



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhekimlik	Kalite Koordinatörü	Hastane Yönetim Kurulu Başkanı



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

1. AMAÇ

Hastanın hastane ortamına en kısa sürede uyumunu sağlayıp, tıbbi bakım ve tedavisinin başlatılması, sürdürülmesi ve taburcu olana kadar geçen süre içerisinde doğru ve güvenilir işlem basamaklarını uygulamak, hasta kayıtlarının her zaman güvenli olmasını sağlamak için bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Yatan hasta servisleri süreçlerini kapsar.

3. KISALTMALAR:-

HBYS:Hastane bilgi yönetim sistemi

4. TANIMLAR: -

5. SORUMLULAR

Bu prosedür, yatan hasta katlarında çalışan tüm hekim, hemşire, yatan hasta danışmanları ve porterleri kapsar.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. SERVİS GENEL İŞLEYİŞİ

6.1.1. Hasta bakımından sorumlu hekim, hemşire ve ekibin diğer üyeleri hastanın değerlendirmesini gözden geçirmek ve analiz etmek için sürekli iletişim içerisinde işbirliği sağlanır.

6.1.2. Servise kabul edilen her hastanın tanı, tedavi ve bakım uygulamaları “**Hasta Güvenliği Programı**” ve “**Enfeksiyon Kontrol İşleyiş Prosedürü**” esasları doğrultusunda gerçekleştirilir.

6.1.3. Servis düzeninin sağlanması amacıyla sorumlu hemşire tarafından servis iş gücü planlaması

yapılır. Hasta tesliminden önce, hasta paylaşımı servis sorumlu hemşiresi tarafından yapılır.

6.1.4. Nöbet değişimlerinde hasta ve servis teslimi yapılır. Hasta teslimi, “**Nöbet Değişimlerinde Servis ve Hasta Teslim Prosedürü**”ne göre öncelikle dosya üzerinden “**Nöbet Teslim Defteri**” ile sonrasında oda vizitiyle yapılır. “**Nöbet Teslim Defteri**” nde yer almayan önemli diğer bilgiler hasta dosyasında ya da sistemde kayıtlı olduğu yer üzerinden iletilir

6.1.5. Gece kapalı olan birimlere ait demirbaşlar, ilaçlar ve malzemeler kilit altında tutulur. Acil durumda ulaşılabilmesi için süpervizör hemşireye teslim edilir. Gündüz bölüme gelen hemşire tarafından kontroller yapılır. Servis kapalı olduğu için formlarda doldurulamayan bölümler “Servis Kapalı” şeklinde not düşülerek formlarda belirtilir.

6.1.6. Serviste tespit edilen arızalı demirbaş malzemeler, iade edilmesi gereken ilaçlar (bozuk olduğundan şüphelenilen ilaçlar gibi) ilgili bölüme gönderilene kadar işleyişte uygunsuzluk oluşturmamaları için “Red Alanı”nda muhafaza edilir.



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 6.1.7.** Bölümler arası demirbaş malzeme alımı ihtiyacı doğduğunda **“Bölümler Arası Demirbaş Malzeme Teslim Formu”** kullanılır. Bu demirbaş malzeme yeri değişikliği hakkında Biyomedikal haberdar edilir.
- 6.1.8.** Demirbaş malzemeler ya da servis düzeni ile ilgili herhangi bir arıza/sorun söz konusu olduğunda ilgili bölüm Biyomedikal ya da Teknik Servis otomasyon programı arıza talep süreci ile haberdar edilerek en kısa zamanda sorun/arızanın giderilmesi sağlanır.
- 6.1.9.** Hastanın dosyası **“Yatan Hasta Katı Dosya Düzeni”** ne göre hazırlanır.
- 6.1.10.** Kat sekreteri/hasta kayıt yetkilisi hemşire ile birlikte hasta dosyasını kontrol eder, düzenler.
Evraklarda eksik olan gerekli tüm işlemleri zamanında günlük takip eder ve tamamlar.
- 6.1.11.** Servis temizliği **“Hastane Genel Temizlik Talimatı”**na göre yapılır.
- 6.1.12.** Alanlarda ilaçların muhafaza edildiği buzdolabı ısı takibi ve temizlik kontrolleri, ilaç hazırlama alanlarının ısı-nem takibi günde üç kez yapılarak **“Sıcaklık Nem İzlem ve Temizlik Kontrol Formu”** na kayıt edilir.

6.2. HASTA VE HASTA YAKINLARININ BİLGİLENDİRİLMESİ SÜRECİ

- 6.2.1.** Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan “bilgi isteme hakkı” gereği hasta ve yakınlarının hastanede bulundukları her aşamada bilgilendirilmesi sağlanır.
- 6.2.2.** Hastanın servise kabulünden sonra hemşire tarafından oda tanıtımı yapılır, servis işleyişi hakkında bilgi verilerek servise uyum ve adaptasyonu sağlanır. Hasta/ hasta yakını bilgilendirmesi aşağıdaki hususları içerir.
- Kahvaltı ve yemek saatleri,
 - Hasta ve yakınlarının uyması gereken kuralları,
 - Ziyaret saatleri ve kuralları,
 - Telefon kullanımı,
 - Hasta yatağı kullanımı,
 - Hemşire çağrı sistemi kullanımı, (hastanın durumundan endişe duyulduğunda yardım isteme konusu vurgulanır)
 - Tuvalet-banyo kullanımı,
 - Hekimin günlük vizitleri
 - Acil durum planı **“Hemşire Değerlendirme Formları”** nda **“Çevreye Oryantasyon”** bölümünde bu bilgiler kaydedilir.
- 6.2.3.** Servis hakkında olası riskler ve güvenlik önlemleri, bakım verenler hakkında bilgi verilerek **“Hasta ve Ailesi Eğitim Formu”**na kaydedilir.
- 6.2.5.** Yatan hastaların mevcut durumları hakkında hastaya ve birinci derecedeki yakınlarına bilgi verilmesi hastanın primer hekiminin yetkisi dâhilindedir.
- 6.2.6.** Hastanın tanılama ve tedavi işlemleri süresince sakin, temkinli, hastanın bedensel ve ruhsal, hasta yakınlarının ise duygusal durumlarına saygılı olunmalıdır. Hastanın sorularına kısa ve net cevaplar verilmeli, hastaya yapılacak işlemler öncesinde kısaca bilgi verilmelidir.
- 6.2.7.** Hastaya uygulanacak invazif işlemler (cerrahi girişim, gününbirlik cerrahi girişim, sedasyon uygulaması, kan transfüzyonu uygulamaları, trakeotomi acılması,



