



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhekimlik	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

- AMAÇ:** Bu prosedürün amacı, Acil, poliklinik, günübirlik, yoğun bakım ve yataklı servislere başvuran/ yönlendirilen hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal geçmişi hakkında bilgi alınmasına yönelik değerlendirme esaslarını, tanısal test sonuçları da dahil olmak üzere bu bilgilerin analiz edilerek hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ihtiyaçlara yönelik bakım planı geliştirilmesi esaslarını tanımlamaktır.
- KAPSAM:**Tüm hastaların (Özel Hastaneler Tüzüğü'ne göre psikiyatri hastaları, alkol ve madde bağımlısı hastalarla, Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan bulaşıcı hastalıklar kapsamına giren hastalar hariç) bakım ihtiyaçlarının ne şekilde ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği bakımın planlanması uygulanması hastanın izlenmesi ve gerektiğinde değişiklikler yapılmasına ilişkin faaliyetleri kapsar.
- KISALTMALAR:**
HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
- TANIMLAR:** -
- SORUMLULAR:** Tüm doktor, hemşire, sağlık memuru, ebe, acil tıp teknisyeni ve transfüzyon merkezi çalışanları sorumludur.
- FAALİYET AKIŞI**
Hastaların Değerlendirilmesindeki Sorumluluklar:
 - Organizasyon (Mlpcare Grubu Hastaneleri): Hastane üst yönetimlerinin, başvuruda bulunan tüm hastaların (Acil, Poliklinik, Günübirlik ve Yatan Hasta) değerlendirilmesi süreçlerindeki sorumlulukları;
 - Hastaların değerlendirmesinin ulusal kanun ve yönetmelikler doğrultusunda yapılmasını sağlayacak olan politika ve prosedürleri her bir disiplin için tanımlamak,
 - Politika ve prosedürlerin belirlenen aralıklarla gözden geçirilmesini sağlamak,
 - Elde edilen bilgileri güvenli ve uygun şekilde kayıt altına alacak sistemleri tesis etmek,
 - Hasta değerlendirmesini yapacak olan ehil kişileri istihdam etmek, kaynakları sağlamakHasta tanımlama sürecinde grupta standart olarak ICD-10 Tanı kodları kullanılmaktadır.
 - Hekim:** Tüm hastaların (Acil Servis'e, polikliniğe, Günübirlik ve yatan hasta katlarına başvuran) ilk kabulünde, yaş gruplarını ve öncelik durumlarını göz önüne alıp HBYS sistemi üzerinden "Anamnez ve Fizik Muayene" ile fiziksel, tıbbi ve ilgili konularda ilk değerlendirmesi, yeniden değerlendirmesini de politikalara uygun "Hekim İzlem Notları" ile yapmaktan sorumludur. Hekimler ayrıca, hasta için uygun olan en iyi bakımı belirlemekten, hastanın tedaviye olan cevabını, gerektiğinde hastanın psikolojik, duygusal ve sosyal durumunu değerlendirmekten sorumludur.

Ön değerlendirme (anamnez) aşağıdakilerle sınırlı olmayıp en az şu kapsamda yapılmalıdır.

Ayaktan Hasta	Yatan Hasta
- Kimlik bilgileri - Sosyo ekonomik durumu - Yakınma - Ağrı Sorgulama - Öykü	- Kimlik bilgileri - Sosyo ekonomik durumu - Yakınma - Ağrı Sorgulama - Öykü



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

- Özgeçmiş 1. Önceki tanıları 2. Önceki yatış bilgileri 3. Geçirdiği ameliyatlardan - Alerjisi - Soygeçmiş - Psikolojik durumu - Kullandığı ilaçları - Fizik Muayene Bulguları - Bulgular - İnceleme Sonuçları ve Laboratuvar Bulguları - Öntanı / Tanı - Tedavi ve Bakım Planı	- Özgeçmiş 1. Önceki tanıları 2. Önceki yatış bilgileri 3. Geçirdiği ameliyatlardan - Alerjisi - Soygeçmiş - Psikolojik durumu - Kullandığı ilaçları - Fizik Muayene Bulguları - Bulgular - İnceleme Sonuçları ve Laboratuvar Bulguları - Öntanı / Tanı - Tedavi ve Bakım Planı - Taburculuk planı
--	---

6.1.3. Hemşire: Yatan hasta katlarına ve Günübirlik Ayaktan Hastaların ilk kabulde, tüm hastaların yaş gruplarını ve öncelik durumlarını göz önüne alarak, hastayı tanılamaktan ve yeniden değerlendirmekten sorumludur. Bölüme özel bakım ve tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korunmak için klinik risk değerlendirmeleri yapılır.

Yetişkin, Pediatrik ve Yenidoğan Hasta Tanılama Formları en az şu kapsamda doldurulmalıdır;

Ayaktan Hasta	Yatan Hasta
- Özgeçmişi - Soygeçmişi - Ruhsal durumu - Sosyo-ekonomik durumu - Alışkanlıkları, - Kullandığı ilaçları, - Beslenme şekli - Vital bulguları - Düşme riski (Yetişkin, Pediatrik) - Eğitim gereksinimi ☐ Ağrı Sorgulama	- Özgeçmişi - Soygeçmişi - Ruhsal durumu - Sosyo-ekonomik durumu - Alışkanlıkları, - Kullandığı ilaçları, - Beslenme şekli - Vital bulguları - Düşme riski (Yetişkin, Pediatrik) - Bası yarası riski - Multidisipliner hasta bakımı - Eğitim gereksinimi - Taburculuk planı - Ağrı Sorgulama - Bilinç düzeyi takibi - Ventilatördeki hastada ventilatör ilişkili pnömoni



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

- riskinin izlenmesi
- Katater bakımı ve takibi
- Ekstremitte nabız takibi ve ödem
- 4/17
- derecelendirmesi
- Ağız bakımı ve takibi
- Post-op takibi
- Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
- Ağız bakımı ve takibi
- Post-op takibi

