



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

25.04.2024

6.5.4. Maddeye “kurum avukatı ve
başhemşirelik” eklendi.

01

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



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

1. AMAÇ

Hasta ve hastalığı ile ilgili verilerin, hastanın sağlık bakımını ilgilendiren süreç ve bunların sonuçlarına ait verilerin izlenebilmesi, analiz edilebilmesi, yorumlanabilmesi, paylaşılabilmesi ve rapor edilebilmesi amacıyla hazırlanan hasta dosyalarını standardize etmek için bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Hasta dosyası tutulması ve muhafazası sürecine ilişkin faaliyetleri kapsar.

3. KISALTMALAR: -

4. TANIMLAR

4.1. Hasta Dosyası: Hastanın tanı, tedavi ve bakım sürecinde ortaya çıkan tüm kayıtlarının fiziksel olarak yer aldığı dokümandır.

5. SORUMLULAR

Bu prosedür tüm hekimleri, tüm hemşireleri, diğer tıbbi personeli, hasta hizmetleri ve tıbbi istatistik ve arşiv bölümü çalışanlarının sorumluluğundadır.

6. FAALİYET AKIŞI

Hastanın tıbbi kayıtlarına tedavi ve ya bakım amacıyla kayıt yapan tüm personel; bu prosedür kapsamında tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde oluşturulmasından ve hasta dosyasında muhafaza edilmesinden sorumludur.

6.1. Hastanın İlk Kaydının Oluşturulması Ve Dosyaların Açılması:

6.1.1. “**Tıbbi Arşiv İşleyiş Prosedürü**” ne uygun olarak hastanemize gelen her hasta için (poliklinik hastası ya da yatan hasta) bir hasta numarası verilerek bir dosya açılır. Dosya, hastanın hastanemizde ki tedavi süreci ile ilgili tıbbi bilgileri içerir. Dosyaların açılması süreci hastaların hastanemize ilk müracaatı ile başlar.

6.1.2. Hastanın kimlik bilgileri eksiksiz olarak alınır ve hastane otomasyon sistemi üzerinde bir hasta numarası verilerek elektronik ortamda dosyası oluşturulur. Yatan hastalara ait ilk kayıtlar Hasta Yatış Bölümü'nden, poliklinik hastalarına ait ilk kayıtlar ise poliklinik bankoları tarafından oluşturulur.

6.1.3. Poliklinik hastaları için fiziksel dosya açılmaz ve bütün bilgileri polikliniklerde hekimler tarafından otomasyon sistemine girilir.

6.1.4. Dosya Tıbbi Arşiv ve Dokümantasyon Bölümü'nde muhafaza edilir ve hastanın gerekli durumlarda çıkartılarak ilgili bölüme gönderilir.

6.2. Hekim Tarafından Tamamlanması Gereken Dokümantasyon:

Yatan hastalar için hekim düzenlemesi gereken tıbbi kayıtlar, hastanın primer hekimi ile Nöbetçi hekim tarafından düzenlenir.



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

6.2.1. Anamnez ve Fizik Muayene Formu:

İlgili servis	YATAN HASTA	AYAKTAN HASTA	GÜNÜBİRLİK YATAN HASTA	GÜNÜBİRLİK YATAN CERRAHİ HASTA	ACİL SERVİS	YOĞUN BAKIM
DOKTOR	12 Saat	30 Dakika	2 Saat	2 Saat	TRİAJ PUAN SKALASINA GÖRE	2 Saat

Tablo1. Hastaların hekim tarafından başvurduğu bölümlere göre ilk tıbbi değerlendirme süreleri

Hastanın başvuru/yatışı sırasında yakınması, hastalığın hikâyesi, öz ve soygeçmişi, fizik muayene bulguları, psikososyal / ekonomik durumu ve tedavi planı ile öngörülen incelemelerin hastanın primer hekimi tarafından yazıldığı formdur. Hastanın ilk tıbbi değerlendirmesi başvurduğu bölüme göre tablo 1 de belirtildiği sürelerde Nucleus üzerinden anamnez ve fizik muayene alanı kullanılarak hastanın primer hekimi tarafından yapılarak tamamlanır.

Nucleus Anamnez ve Fizik Muayene alanı aşağıdaki branşlar için özelleştirilmiştir. Primer hekim hastayı ilgili ekranda yer alan bilgiler üzerinden değerlendirir.

