kayıtlar
- Formlar
- Standart Operasyon Prosedürü
- Ekipman ve malzemeler

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Gerekli hizmetlerin doğru zamanda ve yeterli miktarda verilmesini sağlayın,
 - Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın.
- .Çalışan personelin eğitim aldığından emin olun.

Zaman Dilimi

- AMP'nin aktive edilmesiyle başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile

Koordinasyon

- Standart Operasyon Prosedürü

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Kimyasal bir olayda ya da insandan insana bulaşma ihtimali olan hastalık durumlarında, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın,
- Kimyasal bir olay yaşanması halinde, kanalizasyon sisteminin mümkün olduğunca atık su ile kontamine olmasını engellemek amacıyla dekontaminasyon alanının sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.

Sürece Dahil Kişiler

- OYE, OYM personeli,
- Destek hizmetler personeli,
- Dış paydaşlar.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- Bilgi yönetimine ilişkin ilkelerin ve prosedürlerin Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekliyle uygulanmasını sağlayın.

İzleme

- Temizlik hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri ve atık yönetimi hizmetlerinin yeterli ve zamanında verildiğinden emin olun

Güvenlik Konuları



ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ SÜRECİN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 21

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/2

Temel Faaliyet: Hastane içinde ölümlerle ilgili sürecin yönetiminin etkili bir biçimde organize edilmesini sağlamak.

Hedefler

- Ölülerin ihtiyaç halinde güvenli bir alanda (geçici morg) muhafaza edilmesini sağlamak,
- Ölen kişilerin kişisel eşyalarının güvenli bir yerde korunmasını, muhafaza edilmesini ve ailelerine teslim edilmesini sağlamak,
- Ölülerin kimliğini tespit etme sürecine aktif şekilde katkı sağlamak,
- Yakınını kaybeden veya ölü teşhis etmek üzere hastanede bulunan ailelere psikososyal destek sağlamak,
- Ölülerin saklama koşullarının uygun olmaması gibi durumlardan kaynaklanabilecek halk sağlığı sorunlarını önlemek
- Kayıp kişilerin aranması esnasında emniyet güçlerine hastalar ve ölümler hakkında bilgi vererek kayıp yönetimine katkıda bulunmak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Beklenen ölü sayısı hastanenin morg kapasitesinin üzerinde ise hemen, cesetlerin bir süre muhafaza edilebileceği geçici morg alanı açın/oluşturun:
 - o Emniyet güçlerinin yardımıyla bu alanın güvenliğini sağlayın,
 - o Bu alana yetkisiz kişilerin girmesini ve cesetlerin alan dışından görülmesini engelleyin
 - o Alanı emniyet güçleri ile iş birliği kurarak, psikososyal destek ekibinin önerileri doğrultusunda, yakınları tarafından ölümlerin kimliklerinin tespit edilmesini kolaylaştırabilecek şekilde hazırlayın,
 - o İhtiyacı olanlara psikososyal destek sağlayın,
 - o Ölen kişilere ait tüm eşyaların emniyet güçleri kontrolünde güvenli halde muhafaza edilmesini sağlayın,
 - o Tüm faaliyetlerde emniyet güçleri ile koordinasyon halinde olun,
 - Cesetlerin fotoğrafını çekin (mümkünse dişleri görünecek şekilde ikinci bir fotoğraf çekilmesi),
 - Çeşitli departmanlar/servis/ birimler, acil servis ve hastane afet triyaj alanı için, ölü yönetimine ilişkin bilgileri hazırlayın. Bu bilgilendirmede geçici morga nakil, kimlik tespitine yardımcı olabilecek her türlü bilginin kayıt altına alınması vb. prosedürlerin olmasını sağlayın,
 - Ölülerle bağlantılı her türlü toksikolojik ve enfeksiyon riski olan durumlarda özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın,
 - Geçici morgda, emniyet güçleri ile işbirliği içinde yeterli sayıda personelin çalışmasını sağlayın,
 - Cesetlerin dini kurallara uygun şekilde ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın,
 - Ölü ve kayıplara ilişkin ilgili sorumlularla bilgi paylaşımı yapın,
 - Gerekirse din görevlileriyle işbirliği yapın,
 - Ölülerin hastaneden çıkışına ilişkin resmi bir prosedür oluşturun,
 - Geçici morga bütün girişlerin ve morgdan bütün çıkışların kaydını tutun,
 - Ceset torbası vb. lojistik ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın,
 - Gerekli olduğu takdirde cenaze hizmeti veren ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçin.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri

- Geçici morg alanının tamamen emniyet altına alındığından ve sadece yetkisi bulunan kişilerin girişine izin verildiğinden emin olunmalıdır,
- Ölülere ait kişisel eşyaların doğru bir şekilde toplanıp muhafaza edildiğinden emin olunmalıdır,
- Ölülerle ilgili halk sağlığı konularının dikkate alındığından emin olunmalıdır,
- Sürece dahil olan personelin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaması için koruyucu tedbirlere uyması sağlanmalıdır,
- Gerekirse sürece dahil olan personele sağlık kontrolü yapılmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- Formlar,
- Kayıtlar,
- Standart Operasyon Prosedürü,
- Fotoğraf makinesi ve fotoğraflar,
- Halatlar, mahremiyet sağlanması için çadırlar, yönlendirme tabelaları,
- Görev yelekleri.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Cesetlerin mahremiyet çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın,
- OYE görerek teşhis etmeyi kararlaştırdıysa, mahremiyete saygı çerçevesinde ve gerekirse psikososyal destek ekipleri eşliğinde gerçekleşmesini sağlayın,
- Emniyet güçlerinin ceset yönetimi sürecine dahil olmasını sağlayın.

Zaman Dilimi

- AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u,
- Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,
- Güvenlik Yönetimi SOP'u,
- Psikososyal Hizmetlerin Yönetimi SOP'u,
- Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi SOP'u.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Ölüm sebebi bir kimyasaldan dolayı zehirlenme ya da bulaşıcı hastalığa yakalanma ise, sürece dahil olan personelin sağlığını korumak için derhal koruyucu önlemler alın,
- Ölülerin çeşitli nedenlerle bir günden fazla muhafaza edilmesi gereken durumlarda, süreç dahilinde ilgili toplama alanına nakilleri için dış paydaş kurumlarla acilen işbirliği sağlayın.

Sürece Dahil Kişiler

- OYE,
- Güvenlik personeli,
- Emniyet güçleri,
- Destek personeli,
- İdari personel,
- Psikososyal Destek Personeli.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- Bilgi yönetimi ve ölümlerle ilgili süreç yönetimi raporlamasını, AMP'de tanımlanan şekilde yapın.

İzleme

- Ölülerin ailelerine teslim edildiğinden ya da merkez morga nakledildiğinden ve ilgili formların doldurulduğundan emin olun (*ölüler hastanenin geçici morgunda 48 saatten fazla bırakılmamalıdır*).
- Ölen kişiye ait tüm kişisel eşyaların emniyet güçleri gözetiminde ailelere teslim edildiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları



**TEKNİK BAKIM HİZMETLERİNİN VE KRİTİK EKİPMANIN
YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ**

HAP.PR: 22

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/3

Temel Faaliyet: Tıbbi bakım hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için kritik ekipman ile temel hastane demirbaşlarının kullanılabilir durumda ve daima koruma altında olmasını sağlamak.

Hedefler

- Kritik ekipmanın hazır ve çalışır durumda kalmasını sağlamak,
- Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halinde hemen tamir edilmesini sağlamak,
- Elektrik, su, haberleşme vb. kritik altyapılarının sürekli çalışması için ilgili dış paydaşlarla işbirliği sağlamak,
- Dış kaynaklarda bir sorun yaşanması halinde, jeneratörler, su tankları vb. yedek sistemlerin devreye girmesini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- Lojistik görevi kapsamında cihaz ve araç/gereç sorumlusu ile operasyon görevi kapsamında altyapı sorumlusu görevlendirilmeli ve şu talimatlar verilmelidir:
- Teknik bakım hizmetleri personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü, iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve kullanılacak olanların seçilerek mevcut duruma uyarlanmasını sağlayın
- Departman/Servis/Birim Sorumluları ile kritik ekipmanın faaliyet düzeyini belirleyin. Eksik ya da aşırı kullanım gibi sorunları ön görebilmek için bir izleme sistemi oluşturun (AMP’de tanımlanan prosedür ve kontrol listelerini kullanın),
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinde açıklanan şekilde rehberleri ve kontrol listelerini kullanarak, kritik sistemlerin güvenliğinin sürdürülebilir olup olmadığını değerlendirin. Öncelik elektrik ve su gibi kaynaklar olsa da atık yönetimi gibi diğer konuları da dikkate alın,
- Kritik ekipmanın etkili bir şekilde işleyişi ve kritik sistemlerin erken dönemde bakım ve iyileştirilmesi için katkı sağlayabilecek harici paydaşları, tedarikçileri, uzmanları belirleyerek, gerektiğinde protokoller yapın,
- Dış kaynaklı bir olayda hastanenin de etkilenmesi (örneğin, hastane binasının zarar görmesi, kritik ekipmanın kısmi yada tamamen hasar görmesi veya kullanım dışı olması gibi) durumunda OYE aşağıdaki adımları izlemelidir:
 - Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4),
 - Hemen teknik bakım ve güvenlik birimlerinden hasar tespiti yapmalarını isteyin, Bölüm 4’te açıklandığı üzere, prosedür ve kontrol listelerini kullanın. Hastane dışından ihtiyaç duyulan ek teknik uzmanlık hizmetlerini belirleyin,
 - Her Departman/Servis/Birim Sorumlusundan, kritik ekipman ve kritik sistemlerin işleyişi ile ilgili tüm sorunları bildirmesini isteyin,
 - Hasarlı yapıların güvenliğine ilişkin karar alma sürecine katkı sağlayabilecek taraflarla acil toplantı yapın (hastanenin tahliyesi her zaman son seçenek olarak değerlendirilmelidir, yüksek risklerin olması halinde tedbir amaçlı tahliye önerilmektedir),
 - Toplum (kamu) hizmeti veren kurum ve kuruluşlarla, kritik ekipman ve sistemlerin eski haline getirilmesi için işbirliği sağlayın ve eylem planı oluşturun,
 - İzleme yöntemleri oluşturun.
- Hastane içinde yangın çıkması halinde OYE aşağıdaki adımları izlemelidir:
 - Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4),
 - Güvenlik ve teknik bakım hizmetleri personelinin, ortak durum değerlendirmesi yapmasını ve tedbir amaçlı tahliyeye yönelik ilk durum tesbit raporu hazırlamasını isteyin,
 - Yangınla mücadelede yardımcı olabilecek tüm personeli seferber edin,
 - Temel teknik hizmetlerin sunulmasının önemini göz önünde bulundurun, en kötü senaryoyu düşünün, buna uygun bir eylem planı oluşturun.
- Teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olabilmek için seferber edilecek araçları belirleyin:

- Mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetleri sağlayan personeli, gerek görüldüğünde teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olmak üzere eğitin,
- Güvenlik hizmetleri personeliyle iş birliği yapın,
- Gerektiğinde hastane dışından yardımcı olabilecek uzman ve teknisyenlerin listesini hazırlayın.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Kritik ekipman önceden belirlenen prosedürlere ve kontrol listelerine göre kullanıma uygun hale getirilmelidir,
- Kritik ekipmanın işleyişinin, ilgili dış hizmet sağlayıcıları ile işbirliği içinde yürütüldüğünden emin olunmalıdır,
- Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye atmamalıdır,
- Kritik altyapı ya da kritik ekipmanın kaybı Bölüm 4'teki Olaya Özel Planlara göre ele alınmalıdır,
- Kritik sistemin ya da kritik ekipmanın kaybı Bölüm III'deki olaya özel planlara göre ele alınmalıdır,
- Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalı ve epidemi vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- Formlar.....
- Kayıtlar.....
- Standart Operasyon Prosedürü.....
- Görev yelekleri.....
- Özel ekipman.....

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her Departman/Servis/Birimde güvenle kullanılabilmesini sağlayın,
- Hastanenin kritik altyapısının çalışır durumda olmasını sağlayın,
- Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun,
- Kritik ekipmanın zarar görülebilirlik riskinin en aza indirildiğinden emin olun.

Zaman dilimi

- OYE faaliyete geçtiğinde hemen başlar ve olağan duruma geçildiğinde sona erer.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile

Koordinasyon

- Güvenlik Yönetimi SOP'u,
- Departman/Servis/Birimlere ait Müdahale Prosedürleri,
- İş sürekliliğine ilişkin SOP,

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

- Zarar gören kritik ekipmanın hemen yerine konulamaması, hasta bakım hizmet kalitesi ve sayısında azalmaya neden oluyorsa, Bölüm 4'te yer alan İş Sürekliliğine ilişkin Olaya Özel Planı faaliyete geçirin.

Sürece Dahil Kişiler

- OYE OYM personeli,
- Teknik Bakım hizmetleri personeli,
- Güvenlik personeli,
- Temel dış paydaşlar (kritik altyapıyla ilgili, tamirden sorumlu teknisyenler, yedek parça tedarikçileri ve/veya ekipmanın yenisiyle değiştirilmesini sağlayan kişiler).

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- AMP ve ilgili Olaya Özel Plana (faaliyete geçirilmişse) göre hazırlanır.

İzleme

- Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun,
- Kritik altyapının veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun.

Güvenlik Konuları



EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLANIN UYGULANMASI PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 23

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/3

Temel Faaliyet: Acil Müdahale Planının işlevsel olmasını sağlamak. Personelin Acil Müdahale Planı doğrultusunda harekete geçmesi ve eylemde bulunması için hazır olmasını sağlamak.

Hedefler

- Eğitim programları ve tatbikatların Acil Müdahale Planının tam anlamıyla bir parçası olmasını ve sistematik olarak organize edilmesini sağlamak,
- Tatbikatları (masa başı/fonksiyonel) düzenli aralıklarla ve farklı senaryolarla gerçekleştirmek.
- Tatbikatlar aşağıdaki şekilde hazırlanmalıdır.

1. Adım

Tatbikat İçeriğinin Tanımlanması: AMP'ye ve Olaya Özel Planlara göz atın; tatbikat yapılmasına yönelik ihtiyaç değerlendirmesi yapın, hastanenin tatbikat yürütme kapasitesini değerlendirin, tatbikatın amaç ve hedeflerini tanımlayın, tatbikat türünü seçin, maliyet ve sorumlulukları değerlendirin, tatbikat dokümanı oluşturun ve tatbikatın yapılacağını duyurun.

2. Adım

Tatbikatların geliştirilmesi: Tatbikat için gereken kaynakları belirleyin, senaryoyu ve görev alacak personelleri içerecek tatbikat planını yapın. Simülasyon materyalini ve diğer görselleri hazırlayın ya da bir vaka çalışması geliştirin. Tatbikatı ilgili tüm departman/servis/ birim ve paydaşlara uygun yöntemlerle, doğru zamanda duyurun. Hastaneyi hazırlayın ve lojistik ihtiyaçları değerlendirin. Tatbikata katılacak personeli ile kontrol sorumlusu, simüle hastalar ve değerlendiriciler gibi tatbikatı yürütecek kişileri belirleyin. Gerekli görüldüğünde tatbikatta görev alacak katılımcılara eğitim verin.

3. Adım

Tatbikatın gerçekleştirilmesi: Tatbikatın yapılış şekli tatbikat türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Briefing düzenleyerek katılımcılara talimatları verin; tatbikatın senaryosu, pratik bilgiler, güvenlik, zamanlama, görevler ve komuta sistemi vb. konularda bilgilendirme yaparak, ilgili malzeme ya da ekipmanları dağıtın. Katılımcıların aktif katılım göstermelerini ve kendilerinden bekleneni yerine getirmelerini sağlayın.

4. Adım

Değerlendirme ve geribildirim: Tatbikatın amacına ulaşıp ulaşmadığını belirlemek üzere hastanenin tatbikat performansını değerlendirmek zorunludur. Mevcut Acil Müdahale Planının işlevselliği, uygulanan acil durum yönetim sistemi, eğitimler, personelin performansı, kullanılan ekipmanın durumu değerlendirilerek güçlü yönler ve güçlendirilmesi gereken alanlar belirleyin, iyileştirme ve geliştirme aktiviteleri planlayın.

5. Adım

İzleme: Takip yapılmadan verilen tavsiyeler, hastanenin tatbikatlardan en iyi şekilde faydalanmasına engel olacaktır. Takip, tatbikatın en çok ihmal edilen alanlarından biridir.

- Amaç ve hedeflere göre (AMP'nin hangi bölümünün ve hangi fonksiyonunun test edileceğine bağlı olarak) farklı konularda ve farklı yöntemlerin uygulandığı tatbikatlar planlayın (örneğin masa başı tatbikatı, fonksiyonel tatbikat vb.).

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- HAP komisyonu yıllık faaliyet planında eğitim ve tatbikatları belirlemeli ve bir takvime bağlamalıdır,
- Acil Müdahale Planı tatbikatı yapılırken OYE tarafından aşağıdaki tavsiyeler göz önüne alınmalıdır. Plan tatbikatı yapıldığı sırada, aşağıdakilerin kontrol edilmesi gerekir:

*OYE

- * OYE'nin yapısı, görevi, sorumlulukları, temel faaliyetleri ve yetki alanı,
- * Her OYE üyesinin temel sorumlulukları,
- * Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) bulunduğu yer ve ekipmanlar,
- * SOP'lar, İş Akış Talimatları ve bulundurulması gereken Formlar ve diğer belgeler (karar almaya yönelik tüm kritik bilgiler),

* OYE'nin hastane içi ve hastane dışı haberleşmesi,

* Yılda en az iki defa OYE'nin faaliyete geçirilmesi ile ilgili tatbikat yapılmalıdır.

- **Triyaj ve Hasta Kabul:** Hastane afet triyaj alanının bulunduğu yerin erişim, güvenlik, asgari çalışma koşulları, hava şartları vb. açısından uygunluğunun değerlendirilmesi önemlidir. Alanın açılması ve kurulması konusunda da tatbikat yapılması gerekmektedir. AMP'de yer alan tüm prosedürler, iş akış talimatları ve kaynakların seferber edilmesi ile ilgili tedbirlerin alınması; bilgi yönetimi ve koordinasyon ile ilgili önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

- **Acil Servis ve Hastane İçi Trafik Akışı:** AMP'nin farklı seviyelerinde hangi kaynakların ne zaman ve nasıl seferber edileceği belirlenmelidir. Meydana gelen afet ve acil durum esnasında Acil Servis'in yatak, personel ve ekipman açısından nasıl işleyeceği ve ilave edilmesi gereken ekipman, ilaçlar ve kritik malzemelerin nereden temin edileceği belirlenmelidir. Özellikle Acil Servis için hazırlanan rehberler, prosedürler ve iş akış talimatları, kayıtlar ve diğer formların neler olduğu ile Acil Servis'in nasıl organize edileceği, bilgi yönetiminin nasıl yapılacağı tanımlanmalıdır.

Günlük acil prosedürlerinin, hasta kabulünün ve olağan ayakta tedavi konsültasyonlarının afet/acil durumda nasıl yönetileceği belirlenmelidir. Afet/acil durumlara müdahalede kullanılacak malzeme ve ekipmanların hastane içinde nerede ve nasıl muhafaza edileceği (afet stoku, SOP ve İşAt) belirlenmelidir.

- **İnsan Kaynakları Yönetimi:** Personelin emniyeti, sağlık güvenliği ve hastaneye erişimi sağlanmalıdır (hastanenin giriş noktalarının sayısı sınırlı tutulmalıdır). Haberleşme sistemleri ve araçları düzenli test edilmelidir. Personelin geri dönüşü ile ilgili özel prosedür (örneğin, kreş açılması vb.) belirlenmelidir. Epidemik ve pandemi gibi özel durumlar tartışılmalıdır (örneğin, personele yönelik kişisel koruyucu kıyafet ve donanımına ilişkin talimatlar verilmelidir)

- **Lojistik Yönetimi:** Bütün rehberler, prosedürler, protokoller, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ile malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir.

- **Bilgi Yönetimi:** Tüm prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir.

- **Güvenlik:** Hastane içinde meydana gelebilecek acil durumlar (örneğin yangın) başta olmak üzere, müdahale etmeye yönelik güvenlik prosedürlerini düzenli olarak (yılda en az üç defa önerilir) kontrol edin. Güvenlik hizmetlerinin kullanacağı ekipmanı uygunluk ve kullanılabilirlik açısından test edin. Emniyet güçleri, itfaiye ve diğer paydaşlarla ortak tatbikatlar hazırlayın. Herhangi bir olay, öğrenilmiş dersler açısından incelenmelidir.

- **Bakım ve Kritik Altyapı:** Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir. Dış paydaşlarla düzenli tatbikatlar yapılması ve gerekli ekipmanın uygunluğunun test edilmesi gerekmektedir.

- **Eczane, Laboratuvar ve Kan Merkezi, Temizlik Hizmetleri ve Atık Yönetimi, Psikososyal Destek, Ailelere Yönelik Alanlar, Ölü ve Kayıplar İlgili Sürecin Yönetimi:** Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla iş birliği içerisinde yürütülmelidir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

• Tatbikatların personel/hasta sağlığı ve ekipman açısından tehlike oluşturmadığından emin olunmalıdır.

• Tatbikatların mümkün olduğunca ilgili dış paydaşların katılımıyla gerçekleştiğinden emin olunmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

• OYE ve/veya tatbikat hazırlama komisyonu tarafından belirlenecektir.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

• OYE ve tatbikat hazırlama komisyonu tarafından tanımlanacaktır.

Zaman Dilimi

AMP'de yazılanlara göre belirlenecektir.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

• OYE ve tatbikat hazırlama komisyonu tarafından kararlaştırılacaktır.

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar

Sürece Dahil Kişiler

- Olay Yönetim Ekibi,
- Eğitim verilen personel,
- Tatbikatlara dahil olan personel (hastane dışı ve hastane içi),
- Dış paydaşlar.

Eylemlerin kaydedilme şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- Tatbikatları değerlendirin ve analiz edin,
- Eğitim faaliyetlerini değerlendirin ve analiz edin,

İzleme

- AMP'nin işlevsel olduğundan emin olun.

Güvenlik Konuları



RİSK İLETİŞİMİ VE HAP KONUSUNDA PERSONEL VE TOPLUMUN BİLGİLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

HAP.PR: 24

YAYIN TARİHİ:23.11.2021

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:00

SAYFA NO: 1/3

Temel Faaliyet

Afet öncesi başta olmak üzere, afet risk azaltma ve afet yönetimi aşamalarının bütünü kapsayacak biçimde, tüm paydaşlar ile risk iletişimi faaliyetlerini etkili bir şekilde yürütebilmek; Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) hakkında bilgilendirilmesini sağlayarak, afete hazırlık ve afet durumlarında müdahale yönetiminin katılımcı ve etkili şekilde yürütülmesini sağlamak.

Hedefler

- Tüm hastane personelinin HAP hakkında yeterli bilgiye sahip olmasını sağlamak,
- Personelin HAP yaklaşımı ve faaliyetlerine ilişkin görüş, öneri ve katkılarını sunabilme mekanizmalarını oluşturmak,
- Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP'tan haberdar olmasını sağlamak,
- Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP'ın afet risk yönetimi yaklaşımına destek olması ve planın amacına uygun davranışları benimsemesini sağlamak,
- Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak,
- Medya veya diğer risk iletişimi paydaşları ile afet öncesi dönemde gerekli ilişkilerin kurulması sureti ile afet sırası ve sonrasında hastane, toplum ve medya arasında daha sağlıklı ve kolay bir bilgi akışını sağlamak,
- Medya veya diğer risk iletişimi paydaşlarına afet öncesi dönemde gerekli bilgilerin aktarılması ile afet öncesi, sırası ve sonrasında topluma doğru bilginin uygun yöntem ve şekillerle iletilmesine katkı sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- HAP'ın hazırlanma ve/veya güncellenme sürecinin başlaması ile birlikte bir risk iletişimi planlaması yapılmalıdır.
- İlk etapta hedef kitle ve özellikleri belirlenmelidir. Hedef kitle temel olarak üç ana gruptan oluşmaktadır.
 - Hastane personeli
 - Toplum
 - Medya

Daha etkin ve alt gruplara uygun iletişim için söz konusu hastane ve bulunduğu bölgeye uygun olacak şekilde, yukarıda belirtilen ana grupların alt grupları oluşturulmalıdır.

• **Hastane personeli:** Hastanedeki personel sayısına ve personel özelliklerine göre, personel gruplara ayrılmalıdır. Bu gruplar ve özellikleri göz önüne alınarak HAP'ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlandığı bilgisi uygun içerik, biçim ve araçlarla personele duyurulmalıdır. HAP'ın hazırlanması veya güncellenmesi sonrasında şekillenecek Plan, oluşturulan alt gruplara yönelik toplantılarda, personel ile paylaşılmalıdır.

• **Toplum:** Hastanenin fonksiyonunun, bulunduğu il, bölge, semt vb. yerel özellikler değerlendirilerek hedef kitlesinin ve alt gruplarının (hasta, hasta yakını ve ziyaretçisi gibi) tanımlanması ve bu hedef kitlelere ulaşım mekanizmaları (mahalle dernekleri, hasta dayanışma dernekleri vd. yerel örgütlenmeler) belirlenerek yılın belirli dönemlerinde afiş, duyuru, kampanya gibi farklı ve hedef gruplara uygun yöntemler aracılığı ile toplum ile paylaşılmalıdır.

• **Medya:** Yerel ve ulusal medya olmak üzere paydaşlar belirlenmeli, gerekli ilişkiler önceden kurulmalı ve HAP söz konusu paydaşlara tanıtılmalıdır; bu yaklaşım bir afet/acil durumda medyanın doğru bilgiye dayalı, destekleyici katkısını sağlayıcıdır. Toplum bilgilendirme için medya ile düzenli işbirliği yapılmalıdır.

• Gazete, radyo, TV gibi geleneksel medya kanalları dışındaki sosyal medya vb. sürekli gelişen iletişim kanalları da gözönünde bulundurulmalı, uygun bulunduğu bu kanallar da bir risk iletişimi aracı olarak kullanılmalıdır,

- Lodos, fırtına gibi doğa kaynaklı tehlikelerin mevsimi, 17 Ağustos, 12 Kasım deprem yıldönümleri gibi bölge ve iller için afetler bakımından anlamlı tarihler, tatbikat dönemleri HAP'a yönelik risk iletişimi için değerlendirilmelidir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

- Risk iletişimi çalışmalarının hastane işleyişi, hasta, refakatçi, ziyaretçi ve personel güvenliğini sekteye uğratmadan yürütülmesi sağlanmalıdır,
- Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır,
- Kritik verilerin ve paylaşılması uygun olmayan plan kısımlarının ilgililer dışında paylaşılması sağlanmalıdır,
- Yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması gereken verilerle ilgili işleyişe dikkat edilmelidir,
- Topluma ya da medyaya yönelik bilgilendirmenin afet öncesi, sorası ve sonrası süreçlerde yetkilendirilmiş birim veya kişilerce planlı bir şekilde yapılması sağlanmalıdır,
- Personele yönelik çalışmalar planlanırken, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel de (part-time, nöbet usulü, uzaktan ve benzeri çalışanlar) göz önüne alınmalıdır, onların da bu bilgilendirmelere ve çalışmalara dahil edilmesi sağlanmalıdır.

Kullanılacak Materyaller

- HAP Hazırlama Komisyonu tarafından belirlenecektir.

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri

- Toplumdan ve personelden gelen geri bildirimler derlenerek HAP Hazırlama Komisyonu'na sunulur,
- Bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinin öncesi ve sonrasında değerlendirme anketleri veya görüşmeleri yapılır,
- Dağıtılan ve kullanılan broşür, afiş benzeri malzemenin sayı ve çeşitleri raporlanır.

Zaman Dilimi

- HAP'ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlaması ile başlar; yıl boyunca bir sonraki HAP güncellemesine kadar devam eder.

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon

- Bilgi Yönetimine ilişkin SOP 9 başta olmak üzere tüm SOP'lar,
- Diğer üst planlar (il planları).

Sürece Dahil Kişiler

- HAP Hazırlama Komisyonu,
- Hastanenin tüm personeli,
- Hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçiler,
- Hastanenin hizmet sunduğu toplum,
- Dış paydaşlar.

Eylemlerin Kaydedilme Şekli

Kayıtlar:

Formlar:

Raporlama mekanizması:

- Yapılan çalışmaları mutlaka raporlayın, bir sonraki risk iletişimi çalışmasında kullanılmak üzere değerlendirin, en geç bir sonraki HAP güncelleme sürecinde ele alın.

İzleme

- Yapılan risk iletişimi çalışmalarına ilişkin geri bildirim mekanizmaları oluşturun,
- Çalışma raporlarını veya çalışmaları değerlendirme amaçlı yapılan anket, görüşme ve kontrol listelerini analiz edin,
- Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun,
- Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla verilen bilgilerin basit, anlaşılır ve doğru olduğundan emin olun,
- Tüm personelin çalışmalara dahil edildiğinden emin olun (Sağlık personeli, destek hizmetler personeli, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel),
- Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.

Güvenlik Konuları



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
HAP ORGANİZASYON GÖREVLENDİRME FORMU



HAP.FR.01

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:	Tarih .../.../....	Saat ../..	Operasyonel Dönem- Tarih/Saat .../.../.... ../..
Pozisyon	Olay Yönetim Ekibi Ad-Soyad/Kurum		
HAP Başkanı			
Halkla İlişkiler Sorumlusu			
Kurumlararası Koordinasyon Yetkilisi			
İş Güvenliği Sorumlusu			
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)			
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)			
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)			
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)			
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)			
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)			
HAP Sekreteryası			
Operasyon Bölümü			
Operasyon Şefi			
Alan Sorumlusu			
Tıbbi Bakım Sorumlusu			
Altyapı Sorumlusu			
Güvenlik Sorumlusu			
İş Sürekliliği Sorumlusu			
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu			
Psikososyal Destek Sorumlusu			
Planlama Bölümü			
Planlama Şefi			
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu			
Durum Değerlendirme Sorumlusu			
Dokümantasyon Sorumlusu			
Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu			
Lojistik Bölümü			
Lojistik Şefi			
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu			
İnsan Kaynakları Sorumlusu			
Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu			
İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu			
Finans Bölümü			
Finans Şefi			
Satınalma Sorumlusu			
Faturalama/Maliyetlendirme Sorumlusu			
Hukuk/Tazminat Sorumlusu			
Tahakkuk Sorumlusu			
Dış Kurum Temsilcisi (Hastane Afet Yönetim Merkezinde)			
Hastane Temsilcisi (Dış Kurumda)			
Görev Yeri			



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
BRİFİNG FORMU



HAP.FR.02

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:

Tarih/ Saat:

Olayın Hikayesi ve Mevcut Faaliyet Özeti

Organizasyon

Notlar (Aşılan sorunlar, devam eden sorunlar, uyarılar, direktifler)

Düzenleyen (Ad-Soyad/Pozisyon)

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



OLAY BİLDİRİM FORMU

HAP.FR.03

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

İl / İlçe Adı:

Tarih / Saat:

Olayın Tanımı:

Yapılan ilk müdahale bilgisi:

Yaralı Sayısı:

Ölü Sayısı:

Bilgi Veren (İlgili Kişi):

KHB Kriz Koordinasyon Merkezi Tel No:

İl Komuta Kontrol Merkezi Tel No:

KHB Kriz Koordinasyon Merkezi Faks No:

İl Komuta Kontrol Merkezi Faks No:

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Olayı haber alan kişi tarafından doldurulur.
- 3) OYE tarafından uygun görülen birim ve kişilere gönderilir.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



OPERASYON KAYIT FORMU

HAP.FR.04

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:

Tarih

Saat

.../.../....

.. : ..

Bölüm/Birim:

Pozisyon:

Saat

Temel Sorunlar, Alınan Kararlar, Bildirimler

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) OYE ve olaya dahil olan departman/servis/birim tarafından doldurulur.
- 3) Anlık bildirimde ve olay sonunda raporlama, dökümantasyon amacıyla kullanılır.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
TESİS SİSTEMLERİ DURUM FORMU



HAP.FR.05

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1/4

Tarih -Saat :	Görevli Adı-Soyadı:	
Sistem Adı	Durum	Eğer tamamen fonksiyonel değilse bu bölümde yeri, sebebi ve tamirat için gerekecek yaklaşık zamanı yazınız.
İnternet	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Video Tele Konferans (VTC) Kablolu	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
ALT YAPI		
Tesise Ulaşım (Yollar, kaldırımlar, köprüler..)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Yangın Uyarı Sistemi	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Yangın Söndürme Sistemi	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Yiyecek Hazırlama Malzemeleri	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Buz Makinesi	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Çamaşırhane / Çamaşır Ekipmanları	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Yapısal Unsurlar (Bina Bütünlüğü)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
HASTA BAKIMI		
Dekontaminasyon Sistemi (Arındırma Ünitesi)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	

Dijital Röntgen Sistemi Digital (Radyoloji ünitesi, rutin PACS, CT, MRI, diğer)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Buharlı /Kimyasal Sterilizatörler	· Tamamen kullanılıyor	
	- Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
İzolasyon Odaları (Pozitif/Negatif Hava)	Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
GÜVENLİK		
Tesis Kilit Sistemleri (Kapı/anahtar kart erişimi)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Kampüs Güvenliği (Harici Park Alarmları)	Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Kampüs Güvenliği (Işıklandırma)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Panik Alarmları (Dahili ve diğer cihazlar)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
KRİTİK HİZMETLER		
Elektrik Enerjisi (Öncelikli Servisler)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Elektrik Enerjisi (Yedek Jeneratör)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Yakıt Deposu	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Sanitasyon Sistemleri	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	
	- Yok	
Su	· Tamamen kullanılıyor	
	- Kısmen kullanılıyor	
	- Kullanım dışı	

	- Yok	
Doğal Gaz	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Hava Kompresörü	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Asansör(ler)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Tıbbi Atık Yönetimi Sistemi	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Isıtma, Havalandırma, Klimalar	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Oksijen	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Medikal Gazlar, Diğer	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Pnömatik Taşıma Sistemi	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Buhar Kazanı	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Arındırma Ünitesi Atık Su Sistemi	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Su Arıtma Sistemi (Varsa)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Vakum (Aspire etmek için)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	

	- Yok	
Su Isıtıcı ve Dolaştırıcısı	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Harici Aydınlatma	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Harici Depo (Ekipman)	· Tamamen kullanılıyor	
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Araç Otoparkı	· Tamamen kullanılıyor	(güç, panik butonu, ışıklar, giriş, çıkış kontrolü)
	· Kısmen kullanılıyor	
	· Kullanım dışı	
	- Yok	
Kontrol Eden 1:	Onaylayan:	Bildirimi Yapılan Birim:
Kontrol eden 2:		

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Hastanenin olaya maruz kalması durumunda kullanılır.
- 2) Olaydan etkilenen departman/servis/birim tarafından doldurulur.
- 3) Alt yapı sorumlusuna gönderilir.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
OLAY EYLEM PLANI STANDART FORMU



HAP.FR.06

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:	
Tarih/saat:	
Aktivasyon Tarihi:	
Olay Eylem Planının (OEP) Geçerlilik Süresi:	
OEP Hazırlayan/Hazırlayanlar	
OEP Onaylayan: (Görevi Adı ve Tarih)	
OEP'in Adı :	
Mevcut durumun kısa özeti (temel zorluklar, problemler, kısıtlamalar, dahil olan ana paydaşlar, olası gelişmeler, düzenlenecek operasyonlar vb.)	
OEP'in hazırlanmasına dahil olan bölümler (görevleri ve isimleri)	
Müdahale / yönetimin amacı	
Ana hedefler (en fazla 6 amaç) önceliklerine göre numaralandırarak listeleyiniz.	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle baş etme yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle baş etme yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	
Haberleşme Planı (teknik detaylar; örneğin sıklık, cep telefonu numaraları vb.)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Önemli notlar:	
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) OYE ve departman/servis/birimler tarafından kullanılır. 3) OYE' ye gönderilir. HAP başkanı tarafından onaylanmadan kullanılmaz.	



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
OLAY EYLEM PLANI TAKİP KAYDI FORMU



HAP.FR.07

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı :

Başlangıç Tarihi:

Yer:

Sayfa Numarası :

Olay Eylem Planının adı
(ad veya sayı verilebilir) ve **Olay Eylem Planına kabul edilmiş tarihi**

Stratejiler
(Olay Eylem Planı Standart Form'unda açıklandığı şekilde özet)

Taktik Yöneler ve Faaliyetler
(ne, nerede, kim, ne zaman: kaydedilen ilerleme, başarılar, sınırlandırmalar; zayıf yöneler ve boşluklar; zaman çizelgesinden bahsedilmesi: ilgili Acil Müdale Planı'nın geçerliliği)

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Bu form, hastane tarafından yapılan tüm Olay Eylem Planlarını özetlemektedir. Her Olay Eylem Planının kaydedilmesi gerekmektedir (Olay Yönetim Ekibi tarafından geliştirilenler, farklı Departmanlar ve Birimler tarafından geliştirilenler).
- 2) OYE tarafından kullanılır.
- 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
HASTA DOSYASI FORMU



HAP.FR.09

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:

Tarih:

Saat:

Hasta Kayıt No:

Triyaj Kodu:

Protokol No:

Tc Kimlik No:

Adı-Soyadı/Eşgali:

Şikayeti

Vital Bulgular

Muavene Bulguları

Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Saturasyon	Ateş

İstenilen Tetkikler

Yönlendirildiği Yer

Sonuç



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
HASTA SON DURUM LİSTESİ FORMU



HAP.FR.12 YAYIN TARİHİ:18.02.2016 REVİZYON NO:02 REVİZYON TARİHİ:23.11.2021 SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:

Olay Başlangıç Tarih ve Saati - Olay Bitiş Tarih ve Saati:

Sıra No	Protokol No	Ad Soyad/Eşgal	TC Kimlik No	Cinsiyet (K/E)	Yaş	Triyaj Kodu	İstnilen Tetkikler (USG, CT, Anjio vb.)	Ameliyata Sevk Saati	Sonuç ve saati (Taburcu, Yatış, Sevk, Morg)	Açıklama
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										

DÜZENLEYEN AD SOYAD ÜNVAN
İMZA

ONAYLAYAN AD SOYAD ÜNVAN
İMZA



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
DURUM RAPOR (İdari Birimler) FORMU



HAP.FR.13

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay adı		Tarih:
Alan/Birim/Bölüm Adı		Saat:
Hazırlayan Adı Soyadı		Ad-Soyad /İmza:
İrtibat Bilgileri(Telefon, E-posta)		
Mevcut Personel Durumu		Mevcut Malzeme Durumu ve İhtiyaçlar
Çalışan Personel Sayısı		
İhtiyaç Duyulan Personel Sayısı		
Uygun Görülen Çalışma Süresi		
Bölüm Dışı Destek Personel Sayısı		
Yorumlar		
Talepler ve Takibi		Talep Eden Birim

- 1) Operasyon aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır. Aynı zaman da ihtiyaçları bildirmek amacıyla kullanılır.
- 2) İdari birimler tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) İlgili yerlere iletilmek üzere OYE' ye gönderilir.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
DURUM RAPOR (Yataklı Servis) FORMU



HAP.FR.14

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay adı		Rapor No:
Alan/Servis/Ünite Adı		Tarih:
Hazırlayan		Saat:
İrtibat bilgileri (Telefon, E-posta)		İmza
MEVCUT YATAK DURUMU		
Dolu Yatak Sayısı		
Boş Yatak Sayısı		
Sevk Edilebilecek Hasta sayısı		
Taburcu Edilebilecek Hasta Sayısı		
Boşaltılabilecek Toplam Yatak Sayısı (Muhtemelen Taburcu ve Sevk Olabilecek Hasta Sayısı)		
MEVCUT PERSONEL DURUMU		Mevcut Tedarik Sistemi (Lojistik Durum):
Hemşire Sayısı		
Hekim Sayısı		
Hizmet Personel Sayısı (Temizlik ve Diğer)		
Klinik Destek Personel Sayısı		
Klinik Dışı Destek Personel Sayısı		
Görüşler		
Talep edilen eylem ve bunun takibi		Sorumlular

- 1) Operasyon aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır.Aynı zaman da ihtiyaçları bildirmek amacıyla kullanılır.
- 2) Yataklı servisler tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) İlgili yerlere iletilmek üzere OYE' ye gönderilir..



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
HASTA EŞYASI TESLİM FORMU



HAP.FR.15

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:0

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Adı-Soyadı:

Telefon:

Adres:

Alınan Eşyanın

Sıra	Cinsi	Renk	Miktarı	Açıklama
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

Yukarıda cinsi , miktarı ve birimi belirtilen malzemeler tarafından
..... isimli (Hastane Polisi/Sağlık Personeli/Hastane Nöbetçi Memuruna/Hasta yakınına) teslim edilmiştir.

Tarih : .../.../....

Saat :

Teslim Eden	Teslim Eden	Teslim Alan	Teslim Alan

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Hasta girişinin olduğu tüm alanlarda doldurulur.
- 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



PERSONEL MESAI TABLOSU FORMU

HAP.FR.18

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:

Başlangıç Tarihi:

Bitiş Tarihi /Saat:

Servis/Birim:

Sıra No	Ad-Soyad	Kadrolu (K) Görevlendirme (G)	Kimlik No	Görevi	Başlangıç Tarih/Saat	Bitiş Tarih/Saat	İmza	Toplam Süre	Servis Sorumlusu Adı-Soyadı/ İmzası
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

Teslim Tarihi/Saati:

Onaylayan :

- 1) Operasyon aşamasında ve sonrasında kullanılacaktır (diğer form kategorisi). Olay sürecinde hastanede çalışan personel mesai listesidir.
- 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



ALANA MALZEME (DEMİRBAŞ, İLAÇ, TIBBİ SARF V.B.) GÖNDERME TAKİP FORMU

HAP.FR.21

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı : **Başlangıç Tarihi :**

Olay Yeri :

Sıra No	Tarih ve Saat	Malzemenin Adı	Türü (İçeriği, özelliği vb.)	Miktarı	Teslim Eden	Teslim Alan	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
15							
16							



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



İLAÇ, TIBBİ SARF, DEMİRBAŞ VB.TALEP FORMU

HAP.FR.22

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Sıra No	Malzemenin Adı	Türü (İçeriği, Özelliği vb.)	Miktarı	Hesap Kodu	Birim Stok Mevcudu	Açıklama
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

TALEP TARİHİ	
TALEP SAATİ	
TALEP EDEN AD SOYAD UNVANI	
İMZA	

ONAY TARİHİ	
ONAY SAATİ	
ONAYLAYAN AD SOYAD UNVANI	
İMZA	



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



MALZEME TAKİP FORMU

HAP.FR.23

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay Adı:	Birim:
Tarih:	

Saat	Malzemenin Cinsi	Malzemenin Durumu	Teslim Eden	Teslim Alan	Geri Teslim Zamanı (Tarih/Saat)	Malzemenin Durumu	İmza

Onaylayan	Formun Teslim Tarihi/Saati
-----------	----------------------------



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



.....YÖNETİMİ KAYIT FORMU

HAP.FR.27 YAYIN TARİHİ: 18.02.2016 REVİZYON NO:02 REVİZYON TARİHİ:23.11.2021 SAYFA NO: 1 / 1

Olay adı:				Başlangıç Tarihi:
Yer:				
Sayfa Numarası:				
Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, Boyutu, Olası Sonuçları, Bilgi Kaynağı)	Müdahaleler (Karar verenler kimler, Kim ne yapıyor,Ne zaman, Nasıl, Zaman çizelgesi)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, Nasıl, Kiminle, Ne zaman)	İzleme, Takip ve Durum (Nasıl, Ne zaman, Kim, Ne)
Kayıt Sorumlusu				



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
BİLGİ YÖNETİMİ GENEL TAKİP FORMU



HAP.FR.28 YAYIN TARİHİ:18.02.2016 REVİZYON NO:02 REVİZYON TARİHİ:23.11.2021 SAYFA NO: 1 / 1

Tarih ve Saat	Paylaşılan Bilgi (Ne, nasıl ve kilit unsurlar)	Bilgi Alıcısı (Görevi ve adı, irtibat bilgileri)	Alınan Kararlar (Ne, neden, yeni irtibatın kurulma zamanı, nasıl)	Diğer İlgili Unsurlar ve Yorumlar

Olay Yönetim Ekibi tarafından kullanılır



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
PSİKOSOSYAL RİSK ANALİZİ FORMU



HAP.FR.31

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Ad Soyad

Yaşınız / Cinsiyetiniz

İkametgah Adresiniz

Ev Telefonu / Cep Telefonu

ACİL BİR DURUMDA ULAŞILACAK KİŞİLERİN BİLGİLERİ

İsim- Soyisim / Telefon

Medeni Durumunuz

Bekar Ayrı yaşıyor Dul
Evli Boşanmış Birlikte yaşıyor

Tedavi gerektiren psikolojik bir hastalık geçirdiniz mi?

Hayır Evet (belirtiniz.....)

Kronik ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet (belirtiniz.....)

Sürekli kullandığınız bir ilaç veya özel bir gereksiniminiz var mı?

Hayır Evet (belirtiniz.....)

Kendinize zarar verici davranışlarınız oldu mu (bedeninize, kollarınıza kesiler atmak gibi)?

Hayır Evet (belirtiniz.....)

Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi aldınız mı?

Hayır Evet
Kullanmıyorum

Herhangi bir engeliniz var mı? Varsa engel türünü belirtir misiniz?

Yok
Duyma Görme
Fiziksel Zihinsel
Varsa ihtiyaç belirtiniz.....

Hanenizde engelli birey var mı? Varsa engellilik türünü belirtiniz?

Yok
Duyma Görme
Fiziksel Zihinsel
Varsa ihtiyaç belirtiniz.....

- 1) Planlama ve operasyon aşamasında kullanılabilir (diğer form kategorisi)
- 2) Çalışan tüm personel tarafından doldurulur.
- 3) Hastanenin insan kaynakları biriminde bulundurulur, HAP 'ın ekine konmaz .



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU



HAP.FR.32

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 2

Olayın Adı:

Açıklama: Görevli pozisyonların aktivasyonu sona erdirildiğinde ve tüm kaynakların kullanımı sonlandığında doldurulacaktır. Görevli pozisyonların aktivasyonunun sona erdirilmesi ve tüm kaynakların kullanımının sonlandırılması; sadece aşağıdaki kutucuklar doldurulduğunda, tüm malzemeler bakımları yapılmış şekilde teslim edildiğinde ve tüm dokümanlar Dokümantasyon Sorumlusu'na iletildiğinde mümkün olacaktır. Bölüm sorumluları, afet/acil durum sonlandırıldığında, formda kendilerine ayrılmış bölümü imzalamalıdır

Tarih/...../..... -/...../.....
Saat:/..... -/.....

HAP BAŞKANI

NOT

PARAF

Tüm birimler, dallar ve servisler tahliye edildi.

Tüm evraklar rapor oluşturulması için toplanarak gözden geçirildi.

Personele, paydaşlara ve medyaya yönelik sonuç raporu hazırlanarak dağıtımı yapıldı.

Tüm klinik operasyon normale/olay öncesi rutinine geri döndü

Hastane Olay Yönetim Merkezi ve Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı devre dışı bırakıldı.

BASIN VE HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU

NOT

PARAF

Medya sonuç brifingi hazırlandı, onaylandı ve dağıtıldı.

Personel ve hasta sonuç brifingleri hazırlandı onaylandı vedağıtıldı.

Sosyal medya son gelişmelere göre güncellendi.

KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU

NOT

PARAF

Tüm paydaş ve harici kurumlara Hastane Olay Yönetim Merkezi ile Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planının devre dışı bırakıldığı verutin operasyon prosedürlerine dönüldüğü bilgisi verildi.

İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU

NOT

PARAF

Bina güvenliği son denetimi tamamlandı ve raporlandı

Tüm olası tehlikeler belirlendi ve çözüldü

Tüm mekanlar/tehlikeler güvenli bir şekilde tekrarkullanım için onarıldı /azaltıldı.

Tüm ilgili düzenleyici kurumlar bilgilendirildi

Tüm güvenlik özellikli evraklar tamamlanarak onaya sunuldu

TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU

NOT

PARAF

Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı

Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.

TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU.....(Branş)

NOT

PARAF

Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı

Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi

ALAN SORUMLUSU

NOT

PARAF

Müdahalede kullanılan tüm araç ve gereçler depoya veya müdahale öncesindeki yerine geri gönderildi

Tüm personel bilgilendirildi ve günlük çalışmalarına geri döndü.

TIBBİ BAKIM SORUMLUSU

NOT

PARAF

Tüm hasta işlemleri ve randevular tekrar takvimlendirildi

Tahliye edilen tüm hastalar ve aile üyeleri bilgilendirildi.

Tüm klinik bilgilendirme/işlemler/görüşmeler elektronik sistemekayıt edildi.

Alternatif bakım üniteleri devre dışı bırakılarak müdahale öncesi işleyişe geridöndü

Müdahale sürecinde kullanılan medikal malzemeler ve ekipmanlar müdahale öncesi işleyişe geri döndü

Personel şefleri müdahale öncesi işleyişete tekrar geri döndü.

Bölümlerdeki tüm birimler bilgilendirildi ve devre dışı bırakıldı.

ALTYAPI SORUMLUSU

NOT

PARAF

Tüm hasar tespiti tamamlanarak, sonuç raporu operasyon ve planlama sorumlularına aktarıldı

Operasyon Bölüm Şefi tarafından alt yapı sistemleri ve ekipmanlar onarımdan geçirilmesi sağlandı ya da yeni bir hazırlık yapıldı.

Tüm üniteler/birimler müdahale öncesi işleyişine geri döndü.

Kritik sistemler kontrol edildi

Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.

GÜVENLİK SORUMLUSU

NOT

PARAF

Tesis ve/veya kampüsün giriş ve çıkışlarının kapatılması işlemi askıya alındı.

Güvenlik nedeniyle sayısı arttırılan güvenlik personeli bilgilendirilerek, güvenlik personeli sayısı olay öncesi sayısına indirildi

Müdahale süresince ek olarak kullanılan güvenlik tedbirleri artık devre dışı bırakıldı

Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.

TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU	NOT	PARAF
Dekontaminasyon işleyişi sonlandırılarak tüm malzeme, ekipman ve personel müdahale öncesi işleyişine geri döndü		
Dekontaminasyon sürecinde toplanan su güvenli bir şekilde toplanarak güvenli bir şekilde kontrol altına alındı		
Tüm yetkililer dekontaminasyon sürecinde toplanan suyun uygun şartlarda tahliye edilmesi hakkında bilgilendirildi		
Dekontaminasyon işlemine dahil olan personel tıbbi kontrolleri yapılarak, izlem altına alındı		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı		
İŞ SÜREKLİLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
Bilgi girişindeki aksaklıklar giderildi ve veriler kurtarıldı.		
HASTA YAKINI DESTEK SORUMLUSU	NOT	PARAF
Yeri değiştirilen servislerde kullanılan tüm malzeme ve ekipman geri yerleştirildi		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı		
PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu		
Tüm izlem araçları toplanarak depoya gönderildi.		
DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Tüm izlem araçları istiflenerek depoya gönderildi		
DOKÜMANTASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
Müdahale esnasında oluşturulan veya kullanılan tüm evraklar teslim alındı		
Tüm evraklar incelenmek üzere ilişkilendirildi ve kategorize edildi.		
ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
Onaylanmış afet ve acil durum sonlandırma formunda içeren evraklar, Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu		
SAGLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm iletişim ekipmanı hazırlıklı olma sürecine geri döndü. 1. Telsizler ve bataryalar şarj merkezlerine yerleştirildi. 2. Yedek afet telefonları depoya gönderildi. 3. Uydu telefonları toplandı ve şarja yerleştirildi. 4. Hastane Olay Yönetimi Merkezi iletişim ekipmanları depoya gönderildi		
Yerleştirilen tüm bilgi teknolojisi ekipmanları toplandı, incelendi; olaya özgü tüm veriler kaldırılarak arşivlendi.		
Tüm yiyecek/su stokları günlük işleyiş seviyesine çekildi		
Tek kullanımlık yiyecekler ve besinler menüden çıkarıldı.		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
CIHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	NOT	PARAF
Müdahalede kullanılan tüm malzeme ve ekipmanlar incelendi, temizlendi ve günlük kullanıma ya da depoya geri gönderildi		
Kalibrasyon veya tamir gereken tüm ekipmanlar bakım sürecine girdi		
Bölmelere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
SATINALMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu		
FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU	PARAF	
Tüm zaman çizelgeleri ve diğer dökümantasyon araçları toplanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu		
HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu		
Tüm sigorta formları tamamlandı ve poliçelere başvuruldu (var ise).		
TAHAKKUK SORUMLUSU	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu		
Tüm maliyet raporları tamamlandı		
Tüm ödenmemiş harcamalar, faturalar, satın alma talimatları, çekler, banka kartları çözümlendi		
BÜTÜN POZİSYONLAR	NOT	PARAF
Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
Rolünüze ilişkin kullanılan tüm yanıt ve iyileşme ile ilgili tüm cihaz ve aletlerin tamiri yapıldı, şarj edildi, eksikleri tamamlandı ve depoya gönderildi.		
Günlük supervisore günlük işleyişe tekrar dönülmesiyle ilgili bilgi verildi.		
Hazırlayan Ad Soyad: Görevi: Tarih/Saat:	İmza Uzmanlık Alanı: Tesis Binası	



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU

HAP.FR.33

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Olay:

Bilgiler:

Olay;

a) Meydana geldiği tarih ve saat:

b) Bildirilme tarih ve saati:

c) İhbarı yapan kişi /Birim:

d) Meydana geldiği yer /Birim:

e) Meydana geliş şekli*:

* (Eğer olay hastane kaynaklı ise; nerede, hangi nedene/ kime /nasıl ve neye bağlı olarak meydana geldiği ile nasıl geliştiği yazılacak.)

Olaya Müdahale Bilgisi

a)Aktivasyon bilgileri (Buraya, hastanenin hangi birimlerinin sürece nasıl dahil olduğu yazılacak)

b)Olaya özgü ekipman ve araç kullanımı bilgileri:

c)Olaya müdahil edilen diğer ekip ve paydaşlara ait bilgiler (Buraya, olaya müdahil olan diğer kamu kurumu ve STK bilgileri yazılmalıdır.):

d)Olayın Sonuçları:

I. Ölü Sayısı (kimlikli ve kimiksiz) (Total sayılar yazılacak):

II. Yaralı (Total sayılar yazılacak):

III. Başka Hastaneye sevk edilen hasta sayısı:

IV. Ameliyat edilen hasta sayısı:

V. Yoğun bakımda yatan hasta sayısı:

VI. Çalışan Sağlık Personeli Sayısı:

VII. Çalışan Hekim Sayısı:

VIII. Çalışan Destek Hizmet Personel Sayısı:

IX. Olaydan etkilenen Hastane Personel Sayısı:

X. Diğer etkiler (Buraya vaka sırasında müdahale eden sağlık personeli, malzeme ve ekipmanların gördüğü zararlar yazılacak

Alınan Tedbirler

(planlanan sağlık tedbirleri ve ihtiyaçları yazılacak.)

Sonuç

Buraya olayın başlangıcı, sonlandırılış tarih ve saati yazılarak; toplam müdahale süresi bilgisi girilecek.)

5.Hazırlayan Personel/Yönetici

.../.../.....

.../.../.....

.../.../.....



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
DİYALİZ BİLGİSİ FORMU



HAP.FR.34

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Birim Adı	Cihaz Sayısı	Yedek Cihaz Sayısı	Sağlık Personel Sayısı	Hekim sayısı	Diyaliz Servis Konumu

Hastane başka özelliikli hizmet sunuyorsa onlar için de ayrı form oluşturmahdır.



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



PERSONEL BİLGİ FORMU

HAP.FR.36

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı	Çalıştığı Birim	GSM Tel No	E Posta	Ev Adresi	Açıklama (Özel Durum Belirtilecek. Örn: Hastane UMKE Personeli vb.)

Düzenleyen :



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
HEKİM UZMANLIK DALLARI BİLGİ FORMU



HAP.FR.37

YAYIN TARİHİ:18.02.2016

REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

	Aile Hekimliği
	Anestezioloji
	Beyin Cer.
	Biyokimya
	Çocuk Cer.
	Çocuk Hst
	Deri-Züh.
	Enfeksiyon
	FTR
	Cenel Cer.
	Göğüs Cer
	Göğüs Hst.
	Göz Hst.
	iç.Hst
	Acil Tıp.
	Kadın Hst.
	Halk Sağlığı
	DİĞER
	TOPLAM



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
SAĞLIK PERSONELİ UNVAN DAĞILIMI FORMU



HAP.FR.38

YAYIN TARİHİ: 18.02.2016

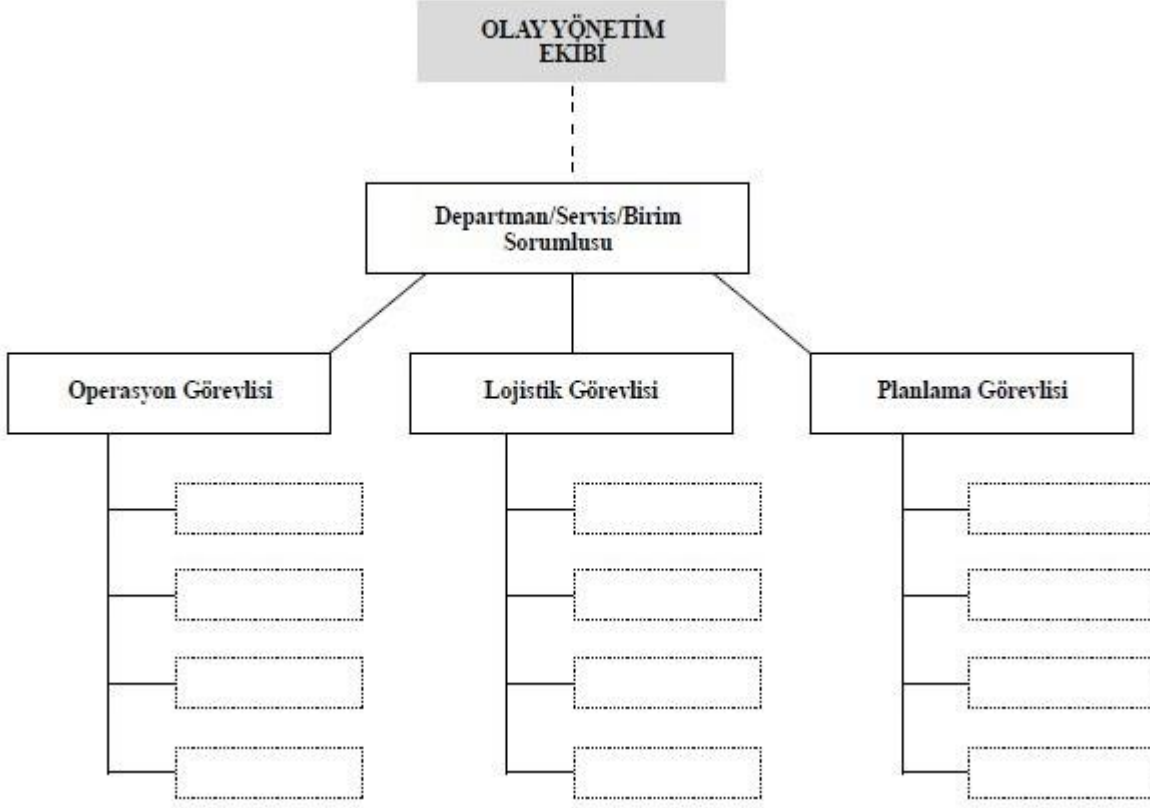
REVİZYON NO:02

REVİZYON TARİHİ:23.11.2021

SAYFA NO: 1 / 1

	Hemşire
	Ebe
	Rönt.Tek
	Radyoterapi Teknikeri
	Laborant
	Laboratuvar Teknikeri
	Laboratuvar Teknisyeni
	ATT
	Paramedik
	Anestezi Teknikeri
	Anestezi Teknisyeni
	Fizyoterapist
	Toplum Sağlığı
	Çevre sağ Tek
	Çocuk Gelişimcisi
	Eczacı
	Psikolog
	Sosyal Çalışması
	Şoför
	Diğer
	Toplam

6. DEPARTMAN OLAY YÖNETİMİ ORGANİZASYON ŞEMASI



Not: Organizasyon şeması ve içindeki pozisyonlar örnektir. Her departman/servis/birim kendi şemasını ve pozisyonlarını belirlemelidir. Oluşturulacak pozisyonlar HAP afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında yer alan pozisyonlarla çakışmamalı, tekrarlanmamalıdır.

7. DEPARTMAN GÖREV TANIMLARI

7.1. Acil Servis Departman Sorumlusu

Afet ve acil durumlarda Acil Servis'in yönetimi ile ilgili tüm stratejik direktifleri verir ve yapılmasını organize eder. Ekip çalışmalarını denetler, bölümler arası haberleşmeyi sağlar, Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordineli olarak çalışır.

7.2. Operasyon Görevlisi

Acil Servis'te tüm hasta bakım alanlarının organizasyonu yapar, acil servis içi hasta trafik akışını organize eder ve iş sürekliliğini sağlar.

7.3. Planlama Görevlisi

Acil Servis'te görevli tüm personelin çalışma düzenini organize eder, gerektiğinde ek personel planlamasını yapar ve Acil Servis Departman Sorumlusuna iletir. Tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini sağlar.

7.4. Lojistik Görevlisi

Acil Servis'te hasta bakımı için gerekli olan malzeme ve ekipmanın devamlılığını sağlar, personel için gıda ve barınma ihtiyacını organize eder ve yönetir.

Departman organizasyon şemasında yazılacak diğer pozisyonların görev tanımları eklenmelidir.

8. ERTELENEBİLİR/VAZGEÇİLEBİLİR EYLEMLERİN BELİRLENMESİ

Afet ve acil durumlarda talebin en öncelikle yoğunlaşacağı departmanların başında gelen Acil Servis'te hasta kabul, taburcu ve ertelenebilir/vazgeçilebilir hizmetlerle ilgili uygulamaların hızlı biçimde gözden geçirilmesi ve gerçekleştirilmesi için eylem hazırlıkları önceden yapılmalıdır.

Örneğin, Acil Servis'te rutin olarak yapılan enjeksiyon ve pansuman işlemleri sonlandırılabilir. Yeşil alan hastalarının bakımı ertelenebilir.

9. MÜDAHALEDE EYLEMLERİN SIRASI

9.1. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu

AMP aktivasyonu ile başlar.

9.2. Özel Alanların açılması

OYE'nin özel alanları açma kararı ile açılır.

Açılacak alanlara ait yapılan hazırlıklar önceden planlanarak Form 24'e kaydedilmeli, kroki, gerekli malzeme ve ekipmanlar (depolanma alanı belirtilerek) listesi ile birlikte Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

9.3 Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi

Departman Planlama görevlisi acil serviste bulunan mevcut personeli tespit edip, ek personel ihtiyacı hakkında Departman Sorumlusuna durum raporu verir.

OYE, Acil Servis'e **daha önceden** planlanan diğer birimlerden personel görevlendirir. *Personel görevlendirme planlaması Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.*

9.4. Triyaj

Trijaj ekibi/ekipleri hastane afet triyaj alanında hasta/yaralıların triyaj kartlarını doldurarak önceliklendirmeye başlar. Hasta/yaralılar verilen renk kodlarına göre uygun tedavi alanlarına nakledilir. *Trijaj ekibinde görev alacak personel ve hasta taşıma personeli listeleri Prosedürün ekinde yer almalıdır.*

9.5. Hastaların Acil Servis tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması

Hastaların, uygun görülen yerlere personel eşliğinde nakilleri yapılır.

9.6. Kayıt ve rapor tutulması

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) kullanılmadığında alternatif kayıt sistemleri kullanılarak kayıt ve raporlama işlemi gerçekleştirilir. Alternatif kullanılacak kayıt ve raporlama bu bölümde belirtilmelidir.

9.7. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün Sonlandırılması

Afet ve acil durumdan olağan işleyişe geçilmesi renk kodu/anons ile duyurulur. Durum raporları hazırlanarak OYE'ye iletilir.

9.8. Tahliye (Gerekirse)

Acil Servis kullanılamaz duruma geldiğinde personel, hasta/yaralı, malzeme ve ekipmanın önceden belirlenmiş alternatif bakı alanına tahliyesi gerçekleştirilir.

Tahliye planı, ayrıntıları ile birlikte (personel planlaması, tahliye yolları, taşıma yöntemleri, kayıtlar vb.) Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

10. MÜDAHALE SÜRECİNDE EYLEM ZAMAN ÇİZELGESİ

EYLEMLER	ZAMAN (Hastane tarafından uygun süreler yazılacaktır)
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu	
Alanların açılması	
Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi	
Triyaj	
Hastaların Acil Servis tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması	
Kayıt ve rapor tutulması	
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün sonlandırılması	
.....	
.....	

11. HABERLEŞME/İLETİŞİM

Afet ve acil durumlarda Acil Servis içinde iletişim anons, telefon, ulak, telsiz vb. ile sağlanacaktır; AS personeli amaca uygun iletişim gerekleri, işleyiş ve raporlama bilgisine sahip olmalıdır. *Kullanılacak yöntemler ve nasıl işletileceği belirtilmelidir.*

12. HİZMET NİTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Afet ve acil durumlarda Acil Servis hizmetinin, HAP çerçevesinde ve Acil Müdahale Planı'na (AMP) uygun olarak, yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, AS Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir,

örneğin:

- Hastane Afet Triyaj Alanının açıldığından emin olun,
- Hastanenin iç ve dış trafik akışının düzenlendiğinden emin olun,
- Afet triyaj alanının ve Acil Servis'in güvenliğinin sağlandığından emin olun.

13. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURALLARI

Afet ve acil durumlarda Acil Servis hizmetinin İş Güvenliği kuralları ve kontrol bakımından yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, AS Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir, *örneğin:*

- Personelin kişisel koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır.
- Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir.
- Acil Servis'e ve hastane Afet Triyaj Alanına erişim görevli personel ile sınırlandırılmalıdır.

14. KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR

Afet ve acil durumlarda Acil Servis'in yeni alan ihtiyacı, izinsiz refakatçi izdihamı, epidemi, kontaminasyon vd. özel durumlarla karşılaşılabileceği öngörülmelidir,

örneğin:

- Acil Servis'in kullanılamayacağı durumlarda Olay Eylem Planı oluşturun.
- Nitelikli personel eksikliği durumunda düzeltici önlemleri alın.
- İlaç, tıbbi malzeme ve ekipman eksikliğinde düzeltici önlemleri alın.

15. KULLANILACAK SOP'LAR

İlgili tüm SOP'ların adı yazılmalıdır. *Yazılan tüm SOP'lar, müdahale prosedürü ayrıca basılırken Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.*

16. KULLANILACAK İŞAT'lar

Yukarıda Altıncı maddede yer alan Organizasyon şemasında bulunan pozisyonlara ait İşAT'lar hazırlanarak, listesi bu bölüme eklenmelidir.

Prosedüre özgü yazılan İşAT'lar sadece Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

17. SÜRECE DAHİL OLABİLECEK DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM /KİŞİLER

Afet ve acil durumlarda OYE tarafından amaca uygunluk kapsamında harekete geçirilecek tüm ilgili departman, servis, birim ve kişiler yazılmalıdır.

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü kapsamında kullanılacak kayıtlar ve formlar yazılmalıdır. *Kullanılacak kayıt ve formlar Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.*

19. MÜDAHALE SÜRECİNİN SONLANDIRILMASI

Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından aktivasyonunun sonlandırılması.

20. İLK YAYINLANMA VE REVİZYON TARİHLERİ

Tarih yazılmaktadır.

EK 2-A

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi

Dünya çapında ülkelerin karşı karşıya olduğu halk (kamu) sağlığına yönelik acil durum/afet riskleri yaygın ve çok çeşitlidir; bu kapsamda, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar, güvenli olmayan gıda ve su, kimyasal ve radyasyon kirliliği, doğa ve teknoloji kaynaklı tehlikeler, çatışmalar, iklim değişikliği, plansız kentleşme ve diğer etkenlerle ilişkili sağlık riskleri ve sonuçları belirtilebilir. Ülkeler ve toplumların söz konusu sağlık riskleri ve sonuçları ile baş edebilmeleri ise, ulusal, yerel ve kurumsal düzeylerde, afet ve acil durumların önleme, zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik önlemleri içeren, **sağlık acil durum ve afet risk** yönetimi kapasitelerini güçlendirmeleri ile mümkündür.

Günümüzde sağlık sistemleri, acil durum ve afet halinde “hayat kurtarmaya” odaklı, reaktif müdahale anlayışının ötesinde, olağan ve acil sağlık hizmetleri açısından her türlü tehlike karşısında, **tehlikeye maruziyetin** ve **zarar görülebilirliklerin**, dolayısıyla **risklerin azaltılmasına** odaklı, proaktif bir yaklaşımla her düzeyde hayati bir rolü üstlenmektedir.

Birleşmiş Milletler Afet Risk Azaltma Ofisi (UNDRR) üst yönetiminden, Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi'nin (SFDRR/2015-2030) kabulünün 5. yılında, Mart 2020'de COVID-19 salgını ile ilgili yapılan açıklamada afet risk azaltma ve afet yönetimi bakımından şu başlıklara özellikle işaret edilmektedir:²

- Doğa kaynaklı tehlikelerle birlikte, **sağlık acil durumlarının** da en öncelikli olarak ele alınması,
- **Biyolojik tehlikelerin yönetimine, sağlık sistemlerinin hazırlık ve dayanıklılığına** öncelik verilmesi,
- **Afet risk yönetiminin her düzeydeki sağlık hizmetiyle bütünleştirilmesi (entegrasyonu),**
- Afet yöneticileri ile sağlık çalışanları arasında afetleri önlemeye yönelik **işbirliğinin geliştirilmesi**; sağlık kapsamında odak noktasının “afete müdahale”de kalmayıp, hazırlık, izleme-gözlem ve **afet risk yönetimine** yönelmesinin desteklenmesi.

Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında afet risk yönetiminin ayrıntılı olarak ele alındığı, uluslararası bağlayıcılığı olan temel bir kaynak **Uluslararası Sağlık Tüzüğü**'dür.³ Tüzük halk (kamu) sağlığının, kökenine ve kaynağına bakılmaksızın tüm hastalık risklerinden korunmasına ilişkin uluslararası işbirliğinin etkili ve kapsamlı bir ifadesidir; yalnızca belirli hastalıkları değil, ileride ortaya çıkabilecek farklı hastalıkları da içermekte ve bu hastalıklarla ilgili alınabilecek tedbirlerin belirlenmesini de düzenlemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), afet ve acil durumlarla ilişkili sağlık risklerini yönetmek amacıyla sağlık sektörü ile diğer sektörlerde ülke ve toplum kapasitelerinin geliştirilmesi için destek sağlamaktadır; bu çalışmalar, Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve iklim değişikliği Paris Anlaşması'nın sağlıkla ilgili yaklaşım ve önceliklerinin uygulanması ile uyumlu olarak gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen **Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi** ile sağlık sistemleri geliştirme

stratejilerinin, çok sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi geliştirme stratejileri ve iklim değişikliğine uyum stratejileri ile bütünleştirilmesi (entegrasyonu) amaçlanmaktadır.

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi’nde kapsamlı bir stratejinin oluşturulması yönünde, sağlık sektörü tarafından her düzeyde dikkate alınması gereken alanlar şöyle tanımlanmaktadır: Sürveyans, erken uyarı ve alarm sistemleri; tüm tehlikeler, tüm sağlık sistemi ve tüm sektörler bakımından, operasyonel hazırlık ve kitlesel yaralanmalı olay yönetim sistemleri dahil, acil durum müdahalesine hazırlık; güvenli, emniyetli, sürdürülebilir ve acil durum, afet halinde fonksiyonu devam edebilen dayanıklı hastaneler ve sağlık tesisleri.

Ülkelerin sağlık yöneticilerine ve diğer paydaşlara rehberlik sağlamak üzere yayınlanan Çerçeve, her türlü acil durum ve afetle ilişkili sağlık risk ve sonuçlarının azaltılmasında, ülkeler nezdinde sağlık hizmetleri ve diğer sektörleri de içerecek şekilde sistem ve kapasite geliştirilmesini sağlamaya yöneliktir. Çerçeve, bu yönde, afet risk yönetimi temel kavramlarını, yönlendirici ilkeleri, etkili bir uygulama için gereken bileşenleri ve fonksiyonları tanımlamaktadır.

TEMEL KAVRAMLAR, İLKELER VE YAKLAŞIMLAR

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi şu temel kavram, ilke ve yaklaşımları esas almaktadır:

1. Risk tabanlı (odaklı) yaklaşım
2. Kapsamlı (tüm aşamaları kapsayan) acil durum yönetimi
3. Tüm tehlikeler yaklaşımı (tehlikelere bütüncül yaklaşım)
4. Kapsayıcı, insan ve toplum merkezli yaklaşım
5. Çok-sektörlü ve çok-disiplinli işbirliği
6. Tüm sağlık sistemi temelli sorumluluk
7. Etik hususlar

Çerçeve’de tanımlanan Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (*Sağlık ADARY*) politikaları, stratejileri, programları ve uygulamaları için yönlendirici nitelik taşıyan temel kavram, ilke ve yaklaşımlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Risk Tabanlı (Odaklı) Yaklaşım:

Acil durumların oluşturduğu riskler, toplumların tehlikelere maruz kalması, söz konusu tehlikeler karşısında zarar görebilirlikleri ve olayların öncesi, sırası, sonrasında risk yönetimi kapasiteleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, ülkeler ve toplumlar acil durumların sağlıkla ilgili ve diğer olumsuz sonuçlarını, tehlikeleri önleme/zarar azaltma, tehlikelere maruziyeti azaltma, zarar görebilirliklerini en aza indirme ve/veya kapasitelerini güçlendirme yoluyla, etkili bir şekilde azaltabilir.

2. Kapsamlı (Tüm Aşamaları Kapsayan) Acil Durum Yönetimi:

Kapsamlı yaklaşım, afet ve acil durumların birbiriyle yakından ilişkili önleme/zarar azaltma, acil durum hazırlığı (operasyonel hazırlık dahil), müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik faaliyet ve önlemleri ifade eder. Bu şekilde, önleme ve zarar azaltma faaliyet ve önlemlerinin acil durumların olasılığını ve ciddiyetini azaltabileceği varsayımına dayanmaktadır; sağlam bir hazırlık zamanında ve etkili bir müdahaleyi mümkün kılacak; müdahalenin etkin koordinasyonu, sağlık hizmetlerinin zarar görebilir gruplara odaklanması ve etkilenenlerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunulmasıyla sonuçlanacaktır; ayrıca iyileştirme ve yeniden yapılanma faaliyetleri, gelecekteki acil durumların risklerini azaltacak şekilde tasarlanmalıdır (Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi de dahil olmak üzere eskisinden, öncekinden daha iyi/dayanıklı yapılandırma yaklaşımı).

3. Tüm Tehlikeler Yaklaşımı (Tehlikelere Bütüncül Yaklaşım):

Farklı tehlike türleri (doğa, insan, teknoloji kaynaklı) sağlık hizmetleri açısından benzer risklerle ilişkili olup, sağlık sistemini benzer şekilde zorlarlar. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi fonksiyonları da birbirine benzer (örneğin: planlama, lojistik, risk iletişimi). Her bir tehlike için, ayrı, bağımsız kapasite geliştirmek ya da müdahale süreçleri ve prosedürleri oluşturmak, verimli olmadığı gibi maliyet etkin de değildir. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi politikaları, stratejileri ve ilgili programlar, bu nedenle ortak sorunları ortak kapasitelerle çözmek üzere tasarlanmalı ve aynı zamanda, riske özel kapasitelerle desteklenmelidir.

4. Kapsayıcı, İnsan ve Toplum Merkezli Yaklaşım:

Toplumu oluşturan insanlar Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (*Sağlık ADARY*) bakımından en önemli konumdadır, çünkü acil durum ve afetler dahil her tehlikeli olayda onların sağlıkları, geçim kaynakları, mal ve diğer varlıkları risk altındadır. İnsanlar çoğu zaman risklerini kendileri, aileleri ve çevresindekiler için koruma sağlayan eylemlerle yönetmeye uygun konumdadır ve bir acil durumda ilk

müdahale eden de kendileridir. *Sağlık ADARY* erişilebilir ve ayrımcılık yapılmayan katılımı esas alan, kapsayıcı bir yaklaşıma sahiptir.

Bu yaklaşım, en büyük risk altında olanlar ve acil durum/afetlerden orantısız olarak etkilenen insanların, özellikle en yoksulların, yanı sıra kadın, çocuk, engelli, yaşlı insanlarla, göçmen, mülteci ve diğer yerinden edilmiş kişiler, kronik hastalıkları olanlar ve toplumun nispeten daha yüksek risk altındaki kesimlerinden insanların ihtiyaçları ve kapasitelerine öncelik vermektedir. *Sağlık ADARY* kapsamındaki tüm politika ve uygulamalar toplumsal cinsiyet, yaş, engellilik ve kültürel bakış açıları ile bütünleşmeli; bu süreçte kadınların, gençliğin ve diğer riskli grupların yönlendiriciliği desteklenmelidir.

Toplumların dayanıklılığı, ilgili tehlikeler ve zarar görülebilirliklerin belirlenmesi ve zarar azaltma, acil durumlara hazırlık, müdahale ve iyileştirme kapasitelerinin geliştirilmesi desteklenerek güçlendirilebilir. **“Tüm Toplum Katılımı”** kavramından hareketle, etkili bir *Sağlık ADARY* ancak yerel yönetimlerin, sivil toplum ve gönüllü oluşumların, özel sektörün ve bireylerin aktif katılımı ile mümkün olabilir.

5. Çok Sektörlü ve Çok Disiplinli İşbirliği:

Acil durumların sağlık için oluşturduğu risklerin etkili bir şekilde yönetimi sektörler arasında güçlü, sürekli bir işbirliğini gerektirmektedir. Örneğin, **“Tek Sağlık”** yaklaşımı insan-hayvan-çevre etkileşimli bir sağlık tehdidine karşı, insanlar ve hayvanlar için en uygun sağlık sonuçlarını sağlamak amacıyla, kamu sağlığı, hayvan sağlığı ve diğer ilgili sektör ve disiplinler arasında işbirliği, iletişim ve ortak çalışmayı esas almaktadır. Sağlık sektörü bulaşıcı hastalık riskini yönetmede teknik olarak yönlendirici role sahipken, tehlikeler ve olayların pek çoğunda diğer sektörler teknik yönlendirici konumda olacaktır (örneğin, güvenli olmayan gıda için tarım, fırtınalar için erken uyarıda meteoroloji hizmetleri, sellere karşı acil müdahalede sivil korunma). Sağlığı korumaya yönelik çok sayıda Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi faaliyeti de diğer sektörler tarafından gerçekleştirilmektedir (örneğin, kritik altyapının bakımı, insan ihtiyaçları ve sağlık tesislerinin çalışması için gerekli su ve sanitasyon, taşıma, lojistik, acil hizmetler ve gıda güvenliği).

Sağlık sektörünün acil durumların sağlığa yönelik risklerini yönetmede rolü olan, farklı disiplinlerden çok sayıda uygulayıcıyla güçlü ilişkiler kurmaya ihtiyacı vardır. Bunlar arasında şehir plancıları, inşaat mühendisleri, tehlikeli tesislerin işletmecileri, iklim bilgisi sağlayıcılar, hayvan sağlığı profesyonelleri, medya ve acil hizmetler sayılabilir. Aynı zamanda, sağlık sistemine dahil çok sayıda disiplin arasında da etkili koordinasyon gereklidir (örneğin, acil tıp, afet sürveyansı, akıl sağlığı, beslenme, su ve sanitasyon, sağlık enformasyon yönetimi ve diğerleri).

6. Tüm Sağlık Sistemi Temelli Sorumluluk:

Genel sağlık sistemini güçlendiren çok sayıda tedbir *Sağlık ADARY* bakımından en etkili uygulamalar arasındadır. Temel sağlık hizmetlerinde yüksek kapsayıcılık oranının, örneğin **“Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı”** politikalarının uygulanmasıyla sağlanması, genel sağlık durumunu iyileştirecek, salgınların önlenmesine katkıda bulunacak ve acil durumların sağlık sonuçlarındaki olumsuzlukları azaltacaktır. İyileştirilmiş temel sağlık ve beslenme koşulları toplumun dayanıklılığına katkıda bulunan en önemli faktörlerdendir. *Sağlık ADARY* ilkeleri ve uygulamalarının ulusal ve yerel sağlık politikaları, planları, programları ve *Sağlık ADARY* bileşenleri ve fonksiyonlarıyla ilgili hizmetlerle bütünleştirilmesi, acil durumların ve afetlerin sağlıkla ilgili risklerini ve sonuçlarını azaltmak bakımından yaşamsal önemdedir.

7. Etik Hususlar:

Sağlık ADARY süreçlerinde çok kaynaklı etik çelişkiler ortaya çıkmaktadır. Riskleri azaltma ya da afetlere müdahalede önceliklerle ilgili kararlar, sağlığın bir insan hakkı olarak korunmasını, etik yönleri, pragmatik, ekonomik, politik ve diğer hususları içermektedir. *Sağlık ADARY* etik standartlar ve uluslararası sağlık hukuka uygunluk içerisindedir; insanlara saygı, adalet, dayanışma ve kültürel duyarlılık ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkeler *Sağlık ADARY* politika, uygulama, iletişim, değerlendirme ve araştırmalarında etik davranışı sağlayıcı ve etkilenen toplumlarla karşılıklı ilişkilerde güven geliştiricidir. Hükümetler, hükümetler arası (örneğin, BM kuruluşları) ve hükümet dışı örgütler (STK'lar) toplum kesimlerinin, özellikle zarar görülebilirlik düzeyleri daha yüksek olan ve kendilerini etkileyen hizmetlerin planlanması, tasarımı ve sağlanması süreçlerine katılımcı yaklaşımlarla dahil edilmeleri gereken nüfusun, farklılık gösteren ihtiyaçlarını dikkate almalıdır. Halk acil durum riskleri ve duruma uygun yerel ve bireysel davranışlarla ilgili doğru, güncel ve kolayca anlaşılır bilgiye, her zaman erişebilmelidir. Politikaların ve eylemlerin planlanması, uygulanması, etkinliği ve etkisinin değerlendirilmesinde, özellikle zarar görülebilir gruplarla ilgili gereken düzeltmelerin zamanında yapılabilmesi için, mümkün olan en iyi bilimsel ve sosyoekonomik kanıtlar, analizler ve ayrıştırılmış veriler kullanılmalıdır.

TEMEL FONKSİYONLAR VE BİLEŞENLER

Sağlıkta Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi politika, uygulama ve araştırmalarının da kayda değer artışla

önem kazandığı süreçte, Dünya Sağlık Örgütü önemli ölçüde örgütsel değişime yönelmiştir. Organizasyonun acil durumları yönetme kapasitesini geliştirmek amacıyla, 2017 yılında DSÖ Sağlık Acil Durumları Programı başlatılmış, çok sayıda ve farklı acil durum riskleri için kurumsal yapıya çeşitli fonksiyonlar entegre edilmiştir.

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi, esas olarak sağlık sektörüne odaklanırken, sağlık riskleri ve sonuçlarını azaltmada önemli katkılarda bulunan çok sayıda diğer sektörle işbirliği ihtiyacı ve gerekliliğinin de altını çizmektedir. Çerçeve’de, yerel ve ulusal düzeylerde, ülkelerde uygulamanın başarısında çok-sektörlü yaklaşımla, sağlık bakanlıkları ve diğer bakanlıkların, ulusal afet yönetimi kurumu, özel sektör, yerel topluluklar ve toplum temelli kuruluşların ortak planlama ve işbirliği içerisinde hareketinin belirleyici önemi vurgulanmaktadır.

Çerçeve, temel olarak şu fonksiyon ve bileşenlerden oluşmaktadır:

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar
2. Planlama ve Koordinasyon
3. İnsan Kaynakları
4. Finans Kaynakları
5. Enformasyon ve Bilgi Yönetimi
6. Risk İletişimi
7. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği
8. Sağlık ve İlgili Hizmetler
9. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri
10. İzleme ve Değerlendirme

Çerçeve kapsamında, ülkelerin sağlık sektörü ve diğer sektörlerinde sağlık acil durum ve afet risklerinin her düzeyde ortak yönetimini sağlayıcı sistemlerin oluşturulmasına yönelik temel fonksiyonlar ve bileşenler ana hatlarıyla şöyle tanımlanmaktadır:

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar:

Sağlık ADARY kapsamında hükümetlerin ve diğer katılımcıların/paydaşların yapıları, rolleri ve sorumluluklarının tanımlanması:

Sağlık ADARY ile ilgili hususlar, uygun yasal düzenlemelerle desteklenerek, ilgili politikalar ve stratejilerle bütünleştirilmelidir: Ulusal sağlık politikalarına dahil edilmeli, ulusal planlama ve bütçe döngüleriyle ilişkilendirilmeli, ulusal ve yerel sağlık programlarında kapsamlı biçimde yaygınlaştırılmalıdır.

Sağlık ADARY ile ilgili ulusal politika ya da strateji kamu, özel, sivil toplum paydaşlarının tüm tehlikeleri dikkate alan Sağlık ADARY bileşenleriyle ilgili rol ve sorumluluklarını belirlemeli ve planlama, koordinasyon, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005), sürveyans ve erken uyarı, acil durum hazırlığı ve müdahale, iyileştirme, güvenli hastaneler ile sağlık ve ilgili hizmetlerden sorumlu olanlar dahil edilmelidir. Aynı şekilde, çok sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi ile ilgili politikalar ve yasal düzenlemelerde, halk sağlığının korunması ve tüm sektörlerin eylem amaçları ve hedefleri bakımından sağlıkla ilgili sonuçların en aza indirgenmesi özellikle yer almalıdır. Sağlıkla ilgili konular sektörler arası politika ve stratejilerde çoğu zaman yeterli biçimde yer almamaktadır, bu durumda önem taşıyan çok sektörlü politika, strateji ve girişimlerde sağlık için merkezde bir konumlanmanın sağlanması güçlü bir savunuculuk gerektirebilir.

2. Planlama ve Koordinasyon:

Sağlık ADARY planlaması ve operasyonları için etkili koordinasyon mekanizmalarının önemini vurgulanması:

Sağlık ADARY hayata geçirilirken, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST/2005) ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi’nin ulusal düzeydeki uygulamalarını desteklemek üzere geliştirilenler dahil, bir dizi planlama gereklidir. Bu planlar hazırlanırken, özellikle ulusal düzeyde tüm tehlikeleri esas alan çok sektörlü afet risk yönetimi kapsamında ve UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi’ne uygun olarak gerçekleştirilen, risk ve kapasite değerlendirme, tatbikat ve gözden geçirme bulgularından yararlanılmalıdır. Sağlıkla ilgili hususlara sağlık planlarında ve çok sektörlü planlarda, örneğin ulusal sağlık güvenliği planları, ulusal afet risk azaltma planları, hazırlık, müdahale ve iyileştirme planları ve olay yönetim sistemlerinde, tam olarak yer verilmelidir.

Ulusal ve yerel, farklı düzeylerde ve yetki alanlarında geliştirilen planlar arasında tutarlılık ve süreklilik olmalıdır. Acil duruma hazırlık ve müdahale planları düzenli olarak test edilmeli ve gözden geçirilmelidir. Bir acil durum esnasında yaşamsal fonksiyon ve hizmetlerin devamlılığını sağlamak üzere kamu ve

özel sektör kuruluşlarının iş sürekliliği planlarının da hazır olması gerekecektir. *Sağlık ADARY* koordinasyon mekanizmaları ve/veya görevli birimler, sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında her düzeyde gerekli koordinasyonu sağlamak üzere, oluşturulmalıdır. Ulusal kapasiteleri aşan büyük ölçekli acil durumlarda uluslararası sağlık ortaklarıyla ilgili talepte bulunma, kabul ve koordine etme prosedürleri de hazır olmalıdır. Bu hazırlığa, ortak çalışma için kabul, görüntüleme, kayıt ve görevlendirme ile ihtiyaç duyulan ilaç ve ekipman bağışlarının tahmini, talep ve kabul edilmesi için gerekli sistemler dahildir.

3. İnsan Kaynakları:

Sağlık ADARY'nin kapasiteler yelpazesi içinde her düzeyde kadrolaşma, eğitim, mesleki bilgilendirme ve personelin iş sağlığı ve güvenliği dahil planlama:

*Sağlık ADARY stratejilerini ve ilişkili programlar yönetmek ve faaliyetleri gerçekleştirmek üzere ulusal ve yerel düzeylerde, göreve uygun personel gereklidir. İnsan kaynakları yönetiminde kadro gereklerine uygun planlama (acil müdahalede hasta akımı kapasitesi dahil), yeterliği geliştirme için eğitim ve mesleki bilgilendirme ile iş sağlığı ve güvenliği temel hususlar arasındadır. Vasıflı insan kaynakları *Sağlık ADARY* stratejilerini ve ilişkili programlarının etkili olabilmesi için ana önemdedir; *Sağlık ADARY*'nin geniş kapasite yelpazesi içinde, acil durum planlaması, olay yönetimi, epidemiyoloji, laboratuvar tanıları, enforsasyon yönetimi, risk ve ihtiyaç analizleri, lojistik, risk iletişimi, sağlık hizmeti sunumu vb. teknik alanlarda spesifik ve uzun dönemli eğitim ve mesleki bilgilendirme yatırımları gerektirir.*

4. Finans Kaynakları:

Sağlık ADARY faaliyetlerinin uygulanması, kapasite geliştirme ve olası acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanı için destek:

Kapasite geliştirmek, program ve faaliyetleri gerçekleştirmek için Sağlık Bakanlığı dahil, hükümetlerden ve diğer kaynaklardan mali tahsislerin yeterli olması gereklidir. *Sağlık ADARY* için, önleme ve hazırlık tedbirleri dahil, tekrarlayan maliyet söz konusudur ve nüfusun güvenliği ve emniyeti ile ilgili diğer sektörlerde olduğu gibi, tam olarak dikkate alınmalı ve karşılanmalıdır. Finansal mekanizmalar beklenmedik acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanını da içermelidir. Ulusal bütçeleme sistemleri bir acil durum sonrasında süratle mali destek sağlamak üzere yeterli esnekliğe sahip olmalıdır. Görüşlerin savunulması ve planlamada kullanılmak amacıyla, geçmiş afetlerin sağlık ve sağlık sistemlerine ekonomik etkilerinin belgelendirilmesi, potansiyel acil durum ve afetlerle ilgili maliyet tahminlerinin yapılması önemlidir.

5. Enforsasyon ve Bilgi Yönetimi:

Risk değerlendirme, sürveyans, erken uyarı, enforsasyon yönetimi, teknik rehberlik ve araştırma kapsamında:

Enforsasyon ve bilgi yönetimi kapasitelerinin risk/ihyaç analizlerini, afet sürveyansı ve diğer erken uyarı sistemlerini ve kamuyla (halkla) iletişimi desteklemek üzere güçlendirilmesi gerekecektir. Enforsasyon toplama, analiz ve yayma, ilgili sektörler arasında uyum sağlanması ve "doğru enforsasyonun doğru insanlara doğru zamanda ulaşması"nı sağlayacak mekanizmaların var olması önemlidir. Araştırma kanıt, bilgi ve uygulamanın evrimini ve yeni ilaçlar, aşılarda ve risk yönetiminde yenilikçi önlemlerin geliştirilmesini destekleyicidir. Kanıt dayalı teknik rehberlik, mesleki bilgilendirme programları ve sağlık sistemlerinde iyileştirmeler yoluyla, kapasite oluşturma için gereklidir.

6. Risk İletişimi:

Etkili iletişimin sağlık ve diğer sektörler, hükümet yetkilileri, medya ve halk için kritik öneminin farkında olunması:

Risk iletişimi dahil olmak üzere, iletişimin etkili biçimde gerçekleştirilmesi, özellikle diğer sektörlerle, hükümet yetkilileriyle, medya ve halkla ilgiliyse, *Sağlık ADARY* bakımından kritik bir fonksiyondur. Enforsasyona, tavsiye ve görüşlere gerçek-zamanlı erişim ve karşılıklı paylaşım sağlanması, risk altındaki herkesin durumdan haberdar olarak karar verebilmesi ve potansiyel acil durumlara karşı önleme, zarar azaltma, müdahale için harekete geçebilmesi bakımından yaşamsal önem taşımaktadır. Kamuyu (halkı) bilgilendirme faaliyetleri, çelişen bilgilerin yayılmasını önlemek amacıyla, paydaşlar arasında koordine edilmeli ve zarar görülebilirlik düzeyleri daha yüksek olanlar dahil risk altındaki grupların farklı risk ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır.

7. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği:

Sağlık ADARY'ni desteklemek üzere güvenli, sürdürülebilir, emniyetli ve hazırlıklı sağlık tesisleri, kritik altyapı (su, enerji vb.), lojistik ve tedarik sistemlerine odaklanma:

Hastaneleri, sağlık tesislerini ve ilgili altyapıyı güvenli ve emniyetli, acil durumlara hazırlıklı ve enerjiyi verimli kullanır hale getirmek, ortamdaki kullanıcıların hayatını koruyacak, sağlıkla ilgili müdahale ve iyileştirmenin etkili biçimde gerçekleştirilmesini sağlayacak, kamu ve özel sektör yatırımlarını muhafaza edecek, sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlayacak, iklim ve çevre üzerindeki etkisini azaltacaktır.

Sağlık ve sağlık bakım hizmetleri için gerekli olan çok sayıda temel hizmet, örneğin su, sanitasyon ve enerji, bir olay öncesi, sırası ve sonrasında mevcut ve kullanılabilir olmalıdır. Lojistik destek kapsamına, ilaçlar ve gereçlerin stoklanması ve ön konumlandırılması, tedarik zincirlerinin etkinliği, ulaştırma ve telekomünikasyon sistemlerinin güvenilirliği dahil edilecektir.

8. Sağlık ve İlgili Hizmetler:

Sağlık ADARY için geniş çaplı sağlık bakım hizmetleri ve ilgili tedbirlerin tanınması:

Kamu sağlık, hastane öncesi ve tesis tabanlı klinik hizmetleri sağlık sonuçları olan bir acil duruma etkili müdahale edebilmek için iyi hazırlanmalıdır; bu kapsamda, artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamak (örneğin, yatak kapasitesini artırma, geçici tesis ya da seyyar klinikler oluşturma, aşılama kampanyaları) üzere hizmet ölçeğini büyüme ve belirli tehlikelerle ilgili spesifik önlemleri (örneğin, bulaşıcı vakaların izolasyonu) alma kapasitesine sahip olmalıdır.

Sağlık bakım hizmetleriyle ilgili çok sayıda disiplin, riski önleme ve zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme dahil olmak üzere, *Sağlık ADARY*'ne, toplumlarda ve ülkelerde dayanıklılığın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Farklı disiplinlerin temsilcileri risk ve kapasite değerlendirmelerine, planlama, uygulama, izleme ve değerlendirmeye olabildiğince katkı sağlamalıdır.

9. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri:

Yerel sağlık işgücü kapasitelerinin güçlendirilmesi ve kapsayıcı toplum merkezli planlama ve eylem üzerinde odaklanma:

Toplum üyelerinin yerel tehlikeleri ve zarar görülebilirlikleri belirlemek üzere risk değerlendirmelerine katılmaları, sağlık risklerini acil durum meydana gelmeden önce azaltabilecek eylemlerin saptanmasını sağlayacaktır. Acil durumun ilk saatlerinde, dışarıdan yardım henüz ulaşmadan, etkili bir yerel müdahaleyle çok sayıda hayat kurtarılabilir. Yerel nüfus iyileştirme ve yeniden inşa gayretlerinde de öncü rol oynayacaktır. Toplum kapasiteleri ve faaliyetleri -birinci basamak sağlık hizmeti dahil- ve yerel sağlık çalışanları, sivil toplum ve özel sektörün rolleri, etkili bir *Sağlık ADARY* için belirleyici öneme sahiptir. Sivil toplum topluluk düzeyi sürveyans, hane düzeyi hazırlık, yerel depolama, ilkyardım eğitimi ve acil müdahaleye katkıda bulunabilir. Bakanlıklar ve özel sektör kritik altyapının (örneğin, su tedariki, elektrik, ulaştırma, telekomünikasyon) yönetiminden sorumlu olabilir ve sivil faaliyetleri destekleyebilir. *Sağlık ADARY*'nin tüm yönleriyle ilgili faaliyetlere aktif katılımlar bu nedenle yaşımsaldır.

10. İzleme ve Değerlendirme

Riskler ve kapasitelerin izlenmesi, stratejilerin ve ilişkili program ve faaliyetlerin uygulanmasıyla ilgili değerlendirmeler

dahil, Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik ilerlemeyi izleme süreçleri:

Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve çekirdek kapasiteler ile ilgili gelişmeleri izleme süreçleri sağlık sektöründe mevcut izleme sistemleri ile bütünleştirilmelidir. Riskleri, kapasiteleri ve program uygulamalarını, hepsini izleme için standartlaştırılmış göstergeler gereklidir. Konuyla ilgili gösterge kaynakları arasında, Sendai Çerçevesi İzleme hedefleri ve göstergeleri, UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi, Dünya Sağlık Örgütü *Sağlık ADARY* için ülke kapasiteleri konulu küresel araştırma ve DSÖ bölgesel izleme ve değerlendirme mekanizmaları bulunmaktadır. Sürmekte olan izlemeler belirli aralıklarla yapılacak ve özellikle hazırlık (örneğin, simülasyonlar), müdahale ve iyileştirme faaliyetleriyle ilgili değerlendirmelerle tamamlanabilir.

EK 2-B

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ
(Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık
Ön Değerlendirme Bilgisi)

GİRİŞ

Afet, doğa ya da teknoloji kaynaklı tehlikenin, insan faaliyetiyle olumsuz etkileşimi ile ortaya çıkan veya doğrudan insan marifetiyle meydana getirilen (siyasi, sosyal, ekonomik parametrelerle ilgili) durumların sonucunda, tehlikeye maruz kalan varlıkların baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı koşullarda, olağan yaşantının ve faaliyetlerin fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik bakımdan ağır kayıp ve zarar nedeniyle tamamen durması ya da ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır.

Günümüzde afetler tür, sayı ve kayıplar bakımından artış göstermektedir. Bu artışta, afetlerin günümüzde daha düzenli izlenebilmesi ve kaydedilebilmesi rol oynamakla birlikte, esas olarak dünya nüfusunda artışa paralel olarak, hızlı şehirleşme ve iklim değişikliğinin, fiziksel, sosyal, ekonomik ve idari süreçlerle olumsuz etkileşimi sonucunda ortaya çıkan, istikrarsız ve güvenli olmaktan uzak koşullar belirleyici rol oynamaktadır. Afetlerin meydana gelmesinde olduğu gibi önlenmesinde de insan faaliyeti etkilidir. Bu çerçevede, afet risklerinin yönetilmesi tehlikenin riske, riskin afete dönüşmesini önleyici, engelleyici, değilse zarar azaltıcı tüm eylem, işlem ve süreçler bütünü kapsar.

Risk Yönetimi, bir sağlık kurumunun tüm faaliyetlerinin risk içerdiği dikkate alındığında, sağlık kurumlarında olağan işleyişin her alanı ve aşamasının temel bir bileşenidir. Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, önleme ve güncelleme uygulamaları mevzuatla belirlenmiş, olağan faaliyet ve hizmet standartları kapsamında ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir.

Sağlık kurumlarında olağan risklerin yanı sıra afet risklerinin yönetimi, hastanelerin afet yönetiminin tüm süreçlerindeki yeri bakımından, başka hiçbir kurumla karşılaştırılmayacak derecede önemlidir:

- Sağlık hizmetinin olağan ve olağandışı tüm durumlarda etkili ve kesintisiz sürmesi hayati önemdedir.
- Hastanelerde her zaman çok sayıda zarar görebilir insan bulunmaktadır.
- Hastaneler, düzenli korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanımla hizmet vermektedir.

Bu çerçevede, uluslararası kabul gören *Güvenli Hastaneler* yaklaşımı, gerek yeni hastanelerin tasarımında gerekse mevcut hastanelerin güvenliğini geliştirmede dört temel hedefi esas almaktadır:

1. Hastanelerin acil durum ve afetler sırasında ve sonrasında fonksiyonlarını sürdürebilmesi, gereken sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sağlayabilmesi;
2. Sağlık çalışanları, hastalar ve ailelerin korunması;
3. Hastane binalarının, donanımın ve kritik hastane sistemlerinin fiziksel bütünlüğünün korunması;
4. Hastanelerin, iklim değişikliği dahil gelecekteki risklere karşı güvenli ve dayanıklı hale getirilmesi.