- 6.1.4.** Anestezi Uzmanı: Ameliyathane içinde ve dışında anestezi ve sedasyon alacak olan hastaların preoperatif anestezi, per-operatif anestezi ve post-operatif anestezi değerlendirmesini tanımlanan kriterler doğrultusunda yapmaktan sorumludur.
- 6.1.5.** Diyet Uzmanı: Yatan hastaların hemşire değerlendirme formları ile değerlendirilmesi sonucu risk gruplarına uygun ya da hekim istemi olduğunda hastaların ön ve yeniden değerlendirilmelerinden sorumludur.
- 6.1.6.** Fizik Tedavi Rehabilitasyon Uzmanı: Primer hekim değerlendirmesi sonrasında Fizik Tedavi konsültasyonu istenmesi durumunda yatan hastaların ön ve yeniden değerlendirmesini yapmaktan sorumludur.
- 6.1.7.** Psikolog: Primer hekim değerlendirmesi sonrasında Psikolog konsültasyonu istenmesi durumunda yatan hastaların ön ve yeniden değerlendirmesini yapmaktan sorumludur.
- 6.1.8.** Laboratuvar Hizmetleri: Laboratuvar değerlendirmeleri yetkili laboratuvar uzman hekimi tarafından yapılır. Laboratuvar hizmetleri hastaların gereksinimlerine göre sorumlulukları;
- Tüm ulusal ya da uluslararası standart yasa ve yönetmeliklere uygun olarak hizmet vermek,
 - Raporlama zamanlarını belirlemek,
 - Değerlendirme sonuçlarının zamanında verilmesi sağlanır, (sonuçlar hastanın hekimi tarafından HBYS sisteminden anında takip edilmektedir.
 - Kritik bir değerle karşılaşıldığında tanımlanan hızlı süreci izlemek
 - Kalite kontrol prosedürlerini izleyerek sonuçların güvenliğinin sağlanması
- 6.1.9.** Radyoloji Hizmetleri: Laboratuvar değerlendirmeleri yetkili radyoloji uzman hekimi tarafından yapılır. Radyoloji ve görüntüleme hastaların gereksinimlerine göre sorumlulukları;
- Hastaların değerlendirilmesinde gerekli olan hizmetleri karşılamak için ulusal ya da uluslararası kanun ve yönetmeliklere uygun olarak hizmet vermek,
 - Raporlama zamanlarını belirlemek,
 - Değerlendirme sonuçlarının zamanında verilmesini sağlanır, sonuçlar hastanın hekimi tarafından HBYS ve pacs sisteminden anında takip edilmektedir.
 - Kritik bir değerle karşılaşıldığında tanımlanan hızlı süreci izlemek
 - Kalite kontrol süreçlerini izleyerek sonuçların güvenliğinin sağlanması

6.2. Hastaların Değerlendirilmesi

Her hastanın ilk değerlendirmesi; fiziksel incelemesini ve tıbbi hikâyesini de kapsayacak şekilde, fiziksel psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörler de göz önüne alınarak yapılır. Kurum dışında gerçekleştirilen değerlendirmeler varsa hastanın yatış anında bu değerlendirme bulguları da gözden geçirilir. (Epikriz, tetkik, ultrason vb.) Hastalar belirlenen



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

zaman diliminde değerlendirilirler, hastaların ilk ve yeniden değerlendirmeleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir;

TABLO 1. İLK DEĞERLENDİRME ZAMAN ÇİZELGESİ

İlgili servis/ Meslek	Yatan Hasta	Ayaktan Hasta	Günübirlik Yatan Hasta	Günübirlik Yatan Cerrahi Hasta	Acil Servis	Yoğun Bakım	Uyanma Odası
Doktor	12 Saat **	30 Dakika	2 Saat	2 Saat **	Triaj puan skalasına göre	2 Saat **	Uyanma odasına gelince
Hemşire	4 Saat		1 Saat	1 Saat İşleme/girişime başlamadan önce	Triaj puan skalasına göre	2 Saat	5 dakika
Anestezi	Hasta ** operasyona/işleme alınmadan önce	*	İşleme/girişime başlamadan önce	İşleme/girişime başlamadan önce	Triaj puan skalasına göre	Hasta ** operasyona/işleme alınmadan önce	Uyanma odasına gelince
FTR	*		*	*		*	
Solunum Terapisti	*		*	*		*	
Diyetisyen	*		*	*		*	
Sosyal uzman	*		*	*		*	
*	Hasta belirlenen kriterleri taşıyorsa, bu bölümler tarafından prosedüre uygun olarak değerlendirilir.						
**	İnvaziv işlem/Cerrahi müdahale olacak hastalar işlem/müdahale öncesi ilk değerlendirilmesi yapılmış ve hasta dosyasında dokümanite edilmiş olmalıdır.						
	Gerekli değil.						

TABLO 2. YENİDEN DEĞERLENDİRME ZAMAN ÇİZELGESİ

İlgili servis/ Meslek	Yatan Hasta	Ayaktan Hasta	Günübirlik Yatan Hasta	Günübirlik Yatan Cerrahi Hasta	Acil Servis	Yoğun Bakım	Uyanma Odası
Doktor	24 saat	Kontrol Randevu	Taburculuk Öncesi	Taburculuk Öncesi	Triaj puan skalasına göre	24 saat	Uyanma Odasından çıkmadan önce
Hemşire / Anestezi Teknikeri	4 saat		Saatte bir ve taburculuk öncesi	İşlem/girişim esnasında 5 dakikada bir / İşlem sonrası vital bulguların alınması talimatına uygun	Triaj puan skalasına göre	1 saat	15 Dakikada Bir
Anestezi	Operasyon/işleme başlamadan önce /esnasında/ bitiminde		*	İşlem/girişim esnasında 5 dakikada bir / 1 Saat işlem sonrası ve taburculuk öncesi	Triaj puan skalasına göre	*	Uyanma Odasından Çıkmadan Ve Hastaneden Taburcu Olmadan Önce
FTR	*		*	*	*	*	
Solunum Terapisti	*		*	*	*	*	
Diyetisyen	*		*	*	*	*	

*	Hasta belirlenen kriterleri taşıyorsa, bu bölümler tarafından prosedüre uygun olarak değerlendirilir.
---	---



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17
Gerekli değil.				

6.2.1. Kritik Hasta Tanımlama Erken Uyarı Sistemi

Kardiyak Arrest öncesinde kötüleşme bulgularına yönelik önleyici çalışma sürecine, erken uyarı veya erken müdahale süreci denilmektedir. Kötüleşme belirti bulguları çoğu zaman yeteri kadar erken fark edilememekte, fark edilse bile bu belirti ve bulguların doğuracağı sonuçlar öngörülemezdir. Hastaların tedavi planlaması etkin bir şekilde basamaklandırılmamaktadır. Bu potansiyel belirtilerin taranması ve sistematik olarak ivedilikle müdahale edilmesi; hastanede yatmakta olan hastalarda kardiyak arrest gelişim oranını ve dolayısıyla ölüm ve malüliyet oranlarını azaltılması amaçlanmaktadır. **Hastanın takibi sürecinde sağlık personeli “Kritik Hasta Tanımlama Dokümanı-Erken Uyarı Sistemi”** dokümanında tanımlanan kriterlerden biri ile karşılaştığında hastanın hekimi ile iletişime geçerek müdahale eder böylece hastanın daha kötü bir tabloya girmesi riskine karşılık önlem almış olur. Ve hemşire bu durumu gözlem notlarına yazar.