- ☐ Medikal onkoloji hastaları
- ☐ Çocuk polikliniğine başvuran çocuk hastalar
- ☐ Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Bölümüne başvuran hastalar
- ☐ Ağız ve Diş Sağlığı Bölümüne başvuran hastalar

Hasta eğer aynı kliniğe tekrar yatıyorsa, hastaneye yatışından 30 gün önce hazırlanmış olan Anamnez ve Fizik Muayene Formu bu zaman zarfında hastanın durumunda ortaya çıkabilecek herhangi bir değişikliği kaydetmek koşuluyla kabul edilebilir. Sık aralıklarla yatan onkoloji hastaları için hastanın bulgularında önemli bir değişiklik olmadığı sürece, eski formun bir kopyası kullanılabilir.

Sistem üzerinden doldurulan formların çıktısı alınarak dolduran hekim tarafından formda tanımlanan bölüm imzalanıp kaşelenir ve hasta dosyasına konulur.

Ameliyat/invaziv girişim olacak hastalarda işlem öncesi form hasta dosyasında bulunur.

6.2.2. Hekim İzlem Notları:

- *Hastanın hastanede seyrinin kronolojik olarak takibi
- *Hastanın durumunda görülebilecek değişiklikler
- *Hastalığın seyri sırasında oluşabilecek komplikasyonlar
- *Hastanın tedaviye ve ilaçlara verdiği yanıt
- *Tedavinin planlanması veya tedavide yapılan değişikliklerin gerekçeleri
- *İzlemi yapan hekimin formda tanımlanan bölüme isim kaşesi, imza, tarih ve saat kaydı

6.2.3. Genel Riskli Girişimler İçin Bilgilendirme Onam Formudoğrultusunda tüm bilgilendirme onam formları hastadan ya da temsilcisinden alınır. Bilgilendirme onam formu hasta dosyasında tutulur. Onam formu olmayan hastalara acil durumlar hariç hastaya herhangi bir işlem yapılmaz.

6.2.4. Ameliyat Raporu:



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

Ameliyat yapılan her hastanın ameliyat sonrası hasta uyanma odasında iken Ameliyat Raporu yazılmalıdır. Cerrahın acil bir ameliyata girmesi durumunda ameliyat bitiminde ameliyat raporu yazabilir.

*Ameliyatın tarihi

*Ameliyat ekip elemanları

*Ameliyat öncesi ve sonrası tanı

*Ameliyattaki önemli bulgular

*Yapılan ameliyat

*Kullanılan ameliyat teknikleri

*Cerrahi spesmenler

*Varsa peroperatif komplikasyonlar

*Kaybedilen kan miktarı, kullanılan malzeme/ protezler

Cerrahi girişimden hemen sonra hekim istemleri yazılır. Hastane otomasyon sistemi üzerinden Ameliyat raporu kayıt edilerek çıktısı alınıp kaşe ve imzalı hasta dosyasında muhafaza edilir

6.2.5. İnvaziv Girişim (İşlem) Raporu

İnvaziv girişim/işlem uygulanan hastalar için işlemi uygulayan hekim tarafından hazırlanan raporda;

*Hastanın Adı / Soyadı, Hasta Numarası,

*Yapılan İşlemin formda tanımlanan bölüme Tarih ve Saati, işlem öncesi ve sonrası teşhis,

*İşlem sonrası bulgular,

*Uygulanan anestezi ile ilgili bilgiler yer alır.

Yatan Hastalarda dosyasında, ayaktan hastalarda sistem üzerinden arşivlenir.

6.2.6. Konsültasyon Raporu

Konsültasyon Raporu, hasta muayenesinden ve hasta dosyasının incelenmesinden elde edilen sonuçları aksettirir. Bu form konsültan hekimin bulgularını, tanısını ve tavsiyelerini, konsültan isteyen hekimin ise neden istediği bilgisini içerir. Konsültasyon süreci, belirtilen esaslar doğrultusunda yürütülür ve kayıtlar bu talimata uygun şekilde tutulur. Konsültasyon isteği hastane otomasyon sistemi üzerinden yapılır. Konsültasyonu yapan hekim konsültasyon notlarını hastane otomasyon sistemi üzerinde

Her konsültasyon istemi en geç 12 saat içinde karşılanması gerekir. Acil Servisteki konsültasyon istekleri ve raporlanması ilk 30 dk içinde olmalıdır.

6.2.7. Hekim İstem Hemşire Uygulama Formu:

Hekim istemleri Nucleus üzerinden yapılır. Doktor direktifi okunaklı, yanlış anlamaya izin vermeyecek açıklıkta yapılır.

