



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

HASTA TABURCULUK, SEVK VE TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_01	07.06.2012	02.01.2023	RV01	7

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

02.01.2023

Hastane Logosu'nun yenilenmesi,
TEMOS standartları doğrultusunda, tüm maddeler gözden geçirildi.
Doküman numaraları değiştirildi.

1

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhekimlik	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



HASTA TABURCULUK, SEVK VE TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_01	07.06.2012	02.01.2023	RV01	7

1. AMAÇ

Kurum içinde tedavisi tamamlanmış olan hastaların taburcu edilmesi halinde hastanın sağlık durumuna uygun olarak evde devam edecek bakım ve hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi, hasta eğitiminin sağlanması, tedavi etkinliğinin sürdürülmesi ve ihtiyaç halinde yeniden alacağı hizmetleri düzenlemek için izlenecek yolları belirlemektir.

2. KAPSAM

Bu prosedür, hastanın yatıştaki taburculuk planlamasından başlayarak, hastanın değerlendirilmesi, hasta eğitimi, hastanın kurum içi veya kurum dışı sevk ve transfer süreçlerini, hastanın taburculuk değerlendirmesi süreçlerini ve bu süreçlerde yer alan hasta, hasta yakınları, ilgili sağlık personeli ve destek süreçlerde yer alacak diğer kurum çalışanlarını kapsamaktadır.

3. SORUMLULAR

Tüm sağlık personeli ve taburculuk birimi bu prosedürün uygulanmasından sorumludur.

4. TANIMLAR: -

5. KISALTMALAR: -

6. UYGULAMA

Hasta taburcu planı ve eğitimi, hastanın hastaneye yatışı ile başlar. Tabucu planının hedefi; hastayı ve ailesini hastalığı hakkında eğitmek, yaşam biçimine olacak etkilerini belirlemek, evde bakımı için beslenme, diyet ya da mobilizasyonla ilgili kurallar sağlamak, kullanacağı ilaçlar ve yan etkileri yine varsa kullanacağı cihazlar hakkında eğitmek gibi konuları kapsar. Bunun yanı sıra hastanın transportu, kontrol randevuları ya da evde bakım hizmetleri gibi tedavinin sürekliliğini içerir.

6.1. Hastaların daha ilk yatışlarında “İlk Taburculuk planlamaları” ve “taburculuk sonrası sonrası bakım ihtiyaçları” Hemşirelik Değerlendirme Formlarında bulunan “Hasta Taburculuk” bölümü ile belirlenir.

6.2. Hastanın yatışı yapıldıktan taburculuğuna kadar hemşire ve hekimi tarafından “**Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu**” kullanılarak hastanın taburculuk bilgilendirme ve eğitimleri yapılır. Formun üst nüshası taburculuk sonrası bilgilendirmeleri içerdiğinden dolayı



HASTA TABURCULUK, SEVK VE TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_01	07.06.2012	02.01.2023	RV01	7

hasta/hasta yakınına teslim edilir. Formun alt nüshası bilgilendirmenin yapıldığına dair hasta dosyasında muhafaza edilir.

6.3. Hastalar, sağlık durumları ve taburculuk sonrası bakım ihtiyaçları doğrultusunda sevk ve/veya taburcu edilir. Hasta ve hasta yakınlarına verilecek eğitimler devam eden bakım ihtiyaçlarına ve hastalığa özgü olarak **“Hasta ve Ailesi Eğitim Formu”** ile evde bakım ve rehabilitasyon ihtiyaçları belirlenerek hasta ve hasta yakınlarının taburculuk sonrası bakım konusundaki eğitimleri planlanır.

6.4. Hastanın taburculuk ve eğitim planı hastaneye yatışı ile başlar ve yattığı sürece hasta ve ailesinin eğitimi devam eder. Bu eğitim içinde hastanın evde bakım gerekliliği var ise takip talimatlarının anlatılması, hangi durumlarda hangi sağlık çalışanına dönüş yapabileceği bilgileri verilir.