6.2.2. Yatan Hastaların Değerlendirilmesi:

6.2.2.1. Servise yatan tüm hastaların ilk değerlendirmesi doktor ve hemşire tarafından yapılır.

Hastanın doktoru, 12 saat içinde HBYS üzerinden Anamnez ve Fizik Muayene bölümünden, sistemin çalışmadığı durumlarda “Anamnez ve Fizik Muayene Formu” ile hastayı değerlendirir. Hekim hastayı hastane dışında değerlendirdiyse (dış hekim özel muayenehane gibi) sürecin başlaması için mutlaka hastane bilgi yönetim sistemi üzerinde değerlendirme süreci yeniden yapılır. Hemşire ise en geç kliniklerde ilk 4 saat içinde, Yoğun bakımlarda ise en geç ilk 2 saat içerisinde hastanın yaş grubuna özel olarak aşağıda isimleri yer alan ilgili formu doldurarak hastayı değerlendirir.

- Yatan Erişkin Hasta Değerlendirme Formu (17 yaş ve üzeri)
- Yatan Pediatrik Hasta Değerlendirme Formu (31 gün - 16 yaş)
- Yenidoğan Hasta Değerlendirme Formu (0-30 gün)

Hemşire takip formları kliniklerde 4 saatte bir, YBÜ lerinde saatlik yapılır, Diğer hemşire formları en geç 12 saat içinde değerlendirilir. Hemşire ilk değerlendirmesi yatış yapıldıktan itibaren hastanın kabulü, yaşamsal faaliyetleri açısından değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi, bakım ve eğitiminin planlamasını da kapsamaktadır.

6.2.2.2. Hasta kabul edilirken ilk değerlendirme sonrası en kısa sürede “Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu” doldurularak taburculuk planlaması yapılır. Bakımda sürekliliğin sağlanması için hemşire ve hekimler tarafından hastalar değerlendirilirken taburculuk esnasında özel hazırlık yapılması gereken durumlar göz önünde bulundurulur. Hemşire değerlendirme formlarında ve “Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu” nda da taburculuk planlaması ile ilgili özel durumlar belirtilmiştir.

“Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu” ilaç tedavisi, verilen diyet, verilen eğitimler, hastaya kullanması için verilen cihaz ve eğitimleri, hekim tavsiyeleri hasta ile paylaşılarak formada kayıt edilir ve hastaneden ayrılış esnasında 1 nüshası hastaya verilir 1 nüshası hasta dosyasında kalır. Taburcu etme planlamasının kritik olduğu hastalarda gerekli düzenlemelerin tamamlanması için hasta değerlendirme formlarında olan taburculuk planlamalarına yönelik değerlendirme en kısa sürede başlatılır. Bu değerlendirmeler neticesinde elde edilen bulgulara yönelik tedavi, eğitim ya da rehabilitasyon desteği ile hastaların taburculuk süreci hazırlıkları yapılır. Taburcu etme planlamasının kritik olduğu hastalar;

- Prematüre bebekler ya da 65 yaş üstü hastalar,



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

- Hareket kısıtlılığı olan hastalar,
- Devam eden sağlık bakım ihtiyacı olan hastalar,
- Günlük aktivitelerde yardım ihtiyacı olan hastalar

Ayrıca Sentinel bir olaya maruz kalmış ya da tedavisi sırasında komplikasyon gerçekleşen hastalarda taburculuk planlaması değerlendirilip gerekli önlemler alınır.

6.2.2.3. İlk değerlendirilmesi yapılan hastaların yeniden değerlendirilmeleri doktor tarafından her gün

HBYSden “Hasta İzlem” alanına, sistemin çalışmadığı durumlarda “Hekim İzlem Notları” formuna hastanın o günkü genel durumu, tedavisine verdiği tepki, oluştu ise komplikasyonlar ve yapılanlar gibi notları açık bir ifade ile yazılır.

6.2.2.4. Hemşire tarafından yeniden değerlendirme hastanın genel bir durumunda bir sorun olmadıkça kliniklerde 4 saat aralıklarla, YBÜ lerinde saatlik hayati bulguları alınır, hekim istemine uygun diğer tedavi ve takipleri yapılıp sonuçları gözlenir. “24 Saatlik Hasta Takip, Tedavi Bakım Kayıt Formu”/YBÜ Hasta Takip Formu na kaydedilir.

“Erişkin Hasta Değerlendirme Formu 17 yaş ve üzeri için”, “Yatan Çocuk Hasta Değerlendirme Formu – 31 gün-16yaş”, “Yenidoğan Hasta Değerlendirme Formu 0–30 gün arası için” yeniden hemşire değerlendirmeleri (beslenme, bası yarası, düşme) hastanın risk puanına göre ya da hastanın genel durumunda bir değişiklik söz konusu olduğunda gerçekleştirilir (ameliyat/işlem sonrası, transfer sonrası, beslenme durumunun değişmesi, kemoterapi sonrası, hastanın bilinç durumunda değişiklik gibi)

6.2.2.5. Yatan hastalarda yapılan ilk tıbbi değerlendirmenin üzerinden 30 gün geçince hastaların değerlendirmesi yeniden yapılır. 30 gün içerisinde bölümler arası transferlerde hastanın protokol numarası değişse bile yatışta açılan dosyası üzerinden değerlendirmelere devam edilir. Transfer sonrası hastanın genel durumu, vital bulguları, beslenme risk değerlendirmesi, bası yarası risk değerlendirmesi, düşme riski değerlendirmesi, bakım planlanması, eğitim ihtiyaçları ve taburculuk planlaması değerlendirmeleri yeniden yapılır.