Doktor direktifinde mutlaka şunlar bulunmalıdır:

*Hekimin Adı Soyadı

*Tarih/saat

*Formda tanımlanan bölüme Hekim kaşe/imza

*Yatış tanısı, kilo, boy, allerji ve kontrendike ilaç bilgisi

*Direktif edilen ilaçların adı, formu, dozu, uygulanma yolu ile ilgili yöntemi

*Diyeti



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

*ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşim değerlendirmeleri,

*Takibi istenen parametreler

*Tetkikleri yazılmalıdır.

Direktif üzerinde sonradan hiçbir silme veya düzeltme yapılmamalıdır. Direktif değişikliği yapılmasında, silmeden iptal edildiği kaydedilerek yeni direktif yazılır. Satır sonu order yazılmamalıdır.

6.2.8. Epikriz

Epikriz hastanın hastanede yattığı süre içerisinde yapılanların ve hastalığın seyrinin bir özetidir. “**Epikriz Formu**”, hasta kimlik ve adres ile telefon iletişim bilgileri, ayrıca hastane-sorumlu doktor isim ve iletişim bilgilerini içermelidir.

*Geçici tanı veya hastaneye yatış nedeni

*Son tanı (yapılan tetkiklerden sonra hastaneye yatışa neden olduğu anlaşılan patoloji)

*Beraberindeki patolojiler (komorbid durumlar) ve komplikasyonlar,

*Anamnez ve temel fizik muayene bulguları

*Önemli laboratuvar ve radyoloji bulguları

*Konsültasyon sonuçları,

*Hastalığın seyri ve yapılan tedavi (cerrahi girişim veya diğer önemli girişimlerin kronolojik sırayla tarih belirtilerek kısa özeti)

*Hastanın taburcu edilirken durumu (ilk yatıştaki durumuyla kıyaslama yapılmasına imkân verecek bir anlatımla)

*Hastanın hastaneden nereye gönderildiği (evine, rehabilitasyon merkezine, başka hastaneye)

*Taburcu olurken hasta ve ailesine verilen bilgiler, İlaç tedavisi, Diyet, Aktivite, Diğer dikkat edilmesi gereken

hususlar, Hekimin diğer tavsiyeleri, Kontrol randevusu

*Hastanın yatış çıkış tarihleri

*ICD-10 tanı kodu

*Formda tanımlanan bölüme doktorun imza ve kaşesi

*Başhekimlik onayı

“**Epikriz Formu**”, hasta hastaneden ayrılırken tamamlanmış olmalı, hasta veya yakınına imza ile teslim edilmelidir, bir çıktısı da onaylanıp hasta dosyasına konulur.

6.2.9. Anestezi Değerlendirmesi:

Her hasta için anestezi/sedasyon öncesi değerlendirme yapılarak uygulama planı dokümanite edilip, kullanılan anestezi/sedasyon ve tekniği hasta kayıtlarına sıfır kayıpla girilmelidir. Hastanın anestezi değerlendirmeleri Anestezi İşleyişi Prosedürü’ne uygun olarak yapılır. Ayaktan hasta hangi yöntemle olursa olsun anestetik veya sedatif ilaç verileceği zaman bir anestezi ön değerlendirmesi yapılır ve hastanın anestezi anamnezi ve anestezinin neden olabileceği risk gözden geçirilir ve bir anestezi planı yapılır. Anestezi Polikliniği Değerlendirme Formu hasta tarafından, Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme Formu doktor tarafından doldurulur ve imzalanır. Daha sonra Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu hastaya okutulup ,anlatılır ve



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

hasta ile doktor arasında karşılıklı olarak imzalanır. Anestezi uygulanırken hasta, Anestezi İzlem Formu ile kalp damar cerrahisi hastası ise Kalp Damar Cerrahisi Anestezi İzlem Formu ile takip edilir. Uyanma ünitesine alınan hastalar Anestezi Hekimi/ Teknikeri tarafından Anestezi Ayılma Formu ile takip edilir.

6.2.9.1. Anestezi Polikliniği Değerlendirme Formu:

Anestezi Polikliniği Değerlendirme Formu Hasta veya yakını tarafından doldurulur. Amaç anestezi ön değerlendirmesi yapmaktır. Anestezi anamnezi hazırlamada ilk aşamadır. Anestezi Polikliniği Değerlendirme Formunda aşağıdaki parametreler mutlaka doldurulmalıdır.