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

santral venöz kateter takılması vb.) söz konusu ise hastane genel uygulamalarına dair yazılı belgeler olan; **“Hastaneye Kabul Onam Formu”**, **“Girişime Özel Bilgilendirme Onam Formu”** (hasta için risk taşıyan tanı ve/veya tedavi amaçlı tüm girişimler için ayrı ayrı olmak üzere bilgilendirme dokümanları), **“Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu”** **“Kan ve Kan Bileşenleri İçin Bilgilendirme ve Onam Formu”** formlarının hastaya veya yasal temsilcilerine hekim tarafından bilgilendirme yapılarak, serbest iradesiyle katılımı sağlanır.

- 6.2.8.** Hasta takiplerinde beklenen ya da beklenmedik olumsuz bir durum gelişmesi halinde hasta yakınlarına anons edilerek veya bırakılan telefon numaralarından ulaşılarak bilgilendirme yapılır.
- 6.2.9.** Hastanın başka bir bölüm veya başka bir hastaneye yönlendirilmesi durumunda hasta yakınlarına bilgi verilerek **“Hasta Transfer Prosedürü”**ne uygun hareket edilir.
- 6.2.10.** Taburcu işlemleri ve diğer konularda ne yapılacağı konusunda bilgilendirme yapılır.

6.3. SERVİSE HASTA KABUL SÜRECİ

6.3.1. Hastanın Yatış İşlemleri Süreci:

- 6.3.1.1.** Poliklinik ve acil muayenesi sonucunda yatışına karar verilen hastanın yatış işlemleri **“Hasta Yatış ve Taburcu Prosedürü”**ne göre yapılır. Yatış bölümü görevlisi tarafından yapılan bilgilendirme sonucu yatışı kabul eden hastaya **“Hastaneye Kabul Onam Formu”** imzalatılır.
- 6.3.1.2.** Servise yatış işlemleri tamamlanan hastanın kimlik doğrulaması **“Hasta Kimliğinin Doğrulanması Prosedürü”**ne uygun olarak yatış görevlisi tarafından yapılarak hastanın kol bandı takılır.
- 6.3.1.3.** Hastanın yatış işlemleri yapılırken, hasta yatış bölümündeki görevli tarafından, hastanın yatacağı katın hemşiresine / kat sekreterine telefonla haber verilerek hasta odasının hazır olup olmadığı öğrenilir ve hasta bu bilgiye göre yönlendirilir.
- 6.3.1.4.** Hasta odası hazır ise; servise hasta yatış görevlisi ile birlikte çıkarılan hastaya odasına kadar eşlik edilir. Servis hemşiresine / kat sekreterine hasta dosyası teslim edilir.
- 6.3.1.5.** Hasta odası hazır değil ise; ilgili hemşire/kat sekreteri odanın hazır olabileceği tahmini saati hasta yatış bölümüne bildirir. Odanın temizliği ve düzeni tamamlandıktan sonra ilgili hemşire/kat sekreteri, hasta yatışı bölümüne telefonla haber verir. Bu hazırlık süresinde hasta ve hasta yakınına açıklama yapılarak bekletilir.
- 6.3.1.6.** Acil Servisten servise yatışı yapılan kimsesiz hastaların kabulünde **“Kimsesiz Hasta Kabul Prosedürü”**ne göre hareket edilir.

6.3.2. Hastanın Servise Kabul Süreci:



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 6.3.2.1.** Yatış görevlisi tarafından servise getirilen hasta, kat sekreteri ve görevli hemşire tarafından teslim alınır.
- 6.3.2.2.** Servis hemşiresi tarafından hasta odasına alındıktan sonra hasta dosyası kontrol edilerek “**Hastaneye Kabul Onam Formu**” kontrol edilir. Şayet eksik ya da hatalı evrak tespit edilirse yatış görevlisine dosya düzeltilmesi için dosya teslim edilir.
- 6.3.2.3.** Kat sekreteri/hasta kayıt yetkilisi Medinde kaydı açılmış olan hastanın gerekli servis ve kimlik kontrollerini yaparak hastanın yatışını onaylar.
- 6.3.2.4.** Servis hemşiresi tarafından “**Hastaneye Kabul Onam Formu**”nda yazılı olan bilgiler “**Hasta Kimliğinin Doğrulanması Prosedürü**”ne uygun olarak kol bilekliğinden hastanın adı-soyadı, hasta numarası ve doğum tarihi teyit edilir.
- 6.3.2.5.** Hemşire hastaya önce kendisini tanıtarak, “**Hemşire Değerlendirme Formları**” (“**Erişkin Hasta Değerlendirme Formu**”, “**Yatan Çocuk Hasta Değerlendirme Formu**”) doğrultusunda hasta ve ailesine oda tanıtımını yapar ve üniteye oryantasyonunu sağlar.
- 6.3.2.6.** Hastayı izleyecek olan hekime ve/veya yatış kararını veren hekime hastanın servise geldiği telefonla bildirilir.
- 6.3.2.7.** Hastaya ait özel eşya, para protez vb. eşyaların muhafaza edilmesi durumunda “**Hasta Eşyalarının Saklanması ve Teslim Edilmesi Talimatı**”na göre hareket edilerek hastanın eşyaları Güvenlik Müdürü tarafından muhafaza edilir.
- 6.3.2.8.** Hastanın yanında getirdiği ilaçlar varsa “**Hastanın Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu**” ile hemşire tarafından teslim alınır, Eczacı tarafından onaylandıktan ve hekimi tarafından order edildikten sonra birim doz şeklinde hastaya hemşiresi tarafından verilir. “**İlaç Yönetim Prosedürü**”ne göre hasta yanında ilaç bırakılmaz.

