



MEDİKAL ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_01	10.06.2013	4	-	5

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”	“Açıklama”	“Revizyon No”
07.11.2013	Madde 5.8'deki Ölüm Kayıtları Belgesi arsive girmediğinden Prosedürden çıkarıldı. Ölüm Nedenleri Belgesi için arşiv biriminin muhafaza görevine vurgu yapıldı.	01
17.12.2013	Ameliyathane Hasta Güvenlik Formu'nun hasta dosyasında muhafaza edilmesi gerektiği saklama süreleri tablosunda belirtildi. Sterilizasyon formlarının saklama yeri olarak tıbbi arsive MSÜ birimi de eklenerek saklama süresi tablosunda bu bilgi güncellendi.	02
21.05.2014	Madde 5.1.5 prosedüre tanımlandı.	03
02.01.2023	TEMOS standartları doğrultusunda, tüm prosedür gözden geçirildi. Logo değiştirildi.	04

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Fiyatlandırma ve İş Geliştirme Müdürü	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



MEDİKAL ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_01	10.06.2013	4	-	5

1. AMAÇ

KKTC 32/1998 sayılı yasanın 8.maddesi gereğince, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde bulunan tıbbi kayıtların toplanması, sınıflandırılması, arşivlenmesi, istenildiğinde yetkililere sunulması ve saklanması için gerekli kuralları belirlemektir.

2. KAPSAM

Bu prosedür, hastalara ait tıbbi kayıtların arşivlenmesi, arşive gönderilmeden belirli bir düzene sokulması, kanunen zorunluluğu bulunan hallerde resmi makamlarla paylaşılması ve muhafaza edilme sürelerini belirleyen faaliyetleri kapsar.

3. SORUMLULAR

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekim, başhemşirelik, hemşireler, hasta danışmanları ve arşiv personelinin sorumluluğundadır.

4. TANIMLAR

4.1. Tıbbi Arşiv:

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne gelen acil ve adli vakalar da dâhil olmak üzere tüm hastalar için düzenlenen ve kullanılan tüm tıbbi kayıtların toplanması, sınıflandırılması ve korunmasını sağlamak, bu dokümanların hastaların daha sonraki başvurularında veya adli makamca her istenildiğinde hazır bulundurmak için hastane içinde bulunan merkezlerdir.

4.2. Arşiv:

Arşiv malzemeleri ile arşivlik malzemelerin bir düzen içerisinde saklanabilmesi için özel raf ve dolaplara sahip, rutubetsiz, yangına karşı gerekli önlemleri alınmış, korumalı özel bölümlerdir.

4.3. Arşiv Bölümünde Saklanan Kayıtlar

4.3.1. Arşiv Malzemesi:

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve yataklı tedavi kurumuna müracaat eden hastaların muayene, teşhis, takip ve tedavi evrakı ile yazılan ameliyat raporu, istirahat raporu, epikriz ve taburculuk esnasında verilen hasta veya hastalığa ait evrak, tutanaklar ile acil ve adli vakalar ile ilgili tutulan tutanak, evrak ve belgeleri ifade eder. Yazılan reçetelerin son nüshaları, ameliyathanelerde çekilen laparoskopik ameliyatlara ait CD / videokasetler de bu evrak kapsamındadır.

4.3.2. Yatan Hasta Dosyası:

Yataklı tedavi kurumları tarafından tutulan ve içinde başvuran hastalara ait muayene, tanı, ameliyat ve tedavi dokümanları ile yatan hasta için tutulan rapor, epikriz, taburculuk notlarının bulunduğu karton dosyalardır. Bu dosyalarda bulunması gereken evrak "Hasta Dosyası Kontrol Formu"nda belirtilmiştir.

4.3.3. Röntgen:

Ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalar tarafından alınmayan radyolojik görüntülere ait CD'ler tıbbi arşive gönderilir.

4.3.4. Ameliyat CD / Video Kayıtları:

Ameliyathanede laparoskopik ameliyat olan hastaların ameliyatlarını içeren kayıtlardır.

4.3.5. Ayaktan Hasta Kayıtları:

Bütün bunların dışında ayaktan hasta alanlarında yapılan girişimler öncesinde veya sırasında üretilen (aydınlatılmış hasta onam formları, hasta değerlendirme ve izlem formları vb.) tıbbi kayıtlardır.