Ülkemiz hastanelerinde afetlerden korunma ve afetlere hazırlık çalışmaları 1990'lardan itibaren, BM Uluslararası Doğal Afetleri Azaltma On Yılı (IDNDR) uygulamalarının da etkisiyle gelişmeye başlamış, 1999 Marmara ve Düzce depremlerinden sonra hız kazanmıştır. Sağlık kurumlarında afet güvenliği ve afete hazırlık kapsamında sürdürülmekte olan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ve İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı (İL-SAP) geliştirme ve uygulama çalışmaları önem taşımaktadır. Bu çalışmalarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından desteklenen *Güvenli Hastaneler* yaklaşımı ve diğer ilgili uluslararası bilgi ve tecrübe paylaşımına önem verilmektedir.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan Amerikan (Amerika Kıtası) Sağlık Örgütü (PAHO) tarafından, özellikle 1970'ler sonrası Orta ve Güney Amerika ülkelerinde hastanelerin karşılaştığı ağır afet kayıp ve zararları dikkate alınarak, hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve müdahaleye daha hazırlıklı olmasını desteklemek amacıyla başlatılan ve uluslararası katılımı geliştirilen *Hastane Güvenlik Endeksi* çalışmasında kullanılan değerlendirme formlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının amacı, ülkemizde Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) uygulamaları çerçevesinde, standart kontrol listesi uygulamalarının geliştirilmesine yardımcı olmak, hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğinin, dolayısıyla afet risklerinin azaltılması ve afet halinde müdahaleye hazırlık çalışmalarının mevcut durumuyla ilgili bir ön değerlendirme yapabilmelerine imkan sağlamaktır. *Güvenli Hastane Kontrol Listesi* çalışmasının uygulama alanı aşağıdaki açıklamalar ve ilgili formlarda yer alan tanımlarla sınırlıdır; bu çalışmanın mevcut yasal düzenleme, daha kapsamlı araştırma ve denetim görev ve uygulamalarının yerine kullanılması sözkonusu değildir. *Güvenli Hastane Kontrol Listesi* uygulaması kurum yöneticilerine afet güvenliği konusunda hastanenin güçlü ve takviye gereken

yönlerini, iyileştirmede öncelikleri hızlıca belirlemeye yardımcı ve düşük maliyetli bir araç olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmanın Bölümleri

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması 2 bölümden oluşmaktadır:

Bölüm 1: Hastane ile ilgili genel bilgiler

Bu bölüm hastane ile ilgili genel bilgiler ile fiziksel durumu, olağan ve genişletilebilecek operasyonel kapasite bilgilerini içermektedir. Bu ilk bölümde yer alan 14 maddelik form, 2. Bölümde yer alan kontrol listeleri çerçevesinde gerçekleştirilecek değerlendirmeler öncesinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Başkanı ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından tamamlanmalıdır.

Bölüm 2: Güvenli Hastane kontrol listesi

Bu bölümde dört başlık (modül) yer almaktadır:

- 1) Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler,
- 2) Yapısal Güvenlik,
- 3) Yapısal Olmayan Güvenlik,
- 4) Afet ve Acil Durum Yönetimi.

Modül 1, hastanenin coğrafik konumu ve sorumluluk bölgesindeki nüfus dikkate alınarak, doğa ve insan kaynaklı tehlikelerin belirlenmesi çerçevesinde, ilgili kamu kurumları ve yerel yönetim birimleriyle işbirliği içerisinde yapılması gereken bir ön çalışmadır.

Diğer üç modül (Modül 2, 3 ve 4) yapısal ve yapısal olmayan unsurlarla ilgili güvenlik ve afet yönetimi bakımından hastanenin fonksiyonel kapasitesi ile ilgili değerlendirme bölümlerini içermekte ve toplam 151 maddeden oluşmaktadır. Bu şekilde, hastanenin *sırasıyla* yapısal elemanları, yapısal olmayan elemanları bakımından zarar görülebilirlik düzeyi ile afet/acil durum yönetimi bakımından fonksiyonel kapasitesinin etkili kullanım düzeyinin belirlenmesi için, mevcut uygulamaları geliştirerek katkıda bulunacak şekilde, hızlı bir ön değerlendirme yapılabilmektedir.

Uluslararası uygulamalarda değerlendirme ekipleri kurum yönetici ve personelinin yanı sıra, sağlık profesyonelleri, mühendis, mimar ve alan uzmanları ile ilgili kamu kurum ve yerel yönetim birimleri temsilcilerinin katılımıyla oluşturulmaktadır. Ekipler uzmanlık alanlarına göre en az 2 kişilik alt ekiplere de ayrılabilir. Değerlendirmelerin özellikle en titiz yapılmasına dikkatli edilen hastane bölümleri afet/acil durum halinde sağlık hizmeti talebinin en yoğun olacağı kritik alanlardır. Her modül ile ilgili inceleme sonrasında, formun en altında değerlendirenin adı, soyadı, imzası ve gözlem/açıklama notları yer almaktadır.

Kontrol listesinin üç modülünün (Modül 2, 3 ve 4) toplam olarak değerlendirilmesinde ise, sismik hareketlilik ve kuvvetli rüzgarlar bakımından daha yüksek riskle karşı karşıya olan bölgelerde, yapısal güvenlik bölümü yüzde 50, yapısal olmayan güvenlik bölümü yüzde 30 ve fonksiyonel kapasite bölümüne yüzde 20 ağırlık verilmektedir. (Deprem ve kuvvetli rüzgar riski olmayan ülkelerde üç modül de eşit ağırlığa sahip olarak değerlendirilmektedir).

BÖLÜM: 1

HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. **Hastanenin adı:**
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANESİ)
2. **Adresi:**
ŞEHİTLER MAH. TURAN ÇELİK CADDESİ – KAÜ KAMPÜSÜ NO: 50 MERKEZ / KARS
3. **Hastane Üst Yöneticilerinin Ad, Soyad ve Unvanları:**
BAŞHEKİM - PROF. DR. - BAŞOL CANBAKAN
BAŞHEKİM YARDIMCISI-DOÇ. DR. - YAVUZ KARABAĞ
BAŞHEKİM YARDIMCISI- DR. ÖĞR. ÜYESİ - MEHMET EZER
HASTANE BAŞMÜDÜRÜ – ATILLA TAYFUN
HASTANE MÜDÜRÜ - KUBİLAY AKÇAYÖZ
HASTANE MÜDÜR YARDIMCISI - SEZAI KARADAĞ
HASTANE MÜDÜR YARDIMCISI - SERAP AYDIN
BAŞHEMŞİRE - DUYGU KOŞUCU
4. **Hastane afet/acil durum yöneticilerinin ad, soyad, unvan ve irtibat bilgileri:**
BAŞHEKİM– PROF. DR. BAŞOL CANBAKAN / 0474 225 21 06-4684/**0506 502 86 87**
BAŞHEKİM YARDIMCISI-DR.ÖĞR.ÜYESİ-YAVUZ KARABAĞ/0474 225 21 06-4684/**0531 943 50 60**
BAŞHEKİM YARDIMCISI- DR. ÖĞR. ÜYESİ - MEHMET EZER/ 0474 225 21 06-4684/
HASTANE BAŞMÜDÜRÜ- ATILLA TAYFUN / 0474 225 21 06-4008 / **0533 320 59 08**
HASTANE MÜDÜRÜ - KUBİLAY AKÇAYÖZ / 0474 225 21 06-4009 / **0537 786 42 24**
BAŞHEMŞİRE - DUYGU KOŞUCU / 0474 225 21 06-8088-8086 / **0505 724 36 90**
HASTANE MÜDÜR YARDIMCISI - SEZAI KARADAĞ / 0474 225 21 06-4707 / **0536 552 29 50**
HASTANE MÜDÜR YARDIMCISI - SERAP AYDIN / 0474 225 21 06-4097 / **0530 190 18 76**
TEKNİK SERVİS MÜDÜRÜ-TEKİN DURNA / 0474 225 21 06-4067 / **0537 740 00 68**
5. **Hastane telefonu (il koduyla birlikte):** 0474 225 21 06-(07-08)-0474 225 14 30
6. **Hastane web-site ve e-posta adresi:** www.hastane.kafkas.edu.tr - hastane@kafkas.edu.tr
7. **Hastanenin toplam yatak sayısı:** 277
8. **Olağan durumlarda doluluk oranı:** %75
9. **Toplam personel sayısı:** (637)
 - a) Klinik personeli sayısı :(hekim, hemşire, medikal teknisyen ve diğer) (398)
 - b) Yönetici, idari, teknik, destek personel sayısı: (239)

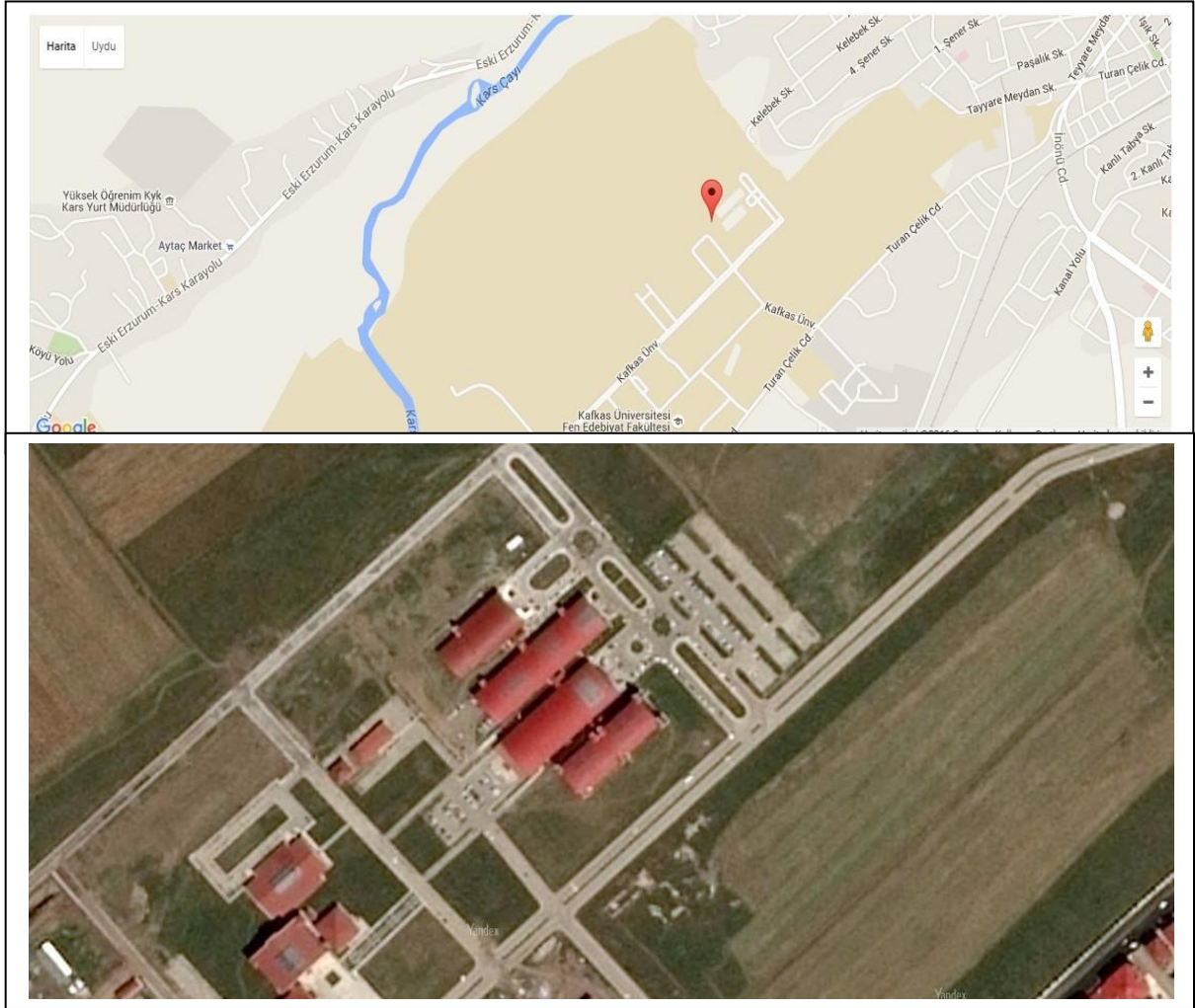
10. Hastanenin genel tanımı:

(Ait olduğu kurum, kuruluş türü, sağlık hizmetleri ağındaki yeri, afet ve acil durum halinde rolü, yapı türü, hizmet verilen toplam nüfus olağan durum/afet ve acil durum bakımından hizmet bölgesi vb.)

Kafkas Üniversitesi'ne bağlı Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yatan ve Ayaktan Hastalar için Tetkik Teşhis ve Tedavi Hizmetleri veren hastane konumundadır. Yapı olarak betonarmedir. Hizmet verilen ortalama nüfus yaklaşık olarak Beşyüz Bin (Kars, Iğdır, Ardahan, Artvin)

11. Hastanenin fiziksel dağılımı:

Hastanedeki ana binaların listesini yaparak, özelliklerini kısaca belirtiniz. Hastanenin yeri ve yerleşimini, hizmetlerin fiziksel dağılımını dahil, ilgili harita ve şemaları sağlayarak, aşığıdaki kutuda gösterilmiştir.



A BLOK	B BLOK	C BLOK	D BLOK
BODRUM KAT	BODRUM KAT	BODRUM KAT	BODRUM KAT
	ÇAMAŞIRHANE MORG STERİLİZASYON MUTFAK ATÖLYE	MESCİD YEMEKHANE	
ZEMİN KAT	ZEMİN KAT	ZEMİN KAT	ZEMİN KAT
POLİKLİNİKLER, KAN ALMA BİRİMİ, EEG, EMG, SFT, ODİOMETRİ HASTA VE ÇALIŞAN HAKLARI HASTA KABULLER, VEZNE, KANTİN	ACİL SERVİS, ECZANE, ENDOSKOPI ÜNİTESİ KAN MERKEZİ SAĞLIK KURULU TOPLANTI SALONU TEKNİK SERVİS BİRİMİ GÜVENLİK BİRİMİ SANTRAL-KAMERA ODASI	FİZİK TEDAVİ SERVİSİ, PALYATİF BAKIM ÜNİ. KVC SERVİSİ MAHKUM SERVİSİ CİLDİYE SERVİSİ ORTOPEDİ SERVİSİ GÖZ HASTALIKLARI SERVİSİ PSİKİYATRİ SERVİSİ PLASTİK CERRAHİ SER.	NÜKLEER TIP MERKEZİ KARDİYOLOJİ POL. EFOR-EKG-HOLTER DIŞ POLİKLİNİĞİ
1. KAT	1. KAT	1. KAT	1. KAT
MİKROBİYOLOJİ LAB. PARAZİTOLOJİ LAB. BİYOKİMYA LAB. PATOLOJİ LAB. ANJİO ÜNİTESİ, KORONER YOĞUN BAKIM, RADYOLOJİ (RÖNTGEN, TOMOGRAFİ, MR, USG, MAMOGRAFİ, KEMİK DENSİTOMETRİ) ARŞİV BİRİMİ, KALİTE BİRİMİ	BAŞHEKİMLİK BAŞMÜDÜRLÜK İDARİ BİRİMLER BİLGİ İŞLEM, FATURALANDIRMA YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ AMELİYATHANE DOĞUMHANE	KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM SERVİSİ, ÇOCUK HASTALIKLARI SERVİSİ, ÇOCUK CERRAHİ SERVİSİ, YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	KARDİYOLOJİ SERVİSİ BAŞHEMŞİRELİK ÖZEL MUAYENE BİRİMİ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ SARF DEPOSU
2. KAT	2. KAT	2. KAT	2. KAT
	DEPO	BEYİN CERRAHİ SERVİSİ NÖROLOJİ SERVİSİ UYKU BOZUKLUKLARI SERVİSİ DAHİLİYE SERVİSİ ENFEKSİYON GÖĞÜS HASTALIKLARI SERVİSİ	
3. KAT	3. KAT	3. KAT	3. KAT
		GENEL CERRAHİ SERVİSİ ÜROLOJİ SERVİSİ KBB SERVİSİ	

12. Hastanenin tedavi ve ameliyat kapasitesi:

Günlük rutin hizmetler bakımından mevcut toplam yatak ve personel sayısını; acil durum ve afetlerde hizmetleri genişleterek hastanenin azami (maksimum) kapasitesine ulaşmak üzere artırılabilir kapasiteleri, hastanenin organizasyonunu dikkate alarak (bölüm ya da uzmanlık servislerine göre) belirtiniz.

a. DAHİLİ TIP

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Dahiliye	19	19	6	5	
Pediyatri	19	19	7	6	
Kardiyoloji	22	22	12	12	
Göğüs Hastalıkları	4	7	4	2	
Nöroloji	9	9	-	-	
Endokrinoloji	-	-	-	-	
Hematoloji	-	-	-	-	
Gastroenteroloji	-	-	-	-	
Dermatoloji	-	-	-	-	
Mahkum Servisi	6	6	-	-	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	6	6	2	2	
Psikiyatri	11	11	3	3	
Enfeksiyon	4	4	2	2	
Diğer (belirtiniz)					
Diğer (belirtiniz)					
TOPLAM	100	103	39	34	

b. CERRAHİ

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Cerrahi	30	30	9	9	
Obstetri ve Jinekoloji	23	23	10	10	
Ortopedi ve Travmatoloji	5	15	4	4	
Üroloji	5	19	4	4	
Kulak Burun Boğaz	10	7	3	3	
Göz	10	11	2	2	
Beyin Cerrahisi	7	10	4	2	
Plastik Cerrahi	5	-	2	2	
Kardiyovasküler Cerrahi	5	7	3	3	
Diğer					
TOPLAM	100	122	41	39	

c. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Yoğun Bakım	18	18	27	17	
Genel Ara Yoğun Bakım	-	-	-	-	
Kardiyovasküler Yoğun Bakım	5	5	8	7	
Pediyatrik Yoğun Bakım	-	-	-	-	
Yanık Yoğun Bakım	-	-	-	-	
Yenidoğan Yoğun Bakım	16	16	10	7	
Koroner Yoğun Bakım	18	18	10	10	
Palyatif Bakım Ünitesi	6	6	4	3	
TOPLAM	63	63	59	44	

d. AMELİYATHANELER

Bölüm ya da Servis	Ameliyathane oda sayısı (rutin kapasite)	Hastanenin azami ameliyathane oda sayısı (afet/acil durum için)	Gözlemler
Septik ameliyathane	-	-	
Aseptik ameliyathane	-	-	
Pediyatrik ameliyathane	1	1	
Obstetri ve Jinekoloji ameliyathanesi	1	1	
Acil Durum ameliyathanesi	1	1	
Genel Cerrah, Üroloji, Göz, KVC, Ortopedi, KBB	6	5	
TOPLAM	9	8	

e. KLİNİK VE DİĞER DESTEK HİZMETLERİ

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Teşhis hizmetleri			
Kan Transfüzyon Merkezi	6	6	
Aferez	4	4	
Eczane	9	9	
Medikal mühendislik ve bakım	1	-	
Bina/kritik sistemler mühendislik ve bakım	1	1	
Dekontaminasyon	-	-	
Güvenlik	21	21	
Sterilizasyon	6	6	
TOPLAM	47	47	

f. AFET ve ACİL DURUM OPERASYONLARI

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Hastane afet/acil durum operasyonları/olay yönetimi (komuta, kontrol, koordinasyon)	6	6	
Lojistik yönetimi görevlileri	14	14	
Haberleşme ve bilgi yönetimi görevlileri	2	2	
İdare (insan kaynakları, finans işleri görevlileri)	9	9	
Basın (medya) sözcüleri	1	1	
Ambulans görevlileri	1	1	
Sonraki sağlık kurumu/hastaneye sevk işleriyle görevli ekipler	-	-	
Diğer (belirtiniz)			
TOPLAM	33	33	

13. Operasyon kapasitesini artırabilecek alanlar:

Bir afet ya da acil durum halinde hastanenin kapasitesini artırmak üzere kullanılabilir yer, alan ve boşlukların özelliklerini belirtiniz. Afet ve acil durumlarda hastanenin medikal ve diğer hizmetlerinin alan ve kapasitesini genişletmenin uygunluğunu değerlendirmede kullanılabilir metrekare ölçüleri, kullanılabilir kritik sistemler ve diğer bilgileri belirleyiniz. Bu bilgiler arasında erişim, güvenlik ve su, enerji, haberleşme, atık yönetimi, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme gibi kritik hizmetlere yer veriniz.

Yerler/ Alanlar	Alan m2	Su		Elektrik/ Enerji		Telefon/ Haberleşme		Gözlemler*
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Başhekimlik Giriş Alanı	1620 m2	X		X		X		Hastaneye yatırma, triyaj alanı
Poliklinikler Giriş Alanı	600 m2	X		X		X		Ayakta tedavi, Gözlem
Onkoloji Giriş Alanı	800m2	X		X		X		Personel Destek Alanı
-								
-								
-								

* Her alanın kullanım özelliğine göre uygunluğunu belirtiniz (hastaneye yatırma, triyaj, ayakta tedavi, gözlem, personel destek alanı vb.)

1. Ek bilgiler

.....

.....

.....

.....

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

HASTANE MÜDÜRÜ-KUBİLAY AKÇAYÖZ

BÖLÜM 2: GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

1.1 TEHLİKELER	TEHLİKE DÜZEYİ				Hastane bu tehlikeye karşı müdahaleye hazırlanmış mı EVET ise işaretleyin	Gözlemler
	Tehlike yok	Düşük	Orta	Yüksek		
1.1.1 Jeolojik tehlikeler						
Depremler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili deprem tehlikesi düzeyini jeoteknik zemin etütleri çerçevesinde değerlendirin. Hastanede deprem nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		X			X	
Volkan aktivitesi ve püskürmesi Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla volkanik tehlike düzeyini değerlendirin. Değerlendirmede hastanenin volkanlara mesafesi, volkanik aktivite, lav akışı, gaz, toz, kül yayılması bakımından tehlikeye maruzluk durumunu dikkate alın. Hastanede volkan aktivitesi ya da püskürmesi nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	X					
Kuru kütle hareketleri-heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla heyelan (toprak/yer kayması) tehlikesi düzeyini değerlendirin. Heyelanlara sağlam olmayan toprak yapısının neden olabileceğini dikkate alın. Hastanede heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	X					
Tsunamiler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla deniz altındaki sismik ya da volkanik hareketin yol açabileceği tsunami tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tsunami nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	X					
Diğer jeolojik tehlikeler (örnek: kaya düşmesi, toprak çökmesi, moloz kayması) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla yukarıda yer almayan diğer jeolojik olayları tanımlayın; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini belirleyin. Diğer jeolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.	X					

1.1.2 Hidro-Meteorolojik tehlikeler						
1.1.2.1 Meteorolojik tehlikeler						
<p>Kuvvetli fırtınalar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla bölgesel ve mevsimsel fırtınalar (kuvvetli rüzgar, kuvvetli fırtına, tam fırtına) bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede bölgesel, mevsimsel kuvvetli fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>	X					
<p>Tornadolar (Hortumlar) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla tornado tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tornado (hortum) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>	X					
<p>Yerel fırtınalar Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için çabuk gelişen yerel fırtınalarla birlikte şiddetli yağışın yol açabileceği sel ve diğer hasarlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede yerel fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>		X				
<p>Diğer meteorolojik tehlikeler (örnek: kum fırtınası, darbeli rüzgar) (Tanımlayın)..... Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için risk oluşturabilecek diğer meteorolojik tehlikelerin tür ve düzeylerini değerlendirin. Hastanede diğer meteorolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>	X					
1.1.2.2 Hidrolojik tehlikeler						
<p>Akarsu taşkınları Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili akarsu taşkın tehlikesi düzeyini (dere ve nehir selleri) değerlendirin. Hastanede akarsu taşkınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>		X				
<p>Ani seller Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları da dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından şiddetli yağışların yol açabileceği ani sel tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede ani sel nedeniyle bir afet/ acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>	X					

<p>Fırtına dalgası Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuvvetli fırtınaların yol açabileceği fırtına dalgası tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede fırtına dalgası ve buna bağlı seller nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfus itibarıyla) belirleyin.</p>		X				
<p>Islak kütle hareketleri-heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla suya doymun toprağın yol açabileceği heyelan tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede suya doymun topraktan kaynaklanan heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>	X					
<p>Diğer hidrolojik tehlikeler (örnek: dağlık alan selleri, çığlar, kıyı selleri) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, yukarıda yer almayan diğer hidro-meteorolojik tehlikelerideğerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer hidrolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>	X					
1.1.2.3 Klimatolojik tehlikeler						
<p>Ekstrem sıcaklıklar (örnek: sıcak hava dalgası, soğuk hava dalgası, ekstrem kış koşulları) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından ekstrem sıcaklıklar ya da hava koşullarının oluşturabileceği tehlike düzeyini değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede ekstrem sıcaklıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>				X		
<p>Büyük yangınlar (örnek: ormanlar, tarım alanları, meskun yerler) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından hızla ve çevreye yayılan büyük yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Büyük yangınlar nedeniyle hastanenin afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>	X					
<p>Kuraklık Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuraklık tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanenin kuraklık (ve yol açabileceği kıtlık) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yetersiz beslenmenin tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>			X			

<p>Diğer klimatolojik tehlikeler- İklim değişikliğiyle ilgili olanlar dahil (örnek: deniz suyu seviyesinde yükselme) (Tanımlayın).....</p> <p>Tehlike haritalarını, geçmişteki olayları ve tehlike modellemelerini dikkate alarak, risk oluşturabilecek diğer klimatolojik tehlikelerin hastane bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer klimatolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>	X					
1.1.3 Biyolojik tehlikeler						
<p>Epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar</p> <p>Tüm risk değerlendirmelerini, hastanedeki geçmiş olayları ve spesifik patojenleri dikkate alarak epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan (emerging) hastalıkların hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da enfeksiyon hastalıkları olan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>	X					
<p>Gıda kaynaklı salgınlar</p> <p>Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanenin bulunduğu yerdeki (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için gıda kaynaklı salgınlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede gıda kaynaklı salgınlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>		X			X	
<p>Böcek istilası (örnek: enfestasyonlar)</p> <p>Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanedeki geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin böcek haşere istilası veya enfestasyon (sinek, pire, kemirgenler vb.) nedeniyle tehlikelere maruz kalma düzeyini değerlendirin. Hastanede böcek istilası veya enfestasyona karşı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>		X				
<p>Diğer biyolojik tehlikeler (Tanımlayın) Tüm risk değerlendirmelerini dikkate alarak, diğer biyolojik tehlikelerin hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer biyolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da biyolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>		X				

İnsan kaynaklı tehlikeler						
1.1.4 Teknolojik tehlikeler						
Endüstriyel tehlikeler (örnek: kimyasal, radyolojik) Endüstriyel tesislerle ilgili bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve endüstriyel tehlikelerin yol açtığı geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin yeri ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonu ile ilgili endüstriyel tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede endüstriyel tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da endüstriyel tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		X				
Yangınlar (örnek: bina yangını) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında bina yangını tehlikesiyle ilgili diğer bilgileri ve bina yangınlarıyla ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede bina yangınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık hastalarının tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		X			X	

Tehlikeli maddeler (kimyasal, biyolojik, radyolojik) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında tehlikeli madde tehlikesiyle ilgili (olay, kaza, ortama yayılma) diğer bilgileri ve tehlikeli madde dökülme-saçılma, sızıntısı ile ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için tehlikeli madde kaynaklı tehlikeyi ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonunu değerlendirin. Hastanede tehlikeli madde kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da tehlikeli maddelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	Kimyasal		X				
	Biyolojik		X				
	Radyolojik		X				
Enerji kesintileri Hastanenin bulunduğu yerde enerji kesintisiyle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için enerji kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede enerji kesintisi kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.			X				
Su tedarikinde kesinti Hastanenin bulunduğu yerde su tedarikinde karşılaşılan kesintilerle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için su kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede su tedarikinde kesintiden kaynaklanan afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.			X				
Ulaştırma kazaları (örnek: hava, kara, demir, deniz-su yolları taşımacılığı) Geçmişteki büyük ulaştırma kazalarının kayıtlarını dikkate alarak, hastanenin ulaştırma kazaları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.				X		X	
Diğer teknolojik tehlikeler (örnek: hava kirliliği, yapı çökmeleri, gıda/su kontaminasyonu, nükleer) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için diğer teknolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede diğer teknolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer teknolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.			X				

1.1.5 Toplumsal tehlikeler

Hastane binasına ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehdidi Risk/tehdit değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi ve çalışanları etkileyen güvenlik (emniyet) olaylarını dikkate alarak, hastane ve çalışanlar için güvenlik tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastane binası ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehlikesi nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.		X				
Silahlı çatışma Silahlı çatışmalarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, silahlı çatışma bakımından hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Silahlı çatışma nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		X				
Toplumsal olaylar (gösteriler dahil) Toplumsal olaylarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, gösteriler ve toplumsal olaylarla ilgili olarak hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Gösteriler ve toplumsal olaylar nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.		X				
Kitlesel etkinlikler Kitlesel katılımlı etkinlikler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.			X			
Yerinden Olan Nüfus Risk değerlendirmelerini dikkate alarak, çatışma, toplumsal olay ve diğer sosyo-politik koşullar veya büyük ölçekli göç nedeniyle insanların yerinden olması halinde hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Yerinden olan nüfus nedeniyle hastanede acil afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.	X					
Diğer toplumsal tehlikeler (örnek: patlama, terörizm) (Tanımlayın)..... Risk değerlendirmelerini, bölgesel ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmiş olayları dikkate alarak, diğer toplumsal tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer toplumsal tehlikeler bakımından hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer toplumsal tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.		X				

1.2 ZEMİNİN JEOTEKNİK ÖZELLİKLERİ

Sıvılaşma Hastanenin kurulu bulunduğu alanın jeoteknik zemin etüdünü dikkate alarak, toprak altının suya doygun ve gevşek olmasından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.		X				
Killi toprak Zemin haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin killi topraktan kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.			X			
Sağlam olmayan yamaçlar Jeoloji haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yamaçların varlığından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.	X					

Modül 1/ Yorumlar-Açıklamalar:

.....

.....

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

Kafkas Üniversitesi Yapı İşleri Teknik Daire Başkanı – Ufuk KESKİN

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik

2.1 HASTANE GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN ÖNCEKİ OLAYLAR	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
1. Hastane binası/binalarında geçmişte görülen ağır yapısal hasar/kusur Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar ve onarım yapılmadı; Orta = Orta hasar ve bina kısmen onarım gördü; Yüksek = Az ya da hiç hasar, veya bina tamamen onarıldı. GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.	X			
2. Hastane geçerli güvenlik standartlarına uygun yapıldı ve/veya onarıldı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Geçerli güvenlik standartları uygulanmadı; Orta = Geçerli güvenlik standartları kısmen uygulandı; Yüksek = Geçerli güvenlik standartları tam uygulandı			X	
3. Hastanenin yapısal davranışını etkileyecek şekil değişikliği ya da modifikasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının performansını büyük ölçüde etkileyecek büyük çaplı şekil değişikliği veya modifikasyonlar yapılmıştır; Orta = Yapının performansını az ölçüde etkileyecek orta derecede şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; Yüksek = Önemsiz şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; hiçbir modifikasyon yapılmamıştır; veya büyük çaplı şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapının davranışını güçlendirmek için yapılmıştır ya da hiçbir olumsuz etkisi yoktur.			X	İç bahçe olarak adlandırılan kat boşlukları kapatılarak sınıf olarak, bekleme salonları gibi mahaller ana binaya eklenmiş. Yapılan bu değişiklikler ön görülmeyen sürekli yükler eklemiştir.
2.2 YAPI BÜTÜNLÜĞÜ				
4. Yapısal sistem tasarımı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Zayıf yapısal sistem tasarımı; Orta = Orta yapısal sistem tasarımı; Yüksek = İyi yapısal sistem tasarımı.		X		
5. Binanın durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Giriş ve ilk katlarda çatlaklar; hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı önemli bozulmalar var; Orta = Hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı bazı bozulmalar var; Yüksek = Çatlak ya da bozulma gözlenmiyor.		X		
6. Kullanılan yapı malzemesinin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kabuk döküntülü paslanma; 3 mm'den büyük çatlaklar (beton), aşırı deformasyon (çelik ve ahşap); Orta = 1 ila 3 mm arası çatlaklar (beton), orta derecede ve gözle görülür deformasyon (çelik ve ahşap) veya paslanma var; Yüksek = 1 mm'den küçük çatlaklar (beton); gözle görülür deformasyon yok; paslanma yok.		X		
7. Yapısal olmayan elemanların yapıyla etkileşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bölme duvarları yapıya esnemez (rijit) biçimde bağlı, asma tavan veya fasatlar yapıyla karşılıklı etkileşimde, (yapısal olmayan) elemandaki hasarın yapı üzerinde önemli etkisi olabilir ; Orta = Yapısal olmayan elemanlardan bazıları yapıyla karşılıklı etkileşimde, hasar yapıyı etkilemeyecektir; Yüksek = Yapıyı etkileyen hiçbir yapısal olmayan eleman bulunmamaktadır.		X		
8. Binaların yakınlığı (deprem kaynaklı vurma) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5'inden az; Orta= Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5 ila 1.5'i arasında; Yüksek = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 1.5'inden fazla. HASTANE YÜKSEK/ORTA DERECELİ SİSMİK BÖLGEDE KURULU DEĞİLSE, KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.			X	

<p>9. Binaların yakınlığı (rüzgar tüneli etkisi ve yangın) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık 5 m.den az; Orta = Aralık 5 ila 15 m. arasında; Yüksek = Aralık 15 m.den fazla.</p>					X
<p>10. Yapısal yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her yönde üçten az direnç aksı var; Orta = Her yönde üç direnç aksı var ya da akslar ortogonal oryantasyona sahip değil; Yüksek = Binada her ortogonal doğrultuda üçten fazla direnç aksı var.</p>					X
<p>11. Yapı ayrıntıları (bağlantılar dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Mühendislik gördüğüne dair kayıt ve kanıt yok veya eski bir tasarım standardına göre yapılmış; Orta = Önceki tasarım standartlarına göre inşa edilmiş ve geçerli standarda göre bir güçlendirme yok; Yüksek = Geçerli standarda göre inşa edilmiş.</p>					X
<p>12. Kolon gücünün kiriş gücüne oranı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kirişlerin gücü kolonların gücünden belirgin biçimde fazla; Orta = Kirişlerin gücü kolonların gücüyle benzer durumda; Yüksek = Kolonların gücü kirişlerin gücünden fazla.</p>					X
<p>13. Temel güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Temellerin standartlara (temel büyüklüğü, zemin etüdü) uygun tasarlandığını gösteren kanıt yok ve/veya hasar kanıtı var; hiçbir plan bilgisi yok; Orta = Temellerin standartlara uygunluğunu gösteren az sayıda kanıt (çizimler, zemin etüdü) var ve/veya orta derece hasar kanıtı var; Yüksek = Temellerin standartlara uygun tasarlandığını ve hasar olmadığını gösteren güçlü kanıtlar var.</p>					X
<p>14. Bina yapı planındaki düzensizlikler (rijitlik, kütle, direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Şekiller düzensiz ve yapı üniform değil; Orta = Plan üzerinde şekiller düzensiz ancak yapı üniform; Yüksek = Plan üzerinde şekiller düzenli, yapının üniform bir planı var ve burulma yaratacak unsurlar bulunmuyor.</p>					X
<p>15. Bina yüksekliklerinde düzensizlikler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirgin biçimde süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde belirgin farklılıklar var; Orta = Bazı süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde bazı farklılıklar var; Yüksek = Süreksiz ya da düzensiz eleman yok, bina yüksekliklerinde küçük farklılık var ya da hiç yok.</p>					X
<p>16. Kat yüksekliklerinde düzensizlikler (rijitlik, kütle ve direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kat yüksekliklerindeki farklılık yüzde 20'den fazla; Orta = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 20'den az, yüzde 5'ten fazla); Yüksek = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 5'ten az).</p>					X
<p>17. Çatıların yapısal bütünlüğü Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tek tarafa eğimli çatı ya da düz cam çatı ve/veya geniş saçaklar; Orta = Öndökümlü beton çatı, az meyilli beşik çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok; Yüksek = Donatıyla güçlendirilmiş beton çatı veya çok yüzeyli cam çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok.</p>					X
<p>18. Çeşitli tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık (deprem ve kuvvetli rüzgar dışındaki diğer tehlikeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bulunduğu yerdeki tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık düşük; Orta = Yapısal dayanıklılık yeterli (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak); Yüksek = Yapısal dayanıklılık iyi (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak).</p>					X

Modül 2/ Yorumlar/Açıklamalar:

(Bina tipleri, binaların yapısal sistemleri ve yaşlarını dahil edin. Hastane yerleşim planını, tüm binaların listesini ekleyin ve değerlendirme yapılan binaları işaretleyin.)

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

Kafkas Üniversitesi Yapı İşleri Teknik Daire Başkanı-Ufuk KESKİN

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik

3.1 MİMARİ ELEMANLARIN GÜVENLİĞİ	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
19. Yapısal olmayan elemanlarda ağır hasar ve onarım Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar var ve tamamlanmış onarım yok; Orta = Orta hasar var, bina kısmen onarım görmüş; Yüksek = Az hasarlı ya da hasarsız veya bina tümüyle onarım görmüş. GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.		X		
20. Kapı, çıkış ve giriş yerlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kapılar, çıkış ve girişler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; giriş genişliği 115 cm'den az; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; veya giriş genişliği 115 cm'den az; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu; ve giriş genişliği 115 cm. ya da daha büyük.		X		
21. Pencere ve panjurların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Pencere ve panjurlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir (örnek: pencere camlarının dayanıklı olmaması); Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu; kritik servislere koruyucu cam (örnek: polikarbon cam, parçalanmayı önleyici film) takviyesi yapılmış.		X		
22. Diğer bina zarfı elemanlarının durumu ve güvenliği (örnek: cephe elemanları, dış duvarlar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina zarfı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.		X		
23. Çatının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çatı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.		X		
24. Korkuluk ve parapetlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Korkuluk ve parapetler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.	X			
25. Bina etrafındaki duvar ve çitlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina çevresindeki duvar ve çitler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.				Bina etrafında buna benzer hiçbir imalat yok.

<p>26. Diğer mimari elemanların durumu ve güvenliği (örnek: pervazlar, süslemeler, bacalar, işaretlemeler)</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Diğer mimari eleman(lar) kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusudur.</p>		X		
<p>27. Hastane binalarının dışında hareket güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılmaması veya zarar görmesi binalara ulaşımı engelleyecek ya da yayalar için tehlike yaratacaktır; Orta = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılmaması veya zarar görmesi yaya ulaşımını engellemeyecek ancak araç ulaşımını engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, yaya ya da araç ulaşımını sekteye uğrattığı bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusudur.</p>			X	
<p>28. Hastane binası içinde hareket güvenliği (örnek: koridor, merdivenler)</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Engeller ve elemanların zarar görmesi bina içinde hareketi engelleyecek ve bina içindekiler için tehlike yaratacaktır; Orta = Engeller ve elemanların zarar görmesi insanların hareketini engellemeyecek ancak sedye, tekerlekli ekipman hareketini engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, insanların ya da tekerlekli ekipmanın hareketini sekteye uğrattığı bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusudur.</p>			X	
<p>29. İç duvarlar ve bölmelerin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç duvarlar ve bölmeler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusudur.</p>		X		
<p>30. Asma ve alçı tavanların durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alçı ve asma tavanlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusudur.</p> <p><i>HASTANEDE ALÇI YA DA ASMA TAVAN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN; AÇIKLAMADABELİRTİN.</i></p>		X		
<p>31. Asansör sisteminin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Asansör sistemi kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusudur.</p> <p><i>HASTANEDE ASANSÖR YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i></p>	X			

<p>32. Merdiven ve rampaların durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kötü durumda, zarar görebilir veya kullanım engellerinin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve engellerin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.</p> <p>HASTANEDE MERDİVEN VE RAMPA YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>		X		
<p>33. Taban döşemelerinin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Taban döşemeleri kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.</p>		X		
3.2 ALT YAPININ KORUNMASI, ERİŞİMİ ve FİZİKİ GÜVENLİĞİ				
<p>34. Yerel tehlikeler bakımından hastane kritik servislerinin ve donanımının hastane binası içindeki yerleşimi</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir koruyucu önlem yok; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, aksaması ve kesintiye uğraması sözkonusu; Orta = Kritik servisleri yerel tehlikelerden korumak üzere kısmen önlemler alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, bazı kesintilere uğraması sözkonusu; Yüksek = Kritik servisleri koruyucu çok sayıda önlem alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının büyük olasılıkla kesintiye uğramadan ya da sınırlı ölçüde kesintiyle sürdürülmesi sözkonusu.</p>		X		
<p>35. Hastaneye erişim güzergahları</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve engellerin varlığı erişimi, diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve bazı engellerin varlığı erişimi ve işlevi sekteye uğratmaz; Yüksek = Diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel engel ya da zarar sözkonusu.</p>			X	
<p>36. Acil çıkışlar ve tahliye yolları</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmemiş ve çoğu tıkalı durumda; Orta = Çıkış ve tahliye güzergahlarının bazıları işaretlenmiş ve çoğunda engeller kaldırılmış; Yüksek = Tüm çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmiş ve engelsiz.</p>			X	
<p>37. Bina, donanım, çalışanlar ve hastaların fiziki güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir bir önlem yok; Orta = Bazı fiziksel koruma önlemleri alınmış (örnek: malzeme ve ekipmanın kilitli depolarda olması, mal varlığı izleme ve envanter denetimi); Yüksek = Geniş bir yelpazede güvenlik önlemleri bulunuyor (örnek: tasarım ve plan, fiziksel bariyerler, kontrollü erişim ve kapı güvenlik sistemleri, kilitli depolar)</p>			X	

3.3 KRİTİK SİSTEMLER

3.3.1 Elektrik sistemi

38. Alternatif elektrik kaynaklarının kapasitesi (örnek: jeneratörler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynak(lar) yok ya da kritik alanlarda talebi karşılama düzeyi yüzde 30'dan az veya sadece elle çalıştırılabilir; Orta = Alternatif kaynak(lar) kritik alanlardaki talebi yüzde 31-70 düzeyinde karşılıyor ve kritik alanlarda 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor; Yüksek = Alternatif kaynak(lar) 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor ve kritik alanlardaki talebi karşılama düzeyi yüzde 70'ten fazla.				X	
39. Alternatif elektrik kaynaklarının kritik alanlarda düzenli denetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tam kapasite test aralığı 3 ay ve üzeri; Orta = Tam kapasite test aralığı her 1-3 ay; Yüksek = Her ay en az bir kez tam kapasite test ediliyor.				X	
40. Alternatif elektrik kaynaklarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; jeneratörler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Jeneratörler kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Jeneratörler iyi durumda, iyi korunuyor ve acil durumlarda düzenli çalışabilir vaziyette.				X	
41. Elektrik ekipmanı, kablolar, kablo borularının duruma ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları iyi durumda, iyi korunuyor ve düzenli çalışır vaziyette.				X	
42. Yerel elektrik tedarik sistemi için yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yerel enerji tedarik sistemine sadece bir giriş var; Orta = Yerel enerji tedarik sistemine iki giriş var; Yüksek = Yerel enerji tedarik sistemine ikiden fazla giriş var.				X	
43. Kontrol paneli, aşırı yük şalteri ve kabloların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzenli çalışır vaziyette.				X	
44. Hastanenin kritik alanları için aydınlatma sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aydınlatma düzeyi düşük; koruyucu önlemler yok; Orta = Kritik alanlardaki aydınlatma yeterli, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Aydınlatma iyi düzeylerde ve koruma önlemleri mevcut.				X	
45. İç ve dış aydınlatma sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç ve dış aydınlatma sistemleri kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzenli çalışır vaziyette.				X	
46. Hastane alanında bina dışında elektrik sağlayan sistemlerin varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin taleplerini karşılamak üzere kurulu destek elektrik birimleri yok; Orta = Hastane alanında kurulu destek elektrik birimleri var, ama zarara veya kesintiye uğrayabilir; hastaneye yeterli enerji sağlamamaktadır; Yüksek = Elektrik destek birimleri var, iyi korunuyor ve hastaneye afet/acil durum halinde yeterli enerji sağlamaktadır.				X	

<p>47. Elektrik tedariki ve alternatif kaynaklar için acil bakım ve iyileştirme</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>			X	
3.3.2 Telekomünikasyon sistemleri				
<p>48. Antenlerin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Antenler ve bağlantıları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Antenler ve bağlantıları kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Antenler ve bağlantıları iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p> <p>HASTANEDE ANTEN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>			X	
<p>49. Düşük/çok düşük voltajlı sistemlerin durumu ve güvenliği (internet ve telefon)</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düşük voltajlı sistemler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Düşük voltajlı sistemler kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Düşük voltajlı sistemler iyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.</p>			X	
<p>50. Alternatif haberleşme sistemleri</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif haberleşme sistemleri yok, kötü durumda ya da çalışmıyor; Orta = Hastane çapında alternatif haberleşme sistemi kullanılabilir durumda, ama her yıl test edilmiyor; Yüksek = Alternatif haberleşme sistemi iyi durumda, en az her yıl test ediliyor.</p>			X	
<p>51. Telekomünikasyon ekipmanı ve kablolarının durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon ekipmanı ve kabloları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman ve kablolar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor.</p>			X	
<p>52. Hastane dışındaki telekomünikasyon sistemlerinin hastanenin haberleşmesine etkisi</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastanenin haberleşmesinde önemli ölçüde parazit (enterferans) yaratmaktadır; Orta = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastane haberleşmesinde orta derecede parazit yaratmaktadır; Yüksek = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haberleşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.</p>			X	
<p>53. Telekomünikasyon sistemlerinin bulunduğu alanların güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon sistemlerine ayrılan alanlar kötü durumda; tehlikeler nedeniyle aksama riski yüksek; koruyucu önlemler yok; Orta = Alanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.</p>			X	
<p>54. Bina içi haberleşme sistemlerinin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç haberleşme sistemleri yok ya da kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = İç haberleşme sistemleri kullanılabilir durumda, ama alternatif sistemler yok; Yüksek = İç haberleşme ve yedekleme sistemleri iyi çalışır durumda.</p>			X	

<p>55. Standart ve alternatif haberleşme sistemleri için acil bakım ve iyileştirme</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>			X	
3.3.3 Su tedarik sistemi				
<p>56. Hastane servis ve hizmetleri için gereken su rezervi</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süreyle yeterli veya su tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat yeterli.</p>			X	
<p>57. Su depolama tanklarının yeri</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Su depolama tankların bulunduğu alanda hizmetin aksama riski yüksek (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Orta = Alan orta derecede aksama riskiyle karşı karşıya (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Yüksek = Alan görsel olarak tanımlanabilen risklere maruz değil (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik).</p> <p><i>HASTANEDE SU DEPOLAMA TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i></p>			X	
<p>58. Su dağıtım sisteminin durumu</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilir durumda; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda.</p>			X	
<p>59. Ana dağıtım şebekesine alternatif su tedarik sistemi</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30'dan azını karşılar; Orta = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30-80'ini karşılar; Yüksek = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 80'den fazlasını karşılar.</p>			X	
<p>60. İlave (yedek) pompalama sistemi</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yedek pompa yok ve faal kapasite günlük minimum talebi karşılamıyor; Orta = İlave pompalar kullanılabilir durumda ama günlük minimum su talebini karşılamıyor; Yüksek = Tüm ilave pompalar ve yedek sistemler faal ve minimum su talebini karşılıyor.</p>			X	
<p>61. Su tedarik sistemleri için acil bakım ve iyileştirme</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>			X	
3.3.4 Yangından korunma sistemi				
<p>62. Yangından korunma (pasif) sisteminin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi işlevi engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sektöre uğratan bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusudur.</p>			X	
<p>63. Yangın/duman belirleme sistemleri</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya bakım ve testleri sıklıkla yapılmıyor; Yüksek = Sistem kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor.</p>			X	

<p>64. Yangın söndürme sistemleri (otomatik ve elle kullanılan)</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; denetim yapılmıyor; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya sistem kurulmuş, ama bakım ve test yapılmıyor; denetim eksik ve hükümsüz; Yüksek = Sistem tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.</p>			X	
<p>65. Yangın söndürme için su tedariki</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı yok; Orta = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı var; kullanım kapasitesi sınırlı ve bakım ve test yapılmamış; Yüksek = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli ve kayda değer kapasiteye sahip bir tedarik kaynağı var; düzenli bakım ve sıklıkla test yapılıyor.</p>			X	
<p>66. Yangından korunma sistemi için acil bakım ve iyileştirme</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>			X	
3.3.5 Atık yönetimi sistemleri				
<p>67. Tehlikeli olmayan atıksu sistemlerinin güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli olmayan atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Atıksu bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>			X	
<p>68. Tehlikeli atıksu ve sıvı atık güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>		X		
<p>69. Tehlikeli olmayan katı atık sisteminin güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>		X		
<p>70. Tehlikeli katı atık sisteminin güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>		X		
<p>71. Hastane atık yönetimi sistemlerinin tüm türleri için acil bakım ve iyileştirme</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>			X	
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri (gaz, benzin, dizel vb.)				
<p>72. Yakıt rezervleri</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süre için yeterli ya da yakıt tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat süreyle yeterli olması teminat altında.</p>			X	

<p>73. Yer üstü yakıt tankları ve/veya silindirlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt tankları kötü durumda; sabitleme ya da çevrili alan yok; tanklar tehlikeler dikate alınarak yerleştirilmemiş; Orta = Yakıt tankları kullanılabilir durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında yetersiz; tankın bulunduğu çevrili alanda bazı güvenlik ve emniyet önlemleri var; Yüksek = Yakıt tankları iyi durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında iyi durumda; tankın bulunduğu çevrili alanda uygun güvenlik ve emniyet önlemleri var. HASTANEDE BU HİZMETLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>			X	
<p>74. Hastane binalarının uzağında güvenli yakıt depolama yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt depolama erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan bir yerde yapılıyor; Orta = Depolama alanının durumu ve tehlikeler bakımından yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu ve yeri iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; yakıt tanklarına erişim mümkün. HASTANEDE YAKIT TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>			X	
<p>75. Yakıt dağıtım sisteminin durumu, güvenliği (vanalar, hortumlar, bağlantılar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı güvenli hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 90 düzeyinde iyi hizmet verebilir ve otomatik kapatma vanaları var; Yüksek = Sistemin yüzde 90'dan fazlası iyi çalışır durumda ve otomatik kapatma vanaları var. HASTANEDE YAKIT DAĞITIM TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>			X	
<p>76. Yakıt rezervleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>			X	
3.3.7 Tıbbi gazlar				
<p>77. Tıbbi gaz depolama alanlarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi gazların depolanması için önceden belirlenmiş yerler yok, ya da tıbbi gaz depolama alanlarında tehlikeler nedeniyle hizmetin aksamaması riski yüksek; koruyucu önlemler yok ve depolama alanına erişim mümkün değil; Orta = Ayrılan alanların durumu ve yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; depoya erişim mümkün.</p>			X	
<p>78. Tıbbi gaz tankları ve/veya tüpleri için güvenli depolama yerleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; personelin tıbbi gaz ve yangın söndürme ekipmanı eğitimi yok; Orta = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; personele ekipman kullanma eğitimi verilmiş; Yüksek = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede; tıbbi gaz ve yangın söndürücü ekipman kalifiye personel tarafından kullanılıyor.</p>		X		
<p>79. Tıbbi gaz dağıtım sisteminin durumu ve güvenliği (vana, hortum, bağlantılar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Sistemin yüzde 80'den fazlası iyi çalışır durumda.</p>		X		