6.4. HASTA KLİNİK BAKIM SÜRECİ

6.4.1. Hastaların Değerlendirilmesi Süreci:

- 6.4.1.1.** Her hastanın ön değerlendirmesi, fiziksel incelemesini ve tıbbi hikâyesini de kapsayacak şekilde, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörler de göz önüne alınarak “**Hastaların Değerlendirilmesi Prosedürü**”ne göre yapılır.
- 6.4.1.2.** Hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri (fizyoterapist, solunum terapisti, diyetisyen, sosyal uzman) tarafından hastalar belirlenen zaman diliminde değerlendirilirler, hastaların ilk ve yeniden değerlendirme zamanları “**Hastaların Değerlendirilmesi Prosedürü**” nde tanımlanmıştır.
- 6.4.1.3.** Hekim 12 saat içinde Anamnez ve Fizik Muayene’si Formu”nu, hemşire en geç ilk 4 saat içinde “**Erişkin Hasta Değerlendirme Formu**”, “**Yatan Çocuk Hasta Değerlendirme Formu**” doldurulur.
Günübirlik yatış yapılan hastalar için ise bu formlar ilk 1 saat içinde doldurulur.
- 6.4.1.4.** Hekim gerekli görürse hastanın değerlendirilmesi için ilgili branş hekimlerinden konsültasyon talebinde bulunabilir. Konsültasyon istemleri söz konusu olduğunda “**Konsültasyon Talimatı**”na göre hareket edilir.



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

6.4.1.5. Hekim, hastaya ait günlük gözlemlerini Medin otomasyon sistemi üzerinden “**Gözlem Formu**”na kaydeder. Hasta kayıt yetkilisi tarafından çıktı alınır, Hekim tarafından imzalanarak onaylanır ve hasta dosyasında muhafaza edilir.

6.4.1.6. Hemşire, hastaya ait günlük gözlemlerini “**Hemşire İzlem formu**”na kaydeder.

6.4.2. Hasta Takip Süreci:

6.4.2.1. Hastanın ilk kabulünde vital bulguları “**Yaşam Bulgularının Alınması Talimatı**”na göre alınarak “**Hemşirelik Değerlendirme Formları**” ile birlikte “**Hemşire İzlem formu**” na kayıt edilir.

6.4.2.2. Hastanın vital parametreleri yakından takip edilmesi gerekli ise “**Monitör İzleme Talimatı**”na göre monitörize edilerek takip edilir ve ilgili formlara kaydedilir.

6.4.2.3. Her hastanın ağrı takibi “**Ağrı Yönetimi Prosedürü**” ne göre yapılır ilgili formlara kaydedilir.

6.4.2.4. Hastanın sıvı takibi yapılması gerekli ise, aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarı her şiften bitiminde ve 24 saatte bir toplanarak “**Sıvı Dengesi İzlem Formu**”na kaydedilir.

6.4.2.5. Eğer hasta post-operatif dönemde ve drenleri mevcut ise drenlerden gelen sıvılar gerekli sıklıkta kontrol edilir. Drenlerden gelen tüm sıvılar şiften sonunda ve 24 saatte bir toplanır ve ilgili forma kaydedilir.

6.4.2.6. Hemşire hasta ilk geldiğindeki tüm gözlemlerini, “**24 Saatlik Hasta Takip/Tedavi Bakım Kayıt Formu**”nun“**Gözlem-Değerlendirme Notu**” bölümüne iki saatte bir kaydeder.

6.4.2.7. Hemşireler, gözlemleri sırasında tespit edilen değişiklikleri, hastanın hekimine bildirmekle sorumludur. Bu değişiklikler, hastanın genel vücut düzeninde veya monitörize edilen vital bulgularına ait olabilir.

6.4.3. Hasta Tedavi Süreci:

6.4.3.1. Hekim, hastanın tedavisi için gerekli tedavi planını “**Hekim İstemi ve Onaylama Prosedürü**”ne uygun olarak düzenler ve uygulanmasını istediği istemleri (tedavi ve uygulamaları) “**Hekim İstem ve Hemşire Uygulama Formu**”na ya da elektronik order sistemi üzerinden kayıt eder. Hekimin tüm tedavi ve tetkik istemleri “**Hekim İstemi ve Onaylama Prosedürü**” doğrultusunda “**Hekim İstem ve Hemşire Uygulama Formu**”na/e-ordera kayıt edilir. Hemşire kayıtlı olan hekim istemlerini ilgili dokümanlar (“**Radyolojik Tetkik İsteminde Uygulama Talimatı**”, “**Kan ve Kan Ürünü Temini Talimatı**” gibi) doğrultusunda uygular.