MEDİKAL ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_01	10.06.2013	4	-	5

5. FAALİYET AKIŞI

5.1. Genel Kurallar

5.1.1. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi bünyesinde bulunan arşivleme sisteminde, hastanın ilk başvurusunda hasta danışmanları tarafından verilen Hasta ID Numarası sistemi esas alınır. Hastanın hasta kayıt numarasına (Hasta ID No) göre tek bir dosyası bulunur.

5.1.2. Tüm hasta dosyaları arşivde Tıbbi Arşiv Görevlisi tarafından arşivlenir.

5.1.3. Hasta dosyaları polikliniklerde Hasta Danışmanı, kliniklerde hemşire / yatan hasta danışmanı tarafından teslim alınır ve dosyalar yetkisiz kişilerin ulaşımını engelleyecek şekilde muhafaza edilir.

5.1.4. Adli vaka ve/veya araştırma için tıbbi arşiv biriminden dosya istemeye yetkili kişiler Yönetim Kurulu Başkanı, Başhekim ve Başhekimlik sekreteri, hastanın hekimi, Kalite Direktörlüğü, Başhemşire ve Mali İşler Müdürlüğüdür. Bunun dışındaki personel hasta dosyalarını ancak başhekim onayıyla alabilirler.

5.1.5. Hastanede stajyer / intern olarak görevli çalışan sağlık personelinin hasta kayıtlarını tıbbi arşivden isteme ve gözetimsiz olarak (eğitimlerinden sorumlu hekim, sorumlu hemşire, YDÜ'de görevli öğretim üyesi vb.) inceleme yetkileri yoktur. Başhekimlik tarafından hasta bilgilerine erişilmesine yönelik özel izin verilmesi halinde, özel izin verilen isimlerin kimlik tespitleri Arşiv Görevlisi tarafından yapılır.

5.1.6. Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin bilgileri gizli tutma yükümlülüğü görev tanımlarında ve "Hasta Mahremiyeti ve Bilgilerinin Gizliliği Prosedürü"nde yer almaktadır. Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda "Disiplin Prosedürü"ne göre hareket edilir.

5.2. Ayaktan Hastaların Tıbbi Kayıtları

Poliklinik hastalarına ait hasta tıbbi kayıtlar sağlık çalışanları tarafından (Hekim, Hemşire, Diyetisyen, Odyolog, Psikolog, Fizyoterapist vs.) elektronik ortamda saklanır. Acil servise başvuran hastaların tıbbi kayıtları bilgisayar sisteminde ve hemşirelik kayıtları basılı formlardaki hasta dosyalarında tutulur. Acil dosyaları günlük olarak arşive alınır.

5.3. Yatan Hastaların Tıbbi Kayıtları

5.3.1. Hastaneye yatışı yapılmak üzere yatış işlemini yapan personel (Yatan Hasta Hizmetleri Birimi) tarafından oda rezervasyonu yapılan hastaların daha önce oluşturulmuş bir dosyası olup olmadığı, hastanın mükerrer dosyası olmaması için otomasyon sisteminden kontrol edilir.

5.3.2. Hastanın daha önce Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'ne yatışı yoksa boş hasta dosyası ilgili personel tarafından yatış ofisinden temin edilir. Dosyada bulunması gereken dokümanlar dosyaya yerleştirilir.

5.3.3. Taburculuğuna hekimi tarafından karar verilen hastanın dosyası, yatan hasta servis hemşiresi tarafından yatan hasta danışmanına verilir. Yatan hasta danışmanı ve servis sorumlu hemşiresi kontrollerini yaptıktan sonra eksiksiz olduğu tespit edilen dosyayı Arşive teslim eder. Dosyanın kontrolü "Hasta Dosyası Kontrol Formu" üzerinden yapılır. Hasta dosyası hastanın taburculuğu ile birlikte devam eden 48 saat içerisinde Tıbbi Arşiv'e teslim edilir.

5.4. Hastalar tarafından alınmayan Röntgen görüntü CD ve Raporları , radyoloji bölümünde bir ay bekletildikten sonra Tıbbi Arşiv'e gönderilir.

5.5. Adli Vaka Bildirim Formu Koçanları

5.5.1. "Adli Vaka Bildirim Formu" Acil Servis'te bulundurulur. Üç kopya olarak hazırlanan "Adli Vaka Bildirim Formu"nun ilk kopyası isim, sicil numarası ve imza karşılığında ilgili karakolun görevlilerine teslim edilir. İkinci kopya yatan hastalar için hasta dosyasına, Acil Servis hastaları için "Acil Servis Hasta Değerlendirme ve Gözlem Formu"na eklenir. Üçüncü kopya ise rapor formunun koçanında saklanır. Biten koçanlar Tıbbi Arşiv'e teslim edilir.