1. Hastanın adı soyadı
2. Doğum tarihi
3. Cinsiyeti
4. Hasta Numarası
5. Hastanın imzası
6. Formun doldurduğu tarih

Anestezi Polikliniği Değerlendirme Formu her operasyondan önce mutlaka sıfır kayıpla doldurulmalıdır.

6.2.9.2. Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme Formu:

Anestezi doktoru tarafından Nucleus üzerinden doldurulur. Formda anestezinin neden olabileceği riskler gözden geçirilir ve bir anestezi planı yapılır.

Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme Formu nda mutlaka

- ☐ Hastanın adı soyadı
- ☐ Hasta Numarası
- ☐ Doğum tarihi
- ☐ Planlanan girişim
- ☐ Ön tanısı
- ☐ Anestezi Planı
- ☐ Dr. Adı soyadı
- ☐ Dr. Kaşe ve imzası

bulunmalıdır. Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme Formu her operasyondan/ İşlemden önce mutlaka sıfır kayıpla doldurulmalı ve hasta dosyasında bulunmalıdır.

6.2.9.3. Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu:

Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu hastayı bilgilendirme ve onam almak için tüm hastalara sıfır kayıpla doldurulmalıdır. Hasta ve doktor formu karşılıklı olarak imzalar. Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formunda mutlaka ;

- ☐ Hastanın adı soyadı
- ☐ Hasta Numarası
- ☐ Hastanın imzası
- ☐ Formun doldurulduğu tarih
- ☐ Hastanın doğum tarihi
- ☐ Kliniği



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

- ☐ Formda tanımlanan bölümde Dr. Kaşe imzası bulunmaktadır
- 6.2.9.4. Anestezi Güvenlik Kontrol Formu :
Ameliyat odasına alınan hastanın son anestezi değerlendirmesidir ve hasta dosyasında arşivlenir.
- 6.2.9.5. Anestezi İzlem Formu:
Anestezi sırasında izleme, anestezi sonrası uyanma periyodu için temel oluşturur. Uyanma sırasında hastanın durumu hakkındaki verilerin sürekli ve sistematik olarak toplanması ve değerlendirilmesi, hastanın diğer servislere geçirilmesi kararlarını destekler. İzlem verilerinin kaydedilmesi, taburcu kararlarının desteklenmesi için gereklidir. Hasta dosyasında saklanır.
Anestezi İzlem Formu hastanın anestezi uygulama esnasında takibini yapmak için kullanılır.
Anestezi İzlem Formu nda mutlaka;
 - ☐ Anestezi Ekibi
 - ☐ Ameliyat ekibi
 - ☐ Hastanın adı soyadı
 - ☐ Hasta Numarası
 - ☐ Tarih
 - ☐ Yapılan ameliyat
 - ☐ Cinsiyet bölümleri doldurulmuş olmalıdır.
- 6.2.9.6. Anestezi Ayılma Formu:
 - ☐ Anestezi verilen tüm hastalar işlem bitiminde anestezi hekimi tarafından değerlendirilir ve anestezinin etkilerinin sona ermiş olduğu dökümanite edilir.
Anestezi Ayılma Formunda mutlaka;
 - ☐ Hastanın adı soyadı
 - ☐ Doğum tarihi
 - ☐ Cinsiyeti
 - ☐ Hasta numarası
 - ☐ Ayılma odasına geliş zamanı ve ayrılış zamanı
 - ☐ Ayılma ünitesinde yapılan işlemler Ayılma ünitesinde kullanılan ilaçlar
 - ☐ Anestezistin adı soyadı ve imzası
 - ☐ Sorumlu hemşirenin-Anestezi teknisyeninin adı soyadı ve imzası formda tanımlanan bölümde bulunmalıdır.
- 6.2.10. Hastanın Kendi İsteği İle Hastaneden Ayrılması;
Hasta hakları doğrultusunda, hasta alacağı tedavi veya bakımı reddederse form doldurarak imzalar.
- 6.2.11. Hekim Tarafından Sistem Üzerinden Doldurulup/Görülüp Arşivlenen Kayıtlar
 - ☐ Apache II skrolama sistemi,
 - ☐ Yenidoğan YB skrolama sistemi,
 - ☐ Tüm görüntüleme tanı/tetkik istemleri ve sonuçları (Radyoloji, Nükleer tıp, Radyasyon onkolojisi),
 - ☐ Tüm Laboratuvar istemleri ve sonuçları (biyokimya, genetik, mikrobiyoloji, hormon, patoloji)
 - ☐ Anamnez ve Fizik Muayene Formu
 - ☐ Hekim İzlem Notları