6.4.3.2. Hekim eğer gerekli görürse ilgili branş hekimlerinden “**Konsültasyon Talimatı**” doğrultusunda HBYS üzerinden veya “**Konsültasyon İstek Formu**” ile konsültasyon ister. İlgili branş hekimi, hastayı yerinde değerlendirerek, öneri ve tedavilerini HBYS üzerinden veya “**Konsültasyon İstek Formu**” üzerinde ilgili bölüme yazarak belirtir. Hastanın primer hekimi konsültan hekimin önerilerini



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

değerlendirir gerekli görürse “**Hekim İstem Hemşire Uygulama Formu**” na veya HBYS üzerinden elektronik order eder.

- 6.4.3.3. Hastaya Hekim tarafından “**Hasta Hakları ve Sorumlulukları Prosedürü**”ne göre eğer isterse tedavisini yarıda bırakıp bir başka hekimden “ikinci görüş” alma hakkı olduğu bilgisi verilir.
- 6.4.3.4. Hemşire “**Hekim İstem Hemşire Uygulama Formu**” /medinde elektronik order üzerinde tedavi saatlerini düzenler.
- 6.4.3.5. Order edilen ilaçların “**İlaç Yönetim Prosedürü**”ne göre hemşire tarafından otomasyon sistemi üzerinden girilerek eczaneden gelmesi sağlanır. Hastanın sürekli kullandığı ve yanında getirdiği ilaçlar söz konusu ise ilgili uygulamalar “**İlaç Yönetimi Prosedürü**” nde tanımlanmıştır.
- 6.4.3.6. Eczaneden hasta adına gelen ilaçlar, orderda yazıldığı şekilde “**İlaçların Hazırlanması Ve Uygulanması Talimatı**”na göre hastaya uygulanır.
- 6.4.3.7. Hemşire tarafından hekim istemine göre hastadan hemogram, CRP, sedim, kan grubu ve rutin tetkikleri alınır, HBYS üzerinden girişleri yapılır, numune taşıma kabı ile laboratuara gönderilir. Tetkik sonuçlarının takibi yapılır. Bu işlemler “**Numune Toplama, Taşıma, Kabul, Transfer, Saklama Ve İmha Talimatı**”na uygun şekilde gerçekleştirilir.
- 6.4.3.8. Hekim isteminde hastadan radyolojik tetkik istenmiş ise “**Radyolojik Tetkik İsteminde Uygulama Talimatı**”na göre hareket eder.
- 6.4.3.9. Hekim istemine göre hastaya kan ve kan ürünü uygulanacak ise hemşire “**Kan ve Kan Ürünü Temini Talimatı**”na göre hareket eder.
- 6.4.3.11. Steroid tedavisi alan hastalara medikal tedavi ve bakımın eksiksiz ve doğru uygulanması, hastanın steroidlerin yan etkilerinden korunmasını sağlamak için “**Steroid Tedavisi Alan Hastanın Takibi Talimatı**” doğrultusunda hareket edilir.
- 6.4.3.12. Hasta tedavi ve tetkik uygulamalarını kabul etmediği durumlarda, hekim her türlü bilgilendirmeyi yaptıktan sonra “**Tedavi veya Tetkik Red Formu**” doldurulur. Hasta ve hekim tarafından imzalanır. 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.

6.4.4. Hasta Beslenme Süreci:

- 6.4.4.1. Yatan hastaların beslenme programlarının hazırlanması ve hastalara sunulması “**Beslenme ve Diyetetik prosedürü**”ne göre sağlanır.
- 6.4.4.2. Yeni yatan hastanın diyeti hekim istemine göre hemşire tarafından “**Diyet İstem Formu**” na yazılır ya da elektronik order ile sistemde tanımlı olan diyet ekranında giriş yapılır veya diyet modülüyle entegre olarak tanımlanır.
- 6.4.4.3. Hastanın beslenme durumu hemşiresi tarafından “**Erişkin hasta ilk değerlendirme formu**”na göre değerlendirilir. Beslenme risk puanına göre hastanın beslenme programı düzenlenir.
- 6.4.4.3.2. Eğer hastanın beslenme risk puanı yüksek ise hastanın diyetisyen tarafından konsülte edilerek beslenmesinin düzenlenmesi gerekir ve “**Beslenme ve Diyetetik prosedürü**”ne göre hareket edilir.