<p>80. Tıbbi gaz tankları, tüpleri ve ilgili ekipmanın durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; Orta = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede.</p>			X
<p>81. Alternatif tıbbi gaz kaynaklarının varlığı</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; Orta = Alternatif kaynaklar var ancak malzeme tedarik süresi 15 günden fazla; Yüksek = Kısa sürede (15 günden az) devreye girecek yeterli alternatif kaynaklar var.</p>			X
<p>82. Tıbbi gaz sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>		X	
3.3.8 Isıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri / HVAC (Heating, Ventilation, Air-Conditioning)			
<p>83. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin uygunluğu</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan yerlerde bulunuyor; koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, buldukları yerler güvenli; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, buldukları yerler güvenli ve tehlikelere karşı korunuyor.</p>			X
<p>84. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanına erişim mümkün değil; ekipmanın güvenli çalışması ve bakımı için koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanına erişim mümkün, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanına erişim mümkün, geniş bir yelpazede koruyucu önlemler mevcut.</p>			X
<p>85. HVAC ekipmanlarının güvenliği , çalışma durumu (ör: kazan, boşaltım)</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı kötü durumda, bakım yapılmıyor; Orta = HVAC ekipmanı kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, düzenli bakım yok; Yüksek = HVAC ekipmanı iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış); bakım, denetim ve ikaz sistemi testleri düzenli yapılıyor.</p>			X
<p>86. Sistem kanallarının uygun destekli, bina bölüm geçişlerinde kanal ve boru esnekliklerinin denetimli olması</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Destek önlemleri yok ve bağlantılar esnek değil; Orta= Destekler kabul edilebilir durumda veya bağlantılar esnek; Yüksek = Destekler iyi durumda ve bağlantılar esnek.</p>			X
<p>87. Borular, bağlantılar ve vanaların durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Boruların yüzde 60'ından azı iyi durumda; tehlikelere karşı sınırlı koruma var; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi durumda; tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelere karşı korunuyor.</p>			X
<p>88. İklimlendirme (air-conditioning) ekipmanının durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İklimlendirme ekipmanı kötü durumda, emniyet altında değil; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut (örnek: sabitleme ve destek kalitesi yetersiz); Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış).</p>			X

<p>89. İklimlendirme (air-conditioning) sisteminin çalışması (negatif basınç alanları dahil)</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Air-condition sisteminin hastanede bölge (zone) kurma kapasitesi yok; Orta = Air-condition sistemi bölge oluşturabilir, ancak hastanenin yüksek risk alanları ile diğer alanları arasında hava sirkülasyonunu ayırabilecek kapasitesi yok; Yüksek = Air-condition sistemi hastanenin yüksek risk alanlarından gelen havayı izole edebilir; negatif basınç odaları mevcuttur.</p>			X	
<p>90. HVAC sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>		X		
<p>3.4 EKİPMAN VE MALZEME</p>				
<p>3.4.1 Ofis ve depo mobilyası ve bilgisayar donanımı dahil (seyyar, sabit) ekipman</p>				
<p>91. Raflar ve raf malzemesinin güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Raflar güvenli biçimde yerleştirilmemiş (veya deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde rafların yüzde 20'sinden azı duvara sabitlenmiş); Orta = Raflar güvenli biçimde yerleştirilmiş (ve deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde raflar duvara sabitlenmiş) ve rafardaki malzeme yüzde 20 ila 80 düzeyinde emniyete alınmış; Yüksek = Rafların yüzde 80'den fazlası ve raflardaki malzeme güvenli biçimde yerleştirilmiş, duvara sabitlenmiş ve malzeme emniyet altında.</p>		X		
<p>92. Bilgisayar ve yazıcıların güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bilgisayarları tehlikeden korumak için alınan önlem yok; Orta = Bilgisayarların yerleri güvenli, tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Bilgisayarların yerleri güvenli, emniyet altında ve yeterli koruma önlemleri mevcut.</p>			X	
<p>3.4.2 Teşhis ve tedavide kullanılan kullanılan tıbbi ekipman, laboratuvar ekipmanı, malzemesi</p>				
<p>93. Ameliyathane ve post-op uyandırma odasındaki tıbbi ekipmanın güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ameliyathanelerin yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>			X	
<p>94. Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipmanın yeri güvenli, kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipmanın yeri güvenli ve iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>		X		
<p>95. Laboratuvar ekipman ve malzemesinin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Biyogüvenlik önlemleri zayıf, laboratuvar ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>			X	

<p>96. Acil Servis ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>			X	
<p>97. Yoğun bakım ve ara yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>			X	
<p>98. Eczane bölümündeki ekipman ve mobilyanın durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eczane ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>		X		
<p>99. Sterilizasyon ünitelerindeki tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>			X	
<p>100. Acil obstetrik müdahale ve yenidoğan bakım ünitesindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>	X			
<p>101. Yanıklarda acil bakım için gerekli tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>		X		
<p>102. Nükleer tıp ve radyasyon terapisi ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p> <p>HASTANEDE BU SERVİSLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>			X	
<p>103. Diğer servislerdeki medikal ekipmanın durumu ve güvenliği</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipmanın %30'dan fazlası materyal ya da fonksiyon kaybı riski altındadır ve/veya ekipman tüm servisin faaliyeti için doğrudan ya da dolaylı risk oluşturmaktadır; Orta= Ekipmanın %10-30 kadarı kayıp riski taşımaktadır; Yüksek = Ekipmanın %10'dan azı kayıp riski taşımaktadır.</p>			X	
<p>104. İlaçlar ve malzemeler</p> <p>Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.</p>			X	

105. Steril enstrüman ve diğer materyal Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			X	
106. Özellikle afet/acil durum halinde kullanılan tıbbi ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.		X		
107. Tıbbi gaz mevcudu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İhtiyacı karşılama süresi 10 günden az; Orta = İhtiyacı karşılama süresi 10 ila 15 gün; Yüksek = İhtiyacı karşılama süresi en az 15 gün.			X	
108. Mekanik volüm ventilatörleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			X	
109. Elektro-medikal ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.		X		
110. Yaşam destek ekipmanı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.			X	
111. Kardiyopulmoner arrest için malzeme, ekipman veya acil müdahale arabaları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipman (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda, ancak maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipmanın (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda olması teminat altında ve gereken malzeme maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli.			X	

Modül 3 / Yorumlar/Açıklamalar:

Değerlendiren yetkililer (adı, soyadı, imzası):

HASTANE MÜDÜRÜ-KUBİLAY AKÇAYÖZ

TEKNİK SERVİS SORUMLUSU-TEKİN DURNA

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi

4.1 AFET ve ACİL DURUM YÖNETİMİ FAALİYETLERİNİN KOORDİNASYONU	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
112. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Komisyonu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok, ya da 1-3 departman ya da disiplin temsil edilmektedir; Orta = Komisyon var, 4-5 departman ya da disiplin temsil ediyor, ancak fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getiriyor; Yüksek = Komisyon var, 6 ya da daha fazla departman ya da disiplin temsil ediyor ve fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getiriyor.		X		
113. Komisyon üyelerinin sorumlulukları ve eğitimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok ya da üyeler bu konuda eğitilmiş değil ve sorumluluklar belirlenmemiş; Orta = Komisyon üyeleri gerekli eğitimi almış ve resmi olarak görevlendirilmiş; Yüksek = Tüm üyeler eğitim almış ve kendi rol ve sorumluluklarını aktif olarak yerine getiriyor.		X		
114. Hastane Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanı (koordinatörü) atanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanede afet/acil durum yönetimi koordinatörü olarak tanımlanmış bir yönetici yok; Orta = Afet/acil durum yönetimi koordinasyon görevi bir yöneticiye verilmiş ancak bu onun ana görevi değil; Yüksek = Ana görevi afet/acil durum yönetimi koordinasyonu ile ilgili görevler olarak tanımlanmış bir yönetici var ve hastanenin hazırlık programının uygulanması rolünü yerine getiriyor.		X		
115. Afet ve acil duruma müdahaleyi ve iyileştirmeyi güçlendirmek için hazırlık programı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program yok ya da varsa da uygulanan hazırlık faaliyeti yok; Orta = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program var ve bazı faaliyetler uygulanıyor; Yüksek = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program HAP komisyonu yönlendiriciliğinde tam olarak uygulanıyor.	X			
116. Hastane olay yönetim sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane olay yönetim sistemi için bir düzenleme yok; Orta = Olay yönetim sistemi çerçevesinde kilit pozisyonlar için görevlendirme yapılmış ancak fonksiyonların yerine getirilmesi için yazılı prosedürler yok; Yüksek = Hastane olay yönetim sistemi prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.	X			
117. Acil durum operasyon merkezi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezin yeri tanımlanmamıştır veya güvenli ya da emniyetli olmayan bir mekandır; Orta = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır, ancak acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesi sınırlıdır; Yüksek = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır ve acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesine sahiptir.			X	
118. Yerel afet/acil durum yönetimi kurumları ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.		X		
119. Sağlık hizmetleri ağı ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyoneldir.		X		

4.2 HASTANE AFET/ACİL DURUM MÜDAHALE VE İYİLEŞTİRME PLANLAMASI

120. Hastane afet ve acil durum müdahale planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.			X	
121. Hastanenin olaya özel alt planları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Olaya özel müdahale alt planları belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, ancak kolayca erişilmemektedir ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.	X			
122. Planları aktive ve deaktive prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir ama prosedürler güncellenmemekte ya da yıllık olarak test edilmemektedir; Yüksek = Prosedürler günceldir, personele eğitim verilmiştir ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.		X		
123. Hastane afet ve acil durum müdahale planı tatbikatları, değerlendirme ve düzeltme faaliyetleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı ve alt planlar test edilmemektedir; Orta = Müdahale planı ve alt planlar test edilmektedir, ancak yılda en az iki kez test edilmemektedir; Yüksek = Müdahale planı ve alt planlar yılda en az iki kez test edilmekte ve tatbikat sonuçlarına göre güncellenmektedir.			X	
124. Hastane iyileştirme planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İyileştirme planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir.		X		
4.3 HABERLEŞME ve BİLGİ YÖNETİMİ				
125. Acil durumda iç ve dış haberleşme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezi iç ve dış haberleşme sistemi istikrarsız ya da eksik çalışmaktadır; operatörler acil durum haberleşmesi için eğitilmemiştir; Orta = Sistem düzgün çalışmaktadır, operatörler acil durum haberleşmesi ile ilgili bazı eğitimler almıştır, yılda en az bir kez sistem testleri yapılmamaktadır; Yüksek = Sistem tam olarak çalışmaktadır, operatörler acil durumda kullanım için tam eğitimlidir, sistem testleri yılda en az bir kez yapılmaktadır.			X	
126. Dış paydaş rehberi (telefon-adres) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dış paydaş rehberi yok; Orta = Rehber var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Rehber var, bilgiler güncel ve acil müdahalede kilit görevleri olan personel muhafaza ediyor.			X	
127. Halk ve medya ile iletişim prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok, sözcü görevlendirmesi yapılmamış; Orta = Prosedürler var ve görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş; Yüksek = Prosedürler var, görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.			X	
128. Hasta bilgisi yönetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için prosedürler yok; Orta = Acil durumlar için prosedürler var, personel eğitim verilmiş ancak kaynak mevcut değil; Yüksek = Acil durumlar için prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve uygulama için kaynaklar mevcut.			X	

4.4 İNSAN KAYNAKLARI				
129. Personel irtibat listesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İrtibat listesi yok; Orta = Liste var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Liste var ve bilgiler güncel.			X	
130. Personel mevcudiyeti Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her departmanın yeterli çalışabilmesi için gereken personelden hazır bulunan yüzde 50'den az; Orta = Personelin yüzde 50-80'i hazır; Yüksek = Personelin yüzde 80-100'ü hazır.		X		
131. Afet/acil durum halinde personelin seferber ve takviye edilmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak acil durumlar için insan kaynakları hazır değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir ve acil durum için öngörülen ihtiyaçları karşılayacak insan kaynakları hazır.		X		
132. Personelin afet/acil duruma müdahale ve iyileştirme görevlerinin tanımlanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum görevleri tanımsız ya da belgelendirilmemiş; Orta = Görevler tanımlanmıştır, bazı personel (hepsi değil) yazılı görevlendirme ve eğitim almıştır; Yüksek = Görevler yazılı olarak bildirilmiştir ve tüm personel için yılda en az iki kez eğitim ya da tatbikat yapılmaktadır.		X		
133. Afet/acil durum sırasında hastane personelinin desteklenmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ayrılmış bir yer ve belirlenmiş önlemler yok ; Orta = Yer belirli, ama önlemler 72 saatten az süreyi kapsıyor; Yüksek = Önlemler en az 72 saati kapsıyor.		X		
4.5 LOJİSTİK ve FİNANS				
134. Afet/acil durum için yerel tedarikçi ve satıcılarla anlaşmalar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.		X		
135. Acil durum sırasında ulaştırma Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ambulanslar ve diğer araç ve ulaştırma yolları mevcut değil; Orta = Bazı araçlar mevcut, ama sayıları büyük bir afet/acil durumda yeterli değil; Yüksek = Afet/acil durum sırasında kullanılacak uygun araçlar yeterli sayıda mevcut.		X		
136. Acil durumda gıda ve içme suyu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için gıda ve içme suyu prosedürleri yok; Orta = Prosedürler var, gıda ve içme suyu tedariki 72 saatten az süre için teminat altında; Yüksek = Acil durumlarda gıda ve içme suyu tedariki en az 72 saat için teminat altında.		X		
137. Afet/acil durumlar için mali kaynaklar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum bütçesi ya da acil durum fonlarına erişim mekanizması yok; Orta = Fonlar bütçelendirilmiş ve mekanizmalar mevcut ancak 72 saatten az süre için geçerli; Yüksek = Yeterli fonlar 72 saat ve sonrası için teminat altında.		X		
4.6 HASTA BAKIM ve DESTEK HİZMETLERİ				
138. Acil ve kritik bakım hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.		X		

<p>139. Temel klinik destek hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.</p>		X		
<p>140. Kitlesele yaralanmalı olaylarda kullanılabilir alanın genişletilmesi Güvenlik derecelendirmesi:Düşük=Genişletme için alan tanımlanmamıştır; Orta = Alan tanımlanmıştır, genişletme için donanım, malzeme ve prosedürler mevcuttur ancak test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve alan genişletmek için donanım, malzeme ve diğer kaynaklar mevcut.</p>		X		
<p>141. Büyük çaplı afet ve acil durumlarda triyaj Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Triage için ayrılmış bir yer ya da prosedürler yok; Orta = Triage alanı ve prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş, ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Tanımlı alan ve prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durum halinde hastanenin maksimum kapasitede çalışması için gerekli kaynaklar mevcut.</p>			X	
<p>142. Kitlesele yaralanmalı olaylar için triyaj kartları, diğer lojistik malzeme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Malzeme yok; Orta = Malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında.</p>			X	
<p>143. Hasta kademeli sevk, transfer ve kabul sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.</p>			X	
<p>144. Enfeksiyon sürveyans, önleme ve kontrol prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirlenmiş politika ve prosedürler yok; enfeksiyon önleme ve kontrol için standart önlemler rutin olarak uygulanmıyor; Orta = Politika ve prosedürler var, standart önlemler rutin olarak uygulanıyor, personele eğitim verilmiş, ancak epidemiler dahil afet/acil durumda gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Politika ve prosedürler var, enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri tam, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.</p>		X		
<p>145. Psikososyal hizmetler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.</p>			X	
<p>146. Kitlesele ölümlü olaylarda ölüm sonrası (otopsi) prosedürler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kitlesele ölümlü olaylarla ilgili prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.</p>	X			
4.7 TAHLİYE, DEKONTAMİNASYON ve GÜVENLİK				
<p>147. Tahliye planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Plan yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Plan var, personele prosedürlerle ilgili eğitim verilmiş, ancak düzenli test edilmiyor; Yüksek = Plan mevcut, personele eğitim verilmiş ve yılda en az bir kez tahliye tatbikatı yapılıyor.</p>	X			

148. Kimyasal ve radyolojik tehlikeler için dekontaminasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerektiğinde hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir dekontaminasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılıyor; Yüksek = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve uygulaması yılda en az bir kez yapılıyor.	X			
149. Bulaşıcı hastalık ve epidemilerde kişisel koruyucu ekipman ve izolasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerekirse he- men kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir izolasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek malzeme var, ama malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları heryıl yapılıyor; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında ve tekrar tedarik için alternatif kaynaklar var, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel için yılda en az bir kez prosedür eğitimi ve uygulaması yapılıyor.		X		
150. Acil güvenlik (emniyet) prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Yazılı prosedürler var ve personele acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri eğitimi verilmiş , ancak her yıl test edilmiyor; Yüksek = Personele eğitim verilmiş ve yazılı prosedürler her yıl en az bir kez test ediliyor.		X		
151. Bilgisayar sistemi ağ güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bilgisayar güvenlik sistemi plan ve prosedürleri yok; Orta = Hastanenin temel siber güvenlik sistemi planı var ama düzenli izlenmiyor ve güncellenmiyor; Yüksek = Hastanenin siber güvenlik planı uygulanıyor ve düzenli güncelleniyor.			X	

Modül 4 / Yorumlar/Açıklamalar:

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

HASTANE MÜDÜRÜ-KUBİLAY AKÇAYÖZ

TEKNİK SERVİS SORUMLUSU-TEKİN DURNA

EK 2-C

KAISER RISK ANALİZİ

Bu çalışma aşağıdaki kaynaktan Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmıştır:
Medical Center Hazart and Vulnarability Analysis,
Kaiser Permanente (kp_hva_template_2014)



Bu çalışmada yer alan bilgiler her koşulda tavsiye niteliğı taşımamaktadır; çalışmanın uygulama alanı ilgili formlarda yer alan tanımlarla sınırlıdır; bu çalışmanın mevcut yasal düzenleme, daha kapsamlı araştırma ve denetim görev ve uygulamalarının yerine kullanılması sözkonusu değildir. Bilgilerin kendi koşullarında değerlendirilmesi ve uygulama sorumluluğı kurumlara aittir.

Hastane Tehlike ve Zarar Görebilirlik Analizi

AÇIKLAMALAR:

Her bir tehlike için olay ve yanıt potansiyelini aşağıdaki kategorilerde ve belirtilen ölçüleri dikkate alarak değerlendirin.

OLASILIK aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Bilinen risk
- 2 Geçmişe ait kayıtlar
- 3 Üretici/tedarikçi istatistikleri

Olaya **YANIT (müdahale)** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Olaya yerinde müdahale için toplanma süresi
- 2 Yanıt yeteneğinin genişliği
- 3 Geçmişteki başarılı yanıt uygulamaları

Olayın **İNSANA ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Çalışanlar için yaralanma veya ölme potansiyeli
- 2 Hastalar için yaralanma veya ölme potansiyeli

Olayın **MALAMÜLKE ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Yenileme maliyeti
- 2 Geçici olarak yerine koyma maliyeti
- 3 Onarım maliyeti

Olayın **İŞE ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İşin kesintiye uğraması
- 2 Personelin görev başında olamaması
- 3 Hastaların hastaneye ulaşamaması
- 4 Tedarikçilerin anlaşmaları ihlal etmesi
- 5 Cezai yaptırımların (para cezası, hapis veya mahkeme masrafı) uygulanması
- 6 Kritik malzemenin temininde kesintinin olması
- 7 Malzeme dağıtımında kesinti

Olaya **HAZIRLIK** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Mevcut planların durumu
- 2 Eğitim ve tatbikatların gerçekleştirilme sıklığı
- 3 Sigorta
- 4 Yedekleme sistemlerinin varlığı
- 5 Toplumun sahip olduğu kaynaklar

İÇ KAYNAKLAR (iç yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Eldeki mevcut malzeme türleri
- 2 Mevcut malzemenin miktarı
- 3 Personel durumu
- 4 Hastanenin tüm tesisleri/bölgeleri ile koordinasyon

DIŞ KAYNAKLAR (dış yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İlgili kurum ve kuruluşlarla karşılıklı anlaşma ve tatbikatlar
- 2 Kamu birimleri ve yerel yönetim kurumlarıyla koordinasyon
- 3 İl Sağlık Müdürlüğü ve bölgedeki sağlık kuruluşlarıyla koordinasyon
- 4 Özel tedavi birimleri olan hastanelerle koordinasyon

Doğa kaynaklı, Teknolojik, İnsana Bağlı (doğrudan insan eliyle yaratılan) tehlikeler ve Tehlikeli Maddeler sayfalarının her birini tamamlayın. Özet bölümü hastanenin spesifik ve toplu görel riskini otomatik olarak sıralayacaktır.

TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI
DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum / Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Kuvvetli/Tam fırtına	1	2	3	3	3	3	2	0%
Hortum	1	1	1	0	3	3	2	-6%
Gökgürültülü şiddetli fırtına, sağanak	2	1	2	1	0	0	2	4%
Kar yükü, çığ	1	2	2	2	2	3	2	-1%
Kar fırtınası (tipi)	3	3	2	2	3	0	1	9%
Buz fırtınası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Deprem	2	3	3	3	3	3	1	4%
Tsunami, kıyı dalgası	0	0	0	0	0	0	0	0%
Sıcaklık uç değerleri	2	2	2	2	2	2	2	0%
Kuraklık	2	3	2	2	3	3	2	-2%
Sel (dış)	1	1	1	1	3	3	3	-6%
Büyük yangın (orman, tarım alanı, yerleşim)	2	3	3	2	3	3	1	2%
Heyelan	0	0	0	0	0	0	0	0%
Baraj taşkını	1	2	2	2	3	3	2	-2%
Volkan aktivitesi	0	0	0	0	0	0	0	0%
Epidemi	1	2	2	3	3	3	3	-2%
ORTALAMA SKOR	19	25	25	24	31	29	23	1.7%

*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK	=	OLASILIK	* ŞİDDET
1.7		19	-9

**TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI
TEKNOLOJİK OLAYLAR**

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum / Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Elektrik arızası	2	3	3	3	2	2	2	6%
Jeneratör arızası	1	1	1	1	1	3	1	-2%
Ulaştırma sorunu	1	2	1	1	2	1	1	0%
Yakıt yokluğu	2	1	2	2	2	1	1	2%
Doğalgaz yokluğu	2	1	1	3	3	2	2	-4%
Su yokluğu	1	0	1	2	2	2	1	-2%
Kanalizasyon arızası	1	0	0	1	2	2	2	-5%
Buhar arızası	1	0	1	1	0	2	3	-3%
Yangın alarmı arızası	1	0	0	2	1	2	2	-3%
Haberleşme kesintisi	1	0	1	2	2	2	2	-3%
Tıbbi gaz arızası	1	2	2	2	3	2	2	-1%
Tıbbi aspirasyon arızası	1	1	1	2	3	2	2	-3%
İklimlendirme sistemi (HVAC) arızası	1	1	1	1	3	3	3	-6%
Bilgi sistemleri kesintisi	1	1	1	1	2	2	2	-3%
Yangın (iç)	1	1	1	1	2	2	2	-3%
Sel (iç)	0	0	0	0	0	0	0	0%
Tehlikeli maddeye maruzluk (iç)	1	1	1	1	3	3	3	-6%
Malzeme/kaynak yokluğu	2	1	2	2	2	2	2	-2%
Yapısal hasar	1	0	1	1	3	3	3	-7%
ORTALAMA SKOR	22	16	21	29	38	38	36	-1.0%

*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK =	OLASILIK	* ŞİDDET
-1.0	22	-46

TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI
İNSANA BAĞLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum / Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Kitlesel yaralanmalı olay (travma)	1	1	1	1	2	2	2	-3%
Kitlesel yaralanmalı olay (tıbbi/enfeksiyöz)	1	1	1	1	2	2	2	-3%
Terör olayı, Biyolojik	1	1	1	1	2	2	2	-3%
VIP Durumu	2	1	1	1	2	2	2	-6%
Bebek Kaçırılması	1	1	1	1	3	3	3	-6%
Rehin Alınma Durumu	1	1	1	1	3	3	3	-6%
Toplumsal Olaylar	1	1	1	1	3	3	3	-6%
İş Eylemi	1	1	1	1	3	3	3	-6%
Adli Başvurular	2	1	1	1	2	2	2	-6%
Bomba Tehdidi	1	1	1	1	2	2	2	-3%
ORTALAMA SKOR	12	10	10	10	24	24	24	-5%

*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK	=	OLASILIK	*	ŞİDDET
-5		12		-42

TEHLİKELİ MADDELER

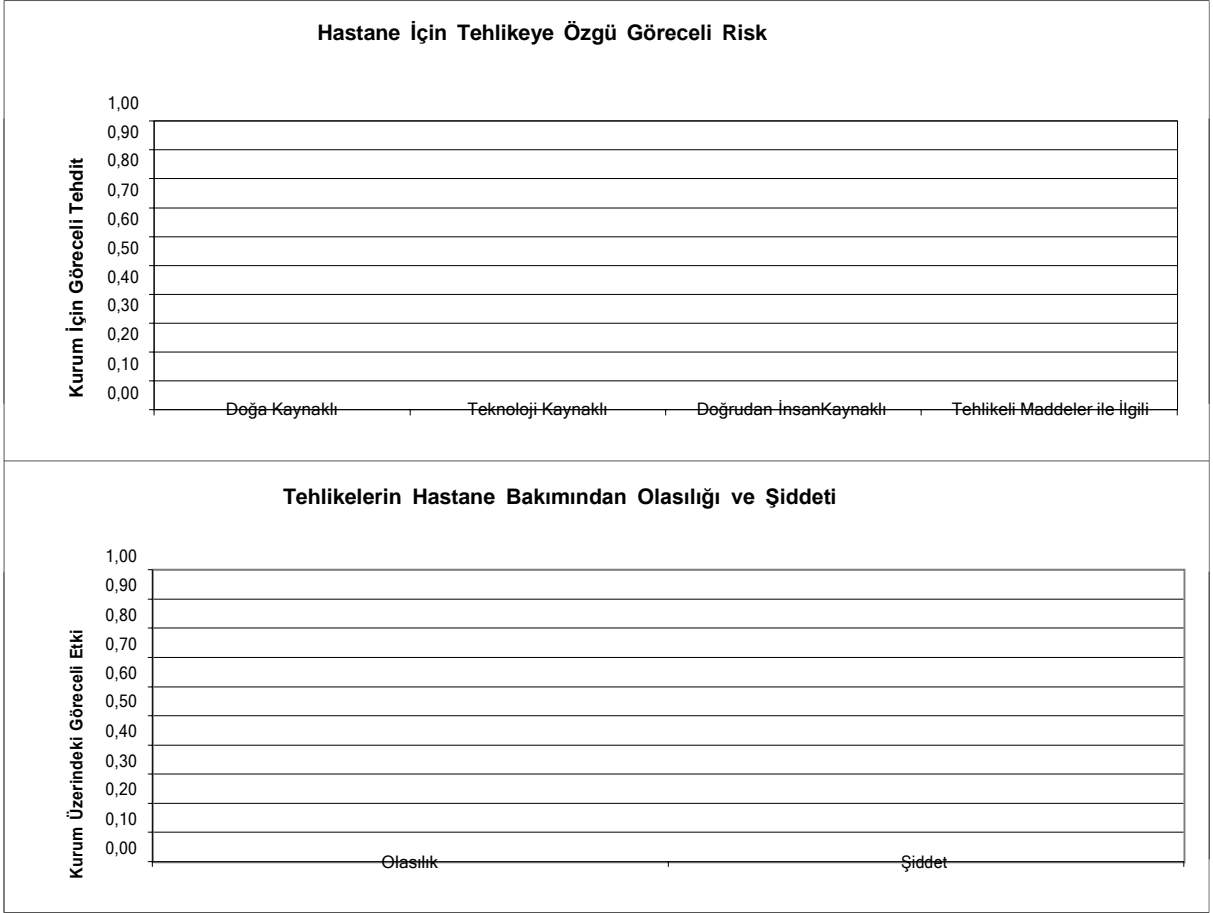
OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MALA/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum / Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Tehlikeli maddeye bağlı kitlesel yaralanmalı olay (Kurumdaki geçmiş olayda >= 5 kurban)	1	1	1	1	3	2	3	-5%
Tehlikeli maddeye bağlı küçük ölçekli olay (Kurumdaki geçmiş olayda < 5 kurban)	1	1	1	1	3	2	2	-5%
Kimyasal maddeye maruzluk (dış)	1	1	1	1	3	3	3	-6%
Küçük-orta çaplı dökülme-saçılma (iç)	1	1	1	1	2	2	2	-3%
Büyük çaplı dökülme-saçılma (dış)	1	1	1	1	2	2	2	-3%
Terör olayı, Kimyasal	1	1	1	1	2	2	2	-3%
Radyolojik maruziyet (iç)	0	0	0	0	3	3	3	0%
Radyolojik maruziyet (dış)	0	0	0	0	0	0	0	0%
Terör olayı, Radyolojik	0	0	0	0	0	0	0	0%
ORTALAMA SKOR	6	6	6	6	18	16	17	-1.9%

*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK = OLASILIK * ŞİDDET
-1.9 6 -33

HASTANE TEHLİKE ANALİZİ ÖZETİ

	Doğa Kaynaklı	Teknoloji Kaynaklı	Doğrudan İnsan Kaynaklı	Tehlikeli Maddeler ile İlgili	Kurum için Toplam
Olasılık	19	22	12	6	59
Şiddet	-9	-46	-42	-33	-130
Tehlikeye Özgü Göreceli Risk:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

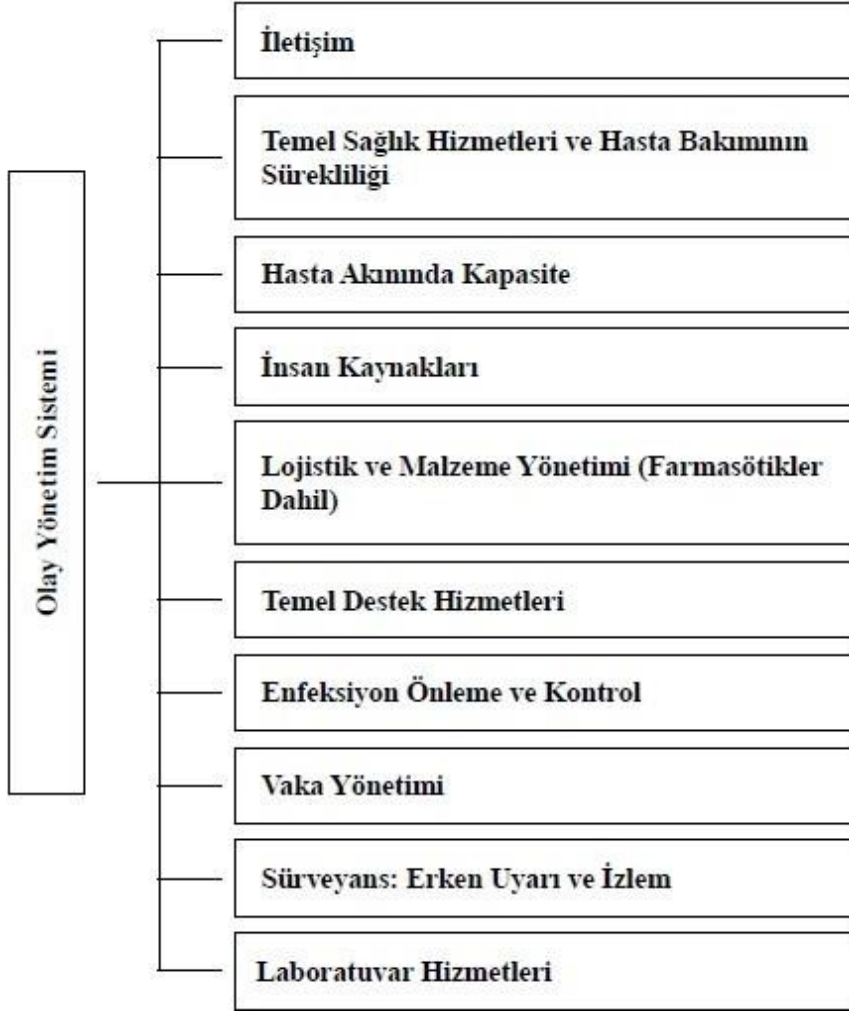


EK 2-D
COVID-19 SALGINI'NA KARŞI
HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ*

Bu kontrol listesi COVID-19 salgınına karşı hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatmada, hastane yöneticileri ve acil durum planlaması ile ilgili görevlileri desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Kontrol listesi 11 ana bileŐenden oluşmaktadır ve her bileşen başlığı altında önerilen eylemlerin uygulanma durumu sorulmaktadır. Bir araç olarak bu kontrol listesinde anahatlarıyla yer verilen ilke ve önerilerin çoğu genel niteliktedir ve olası diğer acil durumlar için de uygulanabilir.

Kontrol listesi kapsamlı, tüm tehlikeleri dikkate alan, çok-sektörlü hastane acil durum hazırlık planlaması programlarının yerine değil, onları tamamlama düŐüncesiyle hazırlanmıştır.

COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi Ana Bileşenleri:



I . OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

Acil durum operasyonlarının etkili biçimde yönetilebilmesi için hastane Olay Yönetim Sisteminin (OYS) iyi işlemesi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane Acil Müdahale Planınız (AMP) var mı? Cevabınız Evet ise, planı aktive edin. Değilse, geçici çözüm olarak acil durum müdahale operasyonlarını yönetmektensorumlu bir OYS oluşturun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM) oluşturun, bu amaçla hastanenin tüm acil durum müdahale faaliyetlerinin bir arada ve koordine biçimde yürütüleceği, sorunsuz çalışan iletişim (haberleşme) donanımına sahip özel bir yer hazırlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bu dokümanda belirtilen her ana bileşen için bir sorumlu belirleyerek ilgili müdahale faaliyetlerinde gereken koordinasyonu ve yönetimi sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her durumda karar verme ve kaynak yönetimi sürekliliğini güvence altına almak için yöneticiler ve irtibat kişilerinin yerine geçebilecekleri belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 salgını karşısında hastanenin etkili ve sonuç alıcı yönetimini sağlamak için, COVID-19'un yönetimiyle ilgili iç ve dış kaynaklı temel dokümanları önceden inceleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II . HASTA AKINI DURUMUNDA TIBBİ KAPASİTE ARTIŞI

Hasta akını durumunda tıbbi kapasite artışı, sağlık hizmetinin artan klinik bakım talebini karşılamak üzere normal kapasitesinin ötesinde genişleme kabiliyetidir. COVID-19 vakaları zamana yayılan hızlı bir talep artışına (ani gelişen bir afetle ortaya çıkan “büyük patlama”nın aksine “yükselen gelgit” şeklinde artışa) yol açabilir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	/	Çalışılıyor	/	Tamamlandı
Azami vaka kabul kapasitesini hesaplayın, yatak sayısının yanı sıra yararlanılabilir insan kaynaklarını, tesis alanının kritik bakım, izolasyon, özellikli gruplama (kohort) için kullanılabilirliğini, mekanik ventilatörlere erişim ve mevcut diğer kaynakların elverişlilik durumunu dikkate alın.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
COVID-19 salgını sırasında hastane hizmetlerine yönelik talep artışını tahmin etmek için mevcut planlama varsayımlarını ve araçlarını kullanın.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hastanenin yatan hasta kapasitesini (fiziksel alan, personel, malzeme ve işleyiş dahil) artırmanın yollarını belirleyin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Sağlık hizmetinin, özellikle kritik bakım hizmetinin, sağlanmasında ortaya çıkabilecek eksiklikleri belirleyin; bu eksikliklerin giderilmesi için yetkililer ve yakındaki hastanelerle koordinasyon sağlayın.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Kritik olmayan hastalar için uygun alternatif tedavi yerlerinde (örneğin, hafif rahatsızlıklar için evde, kronik bakım gerektiren hastalar için uzun dönemli bakım kurumlarında) dış kaynaklı bakım sağlayarak, hastane için ek kapasite oluşturun.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Yerel makamlarla koordinasyon sağlayarak, hasta bakım ünitesine dönüştürülebilecek ek mekanları (örneğin, oteller, okullar, toplum merkezleri, spor salonları) belirleyin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Gereken durumlarda zorunlu olmayan hizmetleri (örneğin, elektif cerrahi vakalar) iptal edin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Kabul ve taburcu kriterlerini belirleyin. Hastalara ve klinik müdahalelere, mevcut tedavi kapasitesi ve talebe göre öncelik verin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

III . ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL

Hastalara, hastane çalışanlarına ve ziyaretçilere sağlık hizmetiyle ilgili enfeksiyon bulaşma riskini asgariye indirmek için operasyonel bir Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programı gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Sağlık çalışanları, hastalar ve ziyaretçilerin solunum, el hijyeni ve sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyonların önlenmesiyle ilgili bilgisi olduğundan emin olun. Sözlü talimat/açıklama, bilgilendirme afişleri, kartlar vb. sağlayın. Mümkünse, hastanenin stratejik noktalarına el hijyeni noktaları (su, sabun, kağıt havlu, alkolli el temizleyici) ve atık kutuları yerleştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının standart önlemleri tüm hastalara uygulamasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 vakaları için önerilen damlacık ve temas önlemleri bulunmaktadır. Bu önlemler hasta asemptomatik duruma gelinceye kadar sürmelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastalar havalandırması yeterli (hasta başına 60 L /saniye) tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Tek kişilik oda yoksa, COVID-19 şüpheli olan hastalar birlikte gruplanmalıdır. Şüpheli ve teyit edilmiş vakaları birbiriyile karıştırmayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastalarda COVID-19 şüphesi olup olmadığına bakılmaksızın yataklar arasında bir metre mesafe olmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekipmanın tek kullanımlık ve atılabilir olduğundan ya da hastalar için ortak kullanılan ekipmanın (örneğin, stetoskoplar, kan basıncı ölçer bileklikler, termometreler, yemek tepsileri) her hasta için kullanımdan önce temizlendiği ve dezenfekte (örneğin, %70 etil alkol ile) edildiğinden emin olun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanın temas ettiği yüzeyleri düzenli temizleyin ve dezenfekte edin. Ambulanların rutin temizliği ve dezenfeksiyonunda COVID-19 için önerilen standart ve kılavuzlara uygun yöntemleri uygulayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 hastalarının odasına girmeden önce damlacık ve temas önlemlerini almasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının trakeal entübasyon, noninvaziv ventilasyon, trakeotomi, kardiyopulmoner resüsitasyon, entübasyon öncesi manuel ventilasyon, bronkoskopi, nazofarengeal sürüntü/aspirasyon ve otopsi gibi aerosola neden olan işlemlerde havayla ilgili önlemleri almasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mümkünse, bulaşma riskini azaltmak üzere, bir sağlık çalışanları ekibini sadece şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 bakımını yapmak üzere görevlendirin. Ekibin (sağlık çalışanları, temizlik personeli) standart, temas, damlacıklar, havayla ilgili önlemler (Kişisel Koruyucu Ekipmanın -KKE- doğru kullanımı, takma ve çıkarma, uygun maskeler, el hijyeni, solunum hijyeni vb) hakkında eğitim almasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışanların uygun kişisel koruyucu ekipmana (örneğin, tıbbi/ cerrahi ve N95/FFP2 maskeler, eldivenler, önlükler, göz koruyucular) kolayca erişimini sağlayın. Eğer KKE sayısı sınırlı ise vaka bakımı yapanlara öncelik tanıyın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tıbben gerekmedikçe hastaları odalarından ya da buldukları alandan çıkarmayın ve nakil yapmayın. Belirlenmiş seyyar röntgen (X-ray) donanımı ve/veya belirlenmiş diğer tam ekipmanını kullanın. Nakil gerekirse, çalışanlar, diğer hastalar ve ziyaretçiler için maruzluğu asgariye indirecek şekilde önceden belirlenmiş güzergahı kullanın ve hastanın uygunsu medikal maske takmasını sağlayın ya da solunum hijyenini güçlendirin. Hastaların naklini yapan sağlık çalışanlarının el hijyenine dikkat etmesini ve gerekli KKE kullanmasını sağlayın. Hastayı kabul edecek alandakileri almaları gereken önlemler konusunda hasta alana varmadan mümkün olduğunca önce bilgilendirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziyaretçi sayısını hastaya destek için gerekli kişilerle sınırlandırın. Ziyaretçilerin damlacık ve temasla ilgili önlemlere uymasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanın odasına giren tüm kişilerin, tüm çalışanlar ve ziyaretçiler dahil, kaydını tutun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratuvar örnekleri, çamaşırhane, yemek servis malzemeleri ve tıbbi atıkları Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programında belirtilen rutin güvenlik prosedürlerine göre yönetin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV. VAKA YÖNETİMİ

COVID-19 akut solunum enfeksiyonunda yeterli tedavinin sağlanması için sonuç alıcı, doğru bir triyaj sistemi ve organize bir yatan hasta yönetimi stratejisi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Trijaj, erken tanı ve kaynak kontrolü için uygulama mekanizmalarını sağlayın (COVID-19 şüphesi olan hastaları izole ederek)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık tesisinin girişinde, eğitilmiş personelin bulunduğu, yeterli donanıma sahip bir triyaj noktası oluşturun. Semptomatik hastaların durumlarını sağlık çalışanlarına bildirmelerini sağlamak amacıyla kamusal alanlarda güncel vaka tanımına göre belirlenen anketlerin kullanımını sağlayın ve bilgilendirici afişler asın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının klinik şüphesi düzeyinin yüksek olmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solunum semptomları ve/veya ateşi olan kişiler için ayrı bir bekleme ve muayene alanı belirleyin. Bu alan çok iyi havalandırılmalı, geçişler az olmalı ve güvenliği sağlanmalıdır. Bu gruptaki hastalar arasında solunum sıkıntısı semptomları ve önceden mevcut ciddi sorunları tıbbi değerlendirilmede öncelik tanıyın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastaneye gelen hastaların triyajı için, mümkünse hastane dışında, ek alanlar oluşturmayı dikkate alın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tüm triyaj operasyonlarının gözetim/denetiminden sorumlu bir triyaj sorumlusu atayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akut solunum enfeksiyonu vakalarının belirlenmesini sağlayacak bir triyaj protokolü oluşturun. COVID-19 şüphesi olan vakalar için yeterli mesafenin gözetildiği bir alan gereklidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standart ve damlacıkla ilgili önlemlerin her zaman uygulanmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yerel sağlık makamlarıyla koordinasyon sağlayarak, hastanenin ciddi akut solunum yolu enfeksiyon hastalarının yatış, iç nakil, sevk ve taburcu stratejisini, ilgili kriterler ve operasyonel protokollere uygun olarak, uygulayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu hafif vakalarda, COVID-19 için ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olmayan kişiler için evde bakımı değerlendirin. Tercihen bir aile üyesini bakım veren olarak belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarında, COVID-19'un seyirinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olanları hastaneye yatırın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesine bakılmaksızın destek bakım ve vital bulguların sürekli/düzenli izlenmesini gerektiren ağır COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarının yatışı için yeterli sayıda yatağın hazır olmasını sağlayın.



Vital bulguların (örneğin; vücut ısısı, kan basıncı, nabız, solunum hızı, bilinç düzeyi, dehidrasyon ya da şokla ilgili klinik işaretler) ve oksijen saturasyonunun (nabız oksimetri veya kan gazı analizleri) düzenli izlenmesini sağlayın.



Entübe hastalar için oksijen, solunum desteği araçları ve yeterli sedasyon sağlayın. Oksijen maskeleri ve nazal kanüller tek kullanımlık olmalıdır.



Hasta bakımında ulusal ve uluslararası kılavuzları izleyin. Tüm çalışanların vaka yönetimiyle ilgili ulusal ve uluslararası kılavuzlardan haberdar olmalarını sağlayın.



İlgili hastane personeline, hasta nakledecek hastanelere, kliniklere, birinci basamak sağlık hizmetlerine, ambulans servislerine hasta kabul kriterleri ve triyaj lojistiği (örneğin, konum, giriş/çıkış yolları) hakkında iletişim kurun.



Sağlık personelinin, ilaçların lisans dışı kullanımının ilgili protokollere göre yapıldığını ve çıktılarının standardize değişkenlere göre kayıt edildiğini bildiğinden emin olun.



V . İNSAN KAYNAKLARI

İnsan kaynakları yönetimi, belirlenmiş temel hizmetler devam ederken, insan kaynaklarına artan talep karşısında yeterli çalışan kapasitesini ve operasyonların sürekliliğini sağlamak üzere şekillenmelidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	/	Çalışılıyor	/	Tanımlandı
Çalışanların temas/iletişim bilgilerini güncelleyin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Çalışanların devamsızlık (görev başında olmama) durumunu önceden tahmin edin ve düzenli olarak izleyin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 olan ya da teyit edilmiş, olası veya şüpheli COVID-19 hastasıyla karşılaşmış çalışanların izlenmesi ve yönetimi için net bir politika belirleyin (bu politika, maruz kalma seviyelerini tanımlamalıdır).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Her departman/servis/birimin yeterli hizmet vermesini sağlamak için gereken asgari sağlık çalışanı ve diğer çalışan sayısını belirleyin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Çalışan ihtiyacını departman/servis/birime göre önceliklendirin ve personel dağılımını da bu şekilde yapın.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Öngörülen ihtiyaca göre, mevcut çalışanlara ek çalışanlar (örneğin, emekli personel, ihtiyat askeri personel, üniversite öğrencileri/öğrencileri, toplum gönüllüleri) belirleyin ve eğitim verin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hasta akınında destek olarak, departman/servis/birim çalışanlarını talebin yüksek olduğu alanlarda (örneğin, enfeksiyon hastalıkları, acil ve yoğun bakım üniteleri) çalışmaya hazırlayın.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Çalışanların yetkinliğini ve güvenliğini geliştirmek için, enfeksiyon önleme ve kontrol, klinik yönetimi dahil, ihtiyaç duyulan alanlarla ilgili eğitim ve tatbikatlar düzenleyin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Çalışanların vardiyalı ve daha uzun süreli çalışma saatleri için esnek davranabilmelerini sağlamak üzere aile destek önlemlerini (örneğin, seyahat, çocuk bakımı, hasta ya da engelli aile bireylerinin bakımı) belirleyin ve çalışma saatleri dışındaki zamanı iyileştirin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Çalışanların aileleri ve hastalar için, sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar, tercümanlar, din görevlileri dahil, multi-disipliner psikososyal destek ekiplerinin hizmet vermesini sağlayın.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Uzmanlık alanları dışında çalışma durumundaki personelle ilgili yükümlülük, sigorta (mesleki zorunluluk sigortası vb.) ve geçici lisans konularını çözün.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Gönüllü çalışanların yönetimi (güvenlik araştırması, kabul etme, red etme, yükümlülük konuları vb.) için belirlenmiş politikaların yürütülmesini sağlayın.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu komplikasyonları bakımından yüksek riskli personelin yeniden görevlendirilmesini dikkatle değerlendirin.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

VI . TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA BAKIMININ SÜREKLİLİĞİ

COVID-19 salgını temel medikal ve cerrahi bakım (örneğin, acil servisler, acil cerrahi operasyonlar, ana ve çocuk sağlığı) için var olan gereksinimini ortadan kaldırmayacaktır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanenin tüm hizmetlerini öncelik sırasına göre listeleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenizin her zaman ve her koşulda sağlaması gereken hastane hizmetlerini belirleyin ve sürdürün.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanımlanan temel hastane hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için gereken kaynakları (insan kaynakları ve lojistik) belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık hizmetine talebin yüksek olduğu diğer olası acil durumları (örneğin, afetler, kitlesel yaralanmalar olaylar) dikkate alarak yerel sağlık hizmetleri ağundaki hazırlık mekanizmaları hakkında bilgi edinin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VII . SÜRVEYANS : ERKEN UYARI VE İZLEM

Sağlık tesislerinde olağandışı sağlık olaylarını (örneğin, vaka kümeleri, atipik klinik görünüm vb.) fark eden ve hemen bildiren sağlık çalışanları erken uyarı fonksiyonunun önemli bileşenidir. Erken uyarı fonksiyonuna hizmet etmenin yanı sıra, sistematik olarak toplanan ve analiz edilen laboratuvar ve epidemiyoloji verileri, sağlık yöneticilerinin COVID-19'un seyrini izlemesini ve ciddi sonuçlar bakımından en risklilere yönelik yapılması gereken müdahalelerle ilgili bilgilendirmeyi mümkün kılmakta ve hastane yöneticilerinin duruma uygun plan yapmasına yardımcı olmaktadır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanede bir epidemiyolojisti erken uyarı ve sürveyansla ilgili tüm faaliyetlerden sorumlu olarak görevlendirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toplanması gereken tüm bilgileri belirleyin ve bilginin kullanım amaçlarını tanımlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olağandışı sağlık olaylarının (COVID-19) sağlık çalışanları tarafından rapor edilmesini, hastane içinde ve sağlık yöneticileri ile iletişim kanalları ve prosedürler oluşturarak, geliştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulusal sağlık politikası ve talimatları doğrultusunda veri toplama ve raporlama mekanizmaları geliştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele alın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının olağandışı sağlık olayı raporlarını ve/veya izlem faaliyetleri sırasında belirlenen olağandışı bulguları derhal araştırın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İzlem faaliyetleri ve/veya olağandışı sağlık olaylarının ve/veya bulgularının araştırılması ile sağlanan bilginin hastanedeki klinik uzmanlar, ön safta çalışanlar ve diğer ilgili karar vericilerle hemen paylaşılmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 için hastaneye yatan kişilere test yapılırken, standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygunluğunu sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tüm çalışanların standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonu belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele almalarını ve aldıkları eğitimle olağandışı sağlık olaylarını ayırt etmelerini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VIII. İLETİŞİM

Doğru ve zamanında iletişim, bilgiye dayalı karar verme, etkili destek ve işbirliği, kamu farkındalığı ve güvenin sağlanması bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane yönetimi, departman/servis/birim sorumlular ve hastane çalışanları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştıran iletişim mekanizmalarını oluşturun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane çalışanlarına OYS çerçevesinde COVID-19'un yönetimindeki rol ve sorumlulukları hakkında brifing verin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlgili tüm çalışanlar ve paydaşların klinik triyaj, hasta önceliklendirmesi (örneğin, uygulanan yatış ve taburcu kriterleri), enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri, vaka yönetimi ile ilgili politikalar ve hastane epidemiyolojisi hakkındaki tüm kararlardan haberdar olmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilgi toplanması, işlenmesi ve üst yönetici paydaşlara (örneğin, sağlık yöneticileri) rapor edilmesi ve onlar aracılığıyla yakındaki hastanelere, özel sağlık çalışanlarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine iletilmesini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farklı hedef kitleler (örneğin, hastalar, ziyaretçiler, çalışanlar, toplum, medya) için hazırlanacak COVID-19 ile ilgili çeşitli senaryolarda verilecek ana mesajları önceden belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kamu, medya ve sağlık makamları ile iletişimi koordine etmek üzere bir kamu bilgilendirme sözcüsü belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haberleşme sistemlerinin asıl ve yedeklerinin (örneğin, sabit hatlar, internet, mobil cihazlar, çağrı cihazları, uydu telefonları, çift yönlü telsiz ekipmanı, rehberde olmayan numaralar) güvenilirliğini ve sürdürülebilirliğini sağlayın, güncel temas/iletişim listelerini hazır bulundurun. Temas listesini düzenlerken kişileri belirtmek yerine görevleri belirtin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulusal düzeyde mevcut sevk mekanizmalarını ve ilgili haberleşme mekanizmalarını öğrenin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IX. LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ (FARMASÖTİKLER DAHİL)

Hastane hizmetlerinin sürekliliği ve farmasötikler dahil temel ekipman ve malzemelerin hazır olması için kaynak ve tesis yönetimine proaktif bir yaklaşım gerekmektedir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışıyor	Tamamlandı
Tüm ekipman, malzemeler ve farmasötikler için güncel bir envanter geliştirin ve kullanın; eksiklikler için ikaz ve yeniden sipariş mekanizması oluşturun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olası bir salgınla ilgili senaryoya dayanarak temel ekipman, malzeme ve farmasötik tüketimini (örneğin, haftalık kullanım miktarını) hesaplayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temel ilaç ve malzemenin sürekli tedarikini sağlamak üzere (örneğin, kurumsal ve merkezi stoklar, yerel tedarikçilerle acil durum sözleşmeleri, bağışlar) yetkililerle görüşün.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olası acil durumlarda kullanılacak malzemeyi satın alırken önce kalitesini kontrol edin, kalitenin belgelendirilmesini isteyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tedarikçilerle olası acil durumlar için anlaşmalar (örneğin, mutabakat anlaşması, karşılıklı yardım sözleşmesi) yaparak, yokluğu halinde ekipman, malzeme ve diğer kaynakların en kısa sürede temini ve teslimini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlave malzemeyi depolamak ve stoklamak için hastane içerisinde bir fiziki alan belirleyin. Bu alanın, erişilebilirlik, güvenlik, uygun ısı, havalandırma, aydınlatma düzeyi ve nem dahil, özelliklerine dikkat edin. Soğutma gerektiren temel maddeler için kesintisiz soğuk zincir sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerekli malzeme ve farmasötikleri belirtilen talimatlara uygun şekilde depolayın. Stoklanmış maddelerin zamanında kullanımını sağlayın, tüketim tarihinin geçmesi nedeniyle kayıpları önleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane eczanesinin evde ya da diğer alternatif tedavi alanlarında/mekanlarında tedavi gören vakalara farmasötik sağlamadaki rolünü tanımlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temel hizmetler için gerekli ekipmanın kullanıma hazır bulunması ve anında onarımı için bir mekanizma oluşturun. Diğer ekipmanın bakım ve onarımını erteleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta nakillerinin sürekliliğini sağlamak üzere, ambulans ekipleri belirlemek gibi bir olası acil durum nakil stratejisi oluşturmak üzere hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle koordinasyon sağlayın (salgın büyüdükçe stratejinin değişmesi gerekebilir).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikal malzeme, çalışanlar için gıda vb. bağışların yönetimi için politika belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

X. LABORATUVAR HİZMETLERİ

Temel laboratuvar hizmetlerinin sürdürülmesi hem pandemi hem diğer hastalar ve aynı zamanda COVID-19 ile ilgili hastane tabanlı sürveyans için gerekli klinik yönetimi bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Temel laboratuvar testlerinin (örneğin, tam kan testi, biyokimya profili, elektrolitler, kan gazı analizi, kan kültürü ve balgam incelemesi) sürekliliğini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temel laboratuvar malzemeleri ve kaynaklarını belirleyin ve sürekli mevcut olmalarını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratuvar personeli için yedekleme yapın ve/veya alternatif laboratuvar hizmetlerini belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane tabanlı sürveyans için, laboratuvar verilerinin klinik yönetiminden ve sürveyanstan sorumlu hekimlere ve sağlık makamlarına hemen iletilmesi için gerekli mekanizmaları belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinik gereklilik ve hastane tabanlı sürveyans ihtiyaçlarına göre solunum virüsleri (örneğin, COVID-19) testlerinin yapılmasına öncelik verin. Gerektiğinde, farklı tanılar için bir solunum patojenleri paneli kullanın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19'un belirlenmesi, teyidi ve izlemi için (virüs karakteristiklerinde virülans, bulaş ve antivirüs rezistans gibi değişiklikler dahil) laboratuvarında izlenecek bir yönlendirme yolu belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örneklerin sevki konusunda, ulusal ve uluslararası taşıma düzenlemeleri ve gereklerine uygun olarak, paketlenme ve taşıma prosedürleri oluşturun ve çalışanları bilgilendirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

XI. TEMEL DESTEK HİZMETLERİ

COVID-19 salgını sırasında hasta bakımını optimize etmek için temel destek hizmetlerini (örneğin, çamaşırhane, temizlik, atık yönetimi, beslenme hizmetleri ve güvenlik) belirlemek ve sürdürmek gereklidir.

Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Destek hizmetleri için gereken ilave malzemeleri hesaplayın ve bu malzemelerin sürekli mevcut olması için bir mekanizma geliştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Destek hizmetlerini artan taleple baş edebilecek şekilde uyumlu hale getirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19'un hastanenin gıda malzemelerine muhtemel etkisini öngörün; gıdanın sürekliliğini sağlamak için proaktif önlemler alın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su, enerji ve oksijen gibi temel alt yapılar için gereken yedekleme/destek düzenlemelerini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potansiyel güvenlik sorunlarını belirlemede ve tesise erişim, temel farmasötik stoklar, hasta akışı, trafik, park konularını optimize etmede hastane güvenliğinin güdülerinden yararlanın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geçici morg olarak kullanılmak üzere bir alan belirleyin; yeterli sayıda ceset torbası ve kefen/örtü bulunmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ölüm sonrası hizmetler konusunda ilgili paydaşlarla (örneğin, cenaze hazırlık ve defin hizmetleri) bir olası acil durum planı yapın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DEMİRBAŞ MALZEMELER

SIRA NO	TAŞINIR KODU / ÜRÜN KODU	ADI	MARKASI	MODELİ	CİNSİ	AMBAR	AMBAR MİKTARI	TOPLAM MİKTAR
1	253.2.1.3.1-7	çim biçme makineleri ve traktörleri	markasız		büyük çim biçme makinası	demirbaş ambarı		1
2	253.2.1.3.1-8	çim biçme makineleri ve traktörleri	markasız		küçük çim biçme makinası	demirbaş ambarı		1
3	253.2.2.99-1	diğer inşaat aletleri	markasız		fayans kesme makinaları	demirbaş ambarı		1
4	253.2.2.99-2	diğer inşaat makineleri ve aletleri	markasız		yatay tip yoğun bakım ünitesi	demirbaş ambarı		20
5	253.2.3.1.6-4	matkap makineleri	markasız	şarızlı matkap	şarızlı matkap	demirbaş ambarı		2
6	253.2.3.1.6-12	matkap makineleri	markasız	matkap	matkap	demirbaş ambarı		2
7	253.2.3.1.99-5	genel amaçlı diğer atölye makineleri	markasız		spral	demirbaş ambarı		2
8	253.2.3.2.1-1	anahtar takımları ve takım çantaları	markasız	lokma anahtar takımı	lokma anahtar takımı	demirbaş ambarı		1
9	253.2.3.2.1-5	anahtar takımları ve takım çantaları	markasız	alien anahtar	alien anahtar	demirbaş ambarı		2
10	253.2.3.2.1-8	anahtar takımları ve takım çantaları	markasız	1/2	çekme cırcır	demirbaş ambarı		2
11	253.2.3.2.1-9	anahtar takımları ve takım çantaları	markasız	1/4	boru anahtarı	demirbaş ambarı		1
12	253.2.3.2.1-10	anahtar takımları ve takım çantaları	markasız	1/2-1/4	bafta takım	demirbaş ambarı		1
13	253.2.3.2.4-4	atölye ve el tabancaları	markasız		sıcak hava tabancası	demirbaş ambarı		1
14	253.2.3.2.6-2	mengeneler	markasız	mengene	mengene	demirbaş ambarı		2
15	253.2.3.2.99-5	diğer genel amaçlı atölye alet ve gereçler	markasız		çekbıme	demirbaş ambarı		1
16	253.2.3.3.99-14	marangoz atölyesinde kullanılan diğer makine ve aletler	markasız		rende	demirbaş ambarı		1
17	253.2.3.99-6	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		mekanik brother	demirbaş ambarı		1
18	253.2.3.99-9	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız	teknik	calaska	demirbaş ambarı		1
19	253.2.3.99-10	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		matkap şarız makinası	demirbaş ambarı		1
20	253.2.3.99-11	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		yan keski	demirbaş ambarı		4
21	253.2.3.99-12	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		tornovida takımı	demirbaş ambarı		1
22	253.2.3.99-13	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		tilki kuyruğı testeresi	demirbaş ambarı		1
23	253.2.3.99-14	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		şarızlı matkap	demirbaş ambarı		1
24	253.2.4.19-6	kırıcı ve deliciler	markasız		hilti	demirbaş ambarı		2
25	253.2.5.1.6-1	vidalı kompresörler	markasız		vidalı basınç kompresörü	demirbaş ambarı		1
26	253.2.5.3.99-1	diğer hidroforlar	markasız		hidrofor sistemi	demirbaş ambarı		1
27	253.2.5.7-4	kesintisiz güç kaynakları	markasız	3 kva ups	güç kaynağı	demirbaş ambarı		1
28	253.2.5.7-10	kesintisiz güç kaynakları	markasız	ups pyramid dsp okva	güç kaynağı	demirbaş ambarı		1
29	253.2.5.7-11	kesintisiz güç kaynakları	markasız	2 kva kesintisiz güç kaynağı klima	güç kaynağı	demirbaş ambarı		1
30	253.2.5.7-22	kesintisiz güç kaynakları	markasız		kesintisiz güç kaynağı	demirbaş ambarı		1
31	253.2.5.7-34	kesintisiz güç kaynakları	vertiv		3 faz girişli 1 faz çıkışlı paralel 30 kva kesintisiz güç kaynağı (ups)	demirbaş ambarı		1

32	253.2.8.99-4	diğer etiketlendirme ve numaralandırma makineleri	sirius	6 banko 3 göstergeli	sıramatik sistem	demirbaş ambarı		1
33	253.3.1.1.2-4	zemin süpürme makineler	markasız	elektrik süpürge	zemin süpürme	demirbaş ambarı		1
34	253.3.1.1.99-3	diğer zemin temizleme cihazları	markasız	karcher bd 530 akülü	sert zemin temizleme makinesi	demirbaş ambarı		8
35	253.3.1.1.99-4	diğer zemin temizleme cihazları	markasız	karcher b 90 r adv bp pack	sert zemin temizleme makinesi	demirbaş ambarı		1
36	253.3.1.2.2-1	çamaşır kurutma makineleri	markasız	ttd-40	çamaşır kurutma makinesi	demirbaş ambarı		1
37	253.3.1.2.6-1	çamaşır arabaları	markasız		kirli çamaşır	demirbaş ambarı		4
38	253.3.1.2.6-2	çamaşır arabaları	markasız	kirli-temiz çamaşır arabası	kirli-temiz çamaşır arabası	demirbaş ambarı		24
39	253.3.1.2.99-1	diğer çamaşır yıkama ve kurutma makineleri ve ekipmanları	markasız	30 kg 1 defa	çamaşır yıkama-sıkma makinesi tve 30	demirbaş ambarı		1
40	253.3.1.4.1-2	ütü ve pres makineleri	markasız	elektrik ısıtmalı	silindir ütü makinesi	demirbaş ambarı		1
41	253.3.2.1.1-5	buzdolapları	vestel	454 lt	nofrost	demirbaş ambarı		3
42	253.3.2.1.1-6	buzdolapları	vestel	orta	büro tipi buzdolabı	demirbaş ambarı		15
43	253.3.2.1.1-10	buzdolapları	arçelik	iki kapılı	nofrost	demirbaş ambarı		5
44	253.3.2.1.1-11	buzdolapları	markasız	tek kapılı	tek kapılı	demirbaş ambarı		1
45	253.3.2.1.1-30	buzdolapları	arçelik	büro tipi buzdolapları	büro tipi buzdolapları	demirbaş ambarı	24	56
46	253.3.2.2.4-1	şofbenler	markasız	men 80 led	termosifon	demirbaş ambarı		2
47	253.3.4.1.1-1	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız	300 kg çekirli 70x80 cm platformlu	baskül	demirbaş ambarı		2
48	253.3.4.1.1-22	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız	boy ölçerli tartı aleti	boy ölçerli tartı aleti	demirbaş ambarı		3
49	253.3.4.1.1-23	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız	tartı	tartı	demirbaş ambarı		1
50	253.3.4.1.1-24	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız	boy ölçer baskül	boy ölçer baskül	demirbaş ambarı		1
51	253.3.4.1.1-25	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız	hassas terazi	hassas terazi	demirbaş ambarı		1
52	253.3.4.1.1-59	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız		elektronik bebek tartı aleti	demirbaş ambarı		2
53	253.3.4.1.2-36	uzunluk ölçme cihaz ve aletleri	markasız	infantometre	infantometre	demirbaş ambarı		1
54	253.3.5.1.89-41	mikroskoplar	markasız	dahiliye	ikili eğitim başlıklı trinoküler mikroskop	demirbaş ambarı		1
55	253.3.5.4-1	kültür ortam cihazları	nüve		mikrobiyolojik emniyet kabını	demirbaş ambarı		1
56	253.3.6.3.15-10	otoklavlar, sterilizatörler	nüve		otoklav cihazı	demirbaş ambarı		1
57	254.1.5.1-1	ambulanslar	ford		ford transit tüksek tavan tıbbi donanımlı	demirbaş ambarı		1
58	255.1.1.2.1-1	yataklar	markasız	bebek için		demirbaş ambarı	10	10
59	255.1.1.2.1-2	yataklar	markasız		çocuk yatağı	demirbaş ambarı		10
60	255.1.1.2.2-1	yorganlar	markasız		yorgan	demirbaş ambarı	209	300
61	255.1.1.2.3-2	battaniyeler	markasız	akrilik tek kişilik	battaniye	demirbaş ambarı	577	700
62	255.1.1.2.4-1	yastıklar	markasız	çocuk		demirbaş ambarı	17	40

63	255.1.1.2.4-2	yastıklar	markasız		yastık	demirbaş ambarı		300
64	255.1.1.2.5-1	nevresim takımları	markasız		çocuk nevresim takımı	demirbaş ambarı	40	40
65	255.1.1.2.99-2	diğer mefruşat ürünleri	markasız	60*60	kutu harf	demirbaş ambarı	33	33
66	255.1.1.2.99-3	diğer mefruşat ürünleri	markasız		yeşil pike	demirbaş ambarı	60	100
67	255.1.1.2.99-4	diğer mefruşat ürünleri	markasız		yeşil sedye örtüsü	demirbaş ambarı	60	100
68	255.1.1.99-2	diğer döşeme demirbaşları	ofisline		olas 1001 anasınıfı kres	demirbaş ambarı		1
69	255.1.3.2.4-3	solunum tüpleri	markasız	5 lt	oksijen tüpü	demirbaş ambarı		10
70	255.1.3.99-1	diğer koruyucu giysi ve malzemeler	markasız		kurşun cam	demirbaş ambarı		1
71	255.1.3.99-2	diğer koruyucu giysi ve malzemeler	markasız		karbondiok sit tüpü	demirbaş ambarı		6
72	255.1.3.99-3	diğer koruyucu giysi ve malzemeler	markasız		azotprodok sıt tüpü	demirbaş ambarı	11	12
73	255.1.4.3.99-1	diğer taşıyıcı arabalar	markasız		taşıyıcı araba	demirbaş ambarı		1
74	255.1.5.1-2	ameliyat masaları	markasız		ay masa	demirbaş ambarı		4
75	255.1.5.1-3	ameliyat masaları	markasız		mayo masas hidrolikli	demirbaş ambarı		21
76	255.1.5.1-4	ameliyat masaları	markasız		ameliyat masası	demirbaş ambarı		1
77	255.1.5.1-5	ameliyat masaları	markasız		ameliyat masası elektro -hidrolik	demirbaş ambarı		3
78	255.1.5.1-8	ameliyat masaları	markasız		mayo masas	demirbaş ambarı		10
79	255.1.5.2.1-1	sabit ayaklı hasta muayene masaları	markasız	klasik		demirbaş ambarı		24
80	255.1.5.2.2-1	katlanır ayaklı hasta muayene masaları	ofisline	ohsm 1002	Hasta muayene masası	demirbaş ambarı	10	25
81	255.1.5.2.99-1	diğer hasta muayene masaları	markasız	manuel	jinekolojik muayene masası	demirbaş ambarı		4
82	255.1.5.2.99-2	diğer hasta muayene masaları	markasız		jinekolojik muayene masası	demirbaş ambarı		2
83	255.1.5.2.99-3	diğer hasta muayene masaları	markasız		muayene divanı	demirbaş ambarı		4
84	255.1.5.2.99-4	diğer hasta muayene masaları	markasız		masaj masası	demirbaş ambarı		2
85	255.1.5.3-1	hasta önu yemek ve servis masaları	markasız	wissner bosherhoff	compact tablalı	demirbaş ambarı	13	187
86	255.1.5.3-2	hasta önu yemek ve servis masaları	markasız		hasta önu yemek	demirbaş ambarı		100
87	255.1.5.3-3	hasta önu yemek ve servis masaları	markasız		yemek masası	demirbaş ambarı		30
88	255.1.5.4.1-1	yemek tablalı hasta komidinleri	markasız	nthm 097	compact tablalı hastabaşı komdini	demirbaş ambarı	47	189
89	255.1.5.4.1-2	yemek tablalı hasta komidinleri	markasız	clasic1 wissner bosserhoff clasic1 combi/plas abs hpl kombine	yemek+okum a masalı	demirbaş ambarı	54	89
90	255.1.5.4.99-1	diğer hasta komidinleri ve masaları	markasız		hasta komidini	demirbaş ambarı		216
91	255.1.5.5.99-1	diğer hasta yatakları	markasız	havalı	havalı yatak takım	demirbaş ambarı	18	25
92	255.1.5.5.99-3	diğer hasta yatakları	markasız		hasta yatığı silte 4 parçalı	demirbaş ambarı	24	120

93	255.1.5.5.99-4	diğer hasta yatakları	markasız		mekanik hidrolik kontrollü hasta karyolası	demirbaş ambarı		13
94	255.1.5.6.2-1	yetişkin karyolaları	markasız	wissner bosserhoff estetica wet-120 alman wissner bosserhoff teleskopik sütun motor teknolojisi boydan boya korkuluk merkezi fren sistemi iki yönlü otomatik regresyon universal aqua plus medikal	hasta karyolası 4 motorlu	demirbaş ambarı		97
95	255.1.5.6.2-4	yetişkin karyolaları	markasız	elektrikli		demirbaş ambarı	105	105
96	255.1.5.6.2-5	yetişkin karyolaları	nitrocare		ntcr sd05 nitrocare hidrolik	demirbaş ambarı		20
97	255.1.5.6.2-6	yetişkin karyolaları	nitrocare		nitro hb 3120 nitrocare üç motorlu	demirbaş ambarı	35	85
98	255.1.5.6.2-7	yetişkin karyolaları	nitrocare		üç motorlu hasta bakım yatağı	demirbaş ambarı	50	50
99	255.1.5.6.3-1	yoğun bakım karyolaları	nitrocare		nitrocare 4 motorlu liftli yoğun	demirbaş ambarı		30
100	255.1.5.6.3-2	yoğun bakım karyolaları	nitrocare		nitrocare 3 motorlu hasta karyolası	demirbaş ambarı	41	74
101	255.1.5.7.3-1	tekerlekli sedyeler	markasız		sedye tekerlekli pozisyon	demirbaş ambarı		3
102	255.1.5.7.5-1	hasta transfer sedyeler	nitrocare		ntcr sd06 nitrocare hasta transfer	demirbaş ambarı		14
103	255.1.5.7.5-2	hasta transfer sedyeler	markasız		hidrolik kontrollü sütun liftli acil	demirbaş ambarı		15
104	255.1.5.7.5-3	hasta transfer sedyeler	markasız		hasta transfer sedyeleri	demirbaş ambarı		9
105	255.1.5.7.5-4	hasta transfer sedyeler	markasız		hasta taşıma sedyeleri	demirbaş ambarı		2
106	255.1.5.7.6-1	fonksiyonel sedyeler	markasız		hidrolik kontrollü sütun liftli acil	demirbaş ambarı		10
107	255.1.5.8-1	bebek kodları	markasız		hasta çocuk karyolası 4 motorlu	demirbaş ambarı		10
108	255.1.5.9.2-1	üçlü paravanlar	markasız		bez model	demirbaş ambarı		15
109	255.1.5.9.2-3	üçlü paravanlar	markasız		paravan	demirbaş ambarı		10
110	255.1.5.9.3-1	dörtlü paravanlar	markasız	metal ayaklı		demirbaş ambarı	12	12
111	255.1.5.9.99-2	diğer paravanlar	markasız		kurşun paravan	demirbaş ambarı		6
112	255.1.5.10.1-1	pansuman arabası	markasız		pansuman	demirbaş ambarı		19
113	255.1.5.10.2-1	malzeme taşıma arabası	markasız		terlik arabası	demirbaş ambarı		5
114	255.1.5.10.3-1	tedavi arabası	markasız		ilaç ve tedavi arabası	demirbaş ambarı	21	38
115	255.1.5.10.4-1	acil müdahale ve tedavi arabası	markasız	acil müdahale arabası	acil müdahale arabası	demirbaş ambarı		13

116	255.1.5.10.7-1	hastane ilaç arabaları	markasız		ilaç pansuman arabası	ve demirbaş ambarı		20
117	255.1.5.10.99-1	diğer ilaç, tedavi ve pansuman arabaları	markasız	ilaç pansuman arabası	ve demirbaş ambarı			2
118	255.1.5.13-1	serum askılıkları	markasız		askı	demirbaş ambarı	28	55
119	255.1.5.13-2	serum askılıkları	markasız		serum askı	demirbaş ambarı		68
120	255.1.5.14.1-1	fonksiyonel hasta taşıma sandalyeleri	markasız	md: 675	çok amaçlı hasta taşıma	demirbaş ambarı		2
121	255.1.5.14.2-2	tekerlikli hasta taşıma sandalyeleri	markasız		standart katlanamayan hasta sandalyesi	demirbaş ambarı	46	50
122	255.1.5.14.3-1	tekerlekli sandalyeler	markasız	tekerlekli	sandalye	demirbaş ambarı	17	61
123	255.1.5.14.5-1	doktor tabureleri	markasız		tabure hidrolik	demirbaş ambarı		21
124	255.1.5.14.5-2	doktor tabureleri	markasız		tabure hidrolik ayaklı	demirbaş ambarı		10
125	255.1.5.14.5-3	doktor tabureleri	markasız		muayene taburesi amortisör	demirbaş ambarı		15
126	255.1.5.14.5-4	doktor tabureleri	markasız		tabure	demirbaş ambarı		8
127	255.1.5.15.2-1	kan alma koltukları	markasız		kan alma koltugu	demirbaş ambarı		3
128	255.1.5.15.99.1-2	kbb muayene koltuğu	markasız		kbb muayene	demirbaş ambarı		4
129	255.1.5.15.99.2-1	refakatçı koltuğu	markasız		refakatçı koltugu	demirbaş ambarı		69
130	255.1.5.15.99.2-2	refakatçı koltuğu	ofisline		refakatçı koltuğu	demirbaş ambarı	69	80
131	255.1.5.16.1-1	derin dondurucular	markasız		direct frze derin donduru -85 derece	demirbaş ambarı		1
132	255.1.5.16.1-2	derin dondurucular	profilo	patoloji	derin dondurucu	demirbaş ambarı		1
133	255.1.5.16.1-21	derin dondurucular	beko	nexk	9485 buzdolabı	demirbaş ambarı		2
134	255.1.5.16.1-24	derin dondurucular	arçelik	2020 ny	derin dondurucu	demirbaş ambarı		1
135	255.1.5.16.4-1	ilaç dolapları	markasız		alet ve ilaç dolabı	demirbaş ambarı		8
136	255.1.5.16.5-1	alet dolapları	markasız		amelyathan e dolabı	demirbaş ambarı		8
137	255.1.5.16.5-2	alet dolapları	markasız		alet ve ilaç dolabı	demirbaş ambarı		10
138	255.1.5.16.99-1	diğer hastane tipi buzdolapları ve dolaplar	arçelik		buzdolabı	demirbaş ambarı		1
139	255.1.5.16.99-3	diğer hastane tipi buzdolapları ve dolaplar	markasız		kep ve bone dolabı	demirbaş ambarı		1
140	255.1.5.16.99-4	diğer hastane tipi buzdolapları ve dolaplar	regal	1191	büro tipi	demirbaş ambarı		14
141	255.1.5.16.99-5	diğer hastane tipi buzdolapları ve dolaplar	markasız	hasta odaları	mini buzdolabı	demirbaş ambarı		131
142	255.1.5.16.99-7	diğer hastane tipi buzdolapları ve dolaplar	arçelik	1050. +a enerji sınıfı	büro tipi buzdolabı	demirbaş ambarı	27	50
143	255.1.5.16.99-8	diğer hastane tipi buzdolapları ve dolaplar	beko	b1 8550 sm iki kapılı	buzdolabı	demirbaş ambarı		2
144	255.1.5.99-3	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	ayak pedallı paslanmaz	sabunluk	demirbaş ambarı		2
145	255.1.5.99-5	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		emergency levhası.	demirbaş ambarı		1

146	255.1.5.99-6	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		rıtım holter cihazına uyumlu holter	demirbaş ambarı		30
147	255.1.5.99-7	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		rıtım holter cihazına uyumlu	demirbaş ambarı		10
148	255.1.5.99-8	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		kırlı temiz çam.arab. 108x56x100cm	demirbaş ambarı		5
149	255.1.5.99-9	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		çöp konteynırı 240 lt	demirbaş ambarı		16
150	255.1.5.99-10	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		mikroskopi kabını	demirbaş ambarı		1
151	255.1.5.99-11	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		lam arşiv dolabı	demirbaş ambarı		1
152	255.1.5.99-12	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		kemoterapi ilaç hazırlama kabını	demirbaş ambarı		1
153	255.1.5.99-13	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		doktor el yıkama ünitesi fotoselli	demirbaş ambarı		4
154	255.1.5.99-14	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		hortum sıyırma	demirbaş ambarı		2
155	255.1.5.99-15	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		kan taşıma çantası	demirbaş ambarı		1
156	255.1.5.99-16	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		kontaminasyon kontrol	demirbaş ambarı	12	12
157	255.1.5.99-17	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		gn koter k gn reusable	demirbaş ambarı		1
158	255.1.5.99-18	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		su arıtma cihazı	demirbaş ambarı		1
159	255.1.5.99-19	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		sterilizasyon sepeti set takım	demirbaş ambarı		1
160	255.1.5.99-20	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		sarı el süpürgesi	demirbaş ambarı		1
161	255.1.5.99-21	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		mikrodalganın 750-1000 wat	demirbaş ambarı		1
162	255.1.5.99-22	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		laboratuvar tıbbi masa üstü ph metre	demirbaş ambarı		1
163	255.1.5.99-23	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		trilux aurino l120/120 pm double	demirbaş ambarı		2
164	255.1.5.99-24	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		trilux aurino l120/160 pm double	demirbaş ambarı		2
165	255.1.5.99-25	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		genel amaçlı kat	demirbaş ambarı		1
166	255.1.5.99-26	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		3 ayrıçöp kovası, tıbbi stik, evsel	demirbaş ambarı		12
167	255.1.5.99-27	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		çöp kovası pedallı	demirbaş ambarı		15
168	255.1.5.99-28	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		cerrahı aspiratör cihazı	demirbaş ambarı		21

169	255.1.5.99-29	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		cerrahi alet taşıma ve saklama	demirbaş ambarı		7
170	255.1.5.99-30	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		atık kovası hareketli	demirbaş ambarı		24
171	255.1.5.99-31	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	nitrocare		nthm 103 nitrocare poliüretan	demirbaş ambarı	50	50
172	255.1.5.99-32	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		tedavı tepsisi	demirbaş ambarı		5
173	255.1.5.99-33	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		ameliyat lambası ayarlı el tutacağı	demirbaş ambarı		10
174	255.1.5.99-34	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		alet masası	demirbaş ambarı	10	14
175	255.1.5.99-35	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		çihaz sehпасı	demirbaş ambarı		2
176	255.1.5.99-37	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		pozisyon pedi büyük orta ,küçük	demirbaş ambarı		3
177	255.1.5.99-38	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		kafa pedi	demirbaş ambarı		6
178	255.1.5.99-39	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	120 lt	tıbbı atık konteynırı	demirbaş ambarı		1
179	255.1.5.99-40	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	240 lt	tıbbı atık konteynırı	demirbaş ambarı		2
180	255.1.5.99-41	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	660 lt	tıbbı atık konteynırı	demirbaş ambarı		7
181	255.1.5.99-42	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		sıramatik	demirbaş ambarı		1
182	255.1.5.99-43	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		ters ozmoz arıtma sistemi	demirbaş ambarı		1
183	255.1.5.99-45	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		gözlük kutusu	demirbaş ambarı		2
184	255.1.5.99-46	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	660 lt	evsel atık konteynırı	demirbaş ambarı		7
185	255.1.5.99-47	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	1200*120	kıvrıcık paspas	demirbaş ambarı		4
186	255.1.5.99-48	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		duba dikme	demirbaş ambarı	20	20
187	255.1.5.99-49	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	2 mt	duba zinciri	demirbaş ambarı	18	18
188	255.1.5.99-50	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		walker alüminyum hareketli	demirbaş ambarı		5
189	255.1.5.99-51	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	plusmed	oksijen manometres	demirbaş ambarı	20	20
190	255.1.5.99-53	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	ortam ısı ölçme	termo higrometre cihazı	demirbaş ambarı		2
191	255.1.5.99-54	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		pager çağrı cihazı	demirbaş ambarı		5
192	255.1.5.99-55	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		aktarıcı ünite pager cihazı için	demirbaş ambarı		5

193	255.1.5.99-58	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		malzeme ve giysi taşıma arabası	demirbaş ambarı		2
194	255.1.5.99-60	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		diyaliz için ön arıtma sistemi (10*54 kum filtre, 10*54 yumuşatma, 2 membranlı ro, bağlantı malzemeler	demirbaş ambarı		1
195	255.1.5.99-61	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		alet bohça arabası	demirbaş ambarı		2
196	255.2.1.1.1.1-8	bilgisayar kasaları	hp	bilgisayar kasaları		demirbaş ambarı		9
197	255.2.1.1.1.1-10	bilgisayar kasaları	crea	2000	masa üstü	demirbaş ambarı		7
198	255.2.1.1.1.1-18	bilgisayar kasaları	fujitsu	fujitsu bilgisayar	bilgisayar kasaları	demirbaş ambarı	20	191
199	255.2.1.1.1.1-21	bilgisayar kasaları	hp	masa üstü bilgisayar	masa üstü bilgisayar	demirbaş ambarı		4
200	255.2.1.1.1.1-22	bilgisayar kasaları	exper	masa üstü bilgisayar	masa üstü bilgisayar	demirbaş ambarı	11	20
201	255.2.1.1.1.1-24	bilgisayar kasaları	fujitsu	esprimo p3510 s26361-k1111	masaüstü	demirbaş ambarı		3
202	255.2.1.1.1.1-25	bilgisayar kasaları	hp	allin one 2197 ea	masaüstü	demirbaş ambarı		1
203	255.2.1.1.1.1-28	bilgisayar kasaları	exper	masa üstü bilgisayar kasaları	masa üstü bilgisayar kasaları	demirbaş ambarı	19	20
204	255.2.1.1.1.1-87	bilgisayar kasaları	hp	720371 monitör	monitör-masa üstü	demirbaş ambarı		9
205	255.2.1.1.1.1-114	bilgisayar kasaları	fujitsu	p-5731 e-star5	masaüstü	demirbaş ambarı	39	55
206	255.2.1.1.1.1-152	bilgisayar kasaları	fujitsu		bilgisayar kasa	demirbaş ambarı	80	107
207	255.2.1.1.1.3-5	ekranlar	exper	monitör lcd	monitör lcd	demirbaş ambarı		7
208	255.2.1.1.1.3-22	ekranlar	fujitsu		lcd	demirbaş ambarı		95
209	255.2.1.1.1.3-34	ekranlar	fujitsu	e22w-6	led -line	demirbaş ambarı		60
210	255.2.1.1.2-2	dizüstü bilgisayarlar	fujitsu	l1febook a 531,intel core 15		demirbaş ambarı		5
211	255.2.1.1.2-6	dizüstü bilgisayarlar	fujitsu	dizüstü bilgisayar	dizüstü	demirbaş ambarı		2
212	255.2.1.1.2-14	dizüstü bilgisayarlar	toshiba	toshiba satu400-17 y laptop	dizüstü bilgisayar	demirbaş ambarı		2
213	255.2.1.1.2-18	dizüstü bilgisayarlar	casper		dizüstü virvanacpkt	demirbaş ambarı		3
214	255.2.1.1.2-51	dizüstü bilgisayarlar	dell		ispiron3532 i7	demirbaş ambarı		4
215	255.2.1.1.3-1	tablet bilgisayarlar	markasız		bilgisayarla	demirbaş ambarı		2
216	255.2.1.1.3-3	tablet bilgisayarlar	markasız	tablet pc	tablet pc	demirbaş ambarı		3
217	255.2.1.1.5-17	tümleşik (all in one) bilgisayarlar	hp	pro one	masaüstü tümleşik bilgisayar	demirbaş ambarı		3
218	255.2.1.1.99-12	diğer bilgisayarlar	fujitsu	ekran	lcd monitör.	demirbaş ambarı	134	209
219	255.2.1.1.99-21	diğer bilgisayarlar	dell		masa bilgisayar	demirbaş ambarı		3
220	255.2.1.2.1-3	kule sunucular	ibm	sunucu	ibmx6650 m3 sunucu	demirbaş ambarı		2
221	255.2.1.2.99-10	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız	yedekleme	500 gb haric harddisk	demirbaş ambarı		3
222	255.2.1.2.99-11	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız	yedekleme	8 tb yedekleme ünitesi	demirbaş ambarı		2

223	255.2.1.2.99-12	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız	yedekleme	1tb 2,5 haric harddisk	demirbaş ambarı		5
224	255.2.1.2.99-13	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız	haberleşme	aktarıcı ünite	demirbaş ambarı		7
225	255.2.1.2.99-14	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız	yedekleme	harıcı veri depolama ünitesi	demirbaş ambarı		1
226	255.2.1.2.99-15	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız		sw1tch modülü 1000base gbıcsx	demirbaş ambarı		6
227	255.2.1.2.99-16	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız	port	kenar anahtar switch 24 port	demirbaş ambarı		2
228	255.2.1.2.99-17	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız		acıl kod santral sunucu	demirbaş ambarı		1
229	255.2.1.2.99-20	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız	omurga-kenar anahtar-swict veilave	data bilgi altyapı ünitesi	demirbaş ambarı		1
230	255.2.1.2.99-23	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız		veri depolama ünitesi	demirbaş ambarı		1
231	255.2.1.2.99-24	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız		san swich	demirbaş ambarı		1
232	255.2.1.2.99-25	diğer bilgisayar sunucu kasaları ve ekipmanları	markasız		sunucu	demirbaş ambarı		3
233	255.2.1.3.99-3	diğer bilgisayar destekli cihazlar	epson		cd ve dvd yüzeyine otomatik baskı	demirbaş ambarı		2
234	255.2.1.3.99-4	diğer bilgisayar destekli cihazlar	markasız	sıramatik	kiosk	demirbaş ambarı		1
235	255.2.1.3.99-5	diğer bilgisayar destekli cihazlar	markasız	hp scanjet 2400	tarayıcı	demirbaş ambarı		1
236	255.2.1.3.99-6	diğer bilgisayar destekli cihazlar	markasız	haberleşme	peger cagr cihazı	demirbaş ambarı	10	10
237	255.2.1.3.99-7	diğer bilgisayar destekli cihazlar	exper	exper 2,0 stereo hoparlö /	exper leader 300-	demirbaş ambarı		7
238	255.2.1.3.99-8	diğer bilgisayar destekli cihazlar	markasız		yazıcı	demirbaş ambarı	20	20
239	255.2.1.3.99-11	diğer bilgisayar destekli cihazlar	markasız		görüntü yönetim sistemi	demirbaş ambarı		1
240	255.2.1.3.99-12	diğer bilgisayar destekli cihazlar	markasız		mobil el terminali	demirbaş ambarı		5
241	255.2.2.1.1-2	nokta vuruşlu matris yazıcılar	epson		fx-2190	demirbaş ambarı		1
242	255.2.2.1.1-5	nokta vuruşlu (matris) yazıcılar	oki	ml 1120 eco	nokta vuruşlu	demirbaş ambarı		2
243	255.2.2.1.2-4	mürekkep püskürtmeli (deskjet)yazıcılar	epson		epson m105w yazıcı	demirbaş ambarı		10
244	255.2.2.1.3-1	lazer yazıcılar	hp	laserjet 1320		demirbaş ambarı		1
245	255.2.2.1.3-3	lazer yazıcılar	hp	laserjet 1005		demirbaş ambarı		3
246	255.2.2.1.3-11	lazer yazıcılar	xerox	phaser 3435 dn	lazer	demirbaş ambarı	28	50
247	255.2.2.1.3-12	lazer yazıcılar	epson	aculaser		demirbaş ambarı		20
248	255.2.2.1.3-14	lazer yazıcılar	hp	1320	lazer yazıcı	demirbaş ambarı		1
249	255.2.2.1.3-18	lazer yazıcılar	hp	hp 4350 n	lazer yazıcılar	demirbaş ambarı		2
250	255.2.2.1.3-23	lazer yazıcılar	hp	1005	lazer yazıcı	demirbaş ambarı	13	18
251	255.2.2.1.3-27	lazer yazıcılar	hp	lazer yazıcı	lazer yazıcı	demirbaş ambarı		13
252	255.2.2.1.3-35	lazer yazıcılar	lexmark	lexmark w820	yazıcı	demirbaş ambarı		2
253	255.2.2.1.3-55	lazer yazıcılar	markasız	yazıcı		demirbaş ambarı		34
254	255.2.2.1.3-67	lazer yazıcılar	hp		1018	demirbaş ambarı		15

255	255.2.2.1.3-68	lazer yazıcılar	hp	renkli	lazerjet 1215	demirbaş ambarı		2
256	255.2.2.1.3-119	lazer yazıcılar	hp		laserjet pro 400	demirbaş ambarı	56	91
257	255.2.2.1.3-145	lazer yazıcılar	lexmark		renkli yazıcı	demirbaş ambarı		1
258	255.2.2.1.13-1	barkod yazıcılar ve okuyucular, optik okuyucular	markasız		barkod okuyucu	demirbaş ambarı		8
259	255.2.2.1.13-3	barkod yazıcılar ve okuyucular, optik okuyucular	markasız		barkod yazıcı	demirbaş ambarı		46
260	255.2.2.1.13-7	barkod yazıcılar ve okuyucular, optik okuyucular	markasız		barkod printer tartı baslıg	demirbaş ambarı		2
261	255.2.2.1.13-14	barkod yazıcılar ve okuyucular, optik okuyucular	markasız	zebra	barkod yazıcı	demirbaş ambarı		2
262	255.2.2.1.13-15	barkod yazıcılar ve okuyucular, optik okuyucular	markasız	ameliyathane	parmak okuyucu	demirbaş ambarı		1
263	255.2.2.2.2-28	masaüstü tarayıcılar	canon		tarayıcı	demirbaş ambarı		1
264	255.2.2.2.99-4	diğer tarayıcılar	markasız		karekod okuyucu	demirbaş ambarı		3
265	255.2.2.4-7	yedekleme cihazları	markasız		radyoloji görüntüleri veri	demirbaş ambarı		1
266	255.2.2.99-14	diğer bilgisayar çevre birimleri	markasız	2 adet el terminali-1adet kart okuma	yemekhane kart okuma sistemi	demirbaş ambarı		1
267	255.2.3.1-4	fotokopi makineleri	canon	f-ır 2525		demirbaş ambarı		4
268	255.2.3.1-12	fotokopi makineleri	canon	2222i	imagerunne avancec2220	demirbaş ambarı		1
269	255.2.3.1-27	fotokopi makineleri	canon	2525	fotokopi makinası	demirbaş ambarı		5
270	255.2.3.1-34	fotokopi makineleri	canon	makina sehpası	canon d-ADF ab1 unit	demirbaş ambarı		9
271	255.2.3.1-35	fotokopi makineleri	canon	makina ek	plain pedestal	demirbaş ambarı		9
272	255.2.3.6-2	faxswitch makineleri	markasız		fax	demirbaş ambarı		3
273	255.2.4.1.1-2	sabit telefonlar	markasız			demirbaş ambarı		30
274	255.2.4.1.1-22	sabit telefonlar	lg	lka 210 lg- ericsson telefon makinas	telefon aparatı	demirbaş ambarı	161	200
275	255.2.4.1.1-26	sabit telefonlar	markasız		telefon	demirbaş ambarı		11
276	255.2.4.1.1-27	sabit telefonlar	telmax	ft 1010		demirbaş ambarı	605	710
277	255.2.4.1.2-1	telsiz telefonlar	markasız			demirbaş ambarı		1
278	255.2.4.1.2-6	telsiz telefonlar	markasız	çift el üniteli yedek bataryalı	telsiz telefon	demirbaş ambarı	38	50
279	255.2.4.1.3-2	telsizler	markasız	pmr	hyt tc 448	demirbaş ambarı	25	25
280	255.2.4.3.1-3	modemler sdh ve erişim cihazları	markasız	iç ortam kablolu ağ cih.	kablolu ağ cihazı	demirbaş ambarı		8
281	255.2.4.3.2-17	switchler anahtarlar	markasız		48 port	demirbaş ambarı		1
282	255.2.5.1.1-4	projektörler projeksiyon cihazları	acer		projeksiyon cihazı	demirbaş ambarı		2
283	255.2.5.1.1-38	projektörler projeksiyon cihazları	markasız	projeksiyon cihazı	projeksiyon cihazı	demirbaş ambarı		1
284	255.2.5.2.2-3	televizyonlar	vestel	37 ekran		demirbaş ambarı		1
285	255.2.5.2.2-6	televizyonlar	vestel	19 inc	lcd	demirbaş ambarı	27	150

286	255.2.5.2.2-27	televizyonlar	markasız	42 inc	plazmatv	demirbaş ambarı		3
287	255.2.5.2.2-54	televizyonlar	arçelik	a22l 4531 3b	55 ekran led tv	demirbaş ambarı	28	50
288	255.2.5.3.99-2	diğerleri	markasız	iki kollu	televizyon askı aparat	demirbaş ambarı	35	35
289	255.2.5.4.1.99-1	diğer kameralar	logitech		kamera	demirbaş ambarı		2
290	255.2.99.2.5-1	klimalar	markasız	klima	klima	demirbaş ambarı		4
291	255.2.99.2.5-2	klimalar	markasız	splik	duvar tıptı	demirbaş ambarı		1
292	255.2.99.2.5-3	klimalar	markasız		salon tıptı	demirbaş ambarı		3
293	255.2.99.2.5-6	klimalar	arçelik	7411a salon tıptı	klimalar	demirbaş ambarı		4
294	255.2.99.2.5-7	klimalar	markasız		a klima	demirbaş ambarı		1
295	255.2.99.2.5-8	klimalar	arçelik	24116	duvar klima tıptı	demirbaş ambarı		3
296	255.2.99.2.5-10	klimalar	vestel	24000 btü	klima	demirbaş ambarı		1
297	255.2.99.2.5-11	klimalar	markasız		klima	demirbaş ambarı		1
298	255.2.99.2.6-2	vantilatörler	markasız		sanayi tıptı vantilatör	demirbaş ambarı		1
299	255.2.99.2.7-1	hava kurutma ve nemlendirme cihazları	markasız		hava nemlendiric	demirbaş ambarı		1
300	255.2.99.3.2-1	evrak imha makineleri	markasız		kobra	demirbaş ambarı		1
301	255.2.99.7.1-4	mühürler	markasız	mühür	mühür	demirbaş ambarı		5
302	255.3.1.1.1-3	dosya dolapları	markasız	çift kapak	camlı kapaklı dolap	demirbaş ambarı	17	71
303	255.3.1.1.1-18	dosya dolapları	markasız	dosya dolabı tüm kapaklı laminat	dosya dolabı tüm kapaklı laminat	demirbaş ambarı		33
304	255.3.1.1.1-29	dosya dolapları	markasız		link dosya dolabı	demirbaş ambarı		25
305	255.3.1.1.1-30	dosya dolapları	ofisline	tek kapaklı dolap	osdk 5001	demirbaş ambarı		1
306	255.3.1.1.1-31	dosya dolapları	ofisline	dört kapaklı	osdk 4001	demirbaş ambarı		22
307	255.3.1.1.1-32	dosya dolapları	ofisline	dosya dolabı	oldd 2011	demirbaş ambarı		1
308	255.3.1.1.1-33	dosya dolapları	ofisline	dosya dolabı	olyd 2002	demirbaş ambarı		26
309	255.3.1.1.1-34	dosya dolapları	ofisline	dosya dolabı	oltd2004	demirbaş ambarı	50	76
310	255.3.1.1.1-35	dosya dolapları	ofisline	dosya dolabı	oltd2003	demirbaş ambarı		2
311	255.3.1.1.1-36	dosya dolapları	ofisline	dosya dolabı	oldd 2004	demirbaş ambarı		9
312	255.3.1.1.1-37	dosya dolapları	ofisline	dosya dolabı	oldd2003	demirbaş ambarı		12
313	255.3.1.1.1-38	dosya dolapları	markasız	camlı dolap çift kapak	camlı dolap	demirbaş ambarı		23
314	255.3.1.1.1-46	dosya dolapları	markasız	ahşap	kitaplık	demirbaş ambarı		18
315	255.3.1.1.3-1	arşiv tıptı volanlı dolaplar	markasız	ofcm 5009 compactt arşif sistemli üçlü çift yüzlü kapaklı volanlı	ofcm 5009 compactt arşif sistemli üçlü çift yüzlü kapaklı	demirbaş ambarı		6
316	255.3.1.1.3-2	arşiv tıptı volanlı dolaplar	markasız	ofcm 5010 compactt arşif sistemli üçlü çift yüzlü kapaklı volanlı	ofcm 5010 compactt arşif sistemli üçlü çift yüzlü kapaklı	demirbaş ambarı		48

317	255.3.1.1.3-3	arşiv tıpi volanlı dolaplar	markasız	ofcm 5012 compact arşif sistemli üçlü tek yüzlü kapaksız sabit	ofcm 5012 compact arşif sistemli üçlü tek yüzlü kapaksız	demirbaş ambarı		6
318	255.3.1.1.4-1	soyunma dolapları	markasız	iki kişilik	laminant	demirbaş ambarı	93	163
319	255.3.1.1.4-7	soyunma dolapları	ofisline	elbise soyunma	olsd 2002	demirbaş ambarı		35
320	255.3.1.1.4-8	soyunma dolapları	ofisline	elbise soyunma	olsd 2001	demirbaş ambarı		1
321	255.3.1.1.4-10	soyunma dolapları	markasız	iki kapılı ahşap	soyunma dolabı	demirbaş ambarı		40
322	255.3.1.1.4-11	soyunma dolapları	markasız	tek kapılı ahşap	soyunma dolabı	demirbaş ambarı		20
323	255.3.1.1.4-12	soyunma dolapları	markasız	altı kapılı	soyunma dolabı	demirbaş ambarı		10
324	255.3.1.1.4-13	soyunma dolapları	markasız	dört kapılı	soyunma dolabı	demirbaş ambarı		22
325	255.3.1.1.4-16	soyunma dolapları	markasız	p0-0108	elbise dolabı	demirbaş ambarı		15
326	255.3.1.1.4-17	soyunma dolapları	markasız	p0-109	elbise dolabı	demirbaş ambarı	26	67
327	255.3.1.1.4-21	soyunma dolapları	markasız		laminat kapaklı dört kişilik kapaklı elbise dolabı	demirbaş ambarı		5
328	255.3.1.1.5-1	malzeme/alet dolapları	markasız		sınıf dolabı laminat	demirbaş ambarı		20
329	255.3.1.1.5-2	malzeme/alet dolapları	markasız		çelik dolap	demirbaş ambarı		12
330	255.3.1.1.11-3	kitaplıklar	markasız		açık rafli kitaplık laminat kaplamalı	demirbaş ambarı		16
331	255.3.1.1.11-9	kitaplıklar	markasız		lamine levhalı kitaplık	demirbaş ambarı		2
332	255.3.1.2.1-3	bilgisayar masaları	markasız		masa	demirbaş ambarı		2
333	255.3.1.2.2-4	toplantı masaları	markasız	toplantı masaları	toplantı masaları	demirbaş ambarı		4
334	255.3.1.2.2-7	toplantı masaları	markasız		laminat kaplama	demirbaş ambarı		1
335	255.3.1.2.2-8	toplantı masaları	ofisline	toplantı masası	oltm1003	demirbaş ambarı		1
336	255.3.1.2.2-9	toplantı masaları	ofisline	toplantı masası	olvt 3000	demirbaş ambarı		1
337	255.3.1.2.2-10	toplantı masaları	markasız	metal ayaklı	oval toplantı masası	demirbaş ambarı		1
338	255.3.1.2.2-21	toplantı masaları	markasız		oval ahşap toplantı çalışma masası	demirbaş ambarı		1
339	255.3.1.2.3-10	çalışma masaları	markasız	masalar	masalar	demirbaş ambarı		1
340	255.3.1.2.3-26	çalışma masaları	markasız	l tipi keson masa	l tipi keson masa	demirbaş ambarı		1
341	255.3.1.2.3-32	çalışma masaları	markasız	masa takımı	masa takımı	demirbaş ambarı	17	20
342	255.3.1.2.3-33	çalışma masaları	markasız	yönetici masası	masa takımı	demirbaş ambarı		1
343	255.3.1.2.3-57	çalışma masaları	markasız		dora makam takım	demirbaş ambarı		2
344	255.3.1.2.3-58	çalışma masaları	markasız	140 cm	omega çalışma masası	demirbaş ambarı		5
345	255.3.1.2.3-59	çalışma masaları	markasız	120 cm	omega çalışma masası	demirbaş ambarı		21
346	255.3.1.2.3-60	çalışma masaları	markasız		irona laminat	demirbaş ambarı		1
347	255.3.1.2.3-61	çalışma masaları	ofisline	link metal	olbb0001	demirbaş ambarı		35