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

- ☐ Ameliyat Raporu
- ☐ İnvaziv Girişim (İşlem) Raporu
- ☐ Konsültasyon Raporu
- ☐ Epikriz
- ☐ Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme Formu

6.3. Hemşireler Tarafından Düzenlenen Kayıtlar

6.3.1. Hemşire Değerlendirme Formu: Hastanın kabul bilgileri, sağlık hikâyesi, alışkanlıkları, sistem sorgulama, özellikli hasta değerlendirme, risk değerlendirme ve taburcu bilgilerinin yer aldığı değerlendirme formudur. Yatan hastalar için 4 saat, yoğun bakım ünitelerinde ise 2 saat içinde doldurulmalıdır. Acil servis hastaları triaj skalalarına göre değerlendirilmelidir. Hasta dosyasında arşivlenir. Diğer hemşire formları, ameliyat/işlem yapılmadan ya da 12 saat içerisinde doldurulmuş olmalıdır.

6.3.2. Transfer Formları: Hastanın; hastane bölümlerine ve ya hastaneden bir başka sağlık kuruluşuna transfer edildiği durumlarda hekimi ve hemşiresi tarafından düzenlenmesi gereken formlardır. Hastanın transfer edildiği sıradaki tıbbi durumuna göre ilişkin bilgileri ve yapılan tedavileri özetleyen, yeni ekibe aktarılması gereken tıbbi bilgileri içerir. **“Hastane İçi Hasta Transfer Formu”**, “ve “ile hastalar transfer edilir. Hasta dosyasında arşivlenir.

6.3.3. Hasta Takip Formları: Yatan hasta katlarında **“Hemşire İzlem Formu”** ile; Hayati bulgular, hijyen gereksinimleri, kateter/line bakımları, izlemler, ödem takibi, hareket/dolaşım, gözlem ve değerlendirme alanları hastaların yattığı süre boyunca takip edildiği formdur. Yoğun bakım ünitelerinde, Genel/Kalp Damar/Koroner/Yenidoğan **“Hasta İzlem Formu”** ile hastaların takip/tedavi/bakım kayıtları yapılır. Hasta dosyasında arşivlenir.

6.3.4. Aldığı Çıkardığı İzlem Formu: Hastanın günlük (oral- IV – NG) den aldığı/ çıkardığı (idrar, kan, gaita) sıvı, dren takibi, balans hesabı bilgilerinin kaydedildiği formdur. Sıvı elektrolit dengesi, kanama kontrolü ve balans hesabı yapılması istenen tüm hastalara uygulanır. Hasta dosyasında arşivlenir.

6.3.5. Hasta Ve Ailesi Eğitim Formu: Hastanın gereksinimlerine, eğitim düzeyine, kullandığı dile, değerlerine göre tüm disiplinler tarafından planlanmış eğitim çalışmalarının yine tüm disiplinler tarafından kaydedildiği formdur. Bazı bölümlere özgü eğitim formları mevcuttur. Hasta dosyasında arşivlenir.

6.3.6. Ağrı Tanılama ve Takip Formu: Tüm yatan hastalar da ağrının varlığı tespit edildikten sonra ağrının şiddetinin, süre ve tipinin değerlendirilerek, takip ve tedavisinin değerlendirildiği formdur. Hasta dosyasında arşivlenir.

6.3.7. Hasta Bakımının Devamlılığında Kullanılan Diğer Hemşire Formları:

- ☐ Ameliyathane Hasta Güvenliği Kontrol Formu
- ☐ Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu
- ☐ Bakım planları,
- ☐ Bakım haritaları,
- ☐ Yatan Hasta Diyabet İzlem Formu gibi çeşitlendirilebilir.



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

6.3.8. Hemşire formlarının tümü hasta dosyasında arşivlenmektedir.

6.4. Misafir Hizmetleri Tarafından Düzenlenen Kayıtlar

6.4.1. Hastaneye Kabul Onam Formu

“Hastaneye Kabul Onam Formu” hastane otomasyon sisteminde yer alan ve hasta kayıt yetkilileri tarafından takip edilen formdur mutlaka hastalar veya hasta sahipleri tarafından (hastanın kendisi/velisi/vasisi) imzalanmış olmalı ve dosyaya eklenmelidir. Hastaneye Kabul Onam Formu hastanın genel olarak yapılacak işlemlerle ilgili rızasının alındığı formdur. Sistemden form çıktı alınıp hasta/yakını ve onam alan kişi tarafından imzalanarak, yatan hastalarda hasta dosyasında ayaktan hastalarda ise gün sonunda zarfa konulup arşiv bölümüne gönderilir.