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 6.4.4.5. Oral beslenemeyen hastaların beslenmesi **“Enteral Beslenme Talimatı”**na göre yapılır.
- 6.4.5. Hasta Bakım Süreci:
- 6.4.5.1. Hastanın tanılmasına uygun olarak hastanın problemleri belirlenerek hemşire tarafından hastaya özgü günlük hemşirelik bakım planı oluşturulur. Otomasyon programında tanımlı rehber hemşirelik bakım planları kullanıldı ise günlük çıktı alınarak hasta dosyasına eklenir. Hemşirelik bakım planı hastanın durumunda bir değişiklik olduğunda ya da gerek duyulduğunda gün içerisinde yeniden yapılır.
- 6.4.5.2. Servisteki her hasta **“Düşme Olaylarını Önleme ve İzleme Protokolü”** kapsamında değerlendirilir ve gerekli önlemler alınır.
- 6.4.5.3. Hastanın tedavisi için intraveöz yol gerekli ise enfeksiyonu önlemek için **“Periferik İntravenöz Damar Yolu Açılması ve Bakımı Talimatı”** doğrultusunda hareket edilir. İlgili formlara kaydedilir ve damar yolunun üzerine açıldığı tarih kaydedilir.
- 6.4.5.4. Oksijen tedavisi alan hastalarda ağız ve burun mukozasının kurumasını önlemek için **“Oksijen Tedavisi Uygulama ve Bakımı Talimatı”** doğrultusunda işlem yapılır.
- 6.4.5.5. Hastanın ağız bakımı gerekli sıklıkta **“Ağız Bakımı Talimatı”** doğrultusunda yapılır.
- 6.4.5.6. Hastanın trakeotomisi **“Trakeostomili Hasta Bakım Talimatı”** doğrultusunda bakım verilir.
- 6.4.5.7. Aspirasyon gerekli olan hastalarda **“Aspirasyon Uygulama Talimatı”** doğrultusunda yapılır.
- 6.4.5.8. Gerekli ise solunum yollarını rahatlatmak için **“Postural Drenaj uygulama talimatı”** doğrultusunda drenaj uygulanır.
- 6.4.5.9. Hastanın beslenmesi ya da farklı nedenlerden dolayı nazogastrik sonda takılması gerekli ise **“Nazogastrik Sonda Takılması, Bakımı ve Çıkarılması Talimatı”** doğrultusunda işlem yapılır.
- 6.4.5.10. Uzun süre yatan ve immobil hastalar için bası yarasının önlemek için **“Pozisyon Verme Talimatı”**na göre gerekli sıklıkta pozisyon verilir.
- 6.4.5.11. Uzun süre yatan ve bası yarası riski yüksek hastalar için **“Bası Yarası Önleme Protokolü ve Bası Yarası Olan Hasta Bakım Protokolü”** doğrultusunda risk değerlendirmesi ve bakım yapılır.
- 6.4.5.12. Hastanın bakımı **“Hastalarda Temel Hijyen Talimatı”**na uygun verilir.
- 6.4.5.13. Hastanın perine bölge temizliği **“Perine Bakımı Talimatı”** doğrultusunda yapılır.
- 6.4.5.14. Hastanın ödemi varsa **“Ödem İzlemi ve Bakımı Talimatı”** doğrultusunda bakım verilir.
- 6.4.5.15. Hastaya mesane lavajı uygulanacak ise **“Mesane Lavajı Uygulama Talimatı”**na göre yapılır.



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 6.4.5.16. Hastaya lavman uygulanması gerekli ise “**Lavman Uygulama Talimatı**” doğrultusunda yapılır.
- 6.4.5.17. Hastanın stoması varsa “**Stomalı Hasta Bakım Talimatı**” doğrultusunda bakım verilir.
- 6.4.5.18. Serviste yatan hasta diyabetik ise “**Diyabetik Hasta Bakım Talimatı**” esas alınır.
- 6.4.5.19. Hastanın genel durumunda ani bir şekilde kötüleşme ve acil müdahale (kalp durması, solunum durması gibi) gerektirmesi gibi durumlarda “**Mavi Kod-CPR Prosedürü**”ne uygun hareket edilir.
- 6.4.5.20. Hastanın bir yerden bir yere transferi, hastanın genel durumuna göre, tekerlekli iskemle/sedye ile gerçekleştirilecekse Hasta Taşıma-Kaldırma Talimatı’na göre hareket edilerek gerekli güvenlik önlemleri alınır. Şayet hastanın bulunduğu servisten başka bir bölüme (doğumhane, yoğun bakım gibi) transferine karar verildi ise “**Hasta Transfer Prosedürü**”ne göre gerçekleştirilir.
- 6.4.5.22. Nötropenik ve immunosupresif hastaların bakımı için “**Nötropenik ve İmmunosupresif Hastada Enfeksiyon Önleme Talimatı**”na göre işlem yapılır.
- 6.4.5.23. İzolasyon gerektiren hastalar için “**İzolasyon Önlemleri Talimatı**”na göre hareket edilir ve uygun izolasyon önlemleri alınır.
- 6.4.5.24. Hastaya kısıtlama uygulanması gerekli ise “**Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımı Prosedürü**” doğrultusunda hareket edilir.
- 6.4.5.25. Terminal dönemde olan hastaların bakımı “**Yaşam Sonu Bakım Prosedürü**” doğrultusunda bakım verilir.
- 6.4.5.26. Hastanın, planlanan tedaviyi “**Hasta Hakları Ve Sorumlulukları Prosedürü**”ne göre “red etme hakkı” vardır. Böyle bir durumda hekim tarafından hastaya tedavisi ile ilgi açıklamalarda bulunularak “**Tedavi veya Tetkik Red Formu**” doldurulur ve hastaya imzalatılır.
- 6.4.5.27. Hasta ve ailesinin eğitim ihtiyacı “**Hasta ve Ailesi Eğitim Prosedürü**” doğrultusunda planlanır, uygulanır ve “**Hasta ve Ailesi Eğitim Formu**”na kaydedilir.
- 6.4.6. Hasta Ameliyat Süreci :
- 6.4.6.1. Hemşire tarafından, hastanın ameliyat öncesi hazırlığı “**Ameliyat Öncesi (Pre-operatif) Hasta Hazırlığı Prosedürü**”ne uygun olarak yerine getirilir. Servis hemşiresi tarafından “**Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu**”nun “**Klinikten Ayrılmadan Önce**” bölümü kontrol edilerek son kontroller yapılır.
- 6.4.6.2. Ameliyathane sorumlusu tarafından hasta, “**Ameliyathane İşleyiş Prosedürü**”ne göre hasta istenir. Eş zamanlı telefonla ilgili bölüm aranarak hastanın ameliyathaneye alınacağı bilgisi verilir.
- 6.4.6.3. Hastanın hemşiresi “**Ameliyathane İşleyiş Prosedürü**”ne ve “**Hasta Transfer Prosedürü**”ne uygun olarak hastayı ameliyathaneye teslim eder.
- 6.4.6.4. Hasta ameliyatta iken hastanın odası hemşire tarafından uygun şekilde hazırlanır.



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

6.4.6.5. Hastanın ameliyatı bittikten sonra “**Hasta Transfer Prosedürü**”ne uygun olarak dosyası ile birlikte servis hemşiresi tarafından hasta teslim alınır.