5.6. Adli Vaka Dosyaları



MEDİKAL ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_01	10.06.2013	4	-	5

5.6.1. Adli makamlar, mahkemeler ve/veya hasta ve yakınlarının talep etmesi halinde hasta dosyaları, hastane başhekimliğine talepte bulunan kişinin / kurumun yazılı başvurusu ve bu doğrultuda hastane başhekimliğinin yazılı onayı olmadıkça hiçbir şekilde ilgili kişi ve kurumlara teslim edilemez. Bu kural çerçevesinde uygun görülmesi halinde, hastane tıbbi arşivinden “ASLI GİBİDİR” kaşesiyle kopyaları çıkartılan hasta dosyaları, resmi makamlara / mahkemelere ve/veya talepte bulunan kişi ve kurumlara gönderilmek üzere başhekim sekreterliğine teslim edilir.

5.6.2. Adli makamlar veya mahkemeler tarafından hastane başhekimliğinden istenilen dosyalar hastane tıbbi arşivinden kopyaları çıkartılarak istenilen resmi makamlara gönderilmek üzere başhekim sekreterliğine teslim edilir.

5.6.3. Kabul edildiği bölüm tarafından adli vaka olarak değerlendirilen hastalara ait dosyalar, tamamlanarak Tıbbi Arşiv Bölümü'ne gönderilir.

5.6.4. Adli vaka dosyaları, arşiv de ayrı dolapta kilitli bir alanda saklanır.

5.7. Arşivleme Dışındaki İşler

5.7.1. “Ölüm Nedenleri Belgesi”, müdavi hekim tarafından 4 nüsha olarak düzenlenir, imzalanır ve mühürlenir. 3 nüshası vefat eden kişinin yakınlarına teslim edilir. Belgenin koçanı arşiv biriminde Ek-1'deki tabloda tarif edildiği süre boyunca muhafaza edilir. Ex olan hastanın dosyasının üzerine kırmızı kalemle EX yazılır.

5.7.2. KKTC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi'ne; belirli periyotlarda bildirim zorunlu hastalıklara ait raporlar, “Bildirim Zorunlu Hastalıklar Talimatı”na göre Başhekim onayı ile verilir.

5.8. Koruma Yükümlülüğü

5.8.1 Arşiv malzemesi veya arşivlik malzemenin korunması, saklanması, gizliliği ve kullanımını kapsar. Hastane arşiv birimleri ve tüm personel, ellerinde bulundurdıkları arşivi veya arşivlik malzemeyi her türlü zararlı etki ve unsurdan korumak, mevcut asli düzenleri içerisinde sınıflandırılıp saklamakla yükümlüdür.

5.8.2. Yangın, deprem, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan ve haşaratların zararlarına karşı gerekli önlemler alınmaktadır. Haşeratlardan korumak için ayda bir rutin ilaçlama yapılmaktadır. Su basmalarına önlem olarak bütün evraklar dolaplarda, yerden yüksekte muhafaza edilmektedir. Arşiv içindeki yangın söndürme cihazları “**Yangın Güvenlik Prosedürü**”ne uygun olarak çalışır durumda bulundurulur.

5.8.3. Arşivde yeterli ışık ve havalandırma sistemi bulunur. Isının 17-21 derece, rutubetin %40-70 arasında tutulması sağlanır ve kontrolleri “Sıcaklık ve Nem İzlem Takip Formu” na kaydedilir.

5.8.4. Arşiv yerleşimi hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayak ve izlenebilir şekilde planlanmıştır. Arşiv Yerleşim Planı arşivde görülebilir olarak asılıdır.

5.9. Arşivde Saklama Süreleri

Dosyalar aşağıdaki gruptandırılmaya göre etiketlenerek arşivdeki yerlerine yerleştirilir ve yasada yer alan sürelerde saklanır.

** Hasta Dosyası

** SGK Hasta Dosyası

** Psikiyatri Hasta Dosyası

** Muhasebe

**Başhekimlik

5.10. Dosyaların Arşiv Dışına Çıkartılması

5.10.1. Tıbbi arşivden çıkan ve tıbbi arşive gelen tıbbi kayıtlar “Dosya İstem ve Zimmet Formu” ve bilgisayar ortamında tutulan kayıtlarla takip edilir.