6.4.2. Misafir Hizmetleri tarafından Düzenlenen Sistemde Arşivlenen Kayıtlar:

- ☐ Hasta kimlik bilgileri, adresi
- ☐ Refakatçi Bilgileri,
- ☐ Hastalara Kullanılan Malzeme Girişleri
- ☐ Hizmet alım bedelleri.

6.5. Kayıtların Korunmasına İlişkin Genel Kurallar;

6.5.1. Hasta Dosyalarının standart dosya içeriği “Yatan Hasta Dosya Düzeni” nde belirtilmiştir. Dosya düzeni hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist gibi tüm disiplinleri kapsamaktadır. Kullanılan formlar bölüme veya hastanın aldığı hizmete (ameliyat veya medikal tedavi gibi) göre farklılık göstermektedir aşağıdaki bölümler için standart dosya düzenleri oluşturulmuştur.

- ☐ Yatan Hasta Katı Dosya Düzeni
- ☐ Yoğun Bakım Hasta Dosya Düzeni
- ☐ Acil Servis Hasta Dosya Düzeni
- ☐ Günü Birlik-Angio Hasta Dosya Düzeni
- ☐ Bebek Odası Dosya Düzeni
- ☐ Endoskopi Hasta Dosya Düzeni
- ☐ KVC YB Dosya Düzeni
- ☐ Koroner YB Dosya Düzeni
- ☐ Yenidoğan Yoğun Bakım Dosya Düzeni
- ☐ Doğumhane Dosya Düzeni
- ☐ Stem Hücre Transplantasyon Ünitesi Hasta Dosya Düzeni
- ☐ Göz Hasta Dosya Düzeni
- ☐ Medikal Onkoloji Hasta Dosya Düzeni
- ☐ Fizik Tedavi Polikliniği Dosya Düzeni

6.5.2. Hastaların tıbbi kayıtları ve bilgilerinin mahremiyeti yapılır. Hasta dosyaları servislerde sadece sağlık personeli ve ilgili kat danışmanının ulaşabileceği şekilde bankolarda dolaplarda muhafaza edilir. Dosya dolabı hasta dosyasının zarar görme ihtimallerini engellemek amaçlı başka amaçlı kullanılmaz. Sağlık personeli hastanın bakım ve tedavisi sürecinde kayıt amaçlı dosyayı banko



HASTA DOSYASI TUTULMASI VE MUHAFAZASI PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ARS_P_03	02.01.2023	25.04.2024	RV01	10

üzerinde bulundurulur, bu süre zarfında dosya sağlık personelinin kontrolündedir kayıt süreci tamamlandığında yeniden kapalı dolaba kaldırılır.

- 6.5.3. Hasta taburculuğu sonrası dosyası arşive gönderilir. Arşiv bölümü kapısı yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek şekilde şifreli/ kilitli özelliktedir. Hasta dosyalarının tahribatını korumak amaçlı ısı nem takibi yapılmaktadır, yangın alarm sistemleri bulunmaktadır olası bir yangında kayıtların en az zarar görmesini sağlayacak söndürme sistemleri kuruludur.
- 6.5.4. Arşiv bölümüne gönderilen dosyalar gereği durumundan kapanmış hasta dosyası dosya isteme yetkisine sahip kişiler tarafından arşivden talep edilebilir. Genel müdür ve genel müdür yardımcıları, başhekim, başhekim yardımcısı ve başhekimliğe bağlı tıbbi sekreter, hasta ilişkileri sorumlusu, Medikal muhasebe sorumlusu, hasta hizmetleri müdürü, kurum avukatı ve başhemşirelik arşivden dosya isteme yetkisine sahiptir. Bunun dışındaki personel hasta dosyalarını ancak başhekim onayıyla alabilirler.
- 6.5.5. Basılı olarak arşivlenen tüm kayıtlar arşiv bölümünde saklanır. Elektronik ortamda saklanan kayıtlar bilgi sistemleri tarafından arşivlenir. Bilgilere yetkisiz kişilerin erişimini engellemek üzere uygulanmaktadır ve bilgilerin güvenliği ile sağlanır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1. Arşiv İşleyiş Prosedürü
7.2. Hastane İçi Hasta Transfer Formu
7.3. Hemşire İzlem Formu
7.4. Hasta İzlem Formu