348	255.3.1.2.3-62	çalışma masaları	ofisline	l tıptı masa	olnk moo4 link	demirbaş ambarı		25
349	255.3.1.2.3-63	çalışma masaları	ofisline	dora laminat takım	odramoo1	demirbaş ambarı		2
350	255.3.1.2.3-64	çalışma masaları	ofisline	vıp class makam takım	omkt 4000	demirbaş ambarı		1
351	255.3.1.2.3-65	çalışma masaları	ofisline	formax metal	olfm1004	demirbaş ambarı		7
352	255.3.1.2.3-66	çalışma masaları	ofisline	formax metal	olfm1003	demirbaş ambarı		25
353	255.3.1.2.3-67	çalışma masaları	ofisline	nora masa	olnr 1001	demirbaş ambarı		10
354	255.3.1.2.3-68	çalışma masaları	ofisline	vına yönetici takımı	olvn 1001	demirbaş ambarı		10
355	255.3.1.2.3-69	çalışma masaları	ofisline	kuadro yönetici	olgr 1009	demirbaş ambarı		4
356	255.3.1.2.3-70	çalışma masaları	ofisline	norma makam	olgr 1001	demirbaş ambarı		2
357	255.3.1.2.3-75	çalışma masaları	markasız	büro masası	büro masas	demirbaş ambarı		15
358	255.3.1.2.3-80	çalışma masaları	markasız		beta çalışma	demirbaş ambarı		17
359	255.3.1.2.3-81	çalışma masaları	bürotime	etejer keson dahil	epsilon masa	demirbaş ambarı	32	50
360	255.3.1.2.3-103	çalışma masaları	ersa	106*160*75	suunyl şekilli ahşap ayakl	demirbaş ambarı	14	15
361	255.3.1.2.3-104	çalışma masaları	markasız	120*73*80	domino 1120 çalışma masası	demirbaş ambarı	10	20
362	255.3.1.2.3-105	çalışma masaları	ersa		sehpa	demirbaş ambarı	46	50
363	255.3.1.2.3-131	çalışma masaları	markasız		rio çalışma masası + keso	demirbaş ambarı		1
364	255.3.1.2.6-1	yemek masaları	markasız			demirbaş ambarı	111	119
365	255.3.1.2.99-8	diğer masalar	markasız	alet masası	alet masası	demirbaş ambarı		10
366	255.3.1.2.99-14	diğer masalar	markasız		mayo masas	demirbaş ambarı		8
367	255.3.1.3.1-17	çalışma koltukları	markasız	müdür tipi kumaş kolçaklı	çalışma koltuğu	demirbaş ambarı	24	34
368	255.3.1.3.1-22	çalışma koltukları	markasız	çalışma koltuğu		demirbaş ambarı		42
369	255.3.1.3.1-40	çalışma koltukları	markasız	çalışma koltuğu	çalışma koltuğu	demirbaş ambarı		25
370	255.3.1.3.1-44	çalışma koltukları	markasız	toplantı koltuğu yekpare 85 cm kiremit ofis	toplantı koltuğu	demirbaş ambarı	15	15
371	255.3.1.3.1-53	çalışma koltukları	markasız		koltuk	demirbaş ambarı		19
372	255.3.1.3.1-59	çalışma koltukları	ofisline	2 focus	olfo cs	demirbaş ambarı		25
373	255.3.1.3.1-60	çalışma koltukları	ofisline	1 focus	olfo cs	demirbaş ambarı		50
374	255.3.1.3.1-61	çalışma koltukları	ofisline	açelya ikili	olaç k0002	demirbaş ambarı	22	28
375	255.3.1.3.1-62	çalışma koltukları	ofisline	açelya tekli	olaç k001	demirbaş ambarı	15	28
376	255.3.1.3.1-63	çalışma koltukları	ofisline	prizman bekleme	olms 4004	demirbaş ambarı	50	50
377	255.3.1.3.1-64	çalışma koltukları	ofisline	prizma bekleme	olms 4003	demirbaş ambarı	188	200
378	255.3.1.3.1-65	çalışma koltukları	ofisline	dora tekli koltuk	oklt 4001	demirbaş ambarı		10
379	255.3.1.3.1-66	çalışma koltukları	ofisline	vıb makam koltuğu	olmk 3001	demirbaş ambarı		3
380	255.3.1.3.1-67	çalışma koltukları	ofisline	luna sekreter	olck 1004	demirbaş ambarı		30
381	255.3.1.3.1-68	çalışma koltukları	ofisline	soft makam	olms 1002	demirbaş ambarı	30	38

382	255.3.1.3.1-69	çalışma koltukları	ofisline	nova çalışma	olck 1003	demirbaş ambarı	121	134
383	255.3.1.3.1-70	çalışma koltukları	ofisline	format çalışma	opmlk 1004	demirbaş ambarı	39	50
384	255.3.1.3.1-71	çalışma koltukları	ofisline	carina çalışma	olmk 1003	demirbaş ambarı		9
385	255.3.1.3.1-72	çalışma koltukları	ofisline	soft yönetici koltuğu	olmk 1002	demirbaş ambarı		7
386	255.3.1.3.1-73	çalışma koltukları	ofisline	vıp yönetici	olmk 1001	demirbaş ambarı		6
387	255.3.1.3.1-80	çalışma koltukları	markasız	misafir koltuğu	misafir koltuğu	demirbaş ambarı	40	41
388	255.3.1.3.1-83	çalışma koltukları	markasız		lex tekli	demirbaş ambarı		4
389	255.3.1.3.1-85	çalışma koltukları	markasız		smart çalışma koltugu	demirbaş ambarı		33
390	255.3.1.3.1-86	çalışma koltukları	markasız		nova çalışma koltugu	demirbaş ambarı	23	25
391	255.3.1.3.1-87	çalışma koltukları	markasız		akrona çalışma koltugu	demirbaş ambarı	10	16
392	255.3.1.3.1-88	çalışma koltukları	markasız		vıp class makam koltugu	demirbaş ambarı		1
393	255.3.1.3.1-89	çalışma koltukları	markasız	pls.ayak	sofia makam koltugu	demirbaş ambarı	50	50
394	255.3.1.3.1-90	çalışma koltukları	markasız		sekreter koltugu	demirbaş ambarı	15	29
395	255.3.1.3.1-128	çalışma koltukları	markasız		vena yönetici koltuğu	demirbaş ambarı	15	19
396	255.3.1.3.1-130	çalışma koltukları	markasız	çift kol mekanizma	yönetici koltuğu misafir	demirbaş ambarı	11	11
397	255.3.1.3.1-158	çalışma koltukları	markasız		vıp yönetici koltuğu	demirbaş ambarı		1
398	255.3.1.3.2-12	misafir koltukları	markasız	markasız		demirbaş ambarı	42	54
399	255.3.1.3.2-44	misafir koltukları	ofisline	vıp klass misafir	olms 3003	demirbaş ambarı		16
400	255.3.1.3.2-45	misafir koltukları	ofisline	carina misafir	olms 1005	demirbaş ambarı		4
401	255.3.1.3.2-46	misafir koltukları	ofisline	nova misafir	olms 1003	demirbaş ambarı		24
402	255.3.1.3.2-50	misafir koltukları	markasız		format misafir koltugu	demirbaş ambarı	19	50
403	255.3.1.3.2-51	misafir koltukları	markasız		vıp klass misafir koltugu	demirbaş ambarı		4
404	255.3.1.3.2-52	misafir koltukları	markasız		nova misafir koltugu	demirbaş ambarı		10
405	255.3.1.3.2-53	misafir koltukları	markasız		akrona misafir koltugu	demirbaş ambarı		2
406	255.3.1.3.2-54	misafir koltukları	markasız		smart misafir koltugu	demirbaş ambarı		40
407	255.3.1.3.2-55	misafir koltukları	markasız	pls ayak	sofia misafir	demirbaş ambarı	87	100
408	255.3.1.3.2-57	misafir koltukları	markasız	üçlü bekleme koltuğu	koltuklar	demirbaş ambarı		18
409	255.3.1.3.2-81	misafir koltukları	markasız		vena yıldız ayaklı koltuk	demirbaş ambarı	15	20
410	255.3.1.3.2-110	misafir koltukları	markasız		lıdya ikili misafir koltuğu	demirbaş ambarı		12
411	255.3.1.3.2-111	misafir koltukları	markasız		vıp yönetici misafir koltuğu	demirbaş ambarı		14
412	255.3.1.3.2-119	misafir koltukları	markasız	tfnk 1004 cube	tekli misafir koltuğu	demirbaş ambarı		16
413	255.3.1.3.2-120	misafir koltukları	markasız	tfnk 2004 misafir koltuğu	ikili misafir koltuğu	demirbaş ambarı		4
414	255.3.1.3.2-125	misafir koltukları	markasız	tfnk 1001	lıdya tekli misafir koltuğu	demirbaş ambarı		8
415	255.3.1.3.2-126	misafir koltukları	markasız	tfnk 2001	lıdya ikili misafir koltuğu	demirbaş ambarı		2
416	255.3.1.3.2-127	misafir koltukları	markasız	ttyk 4015	.ive bekleme misafir koltuğu	demirbaş ambarı		4

417	255.3.1.3.2-128	misafir koltukları	markasız	ttyk 4016	live köşe bekleme misafir koltuğu	demirbaş ambarı		7
418	255.3.1.3.2-129	misafir koltukları	markasız	ttyk 4017	favori üçlü bekleme misafir koltuğu	demirbaş ambarı		22
419	255.3.1.3.3-4	bekleme koltukları	markasız		ikili bekleme koltuğu	demirbaş ambarı	16	58
420	255.3.1.3.3-5	bekleme koltukları	markasız	yatak olabilen	refakatçi koltuğu	demirbaş ambarı	132	152
421	255.3.1.3.3-6	bekleme koltukları	ofisline	dora üçlü koltuk	oklt 4003	demirbaş ambarı	25	31
422	255.3.1.3.3-8	bekleme koltukları	markasız	star konferans	ofisline oknf 1002	demirbaş ambarı	72	72
423	255.3.1.3.3-9	bekleme koltukları	markasız	bekleme koltugu üçlü	senda metal	demirbaş ambarı	11	37
424	255.3.1.3.3-10	bekleme koltukları	markasız	bekleme koltugu ikili	senda metal	demirbaş ambarı	10	65
425	255.3.1.3.3-11	bekleme koltukları	markasız		doraüçlü koltuk	demirbaş ambarı		2
426	255.3.1.3.3-12	bekleme koltukları	markasız		mırage üçlü koltuk	demirbaş ambarı		9
427	255.3.1.3.3-13	bekleme koltukları	markasız		dora ikili koltuk	demirbaş ambarı		2
428	255.3.1.3.3-14	bekleme koltukları	markasız		mırage ikili koltuk	demirbaş ambarı		6
429	255.3.1.3.3-15	bekleme koltukları	markasız		dora tekl koltuk	demirbaş ambarı		4
430	255.3.1.3.3-16	bekleme koltukları	markasız		mırage tekl koltuk	demirbaş ambarı		15
431	255.3.1.3.3-23	bekleme koltukları	markasız		üçlü bekleme	demirbaş ambarı	33	37
432	255.3.1.3.99-20	diğer koltuklar	markasız		düz	demirbaş ambarı		2
433	255.3.1.4.1-6	klasik tip sandalyeler	markasız	kolçaklı sandalye	kolçaklı sandalye	demirbaş ambarı	120	150
434	255.3.1.4.1-9	klasik tip sandalyeler	markasız	normal	sandalye	demirbaş ambarı	97	305
435	255.3.1.4.1-14	klasik tip sandalyeler	markasız		polo	demirbaş ambarı	426	442
436	255.3.1.4.1-15	klasik tip sandalyeler	markasız		soft	demirbaş ambarı		16
437	255.3.1.4.1-17	klasik tip sandalyeler	markasız	sekreter sandalyesi	sekreter sandalyesi	demirbaş ambarı		6
438	255.3.1.4.1-22	klasik tip sandalyeler	markasız	olko 1457 isos	sandalye	demirbaş ambarı	48	50
439	255.3.1.7-5	sehpalar	markasız		sehpa	demirbaş ambarı		18
440	255.3.1.7-6	sehpalar	markasız	ahşap suntalam	sehpalar	demirbaş ambarı		45
441	255.3.1.7-27	sehpalar	markasız	metal ayaklı	vina	demirbaş ambarı	26	53
442	255.3.1.7-28	sehpalar	markasız	link sehpa	olls1001 sp01	demirbaş ambarı	48	84
443	255.3.1.7-29	sehpalar	markasız	laminat sehpa	olls1001 5x5x50x40 laminat sehpa	demirbaş ambarı		1
444	255.3.1.7-30	sehpalar	markasız	100 lük	epsilon	demirbaş ambarı	27	50
445	255.3.1.7-55	sehpalar	markasız		ahşap ayaklı laminat sehpa	demirbaş ambarı		5
446	255.3.1.7-56	sehpalar	markasız		metal ayaklı laminat sehpa	demirbaş ambarı		7
447	255.3.1.8-2	etajerler ve kesonlar	markasız	ahşap suntalam çekmeceli	etejerler	demirbaş ambarı	15	16
448	255.3.1.8-15	etajerler ve kesonlar	markasız		lamine kapaklı çekmeceli kapaklı hareketsiz etajer	demirbaş ambarı		2

449	255.3.1.9-4	panolar	markasız	120*80	ayaklı ve ışıklı pano	demirbaş ambarı		3
450	255.3.1.10.1-4	para kasaları	markasız		para kasaları	demirbaş ambarı		2
451	255.3.1.11.99-1	diğer panel sistemleri	markasız	alüminyum lüks	bölme panel uyg.	demirbaş ambarı		4
452	255.3.1.12-2	bankolar	markasız			demirbaş ambarı		2
453	255.3.1.12-3	bankolar	era		banko	demirbaş ambarı		1
454	255.3.1.12-5	bankolar	markasız		ahşap banko 2000*600*75h	demirbaş ambarı		2
455	255.3.1.12-6	bankolar	markasız		ahşap köşe banko 500*600*750h	demirbaş ambarı		1
456	255.3.1.99-7	diğer büro mobilyaları	ofisline		olpl 1003 bölme panel	demirbaş ambarı	50	50
457	255.3.1.99-8	diğer büro mobilyaları	markasız	2 lı	çoklu çalışma sistemleri	demirbaş ambarı		2
458	255.3.1.99-9	diğer büro mobilyaları	ofisline	çoklu çalışma	olcg 1004 çoklu çalışma	demirbaş ambarı		2
459	255.3.2.2.2-1	kanepeler	markasız		dinamo	demirbaş ambarı		10
460	255.3.2.2.2-2	kanepeler	markasız	kanepeler		demirbaş ambarı	27	33
461	255.3.2.2.2-7	kanepeler	bellona		kanepeler	demirbaş ambarı		10
462	255.3.2.4.4-1	komidinler	markasız	wissner	hasta başı	demirbaş ambarı		40
463	255.3.3.1.5-3	yemek masaları	markasız		tek masa	demirbaş ambarı	97	100
464	255.3.4.2-1	çocuk karyolası veya oyun kafesi veya aksesuarları	markasız		bebek karyolası	demirbaş ambarı		10
465	255.3.4.2-2	çocuk karyolası veya oyun kafesi veya aksesuarları	markasız		çocuk karyolası	demirbaş ambarı		10
466	255.4.1.1.5-1	benmariler	markasız		member wnb-7	demirbaş ambarı		1
467	255.7.2.1.5-5	mevzuat kitapları	markasız		kamu ihale kanunu	demirbaş ambarı		1
468	255.8.1.1.2-1	masalar	markasız			demirbaş ambarı		6
469	255.8.1.1.2-3	masalar	markasız	l tıplı	alfa metal ayaklı	demirbaş ambarı		5
470	255.9.1.1.9-1	şişme yataklar	markasız	eskar	havalı yatak	demirbaş ambarı		4
471	255.10.2.2.3-1	parmak izi sistemleri	diğitaccess			demirbaş ambarı		3
472	255.10.2.5.2-6	görüntü/ses alıcılar	pelco		görüntü/se s alıcılar	demirbaş ambarı		1
473	255.10.2.5.4-13	görüntü monitörleri	pelco	görüntü monitörleri	görüntü monitörler	demirbaş ambarı		3
474	255.10.2.5.99-20	diğer güvenlik kamera sistemleri	markasız		ip kamera sistemi (monitör-hdd)	demirbaş ambarı		5
475	255.10.2.99-3	diğer kontrol ve güvenlik sistemleri	markasız	3,5-8 mm varifoca otoirslens	diğer kontrol ve güvenlik sistemleri	demirbaş ambarı		4
476	255.10.3.2.2-1	uyarıcı levhalar	markasız	acil	ışıklı levha	demirbaş ambarı		2
477	255.11.2.1-3	panolar	markasız	duvar panosu kumaş kaplı	duvar panosu	demirbaş ambarı	43	50
478	255.11.2.1-8	panolar	markasız		105*150 cm kompozit çerçeve	demirbaş ambarı		1
479	255.99.1-11	seyyar kulube, kabin, büfe, sandık ve kafesler	markasız	hastane otobüs bekleme kabını	kabin (4m*2m*2,5m)	demirbaş ambarı		1

Tıbbi Malzeme Listesi

SIRA NO	TAŞINIR KODU-ÜRÜN KODU	ADI	MARKASI	MODELİ	CİNSİ	AMBAR	AMBAR MİKTARI	TOPLAM MİKTAR
1	253.2.3.1.6-4	matkap makineleri	markasız	şarızlı matkap	şarızlı matkap	tıbbi cihaz ve aletler		2
2	253.2.3.1.6-15	matkap makineleri	bosch		13 mm matkap	tıbbi cihaz ve aletler		1
3	253.2.3.1.7-7	kaynak makineleri	bay co	pprc buru kaynak makinası	kaynak makinası	tıbbi cihaz ve aletler		1
4	253.2.3.1.99-3	genel amaçlı diğer atölye makineleri	markasız		karot makinaları	tıbbi cihaz ve aletler		1
5	253.2.3.1.99-4	genel amaçlı diğer atölye makineleri	bosch		hilti	tıbbi cihaz ve aletler		1
6	253.2.3.99-4	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		oksijen kaynağı takımı	tıbbi cihaz ve aletler		1
7	253.2.3.99-5	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		malula dekobaj	tıbbi cihaz ve aletler		1
8	253.2.3.99-7	diğer atölye makineleri ve aletleri	markasız		boru ve kanal temizleme makinesi	tıbbi cihaz ve aletler		2
9	253.3.1.99-3	diğer yıkama, temizleme ve ütöleme cihaz ve araçları	markasız	sterilizasyon	ultrasonik yıkama cihazı 28 litre paslanmaz çelik kapak, çelik sepet	tıbbi cihaz ve aletler		1
10	253.3.2.1.1-5	buzdolapları	vestel	454 lt	nofrost	tıbbi cihaz ve aletler		1
11	253.3.4.1.1-50	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız	dijital göstergeli	boy ve kilo ölçer	tıbbi cihaz ve aletler		4
12	253.3.4.1.1-51	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	markasız		dijital bebek terazisi	tıbbi cihaz ve aletler		1
13	253.3.4.1.1-64	ağırlık ölçme cihaz, alet ve ekipmanları	diheng		digital bebek bezi	tıbbi cihaz ve aletler		3
14	253.3.5.1.1 1-1	excimer laser cihazları	markasız		yag lazer cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
15	253.3.5.1.14-3	anestezi makineleri	markasız	yetişkin	reusable solunum devresi	tıbbi cihaz ve aletler		10
16	253.3.5.1.14-4	anestezi makineleri	markasız	pediatrik	reusable solunum devresi	tıbbi cihaz ve aletler		10
17	253.3.5.1.14-5	anestezi makineleri	markasız		mr uyumlu anestezi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
18	253.3.5.1.14-6	anestezi makineleri	markasız		otomatik ventilatörlü anestezi	tıbbi cihaz ve aletler		2
19	253.3.5.1.14-7	anestezi makineleri	markasız		Anestezi infiltrasyon pompası	tıbbi cihaz ve aletler		2
20	253.3.5.1.14-8	anestezi makineleri	draeger		anestezi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		9
21	253.3.5.1.16-1	infizyon pompaları	markasız		enjektörlü volümetrik infüzyon	tıbbi cihaz ve aletler		50
22	253.3.5.1.16-2	infizyon pompaları	markasız		volümetrik infüzyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		75
23	253.3.5.1.16-3	infizyon pompaları	markasız		infizyon yönetim sistemi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		8
24	253.3.5.1.16-4	infizyon pompaları	markasız		kan ve sıvı pompası	tıbbi cihaz ve aletler		1
25	253.3.5.1.16-5	infizyon pompaları	braun	model perfusor space seri numaraları: 397474-397446-397331	perfisör	tıbbi cihaz ve aletler		3
26	253.3.5.1.16-6	infizyon pompaları	braun	modelperfor space seri numaraları: 39734 4-397407	perfisör	tıbbi cihaz ve aletler		2
27	253.3.5.1.19-1	negatoskoplar	markasız		negatoskop	tıbbi cihaz ve aletler		25
28	253.3.5.1.20-1	sun-i tenefüs cihazları	markasız		ambu silikon pediatrik yetişkin	tıbbi cihaz ve aletler	42	43
29	253.3.5.1.20-2	sun-i tenefüs cihazları	markasız	yetişkin + pediatrik	ambu reusable	tıbbi cihaz ve aletler		3
30	253.3.5.1.21-1	oksijen verme sistemleri	markasız		oksijen monometre	tıbbi cihaz ve aletler		25

31	253.3.5.1.21-2	oksijen verme sistemleri	markasız		oksijen lakı	tıbbi cihaz ve aletler	415	500
32	253.3.5.1.21-3	oksijen verme sistemleri	markasız		oksijen regülatörü	tıbbi cihaz ve aletler		20
33	253.3.5.1.21-4	oksijen verme sistemleri	markasız		hav7bar jakı	tıbbi cihaz ve aletler	28	60
34	253.3.5.1.21-5	oksijen verme sistemleri	markasız		flowmetre tekli	tıbbi cihaz ve aletler	376	500
35	253.3.5.1.21-6	oksijen verme sistemleri	markasız		oksijen flowmetres	tıbbi cihaz ve aletler		1
36	253.3.5.1.21-7	oksijen verme sistemleri	markasız		oksijen tüpü	tıbbi cihaz ve aletler		11
37	253.3.5.1.21-8	oksijen verme sistemleri	markasız		oksijen jakı (norm us 120mm)	tıbbi cihaz ve aletler		55
38	253.3.5.1.22-1	solunum cihazları	markasız		azotprotok sıt jakı	tıbbi cihaz ve aletler	60	60
39	253.3.5.1.23-8	kan sayım alet ve cihazları	markasız	kan gazları analiz cihazı	kan gazları analiz cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		1
40	253.3.5.1.26-1	sterilizasyon muhafaza konteynırı	markasız		ultrasonic elcek	tıbbi cihaz ve aletler		1
41	253.3.5.1.27-1	ultrasonic aspiratör hannpice	markasız		36 khz	tıbbi cihaz ve aletler		1
42	253.3.5.1.27-2	ultrasonic aspiratör hannpice	markasız	integra cusa	ultrasonik aspiratör handpice kemik	tıbbi cihaz ve aletler		2
43	253.3.5.1.28-1	ambu	markasız		sıllikon erıskın pediatrıkk ambu setı	tıbbi cihaz ve aletler	17	30
44	253.3.5.1.28-2	ambu	markasız		ambu küçük	tıbbi cihaz ve aletler		5
45	253.3.5.1.28-3	ambu	markasız		ambu büyük	tıbbi cihaz ve aletler		5
46	253.3.5.1.28-4	ambu	markasız		ambu setı	tıbbi cihaz ve aletler		5
47	253.3.5.1.28-5	ambu	markasız		ambu sıllikon pediatrıkk yetıskın	tıbbi cihaz ve aletler		15
48	253.3.5.1.28-6	ambu	markasız		ambu reasable	tıbbi cihaz ve aletler		3
49	253.3.5.1.28-7	ambu	markasız		ambu sıllikon galena	tıbbi cihaz ve aletler		40
50	253.3.5.1.30-1	röntgen cihazları	markasız		seyyar röntgen cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
51	253.3.5.1.30-3	röntgen cihazları	markasız	c kollu seyyar röntgen cihazı	c kollu seyyar röntgen cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
52	253.3.5.1.30-4	röntgen cihazları	markasız	c kollu seyyar model:everview7 500	röntgen cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
53	253.3.5.1.30-5	röntgen cihazları	markasız	yatar kalkar mide masalı tv?li	röntgen cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
54	253.3.5.1.30-6	röntgen cihazları	markasız	500ma tek masa tek tüp model sıhouteb vr	röntgen cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
55	253.3.5.1.30-11	röntgen cihazları	markasız	ziehm vision sd vario 3d	c kollu skopi görüntülem e cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
56	253.3.5.1.33-1	defibrilatör cihazları	nihan kohen		defibrilatör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
57	253.3.5.1.5-1	dializ cihazları	markasız		hemodiyaliz makınası	tıbbi cihaz ve aletler		2
58	253.3.5.1.6-1	tomografi cihazları	siemens		16 kesitli bilgisayarlı tomografi	tıbbi cihaz ve aletler		1
59	253.3.5.1.6-2	tomografi cihazları	toshiba		64 kesit bilgisayarlı tomografi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
60	253.3.5.1.64-1	güvenlik kabinleri	markasız		mikrobiyolojik emniyet kabını	tıbbi cihaz ve aletler		1
61	253.3.5.1.64-4	güvenlik kabinleri	bilser	blt2000 seri no:11171	bio güvenlik kabını	tıbbi cihaz ve aletler		1
62	253.3.5.1.7-6	ultrason cihazları	markasız		renkli dopler ultrasonografi	tıbbi cihaz ve aletler		5
63	253.3.5.1.7-7	ultrason cihazları	markasız		ultrason basıc	tıbbi cihaz ve aletler		1
64	253.3.5.1.7-8	ultrason cihazları	markasız		premium renkli dijital	tıbbi cihaz ve aletler		1

65	253.3.5.1.7-9	ultrason cihazları	markasız		jltrasonic cerrahi aspiratör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
66	253.3.5.1.7-10	ultrason cihazları	samsung	hm 70a plus model	elde taşınabilir renkli doppler ultrasonografisi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
67	253.3.5.1.7-11	ultrason cihazları	samsung	w580a elite model	üst düzey 4d dopplerli ultrasonografisi sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
68	253.3.5.1.7-13	ultrason cihazları	siemens	usg cihazı acuson 3000 seri numaraları 216020-216022	renkli doppler ultrasonografi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
69	253.3.5.1.8-2	nebulizatör makineleri	markasız	ev tipi ultrasonik	ev tipi ultrasonik nebulizatör	tıbbi cihaz ve aletler	22	51
70	253.3.5.1.8-3	nebulizatör makineleri	markasız	nebulizatör	nebulizatör	tıbbi cihaz ve aletler		11
71	253.3.5.1.8-4	nebulizatör makineleri	markasız	nebulizatör cihazı	nebulizatör cihazı ultrasonik	tıbbi cihaz ve aletler	10	20
72	253.3.5.1.89-27	mikroskoplar	olympus	mikroskop	mikroskop	tıbbi cihaz ve aletler		2
73	253.3.5.1.89-28	mikroskoplar	markasız	5 büyütme biyomikroskop	5 büyütme biyomikroskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
74	253.3.5.1.89-34	mikroskoplar	markasız		araştırma mikroskobu	tıbbi cihaz ve aletler		2
75	253.3.5.1.89-35	mikroskoplar	markasız		biyomikroskop	tıbbi cihaz ve aletler		3
76	253.3.5.1.89-36	mikroskoplar	markasız		binoküler mikroskop	tıbbi cihaz ve aletler		5
77	253.3.5.1.89-37	mikroskoplar	markasız		dijital biyomikroskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
78	253.3.5.1.89-38	mikroskoplar	markasız		beyin cerrahisi ameliyat mikroskobu	tıbbi cihaz ve aletler		1
79	253.3.5.1.89-39	mikroskoplar	markasız		ameliyat mikroskobu	tıbbi cihaz ve aletler		1
80	253.3.5.1.89-50	mikroskoplar	nikon	ci-e	binoküler mikroskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
81	253.3.5.1.89-51	mikroskoplar	topcon	sld701	biyomikroskop	tıbbi cihaz ve aletler		2
82	253.3.5.1.89-53	mikroskoplar	nikon	ni-u	dijital görüntüleme sistemli ikili eğitim başlıklı mikroskobu	tıbbi cihaz ve aletler		1
83	253.3.5.1.9-5	ekg cihazları	markasız		eforlu ekg cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
84	253.3.5.1.9-6	ekg cihazları	markasız		ekg cihazı 6 kanallı 1250	tıbbi cihaz ve aletler		20
85	253.3.5.1.9-7	ekg cihazları	markasız	comen marka	ekg cihazı	tıbbi cihaz ve aletler	13	20
86	253.3.5.1.9-8	ekg cihazları	markasız		eforlu ekg sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
87	253.3.5.1.9-9	ekg cihazları	markasız		ekg cihazı 6 kanal	tıbbi cihaz ve aletler		1
88	253.3.5.1.1.1-1	röntgen cihazı	markasız		flat panel tavan statıflı	tıbbi cihaz ve aletler		1
89	253.3.5.1.1.1-2	röntgen cihazı	markasız		mobıl röntgen cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		6
90	253.3.5.1.1.34-1	görüntü cihazı	markasız		yogun bakım hastabası monitör	tıbbi cihaz ve aletler		8
91	253.3.5.1.1.34-2	görüntü cihazı	markasız		hasta bası monitör	tıbbi cihaz ve aletler		8
92	253.3.5.1.1.8-1	ekg cihazı	markasız		ekg cihazı schiller at-101	tıbbi cihaz ve aletler		1
93	253.3.5.1.1.80-1	laparoskop monitörü	markasız		laparoskop seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
94	253.3.5.1.1.99-4	diğerleri	siemens		mr cihazı omuz coil	tıbbi cihaz ve aletler		1
95	253.3.5.1.1.99-5	diğerleri	markasız		ambulator kan basıncı ölçüm cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
96	253.3.5.1.1.99-6	diğerleri	markasız		dijital toraks aspirasyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1

97	253.3.5.1.1.99-7	diğerleri	markasız	dijital	alkolmetre ve yazıcı	tıbbı cihaz ve aletler		2
98	253.3.5.1.1.99-9	diğerleri	markasız		entegre dijital kamera ve monitörlü portable entübasyon fiberskop	tıbbı cihaz ve aletler		1
99	253.3.5.1.1.99-10	diğerleri	markasız		fiksatif set	tıbbı cihaz ve aletler		2
100	253.3.5.1.1.99-11	diğerleri	markasız	nidek marka al-scan model	optik kohorens biometri	tıbbı cihaz ve aletler		1
101	253.3.5.1.1.99-12	diğerleri	markasız		noninvasive hemoglobin tool sistem	tıbbı cihaz ve aletler		10
102	253.3.5.1.1.99-14	diğerleri	markasız	anestezi-ortopedi	medikal ozon tedavi cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		1
103	253.3.5.1.10.1-1	lateral traksiyon cihazı	arthrex	model 3 point sholdar disk traksiyon system 2017 cihaz ve aksamlarının seri numaraları :ar-1600m, ar-1607g ar-1608g	lateral traksiyon cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		1
104	253.3.5.1.15.1-3	portabil aspirasyon cihazları	markasız	10 lt	aspiratör cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		13
105	253.3.5.1.2.11-1	anal manometre cihazı	markasız		oksijen manometres	tıbbı cihaz ve aletler	10	25
106	253.3.5.2-6	mikro biyoloji ve gen transfer cihazları	markasız		pnömatic tüp sistemi	tıbbı cihaz ve aletler		1
107	253.3.5.2-10	mikro biyoloji ve gen transfer cihazları	bd	mikrobiyoloji birimi	mikrobiyolojik identifikasyon ve antibiyogram sistemi	tıbbı cihaz ve aletler		1
108	253.3.5.4-8	kültür ortam cihazları	markasız		otm.kan kültürü cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		1
109	253.3.5.4-9	kültür ortam cihazları	markasız		plazma eritme	tıbbı cihaz ve aletler		1
110	253.3.5.6.1-1	tansiyon aletleri	markasız		enkaduvar mod. civ.tans.ale	tıbbı cihaz ve aletler		1
111	253.3.5.6.1-2	tansiyon aletleri	markasız	tansiyon aleti	tansiyon aleti	tıbbı cihaz ve aletler	20	45
112	253.3.5.6.1-3	tansiyon aletleri	markasız	tansiyon aleti küçük	tansiyon aleti küçük	tıbbı cihaz ve aletler		2
113	253.3.5.6.1-4	tansiyon aletleri	markasız	tansiyon aleti orta	tansiyon aleti orta	tıbbı cihaz ve aletler		2
114	253.3.5.6.1-5	tansiyon aletleri	markasız	tansiyon aleti büyük	tansiyon aleti büyük	tıbbı cihaz ve aletler		1
115	253.3.5.6.1-6	tansiyon aletleri	markasız		perfect aneroid erişkin	tıbbı cihaz ve aletler	90	100
116	253.3.5.6.1-7	tansiyon aletleri	markasız		perfect aneroid çocuk	tıbbı cihaz ve aletler	13	20
117	253.3.5.6.1-9	tansiyon aletleri	markasız		ambulator tansiyon holteri cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		9
118	253.3.5.6.1-14	tansiyon aletleri	erka		yetişkin tansiyon aleti	tıbbı cihaz ve aletler	48	70
119	253.3.5.6.13-1	ventilatör cihazı	markasız		transport ventilatör cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		2
120	253.3.5.6.13-2	ventilatör cihazı	markasız		ventilatör cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		16
121	253.3.5.6.13-3	ventilatör cihazı	markasız		mr uyumlu transport ventilatör	tıbbı cihaz ve aletler		1
122	253.3.5.6.2-1	stetoskoplar	markasız	steteskop	steteskop	tıbbı cihaz ve aletler	124	150
123	253.3.5.6.2-4	stetoskoplar	markasız		steteskop	tıbbı cihaz ve aletler	25	60
124	253.3.5.6.4-1	otoskoplar	markasız	mobil otoskop cihazı	mobil otoskop cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		1
125	253.3.5.6.4-2	otoskoplar	markasız	reister rimini 3010	mobil otoskop	tıbbı cihaz ve aletler		11
126	253.3.5.6.4-3	otoskoplar	markasız	reister	elektrikli	tıbbı cihaz ve aletler		1

127	253.3.5.6.4-5	otoskoplar	markasız		duvara monte otoskop	tıbbi cihaz ve aletler		5
128	253.3.5.6.4-6	otoskoplar	markasız		otoskop	tıbbi cihaz ve aletler		4
129	253.3.5.6.5-1	oftalmoskoplar	markasız	duvara monte	otoskop-oftalmosko	tıbbi cihaz ve aletler		1
130	253.3.5.6.5-2	oftalmoskoplar	markasız	duvara monte otoskop ve oftalmoskop cihazı	duvara monte otoskop ve oftalmosko p cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		5
131	253.3.5.6.5-3	oftalmoskoplar	markasız	12500-d	ındirekt oftalmosko	tıbbi cihaz ve aletler		1
132	253.3.5.6.5-4	oftalmoskoplar	markasız	oftalmoskop ve otoskop set	oftalmosko p ve otoskop set	tıbbi cihaz ve aletler		4
133	253.3.5.6.5-5	oftalmoskoplar	markasız		zlı oftalmik ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
134	253.3.5.6.6-1	larinoskoplar	markasız		.arınoskop	tıbbi cihaz ve aletler		4
135	253.3.5.6.6-2	larinoskoplar	markasız		.arınoskop seti	tıbbi cihaz ve aletler		5
136	253.3.5.6.6-3	larinoskoplar	markasız		larinosko p seti	tıbbi cihaz ve aletler		34
137	253.3.5.6.6-4	larinoskoplar	markasız	kawe 7376	larinoskop seti	tıbbi cihaz ve aletler		3
138	253.3.5.6.7-1	tromeller	markasız	büyük	tromel	tıbbi cihaz ve aletler		4
139	253.3.5.6.7-2	tromeller	markasız	büyük boy	tromeller	tıbbi cihaz ve aletler		5
140	253.3.5.6.99-1	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		caspar wound spreader for spine	tıbbi cihaz ve aletler		1
141	253.3.5.6.99-2	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		caspar wound spreader for spine	tıbbi cihaz ve aletler		1
142	253.3.5.6.99-3	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		caspar blade -43	tıbbi cihaz ve aletler		1
143	253.3.5.6.99-4	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		caspar blade-57	tıbbi cihaz ve aletler		2
144	253.3.5.6.99-5	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		scoville hook-50	tıbbi cihaz ve aletler		1
145	253.3.5.6.99-6	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		taylor blade-03	tıbbi cihaz ve aletler		2
146	253.3.5.6.99-7	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		scoville blade- 01	tıbbi cihaz ve aletler		1
147	253.3.5.6.99-8	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		taylor blade-04	tıbbi cihaz ve aletler		2
148	253.3.5.6.99-9	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	tontarra		scoville-haverfielo-01	tıbbi cihaz ve aletler		1
149	253.3.5.6.99-10	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		burun muayene	tıbbi cihaz ve aletler		1
150	253.3.5.6.99-11	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		soguk ısı kaynakı.	tıbbi cihaz ve aletler		4
151	253.3.5.6.99-12	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		damar mühürleme aplikatörü	tıbbi cihaz ve aletler		6
152	253.3.5.6.99-13	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kursun önlük	tıbbi cihaz ve aletler		4
153	253.3.5.6.99-14	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		cerrahi koter cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		4
154	253.3.5.6.99-15	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		stapez seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
155	253.3.5.6.99-16	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		gn basın seti	tıbbi cihaz ve aletler		2
156	253.3.5.6.99-17	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		metzemaum makas k/k düz 18cm	tıbbi cihaz ve aletler		10
157	253.3.5.6.99-18	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		bıstırı sapı no : 3 12,5cm	tıbbi cihaz ve aletler		40
158	253.3.5.6.99-19	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		crıle klemp eğrı 16 cm	tıbbi cihaz ve aletler		30

159	253.3.5.6.99-20	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		crile klemp düz 16 cm	tıbbi cihaz ve aletler		30
160	253.3.5.6.99-21	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		standar penset düz dışı 16 cm	tıbbi cihaz ve aletler		30
161	253.3.5.6.99-22	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		standart penset düz dışsız 16 cm	tıbbi cihaz ve aletler		70
162	253.3.5.6.99-23	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mayo makas düz 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		60
163	253.3.5.6.99-24	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		portegu 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		60
164	253.3.5.6.99-25	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tansıl plıka retraktörü	tıbbi cihaz ve aletler		1
165	253.3.5.6.99-26	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tansıl sınıra	tıbbi cihaz ve aletler		1
166	253.3.5.6.99-27	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		sungu penset	tıbbi cihaz ve aletler		3
167	253.3.5.6.99-28	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		batın seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
168	253.3.5.6.99-29	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		apendek tomı seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
169	253.3.5.6.99-30	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		ameliyat lambası	tıbbi cihaz ve aletler		5
170	253.3.5.6.99-31	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		genel cerrahi setleri	tıbbi cihaz ve aletler		1
171	253.3.5.6.99-32	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		alar retraktör	tıbbi cihaz ve aletler		1
172	253.3.5.6.99-33	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		fitik seti	tıbbi cihaz ve aletler		3
173	253.3.5.6.99-34	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		agız açacak blade	tıbbi cihaz ve aletler		4
174	253.3.5.6.99-35	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		bleydli	tıbbi cihaz ve aletler		1
175	253.3.5.6.99-36	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		cerrahi alet kutusu	tıbbi cihaz ve aletler		4
176	253.3.5.6.99-37	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		cerrahi lamba	tıbbi cihaz ve aletler		1
177	253.3.5.6.99-38	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		diapozan hartman	tıbbi cihaz ve aletler		3
178	253.3.5.6.99-39	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		diseksiyon makası	tıbbi cihaz ve aletler		23
179	253.3.5.6.99-40	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		edmoid forsepsı yarıklı	tıbbi cihaz ve aletler		1
180	253.3.5.6.99-41	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		çivili baslık ve halo ekartör	tıbbi cihaz ve aletler		1
181	253.3.5.6.99-42	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		morsellato	tıbbi cihaz ve aletler		1
182	253.3.5.6.99-43	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		genel cerrahi amaçlı .aparoskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
183	253.3.5.6.99-44	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kan ve serum ısıtma	tıbbi cihaz ve aletler		3
184	253.3.5.6.99-45	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		elektro cerrahi enerji platformu	tıbbi cihaz ve aletler		2
185	253.3.5.6.99-46	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		argongazlı elektro cerrahi testi	tıbbi cihaz ve aletler		1
186	253.3.5.6.99-47	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		ameliyat lambası mobil	tıbbi cihaz ve aletler		3
187	253.3.5.6.99-48	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		yüksek frekanslı kuagulatör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1

188	253.3.5.6.99-49	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		aktif ablasyon sistemi	tıbbı cihaz ve aletler		1
189	253.3.5.6.99-50	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		servikal setı	tıbbı cihaz ve aletler		1
190	253.3.5.6.99-51	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		lomber setı	tıbbı cihaz ve aletler		1
191	253.3.5.6.99-52	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		crantaset	tıbbı cihaz ve aletler		1
192	253.3.5.6.99-53	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		ebdarterec tomı setı	tıbbı cihaz ve aletler		1
193	253.3.5.6.99-54	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mıkro setı	tıbbı cihaz ve aletler		1
194	253.3.5.6.99-55	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		ameliyat lambası akülü mobil	tıbbı cihaz ve aletler		
195	253.3.5.6.99-56	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		transsfeno dal setı	tıbbı cihaz ve aletler		1
196	253.3.5.6.99-57	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		bıplar set	tıbbı cihaz ve aletler		1
197	253.3.5.6.99-58	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kolonoskopı cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		1
198	253.3.5.6.99-59	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		monopolar yüksek frekans kablosu	tıbbı cihaz ve aletler		1
199	253.3.5.6.99-60	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		makro ıgne tutucu q5 mm	tıbbı cihaz ve aletler		1
200	253.3.5.6.99-61	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		click line makas 5 mm	tıbbı cihaz ve aletler		1
201	253.3.5.6.99-62	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		langenbeck ekar.85x15m m 21,5 c	tıbbı cihaz ve aletler		5
202	253.3.5.6.99-63	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tel sepet 405x255x100m m	tıbbı cihaz ve aletler		2
203	253.3.5.6.99-64	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		konteyner bar.465x280x 150mm	tıbbı cihaz ve aletler		2
204	253.3.5.6.99-65	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		holzbach bat.ekart. komple	tıbbı cihaz ve aletler		1
205	253.3.5.6.99-66	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		beckmann eatın ot.ekar 32	tıbbı cihaz ve aletler		1
206	253.3.5.6.99-67	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		meyerding ot.ekart 26x50 mm 17	tıbbı cihaz ve aletler		1
207	253.3.5.6.99-68	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kocher langenbeck ekart 25x6 mm	tıbbı cihaz ve aletler		1
208	253.3.5.6.99-69	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		ısrail ekartör 53x62 mm 25,5 cm	tıbbı cihaz ve aletler		1
209	253.3.5.6.99-70	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		hıbbıs ekartör 76x25 mm 23,5 cm	tıbbı cihaz ve aletler		1
210	253.3.5.6.99-71	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		parker ekartör 22x 15 mm 13,5c	tıbbı cihaz ve aletler		1
211	253.3.5.6.99-72	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		.angen beck green ekar 16x16 mm 1	tıbbı cihaz ve aletler		1
212	253.3.5.6.99-73	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		senn miller ekart sıvrı 22x7 mm	tıbbı cihaz ve aletler		1
213	253.3.5.6.99-74	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		luca ekrıtor 14 cm	tıbbı cihaz ve aletler		1
214	253.3.5.6.99-75	diğer cerrahı amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		graefe sınır ekartoru 14 cm	tıbbı cihaz ve aletler		1

215	253.3.5.6.99-76	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		plester aspir ucu 3 mm 19,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
216	253.3.5.6.99-77	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		plester aspir ucu 2,5mm 19,5 c	tıbbi cihaz ve aletler		1
217	253.3.5.6.99-78	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		plester aspir ucu 2 mm 19,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
218	253.3.5.6.99-79	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		de bakey hım portegu23 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
219	253.3.5.6.99-80	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		hegar hm 24,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
220	253.3.5.6.99-81	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		lazar mikro penset 5 mm 15.5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
221	253.3.5.6.99-82	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		oyucu matkap 6 mm 40 cm	tıbbi cihaz ve aletler		
222	253.3.5.6.99-83	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kuntscher oyucu 10 mm 26 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
223	253.3.5.6.99-84	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		plak tutucu 20 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
224	253.3.5.6.99-85	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		derinlik ölçer 22 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
225	253.3.5.6.99-86	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tornavida sapı 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
226	253.3.5.6.99-87	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tornavida basık 8 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
227	253.3.5.6.99-88	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tornavida 6 gen 7 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
228	253.3.5.6.99-89	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tornavida 25 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
229	253.3.5.6.99-90	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tornavida 20 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
230	253.3.5.6.99-91	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		greft alıcı 8 mm 17 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
231	253.3.5.6.99-92	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		perthesoyu cu 21,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
232	253.3.5.6.99-93	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		gıgılı tes.sap1	tıbbi cihaz ve aletler		2
233	253.3.5.6.99-94	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		gıgılı telı 40 cm	tıbbi cihaz ve aletler		5
234	253.3.5.6.99-95	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tel tut. pensı 17 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
235	253.3.5.6.99-96	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tel tut.pensı 13	tıbbi cihaz ve aletler		1
236	253.3.5.6.99-97	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tap 3,5 mm 17 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
237	253.3.5.6.99-98	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		tap2,7 mm 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
238	253.3.5.6.99-99	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		landolt ronjur 9 mm 20 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
239	253.3.5.6.99-100	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		love gruenvald ronjur 3 x10 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
240	253.3.5.6.99-101	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerison panc 5 mm 18	tıbbi cihaz ve aletler		2
241	253.3.5.6.99-102	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerison panc 4 mm 18	tıbbi cihaz ve aletler		1
242	253.3.5.6.99-103	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerison panc 3 mm 18	tıbbi cihaz ve aletler		3
243	253.3.5.6.99-104	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerison panc 2 mm 18	tıbbi cihaz ve aletler		2

244	253.3.5.6.99-105	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerrison panc 1 mm 18 cm	tibbi cihaz ve aletler		1
245	253.3.5.6.99-106	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		cloward oto ekartör 25	tibbi cihaz ve aletler		1
246	253.3.5.6.99-107	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mikro tutucu ince 14 cm	tibbi cihaz ve aletler		1
247	253.3.5.6.99-108	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		bısturi sapı yatay 3 no 21 cm	tibbi cihaz ve aletler		1
248	253.3.5.6.99-109	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		yasargil mikro disk 18,5	tibbi cihaz ve aletler		1
249	253.3.5.6.99-110	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mikro huk 23 cm	tibbi cihaz ve aletler		1
250	253.3.5.6.99-111	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mikro disektör 23 cm	tibbi cihaz ve aletler		1
251	253.3.5.6.99-112	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		caspar 4,5 mm 23 cm	tibbi cihaz ve aletler		1
252	253.3.5.6.99-113	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		caspar raspa 1 mm	tibbi cihaz ve aletler		1
253	253.3.5.6.99-114	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mikro disektör 3 mm 18,5 cm	tibbi cihaz ve aletler		1
254	253.3.5.6.99-115	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		rdr- at200b dvd kayıt cihazı	tibbi cihaz ve aletler		1
255	253.3.5.6.99-116	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	ams marka rw 100	radyon ısıtıcı	tibbi cihaz ve aletler		1
256	253.3.5.6.99-117	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	versajet		hidrocerra hi sistemi	tibbi cihaz ve aletler		1
257	253.3.5.6.99-118	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	prizmatik loupe	gözlük çerçevesi	tibbi cihaz ve aletler		4
258	253.3.5.6.99-119	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	5 proba birlikte	dokusealing axs aplikatörü	tibbi cihaz ve aletler		1
259	253.3.5.6.99-120	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	28 cm	metnezbaum scsors	tibbi cihaz ve aletler		6
260	253.3.5.6.99-121	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	14,5 cm	scissors bl/sh str	tibbi cihaz ve aletler		5
261	253.3.5.6.99-122	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	50 cm	ruler metal graduated	tibbi cihaz ve aletler		1
262	253.3.5.6.99-123	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		wertheim clamp forceps st.	tibbi cihaz ve aletler		2
263	253.3.5.6.99-124	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		overholt geisendoer fer fig 6	tibbi cihaz ve aletler		5
264	253.3.5.6.99-125	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	20 cm	forceps tissue 1*2 t	tibbi cihaz ve aletler		3
265	253.3.5.6.99-126	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	32 cm	kelly polyp foreeps	tibbi cihaz ve aletler		4
266	253.3.5.6.99-127	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		gross maser forceps	tibbi cihaz ve aletler		3
267	253.3.5.6.99-128	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	64*76 mm	kelly grip retractor	tibbi cihaz ve aletler		2
268	253.3.5.6.99-129	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	70*82	kelly grip retractör	tibbi cihaz ve aletler		2
269	253.3.5.6.99-130	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	75*33 mm	ribbon retractor	tibbi cihaz ve aletler		2
270	253.3.5.6.99-132	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	120*50 mm	mikulicz retr.	tibbi cihaz ve aletler		4
271	253.3.5.6.99-133	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	190*38 mm	kelly retractör 27 cm	tibbi cihaz ve aletler		2
272	253.3.5.6.99-134	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mayo hegar needlehold er	tibbi cihaz ve aletler		4
273	253.3.5.6.99-135	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	ch 20,15	catheder metal female	tibbi cihaz ve aletler		2