6.2.2.6. Yatan Hasta Fizyoterapist Değerlendirmesi

- Yatan hastanın fizyoterapi-rehabilitasyon ihtiyacı, hastanın primer doktoru tarafından fizik tedavi uzmanından konsültasyon isteği ile değerlendirilip kararlaştırılır. Hasta fizik tedavi uzman hekimi konsültasyonundan geçtikten sonra “Konsültasyon Formu” ya da HBYS üzerinden konsültasyon alanına hekim değerlendirmesi yazılır. Hastanın primer hekimi ile fizik tedavi uzmanı gerekli ise tedavisini planlar ve hasta fizyoterapistler tarafından tedaviye alınır. Hasta ile ilgili bulgular ve tedavi değerlendirmeleri “Yatan Hasta Fizyoterapist Hasta Takip Formu” na fizyoterapist tarafından kayıt edilir.
- Hasta “Fizik Tedavi Hastası Değerlendirme ve Takip Formu” ile fizik tedavi uzmanı tarafından değerlendirilerek tedavinin seyri ve gerekli ise tedavi değişimi ve sonlandırılması hekim tarafından değerlendirilerek karar verilir. Fizyoterapist uygulamayı başlatır ve tedavinin seyrinden doktoru haberdar eder.

6.2.2.7. Yatan Hasta Diyetisyen Değerlendirmesi

- Hastanın bakımından sorumlu hemşire yatışı takiben hemşire değerlendirme formlarında bulunan “Beslenme Riski Değerlendirme” bölümü kullanılarak risk değerlendirmesini yapar. Hemşire değerlendirme formları üzerinden yapılan ilk değerlendirmede “Normal” olarak belirtilen hastalar 1 hafta sonra “Beslenme Riski Değerlendirme Formu” ile yeniden değerlendirilir ve; Toplam puan 3’den küçük ise rutin diyet uygulanır ve hasta haftada bir yeniden değerlendirilir.



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

- Toplam puan 3'den büyük ise beslenme riski mevcuttur hastayı görmesi için diyetisyene bilgi verilir, diyetisyen hastanın durumuna göre beslenme planını yapar ve eğer gerekli görür ise Nütrisyon Destek Ekibi'ne haber verir, süreç "Beslenme (Nütrisyon) Riski Değerlendirme ve İzleme Talimatı" na uygun olarak ilerletilir. İlk değerlendirmede "Normal Değil" olarak belirtilen hastalar için hastanın hekimi bilgisi dâhilinde hastayı görmesi için diyetisyene bilgi verilir, süreç "Beslenme (Nütrisyon) Riski Değerlendirme ve İzleme Talimatı" na uygun olarak ilerletilir.

6.2.2.8. Hastaların son değerlendirilmesi ile "Epikriz Formu" hastanın hastaneden ayrılacağı gün içerisinde 12 saatlik zaman sürecinde tamamlanmış olmalıdır. En az 2 nüsha epikriz yazılmalı, bir nüshası hasta veya sorumluluk verdiği yakınına ya da gerektiği durumlarda hastanın yasal temsilcisine imza ile teslim edilir. Diğer nüsha hasta dosyasının içinde Tıbbi İstatistik ve Arşiv Bölümü'ne gönderilir.

6.2.3. Acil Servis Hastalarının Değerlendirilmesi:

6.2.3.1. Acile başvuran tüm hastaların değerlendirmesi, "Acil Servis Triaaj Uygulama Talimatı" na uygun olarak aşağıdaki şekilde yapılır;

- Acil Servis'e başvuran her hastanın ilk değerlendirmesi Acil Servis hemşiresi/hekimi tarafından yapılarak "Triaaj Skalası"na göre triaj kodu belirlenir.
- Hastanın triaj kodu, hemşire değerlendirme ve takip formuna kaydedilir.
- Triaaj kodu belirlenen hasta, öncelik sırasına göre uygun tedavi alanına alınır.
- Hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak gerekli müdahalesi yapılır.

6.2.3.2. Acil hastaların yaşamsal faaliyetleri açısından yeniden değerlendirilmesi, "Triaaj Puan Skalası" na göre yapılarak kaydedilir.

6.2.3.3. Triaaj uygulanarak değerlendirilen hastalar HBYSden "Anamnez ve Fizik Muayene" alanına ya da "Anamnez ve Fizik Muayene Formu" hasta bilgileri ve değerlendirmeleri kaydedilir.

6.2.3.4. Acil Servisten yatırılan hastaların hemşire tarafından değerlendirmesi hastanın yaşına uygun olarak aşağıdaki formlardan ilgili olanı ile yapılır.

- Acil Servis Erişkin Hasta Değerlendirme ve İzlem Formu (17 yaş ve üstü)
- Acil Servis Pediatrik Hasta Değerlendirme ve İzlem Formu (31 gün-16 yaş)
- Acil Servis Yenidoğan Değerlendirme ve İzlem Formu (0-30 gün)

6.2.3.5. Acil cerrahi işlem gerektiren bir hastanın eksiksiz "Anamnez ve Fizik Muayene" sinin yazılmasına / kaydedilmesine zaman yok ise ameliyat öncesi yakınma, fizik muayene bulguları ve ön tanı/tanı alanlarının yazılması / doldurulması yeterli olur.

6.2.4. Ayaktan Hastaların (Poliklinik) Değerlendirilmesi:

6.2.4.1. Erişkin ve pediatri polikliniğine başvuran hastaların ön değerlendirmesi, doktor tarafından, randevu saatleri içerisinde yapılır ve HBYSden "Anamnez ve Fizik Muayene" alanına kaydedilir. Fizik Tedavibölümüne başvuran hastalar için "Anamnez ve Fizik Muayene Formu-FTR", Ağız ve Diş Sağlığınabaşvuran hastalar ise "Anamnez ve Fizik Muayene Formu-Diş", pediatriye başvuranlar için "Anamnez ve Fizik Muayene Formu-Çocuk"HBYS üzerindeki anamnez alanlarından ilk değerlendirmeler kayıt edilir.

6.2.4.2. Planlanan tedavi "Ayaktan Hasta Hekim İstem ve İlaç Uygulama Formu"na kayıt edilir.

6.2.4.3. Poliklinik hastalarının yeniden değerlendirmeleri, hasta kontrol randevusuna geldiği zaman, doktor tarafından yapılır ve kaydedilir. Aynı zamanda yapılan ilk tıbbi değerlendirmenin üzerinden 30 gün geçince hastaların değerlendirmesi yeniden yapılır.