6.4.6.6. Hastanın servisteki bakımı “**Ameliyat Sonrası (Post-operatif) Hasta Bakım Prosedürü**” doğrultusunda yapılır.

6.5. SARF MALZEME İSTEMİ VE KONTROLÜ SÜRECİ

6.5.1. Hastaya kullanılan sarf malzemeler, hemşire tarafından HBYS ‘ye kaydedilir.

6.5.2. Hastaya ait yapılan tüm hizmetler, orderında bulunan ilaçlar ve sarf malzemeler hastane otomasyon programı HBYS üzerinden hasta kayıt yetkilisi/hasta danışmanı tarafından giriş yapılarak hasta üzerine düşülür.

6.6. REFAKATÇİ VE ZİYARETÇİ KURALLARI

6.6.1. Servise hasta yakını ve ziyaretçilerinin alınması “**Ziyaretçi ve Refakatçi İşleyiş Prosedürü**”ne göre gerçekleştirilir.

6.6.2. Hasta yanında refakatçi kalıyor ise “**Normal Yemek Alan Hastalar ve Personel Yemeği İçin İşleyiş Prosedürü**”ne uygun olarak refakatçi yemeği sağlanır.

6.7. HASTA TABURCULUK SÜRECİ

6.7.1. 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/hasta yakınına teslim edilir.

Formun alt nüshası bilgilendirmenin yapıldığına dair hasta dosyasında muhafaza edilir.

6.7.2. Hastanın iade edilecek ilaçları varsa “**İlaç Yönetimi Prosedürü**” doğrultusunda “**İlaç İade Formu**” ile birlikte eczaneye gönderilir.

6.7.3. Hastanın taburculuğu ile ilgili gerekli notlar “**24 Saatlik Hasta Takip / Tedavi Bakım Kayıt Formu**”na kaydedilir. “**Hemşirelik Değerlendirme Formları**”nda bulunan “**Hasta Taburculuk**” bölümü doldurulur.

6.7.4. Hemşirelik kayıtları tamamlandıktan sonra çıkış işlemlerinin takibi için hastanın dosyası kat sekreterine teslim edilir.

6.7.5. “**Hasta Yatış ve Taburcu Prosedürü**” doğrultusunda hastanın tüm işlemleri tamamlanır.

6.7.6. Hastanın “**Epikriz Formu**”nun bir nüshası ve diğer tetkik sonuçları “**Hasta Tetkikleri Teslim Formu**” ile imza karşılığı hasta/hasta yakınına teslim edilir.

6.7.7. Taburculuk işlemleri bittikten sonra en son hastanın damar yolu ve hasta kimlik kol bandı çıkarılır.

6.7.8. Hasta odası “**Hastane Genel Temizlik Talimatı**”na göre temizlik personeli tarafından temizlenir. Hemşire tarafından bir sonraki hasta alınmadan önce mutlaka oda kontrol edilir.

6.8. SERVİSTE YANGIN SÜRECİ, DOĞAL VE TEKNOLOJİK AFETLERDE VE YANGINDA TAHLİYE



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 6.8.1.** Hastanenin bütün bölümlerinde duman detektörleri bulunmakta ve bunlar merkezi sistemle Teknik Hizmetler Bölümüne bağlı durumdadır. Duman dedektörleri alarm verdiğinde bu bölüme hemen uyarı gitmekte ve müdahale edilmektedir.
- 6.8.2.** Her katta belirlenmiş bölgelerde yangın alarm butonları bulunmaktadır. Yangını ilk gören kişi yangın alarm butonuna basar. **“Acil Durum Kodları Bilgilendirme Kılavuzu”** na göre hareket edilerek **“KIRMIZI KOD”** anonsu verilir. Aynı zamanda, itfaiye aranarak yardım istenir.
- 6.8.3.** Yangın alarmının duyulması ile birlikte hastane genelinde görevli olan yangına ilk müdahale ekibi, Teknik servis, Biyomedikal görevlileri yangın alanına gelir, elektriğin ve Oksijen gazının uygun zamanda kesilmesi sağlanır.
- 6.8.4.** Yangın söndürme ekibi mevcut yangın söndürme cihazları ile ilk müdahaleyi yapar. Söndürme ekibi lideri yangın sonucunda oluşan dumanın diğer kat ya da bölümlere geçmemesi için gereken önlemleri alır.
- 6.8.5.** Yangın, ekip tarafından söndürülmüş ise itfaiyeye gerekli açıklama yapılarak bilgi verilir.
- 6.8.6.** Yangın, ekip tarafından söndürülemiyor ise itfaiye gelene kadar söndürme çalışmalarına devam edilerek yangının diğer bölümlere geçmesine engel olunur.
- 6.8.7.** İtfaiyenin gelmesi ile birlikte gerekli bilgiler itfaiyeye verilerek kontrolün itfaiyeye geçmesi sağlanır.
- 6.8.8.** Yangının kontrol edilememesi veya söndürülememesi halinde durum değerlendirilmesi yapılır.
Bölümün boşaltılıp boşaltılmamasına, hastaların başka bölümlere transfer edilip edilmeyeceğine karar verilir.
- 6.8.9.** Katın tahliye koordinatörü shift sorumlu hemşiresidir.
- 6.8.10.** Hastanenin tüm bölümlerinde yangın, doğal afet ve teknolojik afetlerde tahliye planı **“Acil Durumlar İçin Eylem Planı”** na göre yapılır.
- 6.8.11.** Kurtarma ekibi (tahliye ekibi), yangın alanından kurtarılması gereken kişileri ve eşyaları emniyetli bir bölgeye transfer eder.
- 6.8.12.** Çıkan yangından etkilenen ya da yaralanan hasta/hasta yakını/personel var ise ilk yardım ekibince müdahaleleri yapılarak yaralananlar acil servise alınır. Hasta transferleri hemşire ve personel eşliğinde yapılır.
- 6.8.13.** Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından görevlendirilen hekim, hemşire ve sağlık görevlileri hastalar için belirlenmiş olan güvenli alana yönlendirilir.
- 6.8.14.** Güvenli alana sevk edilen sağlık personelleri, tahliye edilmiş olan hastaların gözetiminden, gerekli müdahalelerin yapılmasından sorumludurlar.
- 6.8.15.** Tahliye edilen hastaların başka hastanelere nakledilmesi gerekebilir. Bu durumda **“Acil Durumlar İçin Eylem Planı”** ında lojistik ve planlama sorumlusu olarak belirlenen kişi öncelikli olarak yakın çevredeki hastanelerle iletişime geçerek Ambulans ve sağlık görevlisi talebinde bulunur.
- 6.8.16.** **“Hastane Afet Eylem Planı”** nına göre **“Yangında İlk Kurtarılacaklar Etiket”** (1.Öncelikli KIRMIZI, 2.öncelikli SARI, 3.öncelikli YEŞİL etiket) yapılandırılan