6.5. Takip talimatları yani hasta ve ailesinin, tedavinin devamına yönelik evde yapacağı uygulamalar hastanın anlayıp anlamadığı hususunda gözden geçirilir. Eğer uygulamalar demonstrasyon gerektiriyorsa uygulamalı veya yazılı eğitim dokümanı sağlanır ve hasta taburcu olmadan uygulamayı yapabilme yönünden kontrol edilir. Gerekirse takip talimatları uluslararası hasta ofisi tarafından hastanın diline çevirisi sağlanarak hastaya verilir veya mümkün olduğu ölçüde hekim tarafından ilgili dilde iletilir. Mümkün olduğunca hasta ailesinin de takip talimatları ve taburculuk sonrası eğitimlere dahil edilmesi, hasta bakım uygulamalarının daha iyi anlaşılmasını ve uygulamasını sağlar.

6.6. Taburculuk sonrasında hastanın ihtiyaç duyabileceği (ilaç kullanımı ve etkileşimleri, tıbbi cihaz ve ekipman kullanımı, beslenme-diyet, ağrı ve enfeksiyon kontrolü, rehabilitasyon teknikleri gibi) konularda verilen eğitimler **“Hasta Taburculuk Bilgilendirme Formu”**na kaydedilir. Formun bir kopyası hastaya verilir.

6.7. Hastanın taburcu edilme için hazır olup olmadığı ilgili kriterler veya endikasyonlar kullanılarak belirlenir. Hastaların taburcu edilmek için hazır olup olmadığı,

Genel Yoğun Bakımda **“Genel Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri”**

Koroner Yoğun Bakımda **“Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri”**

KVC Yoğun Bakımda **“Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri”** Yenidoğan Yoğun Bakımda **“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri”** dokümanlarında tanımlanan **“Çıkış Kriterleri”**nin karşılanması ve primer hekiminin hastanın klinik durumuyla ilgili taburculuk kararını iletmesi ile belirlenir. Servis, Acil Servis ve diğer



HASTA TABURCULUK, SEVK VE TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_01	07.06.2012	02.01.2023	RV01	7

alanlarda ise yine hekimin taburcu istemini takiben hasta ve ailesi taburculuk konusunda bilgilendirilir.

6.8. Desteğe muhtaç hastaların ulaşım ihtiyaçlarına yönelik planlama, hasta taburcu olmadan önce yapılır. Hasta klinik durumuna uygun olarak Ambulans, kendi imkanları veya diğer şekillerde gidecek olabilir. Sunulan ya da ayarlanan ulaşım hizmeti, hastanın ihtiyaçlarına ve durumuna uygun olmalıdır.

Hastanın ne şekilde gideceği değerlendirilerek **“Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu”** ile kayıt altına alınır. Gerekli Planlama yapılır.

6.9. Hasta taburculuktan sonra başka kuruma sevk edilecek ise primer hekim ve hemşiresi tarafından ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilecek bir kurum veya kuruluşa zamanında sevk edilebilmesi için planlama yapılır. Planlama **“Hasta Transfer Prosedürü”**ne uygun olarak gerçekleştirilerek sevk ve nakil işlemleri sağlanarak **“Hasta Nakil Formu”** ile kayıt altına alınır.

6.10. Hastalar taburculuk sonrasında destek hizmet almak durumunda kalabilir veya ek tıbbi rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyabilirler. Örneğin, sosyal destek, beslenme desteği, parasal veya psikolojik destek, bakımevi ihtiyacı gereken durumlar olabilir. Bu değerlendirmeyi **“Hasta ve Ailesi Eğitim Formu”**nda kaydeder.

6.11. Bu durumlarda hastanın primer hekimi ve hemşiresi hastanın ihtiyacı doğrultusunda gerekli tıbbi destek ihtiyaçlarını verebilecek kurum, merkez ve kişilerle irtibata geçerek bakımın devamlılığını organize eder. Bu merkezler mümkün olduğunca hastanın ikamet ettiği adrese en yakın kuruluş ve merkezler olarak seçilir, hastanın ilgili kuruluşa sevki gerekiyor ise **“Hasta Transfer Prosedürü”**ne uygun olarak nakli sağlanır. Eğer hasta, evde sağlık hizmeti ile yapılan programlar doğrultusunda hizmet alabiliyor ise, program kapsamında evde bakımın devamlılığının sağlanması için evde sağlık hizmetleri birimine bildirim yapılır hastanın evde bakımı organize edilir.