6.2.2.9. Ayaktan hastaların bakım sürekliliğini sağlamak için HBYS'de hastanın geçmiş klinik bilgileri görülebilmektedir. Bu bilgiler; hastanın daha önceki tanılarını, kullandığı ilaçları, allerjiyi, laboratuvar ve radyoloji sonuçlarını, önceki yatışlarını, geçirdiği ameliyatları



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

içermektedir. Hastanın her gelişinde hasta numarası sabit kalmak şartıyla yeni protokol numaralı farklı dosya açılır, eski protokoldeki bilgilerde değişiklik yapılamaz. Hekim HBYS üzerinden tarihçe kısmından bakımın sürekliliği ve değerlendirilmesi için tüm diğer protokoller görebilir. Hasta başka bir kurumda değerlendirilmişse yine ilk değerlendirme bu bulgular da dikkate alınarak gerçekleştirilmektedir. (Epikriz, tetkik, ultrason vb)

6.2.4.4. Karmaşık tanıli ayaktan tedavi alan hastalarının türleri “Yüksek Riskli Ve İncinebilir Hastaların Değerlendirilmesi Ve Bakımı Prosedürü” de belirtilen Acil Servis Triyaj Hastaları, Kan ve Kan Ürünü Alan Hastalar , Bulaşıcı Bir Hastalığı Olan Hastalar , İmmün Sistemi Baskılanmış Olan Hastalar , Kemoterapi Uygulanan Hastalar , Hemodiyaliz, kronik / akut böbrek yetmezliği yanı sıra çoklu komorbiditeli kalp hastalıkları, Alzheimer hastalığı, skleroderma, astım, Parkinson hastalığı, multipl skleroz, osteoporoz, bağ dokusu hastalıklar olarak tanımlanmıştır. Bu hastaların klinik bulgularına HBYS üzerinde tarihçe ve hasta profili bölümünden ulaşılabilir.

6.2.5. Günübirlik Hastaların Değerlendirilmesi: (24 saat içinde yatıp çıkan hastalar)

6.2.5.1. Günübirlik tedavi ya da cerrahi için gelen hastalar yatışı takiben ilk bir saat içinde hemşire tarafından, ilk iki saat içerisinde de hekim tarafından değerlendirilerek hekim kayıtları HBYSden “Anamnez ve Fizik Muayene” alanından sistemin çalışmadığı durumlarda “Anamnez Ve Fizik Muayene Formu” ile, hemşire kayıtları ise “Günübirlik Hasta Değerlendirme ve Takip Formu” na kaydedilir. Günübirlik yatışı yapılan hastanın Bası yarası risk değerlendirmesi yapılmaz.

6.2.5.2. Hemşire tarafından yeniden değerlendirme hastanın genel bir durumunda bir sorun olmadıkça günübirlik hastalarda saatlik hayati bulguları alınır, hekim istemine uygun diğer tedavi ve takipleri yapıp sonuçları gözlenir. “24 Saatlik Hasta Takip, Tedavi Bakım Kayıt Formu” na kaydedilir.

6.2.5.3. Özellikle Günübirlik Hastalar değerlendirilirken ilgili formlar kullanılır.

- Endoskopi Hastası Hemşire Değerlendirme ve Takip Formu
- Medikal Onkoloji (kemoterapi) Hastası Hemşire Değerlendirme ve Takip Formu
- Girişimsel Kardiyoloji Hasta Değerlendirme Formu

6.2.5.4. Endoskopi işlemi, anjio girişimsel işlemleri veya doğumhanede yapılan müdahaleler esnasında hastalar 5 dakikada bir değerlendirilerek Hemşire değerlendirme formlarına takipleri kayıt edilir.

6.2.5.5. Günübirlik invaziv girişim/cerrahi uygulanan hastalar, 6.2.9. maddesine göre değerlendirilerek takip edilirler.

6.2.5.6. Hasta anestezi alacaksa ameliyat/işlem öncesi anestezi hekimi tarafından “Ameliyathane Dışı Anestezi (Orta/Derin sedasyon) Değerlendirme ve İzlem Formu” ile değerlendirilerek işlem sırasında da aynı formla takibi yapılır.

6.2.5.7. Hastalar, işlem ya da cerrahi sonrası taburcu olmadan önce doktor ve hemşire tarafından değerlendirilmesi yapılarak taburculuk kararı onaylanır.

6.2.5.8. Anjiyografi ya da anjioplasti yapılan hastaların işlem raporları 24 saat içinde “Koroner Anjiyografi/Anjioplasti İşlem Raporu”, “Periferik Anjio İşlem Raporu” na kaydedilir.

6.2.5.9. Tüm Radyolojik işlem ve girişimlerde rapor yazılarak bir nüshası hasta ya da hasta onayı ile yakınına verilir.

6.2.6. Yoğun Bakım Hastalarının Değerlendirilmesi:

6.2.6.1. Yoğun bakım hastalarının hekim tarafından değerlendirmeleri ilk 2 saat içinde tekrar değerlendirilmesi ise 24 saat içinde yapılır.



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

6.2.6.2. Yoğun bakım hastasının hemşire tarafından ilk genel durum değerlendirmesi 2 saat içinde yapılır ve “Yatan Eriskin Hasta Değ. Formu (17 yas ve üstü)”, “Yatan Pediatrik Hasta Değerlendirme Formu (31 gün - 16 yaş)”, “Yenidoğan Hasta Değerlendirme Formu (0-30 gün)” na kaydedilir. Hastanın durumuna ve risk puanına uygun olan yeniden değerlendirmeler yapılır. Hayati bulguları ise saatlik olarak takip formları ile yapılır. Hastaların genel durumunda bir değişiklik olmadıkça yeniden değerlendirmeleri 1 saat arayla yapılır ve birime özel olarak “Koroner Yoğun Bakım Hasta İzlem Formu”, “Genel Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”, “Yeni Doğan Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”, “KVC Yoğun Bakım Takip Formu” na kaydedilir.

6.2.7. Anestezi Uygulanacak Hastaların Değerlendirilmesi:

6.2.7.1. Anestezi alması planlanan tüm hastaların (yatan hasta, ayaktan hasta, gününbirlik hasta, acil hasta ya da radyoloji hizmeti alacak olan hasta) ilk anestezi değerlendirmesi, cerrahi operasyon ya da işlemin planlandığı gün içerisinde veya bir gün öncesinde anestezi doktoru tarafından yapılır.