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

eşya ve dokümanlar öncelik sırasına göre tahliye ekibi tarafından güvenli alana nakledilir.

6.8.17. Hastanemizde çıkabilecek yangınlarda alınması gereken özel güvenlik tedbirleri ve personelin hareket tarzı “**Genel Güvenlik Prosedürü**”nde belirtilmiştir.

6.8.18. Hastanemizdeki yangın dolaplarının üzerine “**Yangın Dolabı Bilgilendirme Dokümanı**” asılmıştır.

6.9. SERVİSLERDE TAKİP EDİLEN İNDİKATÖRLER

6.9.1. Yatan hastaların bakım kalitesini yükseltmek için Hekimlik ve Hemşirelik süreçlerini takip etmek için indikatörler takip edilmektedir.

6.9.2. İndikatörlerin sonuçlarına göre eşik değerin üzerinde tespit edilen indikatörler Kalite Müdürlüğü tarafından ilgili komitelerde gündeme taşıyarak ilgili birimlerden düzeltici/önleyici faaliyet ya da iyileştirme çalışması (PUKÖ) planlaması istenir.

6.10. UYGUNSUZLUKLARIN TESPİTİ VE DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYETLERİN PLANLANMASI

6.10.1. Servis işleyiş düzeni ile ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılmaması için duruma uygun olarak “**Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü**” veya “**Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü**”ne göre davranılır. Sistemden “**Düzeltilici/Önleyici Faaliyet İstek Formu**” doldurularak Kalite Müdürlüğü’ne raporlanır. Tespit edilen uygunsuzluk Tesis Güvenliği Komitesi’nde görüşülür. Gerekli ise komite kararı ile ilgili birimden düzeltici ve önleyici faaliyet planlaması istenir.

6.10.2. Hastalarla ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılmaması için “**Güvenlik Raporlama Sistemi Olay Bildirim Prosedürü**”ne göre davranılır. MEDİN otomasyon sistemi üzerinden “**Güvenlik Raporlama Sistemi Olay Bildirim**” doldurularak Kalite Müdürlüğü’ne raporlanır. Bildirimi yapılan olay, Hasta Güvenliği Komitesi’nde görüşülür. Gerekli ise komite kararı ile ilgili birimden düzeltici/önleyici faaliyet ya da iyileştirme çalışması (PUKÖ) planlaması istenir.

6.10.3. Çalışan ile karşılaşılan kazalarda ise “**İş Sağlığı ve Güvenliği Prosedürü**”, “**İşyeri Hekimliği Prosedürü**”ne göre hareket edilir. “**İş Kazası Bildirim Formu**” doldurularak Kalite Müdürlüğü’ne raporlanır. Bildirimi yapılan olay, Çalışan Güvenliği Komitesi’nde “**Tehlike Belirleme ve Risk Değerlendirme Prosedürü**” doğrultusunda görüşülür ve değerlendirilir. Gerekli ise komite kararı ile ilgili birimden düzeltici/önleyici faaliyet ya da iyileştirme çalışması (PUKÖ) planlaması istenir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1. İletişim Prosedürü