5.10.2. Sigorta şirketleri tarafından hasta bilgileri istendiğinde, istenilen belgelerin kopyaları yazılı istek yapılması şartı ile gönderilir;Anlaşmalı kurum ise yazının ekinde bilgileri istenen kişiye ait



MEDİKAL ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_01	10.06.2013	4	-	5

poliçe sözleşmesinin kopyası mutlaka bulunmalıdır. Yazının ulaşmasına müteakip hastane hasta hakları birimi tarafından hasta aranarak konu hakkında bilgisi olup olmadığı sorulur. Hastanın tıbbi belgelerin gönderimi hususunda onayı olmadığı yönünde bir beyanı bulunması halinde bu durum kayıt altına alınır ve yazının cevap aşamasında değerlendirilir. Hazırlanan belgeler, cevabi yazılar ilgili kuruma gönderilmek üzere Başhekimlik asistanına gönderilir.

5.10.3. Hasta ve/veya hasta yakınlarının tıbbi dosya istemeleri durumunda; hasta ve/veya hasta yakını tarafından yazılmış ve imzalanmış dilekçenin başhekimliğe verilmesi istenir. Tıbbi kayıtlar başhekim tarafından incelendikten sonra, adli vaka değilse dosya içeriğinin fotokopisi “ASLI GİBİDİR” kaşesi basılarak, hasta veya hasta tarafından yetkilendirilmiş hasta yakınına / yasal temsilcisi (hasta yakını olduğunu belgelemek kaydıyla) kimlik fotokopisi alınmak suretiyle verilir. Alınan dilekçe ve nüfus cüzdanı fotokopisi tıbbi arşivde muhafaza edilir.

5.11. Dosya Kaybı Durumunda Yapılacaklar

5.11.1. Hastane otomasyon programı tarafından, dosyanın en son hangi bölüm tarafından işlem gördüğü gösterilmektedir.

5.11.2. Talep edilen dosya Tıbbi Arşiv ve Dokümantasyon Bölümü’nde yerinde bulunamadığında dosyayı en son istemiş olan bölümler tespit edilir ve dosyanın onlarda olup olmadığı araştırılır.

5.11.3. Dosya bölümlerde bulunamazsa hastanın hastaneye geliş tarihlerine göre formlar taranır.

5.11.4. Hastane otomasyon sistemi üzerinden ön büro menüsünden hastanın en son işlem yaptırdığı bölümler tespit edilir ve bu bölümler aranır.

5.11.5. Dosya hiç bir yerde bulunamazsa ya da Tıbbi Arşiv ve Dokümantasyon Bölümü’ne iade edilen dosyalar arasında olduğu anlaşılırsa raflar ya da yanlış yerleştirilebileceği yerler taranır. İlk önce kendi rafı, alt ve üst rafları, benzer hasta numaralarının bulunduğu raflar araştırılır.

5.11.6. Kayıp dosyanın araması işlemleri sırasında dosyayı talep eden birim bilgilendirilir. Dosya hiç bir yerde bulunamıyorsa ve kayıp olduğu kesinleşmişse öncelikle hasta için eski hasta numarası üzerinden bir dosya oluşturulur ve hastane veri tabanında bulunan hasta bilgileri dökülerek dosyaya konur. Kayıp olan dosyanın bulunması halinde düzenlenen yeni dosyayla karşılaştırılır ve birleştirilmesi gereken bölümler birleştirilir.

5.12. Tıbbi Arşivde Evrak İmha İşlemi

Tıbbi arşivde imha edilebilecek nitelikteki dokümanlar, tutanak altında imha edilir. Tutanakta imha edilecek dokümanın ismi, doküman sıra numarası, imha edilecek dokümanın üzerinde yazılı olan tarih (dokümanın hangi tarihte doldurulduğunu gösteren tarih) bilgileri yer alır. İmha edilecek dokümanlar imha işleminden önce tarih sırasına göre Başhekim’e raporlanır. Başhekim onayı ile imha edilir.

6. İlgili Dokümanlar:

- 6.1.** Hasta Dosyası Kontrol Formu
- 6.2.** Hasta Mahremiyeti ve Bilgilerinin Gizliliği Prosedürü
- 6.3.** Disiplin Prosedürü
- 6.4.** Adli Vaka Bildirim Formu
- 6.5.** Acil Servis Hasta Değerlendirme ve Gözlem Formu