6.2.7.2. Poliklinikten elektif ameliyatına karar verilmiş hastaların anestezi konsültasyonu Anestezi Hekimi tarafından anestezi polikliniği odasında yapılır. Yatışı yapıldıktan sonra Anestezi konsültasyonu yapılacak hastaların değerlendirilmesi, eğer primer hekim yatağında konsültasyon istedi ise hastayı anestezi yatağında değerlendirir. Bunun dışında hasta yine Anestezi Poliklinik odasında Anestezi Hekimi tarafından değerlendirilir.

6.2.7.3. Hasta ameliyathaneye indirilmeden önce dosyasında tüm anestezi değerlendirme formları ve onamları tam doldurulmuş olarak bulundurulur. Bu formlar;

- Anestezi Değerlendirme Formu
- Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme (HBYSden çıktı alınır)
- Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu

6.2.8. Ayılma Odası'nda Hastaların Değerlendirilmesi:

6.2.8.1. Hastanın ameliyatı bittikten sonra anestezi ilaçlarının etkisinden çıkana kadar Ayılma Odası'nda kalır ve hastanın değerlendirmesine devam edilir. Hastanın yaşam bulguları, şuur durumu ve kanama durumu 15 dakikada bir değerlendirilir.

6.2.8.2. Ameliyathaneden ayılma odasına alınan hastaların, anestezi sonrası değerlendirmeleri anestezi doktoru ve anestezi teknikeri/hemşire tarafından tekrar değerlendirilir ve “Anestezi Ayılma Formu” na kaydedilir.

6.2.8.3. Hasta taburculuk kriterlerini karşıladığında uyanma ünitesinden ilgili birime transferi sağlanır. Yoğun bakıma transferi karar verilen hastalar uyanma ünitesine alınmadan direkt transferi yapılabilir.

6.2.8.4. Ameliyat olan hastaların ameliyat raporları, hasta uyanma odasından ayrılmadan önce yazılır. Ancak acil bir operasyon durumunda rapor acil ameliyatın bitiminde yazılabilir.

6.2.9. Cerrahi/invaziv işlem yapılan Hastalarının Post-Operatif Dönemde Değerlendirilmesi:

6.2.9.1. Hasta gününbirlik ya da yatan hasta katına alınır alınmaz hemşire tarafından damar yolunun açıklığı, uygulanan sıvı, dren, mesane v.b. kontrolleri yapılır.

6.2.9.2. İnvaziv işlem/ operasyon olmuş tüm hastalar, “Yaşam Bulgularının Alınması Talimatı” na uygun olarak;

- İlk bir saat 15 dakikada bir,
- Sonraki 2 saat 30 dakikada bir,
- Sonrasında ise 4 saat saat başı olarak ölçülür ve kaydedilir. Laringospazm, hipoksemi ya



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

da sedasyon nedeniyle hipoventilasyon ve solunum obstrüksiyonlarının belirtileri; aritmi, hipotansiyon gibi kardiyovasküler komplikasyonların belirtileri konusunda dikkatli olunur. Böyle herhangi bir anormal bulgu varsa vital bulgular yakın takibi (15 dakikada bir) devam eder. Bu komplikasyonlar anestezi ajanlarından ya da cerrahi işlemde kaynaklanmış olabilir. Bir komplikasyon varsa hekime haber verilir.

- Ameliyat / işlem sonrası her hastanın Anestezi Ayılma (Derlenme) Ünitesi'nde, sedasyon düzeyi (LOC) diğer hayati bulgularla beraber, sonucu üst üste iki defa "1" olana dek değerlendirilerek kaydedilir.
- Takip sırasında anormal bir bulgu ile karşılaşırsa anında ikinci bir ölçüm yapılarak sonuç teyit edilir.
- Anormal bir bulgu saptanması durumunda doktora haber verilir ve durum stabil olana kadar hasta yakın takibe alınır, 15 dakikada bir normal olmayan hayati bulgu, saatte bir tüm hayati bulgular yeniden ölçülür.
- Tüm bulgular ölçüldüğü anda kaydedilir. Bu kayıtlar arasında hekime bildirilen anormal bulgular için hangi hekime ve ne zaman bilgi verildiği de yer alır.

6.2.10. Konsültasyon İstenen Hastaların Değerlendirilmesi:

Yatan hastaların diğer bölümlerden istenen konsültasyonlar da "Konsültasyon Talimatı" na uygun olarak aşağıdaki gibi yapılır.

6.2.10.1. Yatan Hastalar İçin Konsültasyon Uygulaması

- Yatarak tedavi edilen ve izlenen hastalar için konsültasyon istenmesi gerekli olduğunda, hastanın hekimi hasta ve/veya yakınlarını bilgilendirir ve konsültasyon için sözlü onay alır.
- Yatarak tedavi edilen ve izlenen hastalar için gerekli duyulan konsültasyon istemleri sözlü olarak yapılmaz.
- Konsültasyon isteyen hekim hastane içi otomasyon sistemi (MEDİN) üzerinde konsültasyon bölümünden "Konsültasyon İstek Formu" ile istemini yapar ve hemşiresini de bilgilendirir. HBYSde, hastalığın kısa öyküsü ve danışılan konu kısmı konsültasyon isteyen hekim ad-soyad, tarih, saat ve imza kısmı doldurulmalıdır.
- Hastanın hekimi konsültanın önerilerini değerlendirerek uygulama kararını verir. Konsültan önerilerini kısmen veya tamamen uygulamak veya uygulamamak sorumluluğu konsültasyonu isteyen hekimindir.
- Yoğun bakımlarda konsültasyonlara cevap süresi 1 saat, acil servislerde 30 dakika ve yatan hasta katlarında 12 saattir.

6.2.10.2. Acil Servise Başvuran Hastalar İçin Konsültasyon Uygulaması

- Acil serviste konsültasyon istemi, hastanın yatarak tedavi almasının gerekli olması, acil servis hekimi ya da hastanın bir branş uzmanının görüşüne ya da ikinci bir görüşe gerek duyması gibi nedenlerle gerekli olabilir.
- Acil servise başvuran tüm 16 yaş ve üzerindeki hastalar acil servis hekimi tarafından değerlendirilir.
- Travmalar hariç 16 yaşından küçük hastalarda çocuk doktoru aranıp çocuğun durumuna göre doktor acil serviste gelip çocuğu görür ya da hasta çocuk poliklinik katına yönlendirilir.
- Acil servis koşullarına göre öncelikli olarak acil servis hekimi ilgili hekime ulaşarak konsültasyon istemi, nedeni, aciliyet durumu belirtilir. Acil servis hekimi müsait olmadığı durumlarda diğer acil servis çalışanları tarafından konsültasyon istenebilir.
- Acil servisten istenen konsültasyonlar hastanın aciliyetine göre konsültan hekim tarafından



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

en geç 30 dakika içinde değerlendirilir.