6.12. Hastanın Epikrizi hastanın Primer Hekimi tarafından hazırlanır. En az 2 nüsha epikriz yazdırılır ve hekim tarafından imzalanır, bir nüshası hasta veya sorumluluk verdiği yakınına ya da gerektiği durumlarda hastanın yasal temsilcisine imza ile teslim edilir. Diğer nüsha hasta dosyasının içinde Arşiv Bölümü’ne gönderilir.

6.13. Tüm bu değerlendirmelerden sonra hasta taburculuk için uygun ise hasta ve hasta yakınlarına taburcu olacağı saat ve taburculuk işlemleri hakkında bilgi verilir.

6.14. Hemşirelik kayıtları tamamlandıktan sonra çıkış işlemlerinin takibi için hemşire, hastanın dosyası yataklı katlar hasta danışmanına teslim eder.



HASTA TABURCULUK, SEVK VE TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_01	07.06.2012	02.01.2023	RV01	7

6.15. Yataklı katlar hasta danışmanı “**Hasta Yatış ve Taburcu İşlemleri Prosedürü**” doğrultusunda hastanın tüm işlemlerini tamamlar.

6.16. Hasta üzerinde bulunan invaziv kateterler (dren, pace teli gibi) çıkarılır.

6.17. Hastanın üzerindeki pansumanları kontrol edilir, kirli pansumanları değiştirilir, açık kalması gerekirken pansumanları açık bırakılır.

6.18. Hekimin verdiği bir sonraki kontrol randevusu kontrol edilir. Hasta ve ailesine randevu tarihi, saati, yeri ve doktor ismi konusunda bilgi verilir. Eğer taburcu sonrası bir takım tetkiklerin ve konsültasyon randevularının alınması gerekiyorsa, bunlar hasta çıkmadan önce ayarlanır.

6.19. Hastadan alınan değerli eşyalar ve ilaçlar “Hasta Eşyalarının Saklanması ve Teslim Edilmesi Talimatı” na uygun olarak imzalanarak hasta ya da ailesine teslim edilir.

6.20. Eğer uygunsa hastanın taburcu olurken hayati bulguları kontrol edilir ve kaydedilir. Herhangi bir anormal bulgu saptandığında hekime haber verilir. Gerekirse hekim hastanın taburcu zamanını değiştirebilir.

6.21. Taburculuk işlemleri bittikten sonra en son hastada bulunan IV kateter çıkarılır ve hasta kimlik kol bandı çıkarılır.

6.22. Eğer gerekiyorsa hastanın giyinmesine yardım edilir. Hastaya ait eşyalar hasta odasından toplanır ve gerekiyorsa valize yerleştirilmesine yardım edilir.

6.23. Sonradan ödeme ile herhangi bir problem ortaya çıkmaması için hasta bölümden gönderilmeden önce hasta kayıt bölümünün taburcu edilebilir onayı ekrandan teyit edilerek ekran üzerinden de taburculuğu gerçekleştirilir. “**Hasta Yatış ve Taburcu İşlemleri Prosedürü**”ne uygun olarak diğer belge ve evrakları hazırlanır.

6.24. Hasta ayarlanan ulaşım/nakil aracına kadar tekerlekli sandalye veya sedye ile, bir yardımcı sağlık personeli/ porter eşliğinde götürülür.

6.25. Unutulmuş herhangi bir şey için oda kontrol edilir, hasta taburcu olduktan sonra odanın temizlenmesi ve tekrar hazır hale getirilmesi için temizlik personeline haber verilir. Hasta odası “**Hastane Genel Temizlik Talimatı**”na göre temizlik personeli tarafından temizlenir. Hemşire tarafından bir sonraki hasta alınmadan önce mutlaka oda kontrol edilir.