7.2. Hasta Güvenliği Programı

7.3. Enfeksiyon Kontrol İşleyiş Prosedürü

7.4. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Prosedürü



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 7.5. Nöbet Değişimlerinde Servis ve Hasta Teslim Prosedürü
- 7.6. Hasta ve Servis Nöbet Teslim Formu
- 7.7. Bölümler Arası Demirbaş Malzeme Teslim Formu
- 7.8. Yatan Hasta Kati Dosya Düzeni
- 7.9. Hastane Genel Temizlik Talimatı
- 7.10. Destek/Otelcilik Hizmetleri İşleyiş Prosedürü
- 7.11. Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu
- 7.12. Kan ve Kan Bileşenleri İçin Bilgilendirme ve Onam Formu
- 7.13. Hasta Yatış ve Taburcu Prosedürü
- 7.14. Hastaneye Kabul Onam Formu
- 7.15. Hasta Kimliğinin Doğrulanması Prosedürü
- 7.16. Kimsesiz Hasta Kabul Prosedürü
- 7.17. Hastaların Değerlendirilmesi Prosedürü
- 7.18. Anamnez ve Fizik Muayene Formu
- 7.19. Erişkin Hasta Değerlendirme Formu (14 yaş ve üzeri için)
- 7.20. Yatan Çocuk Hasta Değerlendirme Formu (31 gün ile 14 yaş arası için) F30
- 7.21. Hasta Eşyalarının Saklanması ve Teslim Edilmesi Talimatı
- 7.22. Hastanın Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu
- 7.23. İlaç Yönetim Prosedürü
- 7.24. Konsültasyon Talimatı
- 7.25. 24 Saatlik Hasta Takip/Tedavi Bakım Kayıt Formu
- 7.26. Yaşam Bulgularının Alınması Talimatı
- 7.27. Monitör İzleme Talimatı
- 7.28. Ağrı Yönetimi Prosedürü
- 7.29. Sıvı Dengesi İzlem Formu
- 7.30. Hekim İstemi ve Onaylama Prosedürü
- 7.31. Hekim İstem ve Hemşire Uygulama Formu
- 7.32. Radyolojik Tetkik İsteminde Uygulama Talimatı
- 7.33. Kan ve Kan Ürünü Temini Talimatı
- 7.34. Oral Antikoagülasyon Tedavisi (Coumadin) Alan Hastanın Takibi Ve Eğitimi T
- 7.35. Oral Antikoagülasyon Tedavisi Bilgilendirme Kitapçığı
- 7.36. Steroid Tedavisi Alan Hastanın Takibi Talimatı
- 7.37. Hasta Hakları ve Sorumlulukları Prosedürü
- 7.38. Konsültasyon İstek Formu-MEDİN
- 7.39. İlaçların Hazırlanması Ve Uygulanması Talimatı
- 7.40. Numune Toplama, Taşıma, Kabul, Transfer, Saklama Ve İmha Talimatı
- 7.41. Tedavi veya Tetkik Red Formu
- 7.42. Hasta İzin Talebi ve Onay Formu
- 7.43. Yatan Hasta Yemeklerinin Uygun Servis Hizmet Prosedürü
- 7.44. Diyet İstem Formu
- 7.45. Beslenme Riski Değerlendirme Talimatı
- 7.46. Normal Yemek Alan Hastalar Ve Personel Yemeği İşleyiş Prosedürü
- 7.47. Yatan Hasta Diyet Tedavisi ve Diyet yemeği Prosedürü
- 7.48. Minibar Kontrol Talimatı
- 7.49. Enteral Beslenme Talimatı



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 7.50. Bakım Planı Kılavuzu
- 7.51. Düşmelerin Önlenmesi ve Yönetimi Prosedürü
- 7.52. Periferik İntravenöz Damar Yolu Açılması ve Bakımı Talimatı
- 7.53. Oksijen Tedavisi Uygulama ve Bakımı Talimatı
- 7.54. Ağız Bakımı Talimatı
- 7.55. Trakeostomi Bakım Talimatı
- 7.56. Aspirasyon Uygulama Talimatı
- 7.57. Postural Drenaj talimatı
- 7.58. Nazogastrik Sonda Takılması, Bakımı ve Çıkarılması Talimatı
- 7.59. Pozisyon Verme Talimatı
- 7.60. Bası Yarası Risk değerlendirme, Önleme ve Bakımı Prosedürü
- 7.61. Hastalarda Temel Hijyen Talimatı
- 7.62. Perine Bakımı Talimatı
- 7.63. Ödem İzlemi ve Bakımı Talimatı
- 7.64. Mesane Lavajı Uygulama Talimatı
- 7.65. Lavman Uygulama Talimatı
- 7.66. Stoma Bakım Talimatı
- 7.67. Diyabetik Hasta Bakım Talimatı
- 7.68. Mavi Kod-CPR Prosedürü
- 7.69. Hasta Taşıma-Kaldırma Talimatı
- 7.70. Hasta Transfer Prosedürü
- 7.71. Yüksek Riskli Ve İncinebilir Hastaların Değerlendirilmesi Ve Bakımı Prosedürü
- 7.72. Nötropenik ve İmmüsupresif Hastada Enfeksiyon Önleme Talimatı
- 7.73. İzolasyon Önlemleri Talimatı
- 7.74. Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımı Prosedürü
- 7.75. Yaşam Sonu Bakım Prosedürü
- 7.76. Hasta ve Ailesi Eğitim Prosedürü
- 7.77. Hasta ve Ailesi Eğitim Formu
- 7.78. Onkoloji İşleyiş Prosedürü
- 7.79. Ölüm Halinde Uygulama Prosedürü
- 7.80. Ameliyat Öncesi (Pre-operatif) Hasta Hazırlığı Prosedürü
- 7.81. Ameliyat Öncesi Hazırlık Formu
- 7.82. Ameliyathane İşleyiş Prosedürü
- 7.83. Hasta İstem Formu
- 7.84. Ameliyat Sonrası (Post-operatif) Hasta Bakım Prosedürü
- 7.85. Sarf Malzeme Takip Formu
- 7.86. Ziyaretçi ve Refakatçi İşleyiş Prosedürü
- 7.87. Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu
- 7.88. İlaç İade Formu
- 7.89. Hasta Yatış ve Taburcu Prosedürü
- 7.90. Epikriz Formu
- 7.91. Hasta Tetkikleri Teslim Formu
- 7.92. Acil Durum Kodları Bilgilendirme Kılavuzu
- 7.93. Hastane Afet Eylem Planı
- 7.94. Genel Güvenlik Prosedürü



SERVİS İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_13	02.01.2023	-	-	15

- 7.95.** Yangın Dolabı Bilgilendirme Dokümanı
- 7.96.** Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü
- 7.97.** Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü
- 7.98.** Düzeltici/Önleyici Faaliyet İstek Formu
- 7.99.** Güvenlik Raporlama Olay Bildirim Prosedürü
- 7.100.** Güvenlik Raporlama Olay Bildirim Formu
- 7.101.** İşyeri Hekimliği İşleyiş Prosedürü
- 7.102.** İş Kazası Bildirim Formu
- 7.103.** Tehlike Belirleme ve Risk Değerlendirme Prosedürü
- 7.104.** İş Sağlığı ve Güvenliği Prosedürü