6.2.10.3. Ayaktan Hastalar İçin Konsültasyon Uygulaması

- Ayaktan hastalar için yapılan konsültasyon istemleri, doğrudan hastane içi otomasyon sistemi üzerinden yapılır.
- Hastanın hekimi, hastasını konsültasyon randevusu için yönlendirirken sonucu değerlendirmek üzere kontrol randevusu verir veya hastasından kontrol randevusu almasını ister.

6.3. Özel Durum Gösteren Hastalar:

Özel hasta gruplarının bakımı için bireyselleştirilmiş ön değerlendirme sağlanır. Özel hasta grupları ve özel durumlar aşağıda tanımlanmıştır ve bu hastalar durumlarına uygun özellikleri göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Tüm özel durum gösteren hastalar duygusal ve psikolojik yönden değerlendirilir ve hekimler tarafından "Hasta İzlem Notları"na hemşire tarafından ise "Hemşire Gözlem ve Değerlendirme Formu"na kaydedilir.

6.3.1. Yeni doğan ve 6 yaşın altındaki çocukların ön ve yeniden değerlendirilmeleri, kaçırılma ve kaçırma durumlarının önlenmesi için, anne-bebek kimlik bilgileri, anne-bebek ve ziyaretçi gözlem başlıklarına dikkat edilerek yapılmalı ve kaydedilmelidir. "Bebek Çocuk Güvenliği Ebeveyn Bilgilendirme Formu" kullanılarak ebeveynler bilgilendirilmelidir.

6.3.2. Kısıtlama altında olan hastaların değerlendirilmesi ve bakımı "Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımı Prosedürü" ne göre aşağıdaki gibi yapılır.

- Acil durumlar dışında kısıtlama uygulanmadan önce doktorun yazılı istemi alınır. Hekim kısıtlama istemini, elektronik order sisteminde bakım kısmına kısıtlama tipini, istem tarihini ve saatini belirtir, kısıtlama kararının (devamı ya da sonlandırılması) yeniden değerlendirilmesi gereken zamanı da order eder. (Örn; Hastaya 2 saatlik kısıtlama uygulaması order edilmişse, hekim 2 saat sonra tekrar hastayı kısıtlama yönünden değerlendirerek devamı ya da sonlandırılmasını istem yaparak belirtir). Acil durumlarda ise sözel direktif alınarak kısıtlama uygulanır.
- Hemşire hasta kimlik bilgilerini, kısıtlama tarihini, kısıtlama başlama saatini, kısıtlama tipini, hastanın durumunu, hekim belirtmiş ise alternatif girişimleri "Kısıtlama Takip Formu"na kayıt eder ve kısıtlamayı başlatır.
- Hastanın her 2 saatte bir kısıtlamaları kaldırılır, hastaya aktif ya da pasif egzersizler yapılması için yardım edilir. Kısıtlama alanlarına dolaşımı sağlamak için nazikçe masaj yapılır.

6.3.3. Ağrısı olan hastaların ağrı değerlendirmesi hastanenin tüm bölümlerinde "Ağrı Yönetimi Prosedürü"ne uygun olarak;

- Ayaktan/Yatan hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk klinik değerlendirmesinde, uygun ağrı skalaları kullanılarak değerlendirilir.
- Hekim; poliklinikte hastane otomasyon sistemi üzerinden hastaların ilk değerlendirmelerinde ağrı değerlendirmesi yapar. Hastanın ağrısı yok ise form ya da sistemden "ağrı yok" bölümünü işaretler. Ağrısı varsa "ağrı var" bölümünü işaretler, sistemden üzerinden yaptı ise ağrı skalaları ekrana gelir, form ile değerlendirdi ise ağrı olması durumunda "Ağrı Tanımlama ve Takip Formu" kullanır. Hekim hastaya uygun ağrı skalası ile hastanın ağrı şiddetini belirler. Yapılan değerlendirme sonucu tanımlı kriterlere göre hastanın yeniden değerlendirme süreci belirlenir.
- Hemşire, yatan hasta katlarında hastanın ilk ağrı değerlendirmesini Hasta Değerlendirme Formlarında bulunan ağrı skalaları kullanılarak yapar. İlk değerlendirme sırasında hastanın



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

ağrısının olduğu tespit edildiği takdirde Ağrı Tanılama ve Takip Formu' na geçilir. Yapılan değerlendirme sonucu tanımlı kriterlere göre hastanın yeniden değerlendirme süreci belirlenir.