274	253.3.5.6.99-136	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	25 cm	schroeder fors	tıbbi cihaz ve aletler		2
275	253.3.5.6.99-137	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kallmorgen spectret fig 1	tıbbi cihaz ve aletler		1
276	253.3.5.6.99-138	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kallmorgen spectretr fig 2	tıbbi cihaz ve aletler		1
277	253.3.5.6.99-139	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		o derece yetişkin teleskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
278	253.3.5.6.99-140	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		o derece çocuk teleskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
279	253.3.5.6.99-141	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		30 derece teleskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
280	253.3.5.6.99-142	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		70 derece teleskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
281	253.3.5.6.99-143	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	rz	bipolar forceps tesflon kaplı non-stick	tıbbi cihaz ve aletler		4
282	253.3.5.6.99-145	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mikro cerrahi set	tıbbi cihaz ve aletler		1
283	253.3.5.6.99-146	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		beyin cerrahi el aletleri	tıbbi cihaz ve aletler		1
284	253.3.5.6.99-147	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		vajinal histerektomi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
285	253.3.5.6.99-148	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		akıllı hemşire sistem	tıbbi cihaz ve aletler		1
286	253.3.5.6.99-149	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		mitral valf retraktör seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
287	253.3.5.6.99-150	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		safen çıkarma set	tıbbi cihaz ve aletler		1
288	253.3.5.6.99-151	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		elektrikli motor medium aplikatör	tıbbi cihaz ve aletler		1
289	253.3.5.6.99-152	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		elektrikli motor ataçmanı	tıbbi cihaz ve aletler		2
290	253.3.5.6.99-153	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	30*20	tedavi tepsisi	tıbbi cihaz ve aletler	14	15
291	253.3.5.6.99-154	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	beyin cerrahi	kafa iç basınç ölçüm cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
292	253.3.5.6.99-156	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	bistüri,düz makas,eğri makas,portegü,h emostatik pens, pense	ortopedi cerrahi set	tıbbi cihaz ve aletler		1
293	253.3.5.6.99-157	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerrison 2mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
294	253.3.5.6.99-158	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerrison 3mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
295	253.3.5.6.99-159	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerrison 4mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
296	253.3.5.6.99-160	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız		kerrison 5mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
297	253.3.5.6.99-161	diğer cerrahi amaçlı kullanılan cihaz ve aletler	markasız	üroloji-genel cerrahi	laparoskopik portekü	tıbbi cihaz ve aletler		2
298	253.3.5.7-1	cildiye-puva teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	leofarma	ayaklı loop lambası	tıbbi cihaz ve aletler		2
299	253.3.5.7-2	cildiye-puva teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	leofarma	wood lambası	tıbbi cihaz ve aletler		1
300	253.3.5.7-3	cildiye-puva teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		puva darbant uvb kombine tedacı cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		1
301	253.3.5.7-4	cildiye-puva teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	cildiye	dermatolojik kullanıma uygun radyo cerrahi ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
302	253.3.5.7-5	cildiye-puva teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	cildiye	binoküler laboratuva	tıbbi cihaz ve aletler		1

303	253.3.5.9-2	fizik tedavi ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		fizik tedavi ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
304	253.3.5.9-3	fizik tedavi ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	walkbot	walkbot s modeli	erişkinler için hasta yüklemekoşu bandı destekli robotik yürüme rehabilitasyon sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
305	253.3.5.11-1	3öğüs hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız	carefus markamasters fft model	solunum fonksiyon tes sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
306	253.3.5.11-3	göğüs hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		göğüs cerrahisi el aletleri	tıbbi cihaz ve aletler		1
307	253.3.5.12.1-2	gözlük deneme kutusu	markasız	metal	deneme çerçevesi	tıbbi cihaz ve aletler		2
308	253.3.5.12.1-10	gözlük deneme kutusu	markasız	1901200001	nonkontakt tonometre	tıbbi cihaz ve aletler		1
309	253.3.5.12.1-13	gözlük deneme kutusu	markasız		gözlük kutusu ve çerçevesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
310	253.3.5.12.1-14	gözlük deneme kutusu	markasız		gözlük deneme kutusu	tıbbi cihaz ve aletler		1
311	253.3.5.12.2-1	şaşılık prizması cihazı	markasız		şaşılık seti göz cerrahisi	tıbbi cihaz ve aletler		1
312	253.3.5.12.2-2	şaşılık prizması cihazı	markasız		şaşılık prizması cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
313	253.3.5.12.4-1	skiyaskopi cetveli	markasız		skiyaskopi cetveli	tıbbi cihaz ve aletler		1
314	253.3.5.13-1	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		tımpanometri	tıbbi cihaz ve aletler		1
315	253.3.5.13-2	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		odyometri	tıbbi cihaz ve aletler		1
316	253.3.5.13-3	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		endivizyon sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
317	253.3.5.13-4	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		endovizyon seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
318	253.3.5.13-5	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		kbb çekmeceli ünite	tıbbi cihaz ve aletler		1
319	253.3.5.13-6	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		transver ostetemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
320	253.3.5.13-7	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		bone currette volkmann küçük	tıbbi cihaz ve aletler		1
321	253.3.5.13-8	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		keskin disektör fraer yasangil tıp	tıbbi cihaz ve aletler		1
322	253.3.5.13-9	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		deriçengel	tıbbi cihaz ve aletler		4
323	253.3.5.13-10	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		larinks biopsi pens saftlı	tıbbi cihaz ve aletler		2
324	253.3.5.13-11	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		burun sırtı rekraktörü aufricht tıp	tıbbi cihaz ve aletler		1
325	253.3.5.13-12	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		kbb endivizyon seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
326	253.3.5.13-13	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		kulak müdahale seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
327	253.3.5.13-14	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		kulak seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
328	253.3.5.13-15	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		agız ve tonsil seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
329	253.3.5.13-16	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		larinks seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
330	253.3.5.13-17	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		burun seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
331	253.3.5.13-18	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		troid seti	tıbbi cihaz ve aletler		3
332	253.3.5.13-19	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		burun kemik törpüsü raspa	tıbbi cihaz ve aletler		1
333	253.3.5.13-20	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		edmoid forseps watson willers	tıbbi cihaz ve aletler		1
334	253.3.5.13-21	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		trakeol dilatör laberde tıp	tıbbi cihaz ve aletler		1
335	253.3.5.13-22	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		universal handle larynx biopsi pens	tıbbi cihaz ve aletler		1

336	253.3.5.13-23	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		tansıl arter pensı	tıbbi cihaz ve aletler		6
337	253.3.5.13-24	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		buson küretı	tıbbi cihaz ve aletler		6
338	253.3.5.13-25	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		burun spekulumu	tıbbi cihaz ve aletler		15
339	253.3.5.13-27	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		alın ışık kaynağı	tıbbi cihaz ve aletler		2
340	253.3.5.13-28	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	40 lt	cerrahi aspiratör vacuson	tıbbi cihaz ve aletler		1
341	253.3.5.13-29	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		skeeter otoloji drill sistem	tıbbi cihaz ve aletler		1
342	253.3.5.13-30	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	kbb de kullanılıyor	zeiss opmi vario 700 kb ameliyat mikroskobu	tıbbi cihaz ve aletler		1
343	253.3.5.13-31	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		kbb baş boyun cerrahi set	tıbbi cihaz ve aletler		1
344	253.3.5.13-32	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	odyometri	operatör odası tek hasta odası çift cidarlı sessiz kabin	tıbbi cihaz ve aletler		1
345	253.3.5.13-33	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	interacoustics	ep25 eclipse	abr cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
346	253.3.5.13-34	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	interacoustics	at235h	otomatik timpanomet re	tıbbi cihaz ve aletler		1
347	253.3.5.13-35	kbb hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	interacoustics	ac40	klirik tipi odyomedre	tıbbi cihaz ve aletler		1
348	253.3.5.14-1	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		makas	tıbbi cihaz ve aletler		25
349	253.3.5.14-2	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		bısturu sap	tıbbi cihaz ve aletler		18
350	253.3.5.14-3	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		konteynır	tıbbi cihaz ve aletler		1
351	253.3.5.14-4	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		jinekolojik ve ürolojik amaçlı masa	tıbbi cihaz ve aletler		1
352	253.3.5.14-5	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		hsg seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
353	253.3.5.14-6	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		henly	tıbbi cihaz ve aletler		15
354	253.3.5.14-7	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		protein denaturizasyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
355	253.3.5.14-8	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		kelly grip retractör 51 x64 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
356	253.3.5.14-9	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		hook	tıbbi cihaz ve aletler		1
357	253.3.5.14-10	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		vajinal biyopsi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
358	253.3.5.14-11	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		koh makro ıgnütücü	tıbbi cihaz ve aletler		1
359	253.3.5.14-12	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		click line siseksiyon forsepsı	tıbbi cihaz ve aletler		2
360	253.3.5.14-13	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		sezeryan seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
361	253.3.5.14-14	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		abdominal histerektomi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
362	253.3.5.14-18	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	kadın doğum	rahim ağzı kanserlerin in ve kansere eğilimli dokuların teşhisi ve haritalama	tıbbi cihaz ve aletler		1
363	253.3.5.14-19	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	kadın doğum	portatif endoskopik hd kamera sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
364	253.3.5.14-20	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız	kadın doğum	antepartum fetal monitör	tıbbi cihaz ve aletler		1
365	253.3.5.14-21	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	tontarra		kadın doğum seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
366	253.3.5.14-22	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız	kadın doğum	ofishistero skopi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
367	253.3.5.14-23	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız	marka:natus apm2	nst cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1

368	253.3.5.14-25	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	richard wolf		wolf-000043 secufix uterlis manipilatör set	tıbbi cihaz ve aletler		1
369	253.3.5.14-26	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve	wolf		laparoskop k modüler portegü	tıbbi cihaz ve aletler		1
370	253.3.5.14-27	kadın hastalıkları teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	marka tantorro seri no:1706ce0800/hdc907-101	hysterosco pe sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
371	253.3.5.15-1	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		el dopleri	tıbbi cihaz ve aletler		1
372	253.3.5.15-2	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		tasınabilir renkli doppler eko	tıbbi cihaz ve aletler		1
373	253.3.5.15-3	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		ritim holteri	tıbbi cihaz ve aletler		4
374	253.3.5.15-4	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		anjyio cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		1
375	253.3.5.15-5	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	siemens		anjyio cihaz ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
376	253.3.5.15-6	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		ultrasonik 3örüntülem e cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
377	253.3.5.15-7	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız		renkli doopler ekokardiyoy	tıbbi cihaz ve aletler		1
378	53.3.5.15-8	kardiyoloji-anjiyo teşhis ve tedavi cihaz ve	markasız	kardiyoloji servisi	elektrofizyoloji sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		
379	253.3.5.16-1	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		3 kısım 1-ultrasonik taşkıırma cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		
380	253.3.5.16-2	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		endoüroloji seti	tıbbi cihaz ve aletler		
381	253.3.5.16-3	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		flexible urs	tıbbi cihaz ve aletler		
382	253.3.5.16-4	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		üroloji kamera sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		
383	253.3.5.16-5	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		çift çalışma kanallı fleksible	tıbbi cihaz ve aletler		
384	253.3.5.16-6	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		eswl cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		
385	253.3.5.16-7	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		medistinoskop opti seti	tıbbi cihaz ve aletler		
386	253.3.5.16-8	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		radylusen röntgen ve ameliyat masası	tıbbi cihaz ve aletler		
387	253.3.5.16-9	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	üroloji	üroloji cerrahi el aletleri set	tıbbi cihaz ve aletler		
388	253.3.5.16-10	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		ultrasonik rezidü idrar ölçüm cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		
389	253.3.5.16-11	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	üroloji	micro perc mikro pcnl sistemi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		
390	253.3.5.16-12	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	wolfmarka	rezektoskop p 30 derece optik	tıbbi cihaz ve aletler		
391	253.3.5.16-13	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	üroloji	rezektoskop p shaft	tıbbi cihaz ve aletler		
392	253.3.5.16-14	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	arılar	(gyrus marka ile uyumlu)	rezektoskop p seti	tıbbi cihaz ve aletler		
393	253.3.5.16-15	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	wolf		video fleksible ureterorenoskop	tıbbi cihaz ve aletler		

394	253.3.5.16-16	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	wolf		flexible ureterones kop	tıbbı cihaz ve aletler		
395	253.3.5.16-17	üroloji-taşkıırma ünitesi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	elmed	vbp-001	ultrasonik pnömatik taşkıırma cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		
396	253.3.5.17-1	nükleer tıp teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		spect/bt (gama kamera /bilgisayarlı tomografi) hibrid görüntüleme sistemi	tıbbı cihaz ve aletler		
397	253.3.5.17-2	nükleer tıp teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız	varinak (onkoloji)	lineer akseleratör ve ek donanımlar	tıbbı cihaz ve aletler		
398	253.3.5.18-1	radasyon onkolojisi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		radiofrekans cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		
399	253.3.5.18-2	radasyon onkolojisi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		dijital mamografi	tıbbı cihaz ve aletler		
400	253.3.5.18-3	radasyon onkolojisi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	fujifilm		bilgisayarlı radyoloji cr sistemi	tıbbı cihaz ve aletler		
401	253.3.5.19-1	çocuk servisi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		çocuk cerrahı set	tıbbı cihaz ve aletler		
402	253.3.5.19-2	çocuk servisi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		holtain skinfoltaç per	tıbbı cihaz ve aletler		
403	253.3.5.19-3	çocuk servisi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		çocuk sisteskolpa riekleri	tıbbı cihaz ve aletler		
404	253.3.5.19-4	çocuk servisi teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		yenidoğan hijyenik klima, hava kanalları ve hepafiltre sistemi ile cihazları	tıbbı cihaz ve aletler		
405	253.3.5.20-4	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		4 mm tissue micro arrayer kit mega	tıbbı cihaz ve aletler		
406	253.3.5.20-5	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		3 mm tissue micro arrayer kit mega	tıbbı cihaz ve aletler		
407	253.3.5.20-6	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		kit saklama dolabı	tıbbı cihaz ve aletler		
408	253.3.5.20-7	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		real time pcr cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		
409	253.3.5.20-8	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		ımmunohisto kimya cihazı bond max	tıbbı cihaz ve aletler		
410	253.3.5.20-9	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		para trimer	tıbbı cihaz ve aletler		
411	253.3.5.20-10	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		sitosantrif üj cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		
412	253.3.5.20-11	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		parafin su bayosu	tıbbı cihaz ve aletler		
413	253.3.5.20-12	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		tam motorize rotary mikrotom	tıbbı cihaz ve aletler		
414	253.3.5.20-13	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		otomatik boyama ve otomatik lam	tıbbı cihaz ve aletler		
415	253.3.5.20-14	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		makroskopı odası	tıbbı cihaz ve aletler		
416	253.3.5.20-15	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		parafin su banyosu	tıbbı cihaz ve aletler		
417	253.3.5.20-16	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		doku takıp cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		
418	253.3.5.20-17	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		doku görme cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		
419	253.3.5.20-18	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		rötar mikrotom cihaz	tıbbı cihaz ve aletler		
420	253.3.5.20-19	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		otomatik sıvı bazlı sitoloji cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		
421	253.3.5.20-20	patoloji teşhis ve tedavi cihaz ve aletleri	markasız		mikro pipet	tıbbı cihaz ve aletler		
422	253.3.5.21-1	kan bankası cihazları	markasız		kan saklama dolabı	tıbbı cihaz ve aletler		1
423	253.3.5.21-2	kan bankası cihazları	markasız		kan alma çalkalama cihazı	tıbbı cihaz ve aletler		1

424	253.3.5.22-2	biyolojik araştırmada kullanılan cihaz ve aletler	markasız	vortex cihazı	vortex cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
425	253.3.5.22-55	biyolojik araştırmada kullanılan cihaz ve aletler	markasız		distile su cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
426	253.3.5.22-56	biyolojik araştırmada kullanılan cihaz ve aletler	markasız		ph-metre	tıbbi cihaz ve aletler		1
427	253.3.5.22-57	biyolojik araştırmada kullanılan cihaz ve aletler	markasız		otomatik pipet	tıbbi cihaz ve aletler		1
428	253.3.5.22-58	biyolojik araştırmada kullanılan cihaz ve aletler	markasız		vortex	tıbbi cihaz ve aletler		1
429	253.3.5.99-13	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	bowel klemp	bowel klemp	tıbbi cihaz ve aletler		1
430	253.3.5.99-14	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	makas.	makas.	tıbbi cihaz ve aletler		1
431	253.3.5.99-15	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	kanca makas	kanca makas	tıbbi cihaz ve aletler		1
432	253.3.5.99-17	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	klemp.	klemp.	tıbbi cihaz ve aletler		11
433	253.3.5.99-20	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	large clips s3k3c3c3	absorbe olmayan	tıbbi cihaz ve aletler		1
434	253.3.5.99-21	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	endoskopik ligasyon clips aplikat3r3c3	absorbe olmayan	tıbbi cihaz ve aletler		1
435	253.3.5.99-22	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	oynar başlıklı	v3c3t temizleme cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		5
436	253.3.5.99-23	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		s3c3rekli renal replasman	tıbbi cihaz ve aletler		1
437	253.3.5.99-24	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		enteral beslenme pompası	tıbbi cihaz ve aletler		5
438	253.3.5.99-25	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		aqua ro/mobil su sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
439	253.3.5.99-26	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sınır monit3r3z3s3 yonn cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
440	253.3.5.99-27	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tur motoru ve mikrodebrid er sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
441	253.3.5.99-28	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		head kamera	tıbbi cihaz ve aletler		1
442	253.3.5.99-29	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		operasyon lup 3,5	tıbbi cihaz ve aletler		3
443	253.3.5.99-30	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		masaya monte rekrat3r seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
444	253.3.5.99-31	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		elektro konv3l3s3f terapi	tıbbi cihaz ve aletler		1
445	253.3.5.99-32	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cerrah3 planlama ve g3r3s3m sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
446	253.3.5.99-33	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		del3c3 kes3c3c3 motor	tıbbi cihaz ve aletler		2
447	253.3.5.99-34	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		g3c3z cerrah3s3 vitrektomi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
448	253.3.5.99-35	diğer ihtisas b3l3mlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tasınabilir tonometre	tıbbi cihaz ve aletler		1

449	253.3.5.99-36	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fotokoagül asyon argon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
450	253.3.5.99-37	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		krio cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
451	253.3.5.99-38	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		chart projektör bilgisayarlı	tıbbi cihaz ve aletler		1
452	253.3.5.99-39	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pakimetri	tıbbi cihaz ve aletler		1
453	253.3.5.99-40	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kalp akciğer	tıbbi cihaz ve aletler		1
454	253.3.5.99-41	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıyap st cihazı.	tıbbi cihaz ve aletler		2
455	253.3.5.99-42	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		5 işlevli elekt.otomot turnike cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
456	253.3.5.99-43	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rotary mikrotom cihazı.	tıbbi cihaz ve aletler		1
457	253.3.5.99-44	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		slayt/lam yazıcı cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
458	253.3.5.99-45	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kaset printer cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
459	253.3.5.99-46	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hasta ısıtma cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		5
460	253.3.5.99-47	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sternom amaçlı bataryalı ve	tıbbi cihaz ve aletler		2
461	253.3.5.99-48	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		alın lambas	tıbbi cihaz ve aletler		4
462	253.3.5.99-49	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		varis lazeri cihazına uyumlu transkütan probu	tıbbi cihaz ve aletler		1
463	253.3.5.99-50	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pacemaker cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		4
464	253.3.5.99-51	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		holmium lazer cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
465	253.3.5.99-52	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		s3 kalp akciğer makinesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
466	253.3.5.99-53	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sensör seti	tıbbi cihaz ve aletler		2
467	253.3.5.99-54	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ajitatörlü trombosit inkübatörü	tıbbi cihaz ve aletler		1
468	253.3.5.99-55	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		masaüstü soğutmalı santrifüj cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
469	253.3.5.99-56	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ilk müdahale seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
470	253.3.5.99-57	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		temel kalp seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
471	253.3.5.99-59	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		temel damar seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
472	253.3.5.99-60	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		varis seti	tıbbi cihaz ve aletler		1

473	253.3.5.99-61	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pansuman seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
474	253.3.5.99-63	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		koroner arter baypass destek seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
475	253.3.5.99-65	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		toraks seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
476	253.3.5.99-66	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dermatoloj elektrokot er cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
477	253.3.5.99-67	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıyopsı eksizyon amaçlı cerrahi	tıbbi cihaz ve aletler		1
478	253.3.5.99-68	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sıvı azot muhafaza ve aktarma	tıbbi cihaz ve aletler		1
479	253.3.5.99-69	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		el dermatosko pu	tıbbi cihaz ve aletler		2
480	253.3.5.99-70	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dermatoloj k amaçlı portable cryo	tıbbi cihaz ve aletler		2
481	253.3.5.99-71	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		oksijen jakı	tıbbi cihaz ve aletler	100	100
482	253.3.5.99-72	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		damar görüntüleme cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
483	253.3.5.99-73	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		yıkama kontrol ünitesi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
484	253.3.5.99-74	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		endovenöz varis lazeri ceralase 15	tıbbi cihaz ve aletler		1
485	253.3.5.99-75	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		serebal somatik oksimetre cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
486	253.3.5.99-76	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kalp destek cihazı ıap- 0500 autocat 2	tıbbi cihaz ve aletler		4
487	253.3.5.99-77	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cuza exel sterilizasyon elcek	tıbbi cihaz ve aletler		1
488	253.3.5.99-78	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cuza exel sterilizasyon konteynır	tıbbi cihaz ve aletler		1
489	253.3.5.99-79	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cuza exel handpice	tıbbi cihaz ve aletler		1
490	253.3.5.99-80	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		act cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
491	253.3.5.99-81	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kablosuz mobil alçı kesme makinası	tıbbi cihaz ve aletler		2
492	253.3.5.99-82	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		poly carbonate sterilization tray	tıbbi cihaz ve aletler		4
493	253.3.5.99-83	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ırs scissors straight 9	tıbbi cihaz ve aletler		4
494	253.3.5.99-85	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		nagara phacochoopper	tıbbi cihaz ve aletler		4
495	253.3.5.99-86	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kuglen hook	tıbbi cihaz ve aletler		4
496	253.3.5.99-87	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		wescott tenotomy scissors	tıbbi cihaz ve aletler		4

497	253.3.5.99-88	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		gılls-vannas capsulotom	tıbbi cihaz ve aletler		8
498	253.3.5.99-89	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		barraquer needle holder,extr a fine	tıbbi cihaz ve aletler		4
499	253.3.5.99-90	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mcperson tying forceps	tıbbi cihaz ve aletler		4
500	253.3.5.99-91	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		temoral nasal eye speculum	tıbbi cihaz ve aletler		4
501	253.3.5.99-92	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		utrata capsulorhexis forceps	tıbbi cihaz ve aletler		8
502	253.3.5.99-93	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		colibri corneal forceps	tıbbi cihaz ve aletler		4
503	253.3.5.99-94	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		derece	tıbbi cihaz ve aletler	23	25
504	253.3.5.99-95	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		çivili başlık oturur pozisyon ve bağlantısı	tıbbi cihaz ve aletler		1
505	253.3.5.99-96	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		perkütan dissektomı forcepsı	tıbbi cihaz ve aletler		2
506	253.3.5.99-97	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		yüksek devirli elektrikli motor	tıbbi cihaz ve aletler		4
507	253.3.5.99-98	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		emg/ ep cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
508	253.3.5.99-99	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uyku odası tek yataklı	tıbbi cihaz ve aletler		1
509	253.3.5.99-100	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		eeg cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
510	253.3.5.99-101	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		elektronik yüksek devirli cerrahı	tıbbi cihaz ve aletler		1
511	253.3.5.99-102	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		parmak tıbbi pulsoksımetrı cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
512	253.3.5.99-103	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cope pleural	tıbbi cihaz ve aletler		1
513	253.3.5.99-105	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sentör seti	tıbbi cihaz ve aletler		2
514	253.3.5.99-106	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		motilite cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
515	253.3.5.99-107	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		video gastroskop ı cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
516	253.3.5.99-108	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vitrektomı ve fako cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
517	253.3.5.99-109	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		usg cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
518	253.3.5.99-110	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		radyan ısıtıcı açık yatak	tıbbi cihaz ve aletler		4
519	253.3.5.99-111	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mr uyumlu hastabası monitörü	tıbbi cihaz ve aletler		1
520	253.3.5.99-112	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		yogun bakım küüzü	tıbbi cihaz ve aletler		4

521	253.3.5.99-113	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fototerapi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		6
522	253.3.5.99-114	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		nörosirurji cerrahi aletleri	tıbbi cihaz ve aletler		1
523	253.3.5.99-115	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fetal monitör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		4
524	253.3.5.99-116	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		anestezi zor entübasyon	tıbbi cihaz ve aletler		1
525	253.3.5.99-117	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		biyolojik inkübatör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
526	253.3.5.99-118	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		elektronik test sistem cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
527	253.3.5.99-119	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		video endoskopi sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		2
528	253.3.5.99-120	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	draeger		hastabası monitörler	tıbbi cihaz ve aletler		90
529	253.3.5.99-121	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		puse oksimetre cihazı	tıbbi cihaz ve aletler	15	25
530	253.3.5.99-122	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uroflowmet re sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
531	253.3.5.99-123	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tunnel seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
532	253.3.5.99-124	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dopler sistemli hemorid cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
533	253.3.5.99-125	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum regülatörü	tıbbi cihaz ve aletler	420	450
534	253.3.5.99-126	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum kavanozu	tıbbi cihaz ve aletler	420	450
535	253.3.5.99-127	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum jakı	tıbbi cihaz ve aletler	420	450
536	253.3.5.99-128	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum sistemi çiftli disposable	tıbbi cihaz ve aletler	20	20
537	253.3.5.99-129	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hava4 bar jakı	tıbbi cihaz ve aletler	130	130
538	253.3.5.99-130	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		besli eğitim atasmanlı araştırma	tıbbi cihaz ve aletler		1
539	253.3.5.99-131	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fluoresan ataçmanlı ve ıkılı	tıbbi cihaz ve aletler		1
540	253.3.5.99-132	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cctv dijital kamera	tıbbi cihaz ve aletler		1
541	253.3.5.99-133	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		etüv inkübatör cihazı1	tıbbi cihaz ve aletler		2
542	253.3.5.99-134	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fako katarakt set göz cerrahisi	tıbbi cihaz ve aletler		1
543	253.3.5.99-135	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dsr seti göz	tıbbi cihaz ve aletler		1
544	253.3.5.99-136	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		decolmen seti göz cerrahisi	tıbbi cihaz ve aletler		1

545	253.3.5.99-137	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		chalazion seti göz cerrahısı	tıbbi cihaz ve aletler		1
546	253.3.5.99-138	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		merkezî sterilizasyon ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
547	253.3.5.99-139	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ameliyat lambası kamera hazırlıklı	tıbbi cihaz ve aletler		1
548	253.3.5.99-140	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ameliyat lambası kameralı	tıbbi cihaz ve aletler		2
549	253.3.5.99-141	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		transport küvöz ventilatörlü	tıbbi cihaz ve aletler		2
550	253.3.5.99-142	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dijital kemik dansitometre	tıbbi cihaz ve aletler		1
551	253.3.5.99-143	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		unip-790a elastografy için ip board	tıbbi cihaz ve aletler		1
552	253.3.5.99-144	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		usel-790a elastografy ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
553	253.3.5.99-145	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	toshiba		usmp-790a micropure ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
554	253.3.5.99-146	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	toshiba		premium renkli dijital	tıbbi cihaz ve aletler		1
555	253.3.5.99-147	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dijital flat panel	tıbbi cihaz ve aletler		2
556	253.3.5.99-148	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		airflow termistörün/60 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
557	253.3.5.99-149	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		embla s4500 system row	tıbbi cihaz ve aletler		1
558	253.3.5.99-150	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		abrams pleural biopsi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
559	253.3.5.99-151	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kamera ataçmanı,1/3 c-mount	tıbbi cihaz ve aletler		1
560	253.3.5.99-152	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ısı kalemı	tıbbi cihaz ve aletler		2
561	253.3.5.99-153	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		transforaminal endoskopik	tıbbi cihaz ve aletler		1
562	253.3.5.99-154	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		medikal gaz sistemleri ve	tıbbi cihaz ve aletler		1
563	253.3.5.99-155	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		condanser üniteler filtreler kanal	tıbbi cihaz ve aletler		1
564	253.3.5.99-156	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hijyenik paket klima	tıbbi cihaz ve aletler		1
565	253.3.5.99-157	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vucut kompozisyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
566	253.3.5.99-158	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		argon lazer	tıbbi cihaz ve aletler		1
567	253.3.5.99-159	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		otomatik otoref keratometr	tıbbi cihaz ve aletler		1
568	253.3.5.99-160	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		üçlü oftalmik ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		1

569	253.3.5.99-161	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dijital lens metre	tıbbi cihaz ve aletler		1
570	253.3.5.99-162	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		otofosfot er	tıbbi cihaz ve aletler		1
571	253.3.5.99-163	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		chart projektör	tıbbi cihaz ve aletler		2
572	253.3.5.99-164	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		üç aynalı gonio lens	tıbbi cihaz ve aletler		1
573	253.3.5.99-165	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		aplanasyon tonometre	tıbbi cihaz ve aletler		2
574	253.3.5.99-166	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		artroskopi sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
575	253.3.5.99-167	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	siemens		1,5 tesla manyetik rezonans	tıbbi cihaz ve aletler		1
576	253.3.5.99-168	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		eliza yıkayıcı ve	tıbbi cihaz ve aletler		1
577	253.3.5.99-169	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sogutmalı santrifüj	tıbbi cihaz ve aletler		1
578	253.3.5.99-170	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		santrifüj.	tıbbi cihaz ve aletler		2
579	253.3.5.99-171	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		deionize su cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
580	253.3.5.99-172	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cryostat cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
581	253.3.5.99-173	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		küvöz	tıbbi cihaz ve aletler		1
582	253.3.5.99-174	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		plasma enerjili sistem	tıbbi cihaz ve aletler		1
583	253.3.5.99-175	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	walilap	5 mm .aparoskop k damar kapama ve kesme	tıbbi cihaz ve aletler		3
584	253.3.5.99-176	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	walilap	5 mm 37 cm .aparoskop k damar kapama ve kesme	tıbbi cihaz ve aletler		3
585	253.3.5.99-177	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	tontara	teleskop 29 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
586	253.3.5.99-178	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	beyin cerrahı	yüksek devirli motor hortumu ve aplikatörü	tıbbi cihaz ve aletler		1
587	253.3.5.99-179	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hd full hdtv endosk	tıbbi cihaz ve aletler		1
588	253.3.5.99-180	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rektal prob bı plane	tıbbi cihaz ve aletler		1
589	253.3.5.99-181	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pünomatik tas kırma cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
590	253.3.5.99-182	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		guyon böbrek klempı at 23 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
591	253.3.5.99-183	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pansuman pensı 14,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
592	253.3.5.99-184	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		collın över pensı	tıbbi cihaz ve aletler		2

593	253.3.5.99-185	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		baby allis 13 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
594	253.3.5.99-186	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tas 0,4 lt	tıbbi cihaz ve aletler		2
595	253.3.5.99-187	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		frozer aspiratör uç mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
596	253.3.5.99-188	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		slıkon cım yesil 270x125 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
597	253.3.5.99-189	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fara buief kartörü 25,x10 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
598	253.3.5.99-190	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher hemos pens dış 14	tıbbi cihaz ve aletler		2
599	253.3.5.99-191	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		halsey- hm portegu 13 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
600	253.3.5.99-192	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		castroviejo pot. hm kılı	tıbbi cihaz ve aletler		1
601	253.3.5.99-193	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mcradson penset dışı	tıbbi cihaz ve aletler		1
602	253.3.5.99-194	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		adson dissız >enset 12 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
603	253.3.5.99-195	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hassas makas egrı 11 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
604	253.3.5.99-196	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hassas makas düz 11,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
605	253.3.5.99-197	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		farabuef 12,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		4
606	253.3.5.99-198	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bobcoch 15,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
607	253.3.5.99-199	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		baby mostuge 10 cm	tıbbi cihaz ve aletler		4
608	253.3.5.99-200	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		foerster över pens 18 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
609	253.3.5.99-201	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		allis 15,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
610	253.3.5.99-202	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mımı kont. d. lı kapak grı 300x140x100	tıbbi cihaz ve aletler		2
611	253.3.5.99-203	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		baby- mıxter pens 14 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
612	253.3.5.99-204	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		semken penset dışı 12,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
613	253.3.5.99-205	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		semken myro	tıbbi cihaz ve aletler		2
614	253.3.5.99-206	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		standart makas düz 14,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
615	253.3.5.99-207	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		baby- metz makas hm egrı	tıbbi cihaz ve aletler		1
616	253.3.5.99-208	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		millin otm ekartör complet	tıbbi cihaz ve aletler		1

617	253.3.5.99-209	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		allıs doku pensı 25,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
618	253.3.5.99-210	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		allıs doku pensı 22 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
619	253.3.5.99-211	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		koçher ekartör60 x25 mm 23	tıbbi cihaz ve aletler		2
620	253.3.5.99-212	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		crile eood -hm port 14,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
621	253.3.5.99-213	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		metze makas hm eğrı 20 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
622	253.3.5.99-214	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		metze makas hs 18 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
623	253.3.5.99-215	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürı sapı 3 no 21,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
624	253.3.5.99-216	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürı sapı 4 no 21,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
625	253.3.5.99-217	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürı sapı 3 no 13,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
626	253.3.5.99-218	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürı sapı 4 no13,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
627	253.3.5.99-219	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		maer pens eğrı 26 ,5cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
628	253.3.5.99-220	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		böbrek kelm p 24cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
629	253.3.5.99-221	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		guyon böbrek klempı	tıbbi cihaz ve aletler		2
630	253.3.5.99-222	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		devaer 30 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
631	253.3.5.99-223	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		deaver 32 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
632	253.3.5.99-224	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tel sepet 540x255x70 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
633	253.3.5.99-225	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tel sepet 540x255x50 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
634	253.3.5.99-226	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		konteyner bariyerlı	tıbbi cihaz ve aletler		3
635	253.3.5.99-227	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		böbrek küvetı 255x145x40 mm	tıbbi cihaz ve aletler		17
636	253.3.5.99-228	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tas 0,4 lt 11x0x5,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
637	253.3.5.99-229	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tas 0,16 lt 80x5,5x4,0 c	tıbbi cihaz ve aletler		3
638	253.3.5.99-230	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ıgne kutusu	tıbbi cihaz ve aletler		4
639	253.3.5.99-231	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bakes dilatör esn 2 mm 32	tıbbi cihaz ve aletler		1
640	253.3.5.99-232	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sonda 2 mm 30 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1

641	253.3.5.99-233	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		randall bobrek pensı 19 c	tıbbi cihaz ve aletler		1
642	253.3.5.99-234	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		randall tas pensı 22,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
643	253.3.5.99-235	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		allsı doku pensı 22,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
644	253.3.5.99-236	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		guyon bobrek klempiat 24	tıbbi cihaz ve aletler		1
645	253.3.5.99-237	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cushing ekartör 10 x13 mm	tıbbi cihaz ve aletler		3
646	253.3.5.99-238	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		haberer mala 40 mm 30,5	tıbbi cihaz ve aletler		2
647	253.3.5.99-239	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mıkulcz ekartör 147 x50 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
648	253.3.5.99-240	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mıkulcz ekartör 121x50 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
649	253.3.5.99-241	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mıkulcz ekartör 91x 35 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
650	253.3.5.99-242	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fritsch ekartör 46x75 mm 2	tıbbi cihaz ve aletler		3
651	253.3.5.99-243	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		roux ekartör komple 16,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
652	253.3.5.99-244	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		stratte-hm portegu 23 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
653	253.3.5.99-245	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		de bakey -hm portegu 23 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
654	253.3.5.99-246	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hegar -hm portegu 20,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
655	253.3.5.99-247	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		crıle - wood -hm port	tıbbi cihaz ve aletler		1
656	253.3.5.99-248	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		deshamp sutur elev 21,5	tıbbi cihaz ve aletler		1
657	253.3.5.99-249	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		oshaughnes sy dıseksiyon p	tıbbi cihaz ve aletler		2
658	253.3.5.99-250	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		gemni dıseksiyon pens 23 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
659	253.3.5.99-251	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		overholt pens 27,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
660	253.3.5.99-252	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mıxter dıseksı klemp eg	tıbbi cihaz ve aletler		2
661	253.3.5.99-253	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		overholt dıseksiyon pens	tıbbi cihaz ve aletler		3
662	253.3.5.99-254	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		overholt deseks pensı egrı	tıbbi cihaz ve aletler		3
663	253.3.5.99-255	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mıkulcz hemos pens dıs 2	tıbbi cihaz ve aletler		2
664	253.3.5.99-256	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		maier pens duz 26,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2

665	253.3.5.99-257	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher hemost pens düz dı	tıbbi cihaz ve aletler		3
666	253.3.5.99-258	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher hemost pens dis	tıbbi cihaz ve aletler		2
667	253.3.5.99-259	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		halsted hemos pens dis 14 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
668	253.3.5.99-260	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher hemos pens dis	tıbbi cihaz ve aletler		2
669	253.3.5.99-261	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		gerald penset dışlı 17,5	tıbbi cihaz ve aletler		1
670	253.3.5.99-262	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		de bakey penset 2 mm 24 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
671	253.3.5.99-263	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		de bakey atr penset 2	tıbbi cihaz ve aletler		3
672	253.3.5.99-264	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dışlı doku penseti 20 cm	tıbbi cihaz ve aletler		7
673	253.3.5.99-265	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		standart penset dışlı 14 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
674	253.3.5.99-266	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		standart penset düz 14,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		4
675	253.3.5.99-267	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		stnadart makas düz 14,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
676	253.3.5.99-268	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		nelson makas hm egrı 23 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
677	253.3.5.99-269	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		metze nmakashs 18 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
678	253.3.5.99-270	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürü sap 3 no 21,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
679	253.3.5.99-271	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürü sap 4 no 21,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
680	253.3.5.99-272	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürü sap 3 no 13,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
681	253.3.5.99-273	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürü sap 4 no 13,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
682	253.3.5.99-274	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		çamasır pensı 14 cm	tıbbi cihaz ve aletler		4
683	253.3.5.99-275	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		maier pens egrı 28.5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
684	253.3.5.99-276	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hemostatic 18, cm egrı	tıbbi cihaz ve aletler		2
685	253.3.5.99-277	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rose3 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
686	253.3.5.99-278	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hemostatic 18,5 cm egrı	tıbbi cihaz ve aletler		2
687	253.3.5.99-279	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		baby mos quito cm	tıbbi cihaz ve aletler		8

688	253.3.5.99-280	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher 15 cm eğri	tıbbi cihaz ve aletler		2
689	253.3.5.99-281	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kochea 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
690	253.3.5.99-282	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tel sepet 255x245x100 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
691	253.3.5.99-283	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tas. 0,4 lt 11,7x 5,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		3
692	253.3.5.99-284	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		baby crile wood -hm porteg	tıbbi cihaz ve aletler		3
693	253.3.5.99-285	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sonda 14,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
694	253.3.5.99-286	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bowman sonda 13 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
695	253.3.5.99-287	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pean hemost pens. düz 14	tıbbi cihaz ve aletler		4
696	253.3.5.99-288	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		halstead mos. hemo pens d1	tıbbi cihaz ve aletler		2
697	253.3.5.99-289	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		halstead mos. hemo pens 12	tıbbi cihaz ve aletler		19
698	253.3.5.99-290	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		standart penset dışı 14	tıbbi cihaz ve aletler		3
699	253.3.5.99-291	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		de bakey atr.penset 2 mm 1	tıbbi cihaz ve aletler		2
700	253.3.5.99-292	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hassas makas eğri 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
701	253.3.5.99-293	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kılner makas eğri	tıbbi cihaz ve aletler		1
702	253.3.5.99-294	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıstürü sap 3 no:13,5	tıbbi cihaz ve aletler		2
703	253.3.5.99-295	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		backhaus çamasır klemp	tıbbi cihaz ve aletler		26
704	253.3.5.99-296	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sperm sayma	tıbbi cihaz ve aletler		1
705	253.3.5.99-297	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ürodinami cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
706	253.3.5.99-298	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rezektosko p seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
707	253.3.5.99-299	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		zone kıl	tıbbi cihaz ve aletler		5
708	253.3.5.99-300	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		set/day	tıbbi cihaz ve aletler		5
709	253.3.5.99-301	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		plazma cut elektrot	tıbbi cihaz ve aletler		1
710	253.3.5.99-302	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		per sect elektrot	tıbbi cihaz ve aletler		5

711	253.3.5.99-303	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		süper ve elektrot	tıbbi cihaz ve aletler		5
712	253.3.5.99-304	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		endoüroloji endopump	tıbbi cihaz ve aletler		1
713	253.3.5.99-305	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		plazma kinetik jeneratör	tıbbi cihaz ve aletler		1
714	253.3.5.99-306	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ısı kablosu	tıbbi cihaz ve aletler		1
715	253.3.5.99-307	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		manuel katater	tıbbi cihaz ve aletler		1
716	253.3.5.99-308	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		biopsi forcepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1
717	253.3.5.99-309	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kavrama forfepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1
718	253.3.5.99-310	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		teleskop köprüsü	tıbbi cihaz ve aletler		1
719	253.3.5.99-311	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sistekop kılıfı	tıbbi cihaz ve aletler		1
720	253.3.5.99-312	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		teleskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
721	253.3.5.99-313	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		defibrilatör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
722	253.3.5.99-314	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıfızık monitörlü defibrilatör	tıbbi cihaz ve aletler		19
723	253.3.5.99-315	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		3 boyutlu real time renkli doppler	tıbbi cihaz ve aletler		1
724	253.3.5.99-316	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		deschamps	tıbbi cihaz ve aletler		2
725	253.3.5.99-317	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		suction canul	tıbbi cihaz ve aletler		6
726	253.3.5.99-318	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		su kabı	tıbbi cihaz ve aletler		7
727	253.3.5.99-319	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		penset	tıbbi cihaz ve aletler		21
728	253.3.5.99-320	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kriyoterapi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
729	253.3.5.99-321	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dogum masası	tıbbi cihaz ve aletler		1
730	253.3.5.99-322	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		çamaşır klemp	tıbbi cihaz ve aletler		42
731	253.3.5.99-323	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cusco	tıbbi cihaz ve aletler		6
732	253.3.5.99-325	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		auvart	tıbbi cihaz ve aletler		2
733	253.3.5.99-326	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		klemp	tıbbi cihaz ve aletler		16
734	253.3.5.99-327	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		babcock	tıbbi cihaz ve aletler		8

735	253.3.5.99-328	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ekartör	tıbbi cihaz ve aletler		12
736	253.3.5.99-329	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		abdominal red	tıbbi cihaz ve aletler		3
737	253.3.5.99-330	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ıgne	tıbbi cihaz ve aletler		2
738	253.3.5.99-331	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		epızyo makas	tıbbi cihaz ve aletler		2
739	253.3.5.99-332	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		forceps	tıbbi cihaz ve aletler		36
740	253.3.5.99-333	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		amniyoton	tıbbi cihaz ve aletler		1
741	253.3.5.99-334	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		allıs	tıbbi cihaz ve aletler		6
742	253.3.5.99-335	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		recaımer set	tıbbi cihaz ve aletler		2
743	253.3.5.99-336	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		recaımer	tıbbi cihaz ve aletler		1
744	253.3.5.99-337	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		portegu	tıbbi cihaz ve aletler		28
745	253.3.5.99-338	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pean	tıbbi cihaz ve aletler		18
746	253.3.5.99-339	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		brevsky	tıbbi cihaz ve aletler		2
747	253.3.5.99-340	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		collın spekulum	tıbbi cihaz ve aletler		2
748	253.3.5.99-341	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ovum forceps	tıbbi cihaz ve aletler		40
749	253.3.5.99-342	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıyopsı forceps	tıbbi cihaz ve aletler		1
750	253.3.5.99-343	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tunel klempı	tıbbi cihaz ve aletler		1
751	253.3.5.99-344	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tutle penset	tıbbi cihaz ve aletler		2
752	253.3.5.99-345	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		umbılıkal kord makas	tıbbi cihaz ve aletler		2
753	253.3.5.99-346	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uterın el	tıbbi cihaz ve aletler		1
754	253.3.5.99-347	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uterın tenaculum	tıbbi cihaz ve aletler		9
755	253.3.5.99-348	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uterine prob	tıbbi cihaz ve aletler		1
756	253.3.5.99-349	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uterınedlat ors set	tıbbi cihaz ve aletler		2
757	253.3.5.99-350	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uterus depressor	tıbbi cihaz ve aletler		2
758	253.3.5.99-351	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vagınal ekartör	tıbbi cihaz ve aletler		9

759	253.3.5.99-352	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vaginal spekulum	tıbbi cihaz ve aletler		6
760	253.3.5.99-353	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum ekstraktör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
761	253.3.5.99-354	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum küretaj set	tıbbi cihaz ve aletler		1
762	253.3.5.99-355	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum küretaj set ucu	tıbbi cihaz ve aletler		1
763	253.3.5.99-356	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		wilkstroem eğriçlu diss f.	tıbbi cihaz ve aletler		4
764	253.3.5.99-357	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		w1nter	tıbbi cihaz ve aletler		3
765	253.3.5.99-358	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uterin elavatör	tıbbi cihaz ve aletler		1
766	253.3.5.99-359	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		penireorha ppy seti	tıbbi cihaz ve aletler		2
767	253.3.5.99-360	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		novak küret	tıbbi cihaz ve aletler		1
768	253.3.5.99-361	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		doyen myom için	tıbbi cihaz ve aletler		1
769	253.3.5.99-362	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		renkli ve real time 4d usg cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
770	253.3.5.99-363	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		twin fetal monitör	tıbbi cihaz ve aletler		2
771	253.3.5.99-364	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lipectomy suction curette4 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
772	253.3.5.99-365	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		juud allisintesti nal	tıbbi cihaz ve aletler		3
773	253.3.5.99-366	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		atraumata polypus-ovum forceps	tıbbi cihaz ve aletler		2
774	253.3.5.99-367	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		antraumata polpus-ovum	tıbbi cihaz ve aletler		2
775	253.3.5.99-368	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		yeoman biopsy forceps420 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
776	253.3.5.99-369	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		doyen vaginal retractor 90x35 240	tıbbi cihaz ve aletler		4
777	253.3.5.99-370	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		doyen vaginal retractor 90x35.240	tıbbi cihaz ve aletler		2
778	253.3.5.99-371	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		roux retractor 165 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
779	253.3.5.99-372	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		collnabd.r etractorco mplete	tıbbi cihaz ve aletler		1
780	253.3.5.99-373	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		doyen ad. retractor 48x90.280 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
781	253.3.5.99-374	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		scalpel bladese figure 18 ph-100	tıbbi cihaz ve aletler		1
782	253.3.5.99-375	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		scalpel handle no 4 for blades 18-37	tıbbi cihaz ve aletler		4

783	253.3.5.99-376	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tissue forceps 130mm	tıbbi cihaz ve aletler		4
784	253.3.5.99-377	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dissecting forceps 130 mm	tıbbi cihaz ve aletler		4
785	253.3.5.99-378	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		metzenbaum eğri makas 145	tıbbi cihaz ve aletler		2
786	253.3.5.99-379	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		metzenbaum düz makas 180 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
787	253.3.5.99-380	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		metzenbaum düz makas 145	tıbbi cihaz ve aletler		2
788	253.3.5.99-381	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		providence hospital artery forceps	tıbbi cihaz ve aletler		4
789	253.3.5.99-382	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		providence hospital artery forceps	tıbbi cihaz ve aletler		4
790	253.3.5.99-383	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		moyhıhan artery forceps 150mm	tıbbi cihaz ve aletler		4
791	253.3.5.99-384	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kelly artery forceps	tıbbi cihaz ve aletler		6
792	253.3.5.99-385	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kelly artery forceps curved 140	tıbbi cihaz ve aletler		6
793	253.3.5.99-386	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		allis thoms grasping forceps 200 mm	tıbbi cihaz ve aletler		3
794	253.3.5.99-387	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		delicate scissors curved 90 mm	tıbbi cihaz ve aletler		3
795	253.3.5.99-388	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		delicate scissors staight 90 mm	tıbbi cihaz ve aletler		3
796	253.3.5.99-389	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		alsted mosquito artery forceps	tıbbi cihaz ve aletler		6
797	253.3.5.99-390	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hlasted mosquito artery forceps	tıbbi cihaz ve aletler		6
798	253.3.5.99-391	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher artery forceps straight	tıbbi cihaz ve aletler		4
799	253.3.5.99-392	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mayo hegar needle holder 180 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
800	253.3.5.99-393	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mayo hegar needle holder 150 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
801	253.3.5.99-394	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		durogrop wire twister 150	tıbbi cihaz ve aletler		2
802	253.3.5.99-395	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		baumgartner durugrop wire	tıbbi cihaz ve aletler		2
803	253.3.5.99-396	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vacuum head valve	tıbbi cihaz ve aletler		1
804	253.3.5.99-397	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vacuum extraction suction head 600	tıbbi cihaz ve aletler		1
805	253.3.5.99-398	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vacuum extraction suction head 60	tıbbi cihaz ve aletler		1
806	253.3.5.99-399	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vacuum extraction suction 50	tıbbi cihaz ve aletler		1

807	253.3.5.99-400	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vacuum extraction suction head40 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
808	253.3.5.99-401	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		winter plaseneta ovum forceps	tıbbi cihaz ve aletler		4
809	253.3.5.99-402	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		opstetrics set of perinee orrhapy	tıbbi cihaz ve aletler		3
810	253.3.5.99-403	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vacuum curette connecting piece 11	tıbbi cihaz ve aletler		2
811	253.3.5.99-404	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lıpectomy suction curette12 mm	tıbbi cihaz ve aletler		4
812	253.3.5.99-405	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lıpectomy suction curette10 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
813	253.3.5.99-406	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lıpectomy suction curette8 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
814	253.3.5.99-407	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lıpectomy suction curette6 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
815	253.3.5.99-408	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		simon uterin scoops 12	tıbbi cihaz ve aletler		2
816	253.3.5.99-409	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		uterin irrigation catheter wht 2	tıbbi cihaz ve aletler		2
817	253.3.5.99-410	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		schulze cone large	tıbbi cihaz ve aletler		2
818	253.3.5.99-411	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		schulze cone medium	tıbbi cihaz ve aletler		2
819	253.3.5.99-412	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		schulze salpiograh compleno	tıbbi cihaz ve aletler		2
820	253.3.5.99-413	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		wallich plasenta ve ovun curette	tıbbi cihaz ve aletler		2
821	253.3.5.99-414	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		racamier uterin curette 3,0 mm 12 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
822	253.3.5.99-415	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		recamier uterin curette 0,7 mm mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
823	253.3.5.99-416	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		schoder uterin tenaculum çift dışı	tıbbi cihaz ve aletler		2
824	253.3.5.99-417	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		jacops uterin tenaculum forceps	tıbbi cihaz ve aletler		2
825	253.3.5.99-418	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		schröder uterin tenaculum tek dışı	tıbbi cihaz ve aletler		2
826	253.3.5.99-419	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ıterinprobe histeromet rı 330 mm	tıbbi cihaz ve aletler		3
827	253.3.5.99-420	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		doyen myoma screw 150 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
828	253.3.5.99-421	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kıebackpara metriumscıs sors 260 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
829	253.3.5.99-422	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hegar uterin dilatör	tıbbi cihaz ve aletler		3
830	253.3.5.99-423	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hegar uterin dilatör 1.0	tıbbi cihaz ve aletler		3