6.26. Hastanın İzinli Olarak Hastaneden Ayrılması veya Tedavi Red Süreci (Hastanın Sağlık Çalışanına Haber Vererek veya Vermeyerek Hastaneden Ayrıldığı Durumlar Olması Halinde Yapılacaklar)

6.26.1. Tedavinin planlanmış seyri sırasında şayet hastanın durumu uygunsa ve hasta belirli bir



HASTA TABURCULUK, SEVK VE TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_01	07.06.2012	02.01.2023	RV01	7

süre için izinli olarak hastaneden ayrılmak istediği durumlarda (Örneğin uzun süreli medikal tedavisi devam eden hastaların haftasonu, özel gün vb. nedenlerle hastaneden kısa süreliğine ayrılması gerektiği durumlar) **“Hasta İzin Talebi ve Onay Formu”** hasta ya da hastanın yasal temsilcisi tarafından doldurulur. Hekim onayı ile form hekim ve sorumlu hemşire tarafından da imzalanarak hastaya izin verilir. Hasta izin süresince devam edeceği tedavi hakkında bilgilendirilir. Hekim izin için onay vermediği takdirde hasta ve ailesine sebebini açıklar. Hastanın tedavi ve bakım sürecine devam edilir. Hemşire tüm uygulamaları **“Hemşire İzlem Formu”** na kaydeder.

6.26.2. Hastaların formda belirtilen zaman aralığı için hastanın hastaneden çıkmasına izin verilir. Hastanın belirlenen zaman dilimi içinde dönmemesi durumunda hasta veya yakınlarına telefon ile ulaşılır. Ulaşılamazsa hastane bilgi yönetim sistemi Olay Bildirim Modülü üzerinden olay bildirim yapılır ve gerekli bilgiler hasta dosyasına işlenir.

6.26.3. Yatarak tedavisi devam eden hasta taburcu olmadan tedaviyi red eder ve kendi isteği ile hastaneyi terk etmek isterse, tıbbi riskler tedavi planını hazırlayan hekim veya onun görevlendirdiği bir kişi tarafından taburculuktan önce hastaya anlatılır.

6.26.4. Hekim her türlü bilgilendirmeyi yaptıktan ve hastanın bu riskleri anladığına emin olduktan sonra hasta yine de ayrılmak istiyorsa **“Tedavi veya Tetkik Red Formu”** hastaya anlatılan tıbbi riskler belirtilerek doldurulur. Hasta ve hekim tarafından imzalanır ve rutin taburcu işlemleri yapılarak hasta gönderilir. Hekim hastanın ayrılma nedenlerini yaptığı görüşme sırasında öğrenmeye çalışır mümkün olduğu ölçüde çözüm yollarını belirtir. Şayet hastanın hekimi red gerekçesini uygun görmediği takdirde gerekli açıklamayı hasta ve ailesine yaptıktan sonra, hastanın yararına gerekli işlemlerin devam edileceği kararına ilişkin **“Tedavi veya Tetkik Red Formu”** doldurur ve imzalar.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1.** Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu
- 7.2.** Hasta ve Ailesi Eğitim Formu
- 7.3.** Hasta Taburculuk Bilgilendirme Formu
- 7.4.** Genel Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri
- 7.5.** Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri
- 7.6.** Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

HASTA TABURCULUK, SEVK VE TAKİP PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_01	07.06.2012	02.01.2023	RV01	7

- 7.7. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul Çıkış Kriterleri
- 7.8. Hasta Transfer Prosedürü
- 7.9. Hasta Nakil Formu
- 7.10. Hasta ve Ailesi Eğitim Formu
- 7.11. Hasta Transfer Prosedürü
- 7.12. Hasta Yatış ve Taburcu İşlemleri Prosedürü
- 7.13. Hastane Genel Temizlik Talimatı
- 7.14. Hasta İzin Talebi ve Onay Formu
- 7.15. Hemşire İzlem Formu
- 7.16. Tedavi veya Tetkik Red Formu