831	253.3.5.99-424	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		wire basket perforated 243x253x56	tıbbi cihaz ve aletler		2
832	253.3.5.99-425	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kristeller vaginal specula	tıbbi cihaz ve aletler		4
833	253.3.5.99-426	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		collın vaginal specula 95x85x18 mm	tıbbi cihaz ve aletler		4
834	253.3.5.99-427	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		collın vaginal specula 100x90x32 mm	tıbbi cihaz ve aletler		4
835	253.3.5.99-428	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		collın vaginal specula 115x105x40 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
836	253.3.5.99-429	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		wertheim hysterectomy forceps	tıbbi cihaz ve aletler		6
837	253.3.5.99-430	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		collın uterus elevating forceps 285	tıbbi cihaz ve aletler		2
838	253.3.5.99-431	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		halsted artery1x2 teeth 215mm	tıbbi cihaz ve aletler		4
839	253.3.5.99-432	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hlasted artery forceps	tıbbi cihaz ve aletler		4
840	253.3.5.99-433	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cerrahi aspiratör - dispovak sistemli	tıbbi cihaz ve aletler		2
841	253.3.5.99-434	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		vakum küretaj-sehpalı	tıbbi cihaz ve aletler		1
842	253.3.5.99-435	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		muayene lambası spiral kolu	tıbbi cihaz ve aletler		12
843	253.3.5.99-436	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		clip applicator forc.medium 203mm 25	tıbbi cihaz ve aletler		1
844	253.3.5.99-437	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		aspiratör	tıbbi cihaz ve aletler		10
845	253.3.5.99-438	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		spiral lamba	tıbbi cihaz ve aletler		3
846	253.3.5.99-439	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		boyun seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
847	253.3.5.99-440	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tansillekto adenoidektomi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
848	253.3.5.99-441	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fess seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
849	253.3.5.99-442	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		septorinopl asti seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
850	253.3.5.99-443	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tüp seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
851	253.3.5.99-444	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		timpanos teidektemi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
852	253.3.5.99-445	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kulak muayene	tıbbi cihaz ve aletler		1
853	253.3.5.99-446	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mikromotor sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
854	253.3.5.99-447	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		balon sinoplasti seti	tıbbi cihaz ve aletler		1

855	253.3.5.99-448	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		plazma knıfe shaver seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
856	253.3.5.99-449	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rediofrekan	tıbbi cihaz ve aletler		1
857	253.3.5.99-450	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		möller spectra model kbb amalyat	tıbbi cihaz ve aletler		1
858	253.3.5.99-451	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bas lambası klar soguk ısıık	tıbbi cihaz ve aletler		2
859	253.3.5.99-452	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mırıgotem açılı	tıbbi cihaz ve aletler		1
860	253.3.5.99-453	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bone currette wolkmann küçük	tıbbi cihaz ve aletler		1
861	253.3.5.99-454	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		trıbson çıv	tıbbi cihaz ve aletler		1
862	253.3.5.99-455	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		osteotome 13 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
863	253.3.5.99-456	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		microscisso	tıbbi cihaz ve aletler		1
864	253.3.5.99-457	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tansıl ameliyat	tıbbi cihaz ve aletler		1
865	253.3.5.99-458	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tansıl snore	tıbbi cihaz ve aletler		2
866	253.3.5.99-459	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		smith peterson chissel cud egrı 9 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
867	253.3.5.99-460	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		smith peterson chissel ste 13 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
868	253.3.5.99-461	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		stemberger forcepsı makkay tıptı	tıbbi cihaz ve aletler		2
869	253.3.5.99-462	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		metal çekıç cottle tıptı	tıbbi cihaz ve aletler		1
870	253.3.5.99-463	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mıkroların eal muhtelif forcepsler	tıbbi cihaz ve aletler		4
871	253.3.5.99-464	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		septum forceps brunıngos tıptı	tıbbi cihaz ve aletler		4
872	253.3.5.99-465	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		scissor 10,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
873	253.3.5.99-466	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rout retractör double fig 17 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
874	253.3.5.99-467	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		möller vın 500 model ameliyat	tıbbi cihaz ve aletler		1
875	253.3.5.99-468	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mollet 900 gr 26,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
876	253.3.5.99-469	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		blovntbone lever 26 cm 2 hook	tıbbi cihaz ve aletler		1
877	253.3.5.99-470	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lewın bonel hold forceps	tıbbi cihaz ve aletler		1
878	253.3.5.99-471	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		langhembac kretractör 21cm 50x11	tıbbi cihaz ve aletler		1

879	253.3.5.99-472	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lambatte minı osteotam 4	tıbbi cihaz ve aletler		1
880	253.3.5.99-473	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lawmon bone holding lemp 13 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
881	253.3.5.99-474	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		amelyat larıngosko pu rhy-s-evans	tıbbi cihaz ve aletler		2
882	253.3.5.99-475	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hohmonn bone lever 33 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
883	253.3.5.99-476	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hohmonn bone lever 24 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
884	253.3.5.99-477	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hohmonn bone lever 43 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2
885	253.3.5.99-478	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hemostatık forceps	tıbbi cihaz ve aletler		2
886	253.3.5.99-479	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ferobeuf retractor double pair 15	tıbbi cihaz ve aletler		2
887	253.3.5.99-480	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ferobeuf retractor double pair 12	tıbbi cihaz ve aletler		2
888	253.3.5.99-481	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		allıs klemp	tıbbi cihaz ve aletler		2
889	253.3.5.99-482	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		adenoit küretı bekmacı	tıbbi cihaz ve aletler		4
890	253.3.5.99-483	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		adson retractor 32cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
891	253.3.5.99-484	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		alex andre chıssel 17 cm mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
892	253.3.5.99-485	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		agız açacı davet mager tıdı	tıbbi cihaz ve aletler		1
893	253.3.5.99-486	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		düz klemp	tıbbi cihaz ve aletler		3
894	253.3.5.99-487	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rout retractor double fıg 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
895	253.3.5.99-488	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rout retractor double fıg 14 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
896	253.3.5.99-489	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		porker retractor double pair 15 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
897	253.3.5.99-490	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		mollet 17 cm 320 gr	tıbbi cihaz ve aletler		1
898	253.3.5.99-491	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher 17 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
899	253.3.5.99-492	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		blovntknee retractor 17,5 cm	tıbbi cihaz ve aletler		2
900	253.3.5.99-493	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher 14 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
901	253.3.5.99-494	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lambatte osteoteme 24 cm cvd 15 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
902	253.3.5.99-495	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ollıer retractor 36x60 mm	tıbbi cihaz ve aletler		2

903	253.3.5.99-496	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kulak spekulumu tayne tıp	tıbbi cihaz ve aletler		4
904	253.3.5.99-497	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bone currette schedeorta boy	tıbbi cihaz ve aletler		1
905	253.3.5.99-498	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		çamaşır klemp orta boy	tıbbi cihaz ve aletler		6
906	253.3.5.99-499	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		trakaotomi seti komple	tıbbi cihaz ve aletler		1
907	253.3.5.99-500	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tylor spinal retractör 75 x30 cm	tıbbi cihaz ve aletler		1
908	253.3.5.99-501	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		verbruge banel hold forcebs	tıbbi cihaz ve aletler		1
909	253.3.5.99-502	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		darling sprider	tıbbi cihaz ve aletler		1
910	253.3.5.99-503	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		casper retractör	tıbbi cihaz ve aletler		1
911	253.3.5.99-504	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		disektör killen tıpi	tıbbi cihaz ve aletler		1
912	253.3.5.99-505	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		alın aynası	tıbbi cihaz ve aletler		
913	253.3.5.99-506	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		radıyofrekn as cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
914	253.3.5.99-507	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tutnauer the nova flash otoklav	tıbbi cihaz ve aletler		1
915	253.3.5.99-508	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		görme alan cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
916	253.3.5.99-509	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		çocuk otorefrakt ometresi	tıbbi cihaz ve aletler		1
917	253.3.5.99-510	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		oct cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
918	253.3.5.99-511	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		fakoemülsif ikasyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
919	253.3.5.99-512	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		video bronkoskop cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
920	253.3.5.99-513	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		spırolab iii spırometrı	tıbbi cihaz ve aletler		1
921	253.3.5.99-514	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bılıgsayarlı görüntü aktarım sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
922	253.3.5.99-515	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		endoskop yıkama makinesi	tıbbi cihaz ve aletler		1
923	253.3.5.99-516	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		video kolonoskop ı cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
924	253.3.5.99-517	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		video processor cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
925	253.3.5.99-518	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lcd monitör	tıbbi cihaz ve aletler		1
926	253.3.5.99-519	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		troid koruyucu	tıbbi cihaz ve aletler		4

927	253.3.5.99-520	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		magllpens 2 boyda	tıbbi cihaz ve aletler		16
928	253.3.5.99-521	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kvc vasküler genel set.	tıbbi cihaz ve aletler		1
929	253.3.5.99-522	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		caspar rot ekartörü 6mm 24ccm	tıbbi cihaz ve aletler		10
930	253.3.5.99-523	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kocher ochsner egrı 16 cm	tıbbi cihaz ve aletler		10
931	253.3.5.99-524	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		edmoid forsepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1
932	253.3.5.99-525	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tımsah forsaps	tıbbi cihaz ve aletler		2
933	253.3.5.99-526	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tansıl tutucu white tıp	tıbbi cihaz ve aletler		2
934	253.3.5.99-527	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tansıl küreti	tıbbi cihaz ve aletler		1
935	253.3.5.99-528	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tansıl aspiratör ucu yankover	tıbbi cihaz ve aletler		1
936	253.3.5.99-529	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		rektoskopı	tıbbi cihaz ve aletler		1
937	253.3.5.99-531	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		septum geıde gulu bollengır	tıbbi cihaz ve aletler		2
938	253.3.5.99-532	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lempartebd oral küretler	tıbbi cihaz ve aletler		5
939	253.3.5.99-533	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		larengal maske	tıbbi cihaz ve aletler		1
940	253.3.5.99-534	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		.aringaskop setı egrı uçlu	tıbbi cihaz ve aletler		1
941	253.3.5.99-535	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		larynx bıopsı pens	tıbbi cihaz ve aletler		1
942	253.3.5.99-536	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		larynx bıopsı pens uçları	tıbbi cihaz ve aletler		3
943	253.3.5.99-537	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		beyaz pls bas bandı	tıbbi cihaz ve aletler		1
944	253.3.5.99-538	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ayaklı tepsi	tıbbi cihaz ve aletler		3
945	253.3.5.99-539	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		azot protoksıt tüpü	tıbbi cihaz ve aletler		4
946	253.3.5.99-540	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		elevatörle r freem tıp	tıbbi cihaz ve aletler		1
947	253.3.5.99-541	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ıgnetutucu	tıbbi cihaz ve aletler		1
948	253.3.5.99-542	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hemoroid fis.tus.fistu re set	tıbbi cihaz ve aletler		1
949	253.3.5.99-543	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		etilen oksit cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
950	253.3.5.99-544	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		boyama klemp	tıbbi cihaz ve aletler		5

951	253.3.5.99-545	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		boyama	tıbbi cihaz ve aletler		2
952	253.3.5.99-546	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cutdown seti	tıbbi cihaz ve aletler		2
953	253.3.5.99-547	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		perfüzör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		4
954	253.3.5.99-548	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pınard	tıbbi cihaz ve aletler		2
955	253.3.5.99-549	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bıçak cattle tıp	tıbbi cihaz ve aletler		2
956	253.3.5.99-550	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		pencere açacağı edmaid forseps	tıbbi cihaz ve aletler		3
957	253.3.5.99-551	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dışlı doku forseps	tıbbi cihaz ve aletler		2
958	253.3.5.99-552	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tüp basınç kontrol balşığı	tıbbi cihaz ve aletler		3
959	253.3.5.99-553	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		yarım keskin lempart raspası	tıbbi cihaz ve aletler		1
960	253.3.5.99-554	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		.aparoskop cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
961	253.3.5.99-555	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tel sepet	tıbbi cihaz ve aletler		5
962	253.3.5.99-556	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bebek ventilatörü	tıbbi cihaz ve aletler		5
963	253.3.5.99-557	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ameliyat masası.	tıbbi cihaz ve aletler		6
964	253.3.5.99-558	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		multifonksı yonel yüksek	tıbbi cihaz ve aletler		7
965	253.3.5.99-559	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		click line kavrama forsepsı	tıbbi cihaz ve aletler		3
966	253.3.5.99-560	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		canon yazıcı kartusu renkli cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		1
967	253.3.5.99-561	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		canon yazıcı kartusu siyah cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		1
968	253.3.5.99-562	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bilgisayar masası cam	tıbbi cihaz ve aletler		1
969	253.3.5.99-563	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		17 lcd monitör	tıbbi cihaz ve aletler		1
970	253.3.5.99-564	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hp nn779ea masaüstü	tıbbi cihaz ve aletler		1
971	253.3.5.99-565	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		cihaz dolab	tıbbi cihaz ve aletler		1
972	253.3.5.99-566	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		su-560 medikal monitör taşıma ayag	tıbbi cihaz ve aletler		1
973	253.3.5.99-567	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lmd -2140 md medikla lcd video	tıbbi cihaz ve aletler		1
974	253.3.5.99-568	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ccmc -20pö5 kamera bağlantı	tıbbi cihaz ve aletler		1

975	253.3.5.99-569	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		dxc -c33p renkli dij. video kamera	tıbbi cihaz ve aletler		1
976	253.3.5.99-571	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sınır simülâtörü	tıbbi cihaz ve aletler		2
977	253.3.5.99-572	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		otomatik turnike rıva	tıbbi cihaz ve aletler		1
978	253.3.5.99-573	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		endoskopı uyumlu elektrokot er	tıbbi cihaz ve aletler		1
979	253.3.5.99-574	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		video gastroskop cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
980	253.3.5.99-575	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		video kolposkop cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
981	253.3.5.99-576	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		elektro koter cihaz	tıbbi cihaz ve aletler		2
982	253.3.5.99-577	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		elektro cer enerji platformu	tıbbi cihaz ve aletler		1
983	253.3.5.99-578	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ventilatör cihazı draeger savına	tıbbi cihaz ve aletler		1
984	253.3.5.99-579	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		üterın manipulatör	tıbbi cihaz ve aletler		1
985	253.3.5.99-580	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	draeger		otomatik ventilatör ü ve monitörlü anestezi cihazı draeger primus	tıbbi cihaz ve aletler		1
986	253.3.5.99-581	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kulaktan ates ölçer braun	tıbbi cihaz ve aletler		1
987	253.3.5.99-582	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sökülebılır fan retraktörü	tıbbi cihaz ve aletler		1
988	253.3.5.99-583	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		diseksiyon vekavrama forcepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1
989	253.3.5.99-584	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		lıgasyon klıp aplikatörü	tıbbi cihaz ve aletler		1
990	253.3.5.99-585	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tıtanyum klıpas 12 kartusluk	tıbbi cihaz ve aletler		1
991	253.3.5.99-586	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		klıps aplikatörü	tıbbi cihaz ve aletler		1
992	253.3.5.99-587	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		tıtanyum klıps	tıbbi cihaz ve aletler		6
993	253.3.5.99-588	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		veress ıgnesı	tıbbi cihaz ve aletler		4
994	253.3.5.99-589	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		diseksiyon kavrama forcepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1
995	253.3.5.99-590	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		diseksiyon forcepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1
996	253.3.5.99-591	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kavrama forcepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1
997	253.3.5.99-592	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		doku forcepsı	tıbbi cihaz ve aletler		1

998	253.3.5.99-594	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	parmak tıp	pulsoksümet re	tıbbi cihaz ve aletler		20
999	253.3.5.99-595	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	şarjlı	larengoskopi aleti	tıbbi cihaz ve aletler		5
1000	253.3.5.99-596	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	nihon kohden	led gözlük dvt	tıbbi cihaz ve aletler		2
1001	253.3.5.99-598	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		taramasında kullanılacak >letismograf cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1002	253.3.5.99-599	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hastabaşı kangazı cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1003	253.3.5.99-600	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	empla	polisomnografi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
1004	253.3.5.99-602	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	yetiştin	plastik omurga tahtası	tıbbi cihaz ve aletler		5
1005	253.3.5.99-603	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	pediatrik	plastik omurga tahtası	tıbbi cihaz ve aletler		5
1006	253.3.5.99-604	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		şişme atel	tıbbi cihaz ve aletler		2
1007	253.3.5.99-605	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		el tıpi kapnograf cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
1008	253.3.5.99-607	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sıvı azot tankı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1009	253.3.5.99-608	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		kan ve sıvı ısıtma cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1010	253.3.5.99-609	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hipertemi-hipotemi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1011	253.3.5.99-610	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	nöroloji	taşınabilir emg ve	tıbbi cihaz ve aletler		1
1012	253.3.5.99-611	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	göz	ön segment analiz sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
1013	253.3.5.99-612	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	göz	endoskopik siklofoto koagulasyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1014	253.3.5.99-613	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	göz	endoskopik görüntüleme el transkanaluler cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1015	253.3.5.99-614	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	acil	intraosseöz infüzyon uygulama	tıbbi cihaz ve aletler		1
1016	253.3.5.99-615	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		arcus50 m çın bağlantı aparatı ve mınderli göz kafa	tıbbi cihaz ve aletler		1
1017	253.3.5.99-616	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	göz	aplanasyon tonometre	tıbbi cihaz ve aletler		2
1018	253.3.5.99-617	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		basic plastic	tıbbi cihaz ve aletler		1
1019	253.3.5.99-618	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		genel plastik seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
1020	253.3.5.99-619	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		temel el cerrahi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1

1021	253.3.5.99-620	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		ortopedi genel seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
1022	253.3.5.99-621	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		shaver(atro skopik) cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1023	253.3.5.99-622	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		shaver (atro skopik cihazı kontrol ünitesi)	tıbbi cihaz ve aletler		1
1024	253.3.5.99-623	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		u.v patojen iyonizer	tıbbi cihaz ve aletler		1
1025	253.3.5.99-626	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	braun		volümetrik infüzyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler	21	30
1026	253.3.5.99-627	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	braun		enjektörlü volümetrik infüzyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		50
1027	253.3.5.99-628	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hidrojen peroksit gaz plazlama	tıbbi cihaz ve aletler		2
1028	253.3.5.99-630	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	general electric		hastabaşı monitörü	tıbbi cihaz ve aletler		5
1029	253.3.5.99-631	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	general electric		ventilatör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		6
1030	253.3.5.99-632	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		havalı şilte-terapi sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		20
1031	253.3.5.99-633	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	bilser marka	cerrahi aspiratör	tıbbi cihaz ve aletler	13	20
1032	253.3.5.99-635	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		sürekli pasif hareket	tıbbi cihaz ve aletler		1
1033	253.3.5.99-636	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		bilgisayar destekli dekompresyon cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		3
1034	253.3.5.99-637	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hdyraulic pınc gauge cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1035	253.3.5.99-638	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		3moshd işletim sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
1036	253.3.5.99-639	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		artroskopik irrigasyon sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
1037	253.3.5.99-640	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		canulated greftin punch 3-5-7-9 mm	tıbbi cihaz ve aletler		1
1038	253.3.5.99-641	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		masaüstü düşük hızlı taşınabilir prp	tıbbi cihaz ve aletler		1
1039	253.3.5.99-644	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		acil göz yıkama ve duş ünitesi	tıbbi cihaz ve aletler		3
1040	253.3.5.99-645	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	tontarra	beyin cerrahı	beyin cerrahı set	tıbbi cihaz ve aletler		1
1041	253.3.5.99-646	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	tontarra	çocuk cerrahı	çocuk cerrahı set	tıbbi cihaz ve aletler		1
1042	253.3.5.99-647	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	tontarra	ortopedi	atrooskopik set(6 punç)	tıbbi cihaz ve aletler		1
1043	253.3.5.99-648	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		optik uyumlu trokar	tıbbi cihaz ve aletler		1
		diğer ihtisas		ortopedi biri	otoklavlan	tıbbi cihaz		

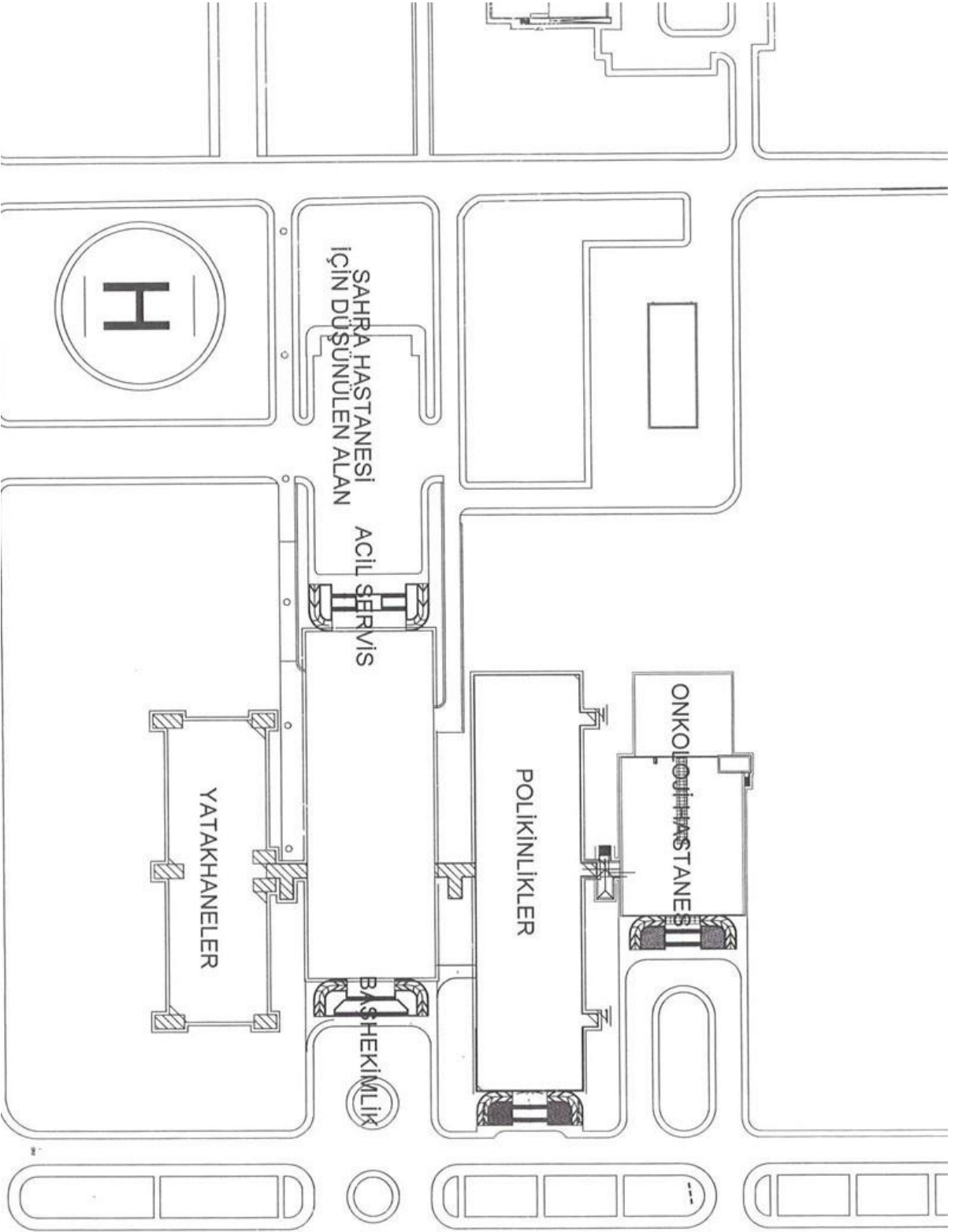
1044	253.3.5.99-649	bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		abılır 30 derece	ve aletler		1
1045	253.3.5.99-650	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız	mesilife dt-8806	ateş ölçer	tıbbi cihaz ve aletler	20	50
1046	253.3.5.99-651	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	alcon	göz hastalıkları	fako vitrektomi cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1047	253.3.5.99-652	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	fresenius	4008 s classix (seri no : 7sxaul44)	hemodiyaliz cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1048	253.3.5.99-653	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	fresenius	seri no : 1731b1673	mobil ters ozmossu artım sistemi	tıbbi cihaz ve aletler		1
1049	253.3.5.99-654	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	bıçakçılar	vaculine maxı	aspiratör	tıbbi cihaz ve aletler		2
1050	253.3.5.99-655	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	wolf		erişkin sistoskopi seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
1051	253.3.5.99-656	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	topcon	kr1	otorefreak tometri	tıbbi cihaz ve aletler		1
1052	253.3.5.99-657	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	wolf		minyatür nefreskop seti	tıbbi cihaz ve aletler		1
1053	253.3.5.99-658	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	wolf		üreteroren oskop biyopsi	tıbbi cihaz ve aletler		1
1054	253.3.5.99-659	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	wolf		üreteroren oskop küçük çeneli yakalama	tıbbi cihaz ve aletler		2
1055	253.3.5.99-660	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	wolf		üreteroren oskop dışlı yakala forsepsi	tıbbi cihaz ve aletler		3
1056	253.3.5.99-661	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	smith nephew atocare	quantum2	artroskopik radyo frekans cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1057	253.3.5.99-662	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	wolf		artroskop	tıbbi cihaz ve aletler		1
1058	253.3.5.99-663	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	wolf		artroskop kanülü	tıbbi cihaz ve aletler		1
1059	253.3.5.99-665	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	alcon	constellation endolazer(seri no:1702343201x)	constellat on vitrektomi cihazı lazer 532 entegre endolazer	tıbbi cihaz ve aletler		1
1060	253.3.5.99-666	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	elcon	modelep-gs230 wolf, seri numaraları :22089-22465-22470	alçı motoru	tıbbi cihaz ve aletler		3
1061	253.3.5.99-667	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	philips		biberon ısıtıcısı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1062	253.3.5.99-668	diğer ihtisas bölümlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve aletler	markasız		hood	tıbbi cihaz ve aletler		10
1063	253.3.6.1.4-6	kromotografi cihazları	shımadu		sıvı kromotogr afisi	tıbbi cihaz ve aletler		1
1064	253.3.6.3.1-13	etüvler, inkübatörler ve durulayıcı kurutucular	markasız	etüv		tıbbi cihaz ve aletler		2
1065	253.3.6.3.1-18	etüvler, inkübatörler ve durulayıcı kurutucular	nüve	n500	inkübatör etüv cihazı 55 lt	tıbbi cihaz ve aletler		1
1066	253.3.6.3.1-36	etüvler, inkübatörler ve durulayıcı kurutucular	nüve		etüv nüve fn-120	tıbbi cihaz ve aletler		1
1067	253.3.6.3.10-8	damıtma distilasyon cihazları ve damlatıcılar	nüve		distile su cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1
1068	253.3.6.3.15-5	otoklavlar, sterilizatörler	markasız	sterilizatör		tıbbi cihaz ve aletler		1
1069	253.3.6.3.15-10	otoklavlar, sterilizatörler	nüve		otoklav cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		1

1070	253.3.6.3.15-16	otoklavlar, sterilizatörler	markasız		kuru hava sterilizatör	tıbbi cihaz ve aletler		5
1071	253.3.6.3.19-7	santrifüjler	markasız	santrifüj hettich eba 20		tıbbi cihaz ve aletler		1
1072	253.3.6.3.19-12	santrifüjler	markasız	masaüstü santrifüj		tıbbi cihaz ve aletler		1
1073	253.3.6.3.19-14	santrifüjler	nüve	nf800	masa üstü çok amaçlı santrifüj cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		2
1074	253.3.6.3.19-16	santrifüjler	nüve		masa üstü santrifüj	tıbbi cihaz ve aletler		1
1075	253.3.6.3.19-17	santrifüjler	markasız		hematokrit santrifüj	tıbbi cihaz ve aletler		1
1076	253.3.6.3.99-3	diğer kimyasal, fiziksel ve fiziko kimyasal cihazlar	markasız		1 inc bağlantılı merkezli arıtma	tıbbi cihaz ve aletler		1
1077	253.3.6.3.99-4	diğer kimyasal, fiziksel ve fiziko kimyasal cihazlar	markasız		2 inc bağlantılı merkezli arıtma	tıbbi cihaz ve aletler		1
1078	253.3.6.4.3-4	laboratuvar tıbbi soğutucular	markasız		dık tıbbi derin dondurucu	tıbbi cihaz ve aletler		1
1079	253.3.6.6.2-18	optik mikroskoplar	markasız	göz	göz ameliyat mikroskobu	tıbbi cihaz ve aletler		1
1080	253.3.6.99-60	diğer araştırma ve üretim amaçlı laboratuvar cihaz ve aletleri	analitik jena	uv-sdo2 touch/uvp uvsolo darkroom sn:k106207 snk105937	elektrofor ez sistem	tıbbi cihaz ve aletler		1
1081	255.1.5.2.2-2	katlanır ayaklı hasta muayene masaları	ofisline	ohsm 1001	hasta muayene masası	tıbbi cihaz ve aletler		40
1082	255.1.5.5.3-1	dört parçalı hasta yatakları	markasız		dört motorlu hasta bakım yatağı	tıbbi cihaz ve aletler		8
1083	255.1.5.7.5-5	hasta transfer sedyeleri	nitrocare		ameliyathane e hasta transfer sedyesi	tıbbi cihaz ve aletler		10
1084	255.1.5.10.3-1	tedavi arabası	markasız		ilaç ve tedavi arabası	tıbbi cihaz ve aletler		10
1085	255.1.5.10.4-1	acil müdahale ve tedavi arabası	markasız	acil müdahale arabası	acil müdahale arabası	tıbbi cihaz ve aletler		10
1086	255.1.5.14.5-3	doktor tabureleri	markasız		muayene taburesi amortisörler	tıbbi cihaz ve aletler		2
1087	255.1.5.15.99.2-1	refakatçı koltuğu	markasız		refakatçı koltugu	tıbbi cihaz ve aletler	10	72
1088	255.1.5.99-28	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		cerrahi aspiratör cihazı	tıbbi cihaz ve aletler		5
1089	255.1.5.99-36	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		oksijen tüpü 40 lt	tıbbi cihaz ve aletler		15
1090	255.1.5.99-40	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız	240 lt	tıbbi atık konteyniri	tıbbi cihaz ve aletler		2
1091	255.1.5.99-56	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		paslanmaz tel raf	tıbbi cihaz ve aletler		7
1092	255.1.5.99-57	hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki diğer taşınırlar	markasız		ameliyathane için basamak	tıbbi cihaz ve aletler		1
1093	255.3.2.2.2-4	kanepeler	bellona	plato	kolin kanepesi	tıbbi cihaz ve aletler		20

JENERATÖR CİHAZ BİLGİLERİ**MARKASI:** MITSUBISHI**MODELİ:** S16R-PTA-Sx3
S16R-PTA-2x1**KAPASİTE:** 3x 2000 KW
1x 2000 KW**KULLANIM YERİ:** HASTANE-4 ADET**BAKIM PERİYODU:** AYLIK**SU TANKI****KAPASİTE:** 40 TON

(Aritma Cihazı Kullanılıyor. Ayrıca Yedek Kuyu Mevcut)

OKSİJEN TANKI**KAPASİTE:**10 TON**BÜYÜK OKSİJEN TÜPÜ:**50 ADET**KÜÇÜK OKSİJEN TÜPÜ:**35 ADET**Ayrıca;****AZOT, KARBONDİOKSİT MEVCUT BULUNDURUYORUZ.****AZOT:** 5 TANE BAĞLANIYOR.**KARBONDİOKSİT:** 6 TANE YEDEK



T.C.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİNİN (HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ)
YEMEK HAZIRLAMA, DAĞITIMI, SONRASI VE DİĞER HİZMETLERİNİN KAÜ
SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI TARAFINDAN
KARŞILANMASINA AİT PROTOKOL

MADDE 1-

SÖZLEŞMENİN TARAFLARI VE AMAÇ

Bu sözleşme, bir tarafta Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü (Hastane Başhekimliği) (bundan sonra hizmet alan idare olarak anılacaktır) ile diğer tarafta Kafkas Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı (bundan sonra hizmet veren idare olarak anılacaktır) arasında aşağıda yazılı şartlar dâhilinde üst yönetici onayıyla akdedilmiştir.

Kafkas Üniversitesine bağlı idareler arasında dayanışma sağlanarak, yemek hizmetinin uygun şartlarla ve zamanında karşılanmasını, kaynakların ekonomik ve verimli kullanılmasını, Üniversite bütçesi ile kamu kaynaklarına katkıda bulunmak amacıyla bu protokol hazırlanmıştır.

MADDE 2-

GENEL TANIMLAR

HİZMETİ ALAN İDARE

Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü (Hastane Başhekimliği)

HİZMETİ VEREN İDARE

Kafkas Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı

ÜST YÖNETİCİ

Kafkas Üniversitesi Rektörü

ÖDEMELERİ YAPACAK İDARE

Hizmeti veren idarenin; yemek hizmetinin verilmesi karşılığında yapmış olduğu mal, malzeme ve hizmet giderleri için yüklenici ve yemekhane personeline ödemesini yapacak olan (personel maaşları hariç fazla mesailer dâhil) Kafkas Üniversitesi Döner Sermaye Saymanlık Müdürlüğü ile Kafkas Üniversitesi Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü

HARCAMA YETKİLİSİ

Hizmeti alan idarenin 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu hükümlerine göre, bütçeyle ödenek tahsis edilen üst yöneticisi

GERÇEKLEŞTİRME GÖREVLİŐİ

Hizmeti alan idarenin harcama yetkilisi tarafından 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu hükümlerine göre görevlendirdiği personeli

İHALE YETKİLİŐİ

Hizmeti veren idarenin; ihale ve harcama yapma, yetki ve sorumluluğuna sahip usulüne uygun olarak yetki devri yapılmış üst yöneticisi

YETKİ DEVRİ

Harcama Yetkilileri Hakkında Genel Tebliğde (Seri No:2) belirtilen hükümlere göre; hizmet alan idarenin harcama yetkilisinin ihale yetkisiyle sınırlı olmak ve üst yöneticiden onay alınmak suretiyle ihale yetkisini hizmeti veren idarenin üst yöneticisine devretmesi

İHALE USULLERİ

4734 sayılı Kamu İhale Kanununda sayılan ihale usulleri ve uygulamaları

SÖZLEŞME

4735 sayılı Kamu İhale Kanunu Sözleşme Kanununun

İHALE KOMİŐYONU

Hizmeti veren idare tarafından görevlendirilen ihale komisyon üyeleri

ÖDEME BELGESİ

İdarelerce, bütçeden yapılacak kesin ödemeler için düzenlenen Genel Yönetim Muhasebe Yönetmeliği eki 1 örnek numaralı Ödeme Emri Belgesini

DİYET UZMANI

Diyet yemeklerinin hizmetinden sorumlu hizmeti alan idare tarafından görevlendirilen Diyetisyen

MERKEZİ YEMEKHANE SORUMLUSU

Hizmeti veren idare tarafından görevlendirilen personel

HASTANE YEMEKHANE SORUMLUSU

Hizmeti alan idare tarafından görevlendirilen personel

TAŞINIR KAYIT VE KONTROL YETKİLİŐİ

Hizmeti alan ve veren idare tarafından görevlendirilen personel

MERKEZİ YEMEKHANE

Yemeklerin hazırlandığı hizmeti veren idareye ait mutfak

HASTANE YEMEKHANESİ

Yemeklerin hazırlandığı hizmeti alan idareye ait mutfak

PERSONEL

Hizmet alan idarede görevli çalışanlar

HASTA

Hizmeti alan idarede teşhis ve tedavi amacıyla yatan kişiler

REFAKATÇI

Yatan hastalara hizmeti alan idarenin müsaadesiyle refakat eden kişiler

YEMEKHANE PERSONELİ

Hizmeti veren idareye bağlı yemekhane personeli, hizmeti alan idare tarafından görevlendirilen personel ile Kafkas Üniversitesi Rektörlüğüne bağlı diğer birimlerden görevlendirilen personel

YÜKLENİCİ

Hizmeti alan idarenin yemek ihtiyacının karşılanmasında; hizmeti veren idarenin almış olduğu mal, malzeme ve hizmetleri üstelenen kurum, kuruluş, özel ve tüzel kişilikler ile ve benzeri istekliler

NORMAL YEMEK

Hasta, hasta refakatçisi, hastane personeli ile yemek hizmetinin ifasında görevli personele verilen 3 kap yemek

DIYET YEMEĞİ

Hastalara ve personele tıbbi zorunluluk veya tedavi gereği olarak verilecek olan yemek

MADDE 3-

İŞ TANIMI VE TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

- a- Hizmeti alan idarenin talepleri doğrultusunda 365 gün boyunca merkezi yemekhanede ya da hastane mutfağında görevlendirilen yemekhane personeli eliyle yemeğin pişirilmesi, dağıtılması ve diğer hizmetlerin, hizmeti veren idare tarafından sunulması.
- b- Öğün saatleri

Sabah Kahvaltısı	06.00-07.00
Kuşluk (Diyet hastaları)	10.00-10.30
Öğle Yemeği	12.00-13.00
İkinci (Diyet hastaları)	15.00-15.30
Akşam Yemeği	17.00-18.00
Gece Kahvaltı (Diyet Hast./Pers.)	21.00-22.00

Hizmeti veren idare yukarıda belirtilen saatlere uygun olarak yemeğin servis edilmesinden sorumludur. Hizmeti alan idare yemek dağıtım saatlerinde değişiklik yapma hakkına sahiptir.
- c- Hizmeti alan idarenin belirlediği yöneticiler, diyet uzmanı ve hastane yemekhanesinden sorumlu görevli tarafından onaylı aylık yemek listesi, istenilen aydan 1 hafta önce hizmeti veren idareye gönderilecektir.
- d- Hizmeti veren idare yemek listesinde önceden haber vermek koşuluyla değişiklik yapma hakkına sahiptir.

- e- Pişirilecek yemeklerde renk, kıvam, koku ve tat istenilen nitelikte olacaktır. Sıcak yemekler sıcak, soğuk yemekler ise uygun ağız ısısında servise hazır hale getirilecektir.
- f- Yemekler servise çıkarılmadan önce hem hizmeti veren idare tarafından hem de hizmeti alan idare tarafından kontrol edilecektir.
- g- Hizmeti veren idarece ayrılan yemek numuneleri en az 500 gr olması gerekmektedir. Bu numuneler hizmeti veren idarenin görevlendirdiği gıda mühendisine teslim edilecektir. Numuneler hizmeti veren idarece temin edilecek cam kavanozlarda +4 C buzdolabı ısısında en az 48 saat gıda mühendisi sorumluluğunda saklanacaktır.
- h- Yemeklerin merkezi yemekhanede çıkarılması durumunda hastaneye nakli hizmeti veren idare tarafından sağlanacaktır.
- i- Yemekhane personelinin sağlığa uygunluk davranışlarının denetlenmesi her iki idare tarafından yapılacaktır.
- j- Yemekhane personeli hastanede gördüğü, duyduğu, şahit olduğu hadiseler ve hasta mahremiyetine sadık kalacak ve sır saklar olacaktır. Aksi davranışta bulunan personel hakkında hizmeti alan idare tarafından gerekli bilgi ve belgeler hizmeti veren idareye tutanak halinde gönderilerek, gerekli işlemlerin yapılmasını talep edeceklerdir.

MADDE 4-

PROTOKOLÜN TÜRÜ VE BEDELİ

- a- Bu protokol iki idare arasında imzalanan ve üst yönetici onayıyla geçerli olan protokol olup, hizmeti veren idare yemek bedeli adı altında hizmeti alan idareden kendi bütçesine gelir kaydedilecek her hangi bir bedel talep etmeyecektir.
- b- Hizmeti veren idare yetki devri ile hizmeti alan idarenin yemek hizmetinde kullanılacak tüm mal, malzeme ve hizmet giderlerini ihale yetkilisi ve ihale komisyonu eliyle yüklenicilerden ihale usulleriyle alımını yapmakla yükümlüdür.
- c- İhale süreci tamamlanarak yüklenicilere yapılması gereken ödemeler için ödeme emri belgesini hizmeti alan idarenin harcama yetkilisi ve gerçekleştirme görevlisi imzalamakla yükümlüdür.
- d- Yüklenicilere ödemeler hizmeti alan idarenin ödemelerini yapan Kafkas Üniversitesi Döner Sermaye Saymanlık Müdürlüğü ile Kafkas Üniversitesi Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü tarafından yapılacaktır. Yemek hizmeti için yapılan giderlerin (işçi maaşları hariç) hiç biri için hizmeti veren idarenin bütçesinden ödenmesi talep edilmeyecektir.
- e- Hizmeti alan idare aylık ödeme bütçesini ödeme yapılacak aydan 10 gün önce hizmeti veren idareye bildirecektir. Hizmeti veren idare bu bütçenin dışına çıkılmadan yüklenicilere yapılacak ödemeleri planlamakla yükümlüdür.
- f- Ödeme planlamasına göre ödeme emri belgesine bağlanan yüklenici ödemeleri ödemeyi yapacak birimlere ulaştıktan sonra 30 gün içerisinde yüklenicilere ödenecektir. İhale süreci tamamlanıp taşınır kayıt ve kontrol yetkilileri teslimatın eksiksiz bir şekilde yapıldığını belgeleyip imzaladıktan sonra fatura ve ekli belgeler harcama yetkilisine ulaştıktan sonra yükleniciye yapılacak ödeme sürecinden hizmeti alan idarenin yükümlülüğünde olup, bu süreçten sonra hizmeti veren idarenin yükümlülüğü kalmayacaktır.
- g- Yüklenicilerle yapılan sözleşmeden doğan ilgili mevzuatlar uyarınca hesaplanan her türlü vergi, resim, harç, sigorta ve benzeri kesintiler ile teminatların iş ve işlemleri ödemeyi yapacak idareler tarafından yapılacaktır.

- h- Yüklencilere yapılacak ödemelerde gecikme olması durumunda oluşacak ihtilaflar yemek hizmetinin aksamasına neden olacağından yüklenici ödemelerine hizmeti alan idare tarafından öncelik verilecektir. Ödemelerin gecikmesinden kaynaklı yemek hizmetinin aksamasından hizmeti veren idare sorumlu tutulmayacaktır.
- i- Yemek hizmetinde kullanılan mal, malzeme ve hizmetlerde anlık ve geçici eksiklerin doğması halinde yetkili ve sorumlular tarafından belgelendirilerek hizmeti veren idarenin merkezi yemekhanesinden ihtiyaçlar ivedi olarak karşılanacaktır. Karşılana ihtiyaçlar hizmeti alan idarenin bütçesiyle alındıktan sonra belgelendirilen miktar ve benzeri ölçülerde hizmeti veren idarenin yemekhanesine geri verilecektir.

MADDE 5-

PROTOKOLÜN SÜRESİ

Bu protokol 30.12.2020 tarihinden itibaren tarafların imzalaması ve üst yöneticinin onaylamasıyla başlar. Protokolün süresi belirsiz süreli olup, koşullar doğrultusunda üst yöneticinin protokol süresine son verme onayına kadar devam eder.

MADDE 6-

DİĞER HUSUSLAR

- a- Üst yönetici onayıyla yemek hizmetinde görevlendirilen personele ilgili mevzuatı uyarınca ödenecek olan fazla çalışma ücretleri hizmeti alan idare tarafından ödenecektir. Fazla çalışma puantajları merkezi yemekhane sorumlusu tarafından tutulacak, hastane yemekhane sorumlusu tarafından onaylandıktan sonra ilgili ödeme döneminde personele fazla çalışma ücretleri ödenecektir. Hizmeti veren idarenin bütçesinde fazla çalışma tertibinin olmaması nedeniyle ve de ilgili mevzuatı uyarınca personele fazla çalışma ücreti ödemesi mümkün olmadığından hizmeti veren idare fazla çalışma ücretlerinin ödemesinde yükümlü tutulmayacaktır.
- b- Daha kaliteli, ekonomik, verimli ve kontrollü yemek hizmeti için hastane yemekhanesinin faaliyet geçirilmesi için çalışmaları başlatmak ve gerekli demirbaş, bakım, onarım ve tadilatlar; hizmeti alan idarenin yükümlülüğündedir.
- c- Hastane yemekhanesinin faaliyete geçişinin hızlı bir şekilde olması için gerekli olan demirbaşlar ve benzeri mal ve malzemenin geçici olarak merkezi yemekhaneden karşılanması halinde yetkili ve sorumlular tarafından belgelendirilerek demirbaş, mal ve malzeme ihtiyaçları giderilecektir. Giderilen demirbaş, mal ve malzemeler kısa sürede hizmeti alan idarenin bütçesinden karşılanarak merkezi yemekhanenin demirbaş, mal ve malzemeleri geri verilecektir.
- d- Covid 19 salgın hastalığı nedeniyle Üniversitemizde yüz yüze eğitime ara verildiğinden, öğrenci ve personele alınan tedbirler gereği merkezi yemekhanede yemek verilmemektedir. Salgın hastalığın ortadan kalkmasının ardından merkezi yemekhane faaliyet geçeceğinden buradaki yemek hizmetinin aksamaması için hastane yemekhanesine geçici verilen demirbaş, mal ve malzeme kısa sürede temin edilerek geri verilecektir. Geri verilmeyen demirbaş, mal ve malzemedeki hizmeti alan idare sorumlu olacaktır.
- e- Yemek hizmeti merkezi yemekhanede çıkarıldığı süreçte kullanılan doğalgazın fatura tutarları hizmeti alan idare tarafından ödenecektir.

f- Covid 19 salgın hastalığına karşı önceden alınması gereken tedbirlerin ve de salgın hastalığın ne zaman biteceği öngörülemediğinden, eğitim öğretim döneminin açılış tarihi ile merkezi yemekhanenin faaliyeti geçeceği tarih de öngörülememiştir. Bu nedenle merkezi yemekhanenin depolarında bulunan mal ve malzemelerin bir kısmının son tüketim tarihleri yaklaşmıştır. Protokolün amacında belirtilen kaynakların etkin, ekonomik ve verimli kullanılması açısından ayrıca Kamu İhale Kanununun 19 uncu maddesine göre mal, malzeme ve hizmet alımının süreci içerisinde depolarda bulunan bazı mal ve malzemelerin tüketilmesi insan sağlığı ve ilgili mevzuatı gereğince imkânsız olacaktır. Tüketim tarihleri yaklaşan mal ve malzeme hizmeti alan idarenin ihale süreçlerinin tamamlandığı tarihe kadar üst yönetici onayına bağlı olarak bedelsiz verilebilir.

MADDE 7-

YÜRÜRLÜK VE PROTOKOLÜN İMZALANMASI

Bu protokol 7 maddeden ibaret olup, 2 nüsha olarak idarelerin karşılıklı imzaladığı ve üst yöneticinin onayladığı tarihte yürürlüğe girer.

HİZMETİ ALAN İDARE

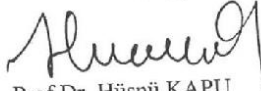
Kafkas Üniversitesi
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
(Hastane Başhekimliği)
Prof.Dr. Başol CANBAKAN
Başhekim

HİZMETİ VEREN İDARE

Kafkas Üniversitesi
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkan.
Deniz M. YILMAZ
Daire Başkan V.

30/12/2020

UYGUNDUR


Prof.Dr. Hüsnü KAPU

Rektör

Üst Yönetici

HASTANE AFET PLANI (HAP) TATBİKAT SENARYOSU

Hastanemiz KBRN Ünitesi ve Acil Servisinde **20.09.2024** tarihinde, saat **13:30 da** yapılacak olan tatbikatta Kars'ın Paşacayır mevki, Organize Sanayi Bölgesinde bulunan, çimento fabrikasındaki kimyasal varillerin(HCL asit,nitrik asit) analiz yaparken devrilmesi sonucu 6 vatandaşımızın olay yerinde kimyasala maruz kalmasına bağlı hastanemiz KBRN Ünitesi ve Acil Servisine getirileceğinin **112 Acil Komuta Kontrol Merkezi** tarafından bildirilmesi.

TATBİKATTA YAPILACAKLAR

- ❖ **MASABAŞI TATBİKATI** (Başhekimlik odasında HAP organizasyon şemasındaki görev alan tüm personelin tatbikata yönelik bilgilendirilmesi ve görev dağılımının yapılması)
- ❖ **TATBİKAT SENARYOSUNA GÖRE KURUMLARARASI İLETİŞİME GEÇİLMESİ** (İl Sağlık Müdürlüğü, 112 Acil Komuta Kontrol Merkezi, AFAD İl Müdürlüğü, Üniversite Basın Ekibi, Acil Servis Polisi)
- ❖ **SAHA TATBİKATI**
 - ✓ 6 vatandaşımızın hastanemiz Acil Servisine nakledileceği; **112 Acil Komuta Kontrol Merkezi** tarafından bildirilmesi sonrasında **Operasyon Şefi-Doç.Dr. Levent ŞAHİN** tarafından **Hap Başkanı/Başhekim-Doç.Dr. Yavuz KARABAĞ** olay hakkındabilgilendirme yapılması. HAP Ekibi'nin gerekli ekipmanlarla sahada (acil serviste) toplanması ve hızlıca olaya yönelik planlamanın yapılması.
- ❖ **PLANLAMA**
 - ✓ KBRN Ünitesi Sorumlusu Levent ŞAHİN Üniteyi hazırlaması
 - ✓ **Alan Sorumlusu-Dr.Öğretim Üyesi -Talha KARAHAN** tarafından Yeşil Alandaki diğer hastalarınmüsaade odalarına veya en yakın kliniklere nakledilmesi.
 - ✓ AFAD Müdürlüğü tarafından sahra çadırının kurulması
 - ✓ AFAD ve 112 lerle olaya maruz kalan vatandaşların getirilmesi
 - ✓ Hastane Afet Planı Ekibi tarafından gerekli ekipmanlarla gelen vakalara müdahale edilmesi, yapılacak ilk müdahalenin ardından vakaların durumlarına göre diğer alanlara nakledilmesi, sevk edilmesi veya taburcu edilmesi.
 - ✓ **HAP Sekreteryası-Yeliz ARAS** tarafından olaya yönelik gerekli tüm dokümanların doldurulması ve HAP Başkanı'na sunulması.
 - ✓ **HAP Başkanı'nın** bilgisi dahilinde **Halkla İlişkiler Sorumlusu--Dr.Öğretim Üyesi-Samet KIRAT** tarafından ilgili kurumlara ve Basın'a bilgi verildikten sonra **Durum Sonlandırma Sorumlusu- Doç.Dr. Levent ŞAHİN** tarafından tatbikatın sonlandırılması.
 - ✓ Toplu fotoğraf çekimi