- Hastaların ağrısı değerlendirilirken bütüncül yaklaşımda bulunulur, hastalığa odaklanılmaz.
- 6.3.4.** Terminal dönemdeki hastaların değerlendirmesinde, hasta ve ailesinin istek ve beklentileri “Yaşam Sonu Bakım Prosedürü” ne uygun sürekli yapılarak, primer hastalığı ya da sekonder belirtileri doğrultusunda uygun bakım planı hazırlanır. Sürekli değerlendirme, hastanın ve hasta yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda “Yaşam Sonu Dönem Hasta ve Hasta Yakını Yaklaşım ve Değerlendirme Formu” ile yapılır.
- 6.3.5.** Hastalar, tanımlanan kriterleri açısından hemşiresi tarafından değerlendirilerek, özel beslenmeye ihtiyaç duyulan hastalar için diyetisyen, özel bir fizyoterapi / solunum terapisi ihtiyaçları açısından da, fizik tedavi uzmanı/fizyoterapist/ solunum terapisti tarafından konsülte edilerek değerlendirmesi sağlanır.
- 6.3.6.** Şiddet ve tacize uğrayan hastalar, yasa gereği “Adli Vaka” olarak değerlendirilirler. Bu durumda Adli Vaka Prosedürü’ne göre hareket edilir ve bu hastalar hemen en yakın karakola, hastane Güvenlik Birimi tarafından bildirilir. Bu hastaların ön değerlendirmesi polis nezaretinde yapılır. Yaralanma ve şiddet belirtileri doktor raporu doğrultusunda polis tutanaklarına geçirilir. Bu hastaların ön değerlendirmesinde özellikle psikolojik durumları göz önünde bulundurularak profesyonel psikolojik ön değerlendirmenin yapılması ve devamı sağlanır.
- 6.3.6.1.** Çocuğa yönelik suistimal ve istismardan şüpheleniliyorsa ön değerlendirme “Çocuk Suistimali ve İstismarı Prosedürü”ne uygun değerlendirilir;
- Hekim, çocuğa yönelik suistimal ve istismardan şüpheleniliyorsa çocuğun fiziksel muayenesini yapmak için ilk olarak hastaneye getiren kişilerden uzaklaştırılması, sessiz ve özel bir bölüme alınması sağlanır. Muayene edilirken odaya giriş engellenir, çocuğun kendisini güvende hissetmesi için gerekli ortam hazırlanır. Çocuğa sorulacak sorular çocuğu yönlendirici nitelikte olmamalıdır. (Örneğin çocuğa “neden buradasın” sorusu yerine “seni kim incitti” diye sormak gibi) Tüm bilgiler çocuğun kendi sözleriyle ve dikkatle ayrıntılı olarak kayıt altına alınır.
 - Anamnez ve Fiziki Bulgular, fiziksel istismar şüphesi olan vakalarda olayın kaza veya istismar olup olmadığı konusunda bilgi verir.
- 6.3.6.2.** Erişkin hastalarda ön değerlendirme “Erişkin Suistimali ve İstismarı Prosedürü” ne uygun değerlendirilir;
- Hekim erişkine yönelik istismardan şüpheleniliyorsa ilk olarak hastaneye getiren kişilerden uzaklaştırılması, sessiz ve özel bir bölüme alınması sağlanır. Muayene edilirken odaya giriş engellenir, bireyin kendisini güvende hissetmesi için gerekli ortam hazırlanır. Bireye sorulacak sorular yönlendirici nitelikte olmamalıdır.
- 6.3.7.** Alkol ve madde bağımlısı olduğu tespit edilen hastalar, Özel Hastaneler Tüzüğüne uygun olarak hastanelerimizde tedavi edilemez. Genel durumu iyi olan alkol ya da madde bağımlısı hastalar uygun sağlık kuruluşlarına transfer edilirler. Genel durumu kötü hastalarda ise gerekli tedavi ve bakım sonrası ilgili sağlık kuruluşlarına transferi gerçekleştirilir.
- 6.3.8.** Çocukluk döneminde ya da adölesan dönemde hastaneye başvuran hastalara erişkin hastalardan farklı olarak dönemlerine özgü özellikler taşıdıklarından dolayı “Çocukluk ve Adölesan Çağı Hasta Bakım Prosedürü” ne uygun hakları gözetilerek bir yaklaşım sergilenir.
- 6.3.8.1.** İlk değerlendirme hekim ve hemşire tarafından tıbbi hikayesinin alınması ve fiziksel



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

muayenesinin yapılmasını kapsayacak şekilde, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörler de göz önüne alınarak yapılır.

6.3.8.2. Acil servise gelen çocuk / adolesan hastaların ilk ve yeniden değerlendirmeleri “Triyaj Uygulama Talimatı” na göre yapılır. Hekim tarafından hastane içi otomasyon sistemine (MEDİN), hemşire tarafından “**Acil Servis Yenidoğan Çocuk Hasta Hemşire Değerlendirme ve Takip Formu**” na kayıt edilir. Yapılan ilk değerlendirme sonucunda; belirlenen tetkik ve tedavi planı “**Ayaktan Hasta İstem ve Uygulama Formu**” na kaydedilir.

6.3.8.3. Yatan Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi

- Yatan çocuk hastalar hastanede kalış süreleri boyunca sürekli olarak değerlendirilirler.
- Hastanın hastanede yatışı boyunca taburculuk planlaması ilk ve yeniden değerlendirme sürecine dahil edilir.
- Yatan tüm çocuk hastaların ilk değerlendirmeleri hemşire tarafından 4 saat içinde yapılır ve “Yatan Çocuk Hasta Değerlendirme Formu”na kaydedilir. Yeniden değerlendirmeleri ise hastanın durumunda belirgin bir değişim olmadığı ve aksi belirtilmediği takdirde 4 saatte bir yapılır ve hemşire takip formuna kaydedilir.
- Yatan çocuk hastaların ilk değerlendirmeleri hekim tarafından ilk 12 saat içinde yapılır ve hastane içi otomasyon sistemine (MEDİN) kaydedilir. Yapılan ilk değerlendirme sonucunda; belirlenen tetkik ve tedavi planı elektronik ordera kaydedilir. Yeniden değerlendirmeleri ise hasta yattığı sürece en az 24 saatte bir yapılır ve hastane içi otomasyon sistemine kaydedilir.
- Hastalar taburcu olmadan önce hekim tarafından son değerlendirmeleri yapılır ve son muayene bulguları hastane içi otomasyon sistemine kaydedilir.

6.3.9. Vücudun bir kısmı ya da tamamı tutmayan felçli hastaların ön ve sonraki değerlendirmeleri hastanın öncelikli ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik, fonksiyonel ve ekonomik durumları ile beslenme riskleri ve taburculuk planı göz önüne alınarak doktor ve hemşire gerekli ise fizyoterapist ve diyetisyen tarafından değerlendirilir.

6.3.9.1. Beslenme riski değerlendirmesi “Beslenme (Nütrisyon) Riski Değerlendirme ve İzleme Talimatı” doğrultusunda yapılır, hasta ve ailesine beslenme eğitimi verir ve “Hasta ve Ailesi Eğitim Formu”na kayıt eder.

6.3.9.2. Hemşire tarafından hemşirelik değerlendirme formlarında fonksiyonel skala ile ya da hekim anamnez ve fizik muayenesi sonrası değerlendirilip tedavi ve rehabilitasyona ihtiyacı olan hastalar fizik tedavi hekimi tarafından muayene edilerek tedavi planı çıkarılır. Fizyoterapist tedavisini uygular ve taburculuk sonrası yapılması gereken hareketleri varsa eğitimini vererek “Hasta ve Ailesi Eğitim Formu”na kayıt eder.

6.3.10. Hastalığı ya da tedavi sonrasında lökositleri azalmış ve koruma izolasyonuna alınan hastaların değerlendirilmeleri “Yüksek Riskli Ve İncinebilir Hastaların Değerlendirilmesi Ve Bakımı Prosedürü” ne göre yapılır. Hastanın öncelikli ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik, ağrı ve beslenme durumları ile taburculuk planı göz önüne alınarak doktor, hemşire ve diyetisyen, fizyoterapist tarafından yapılır.

6.3.11. Geriatri hastaları “Yatan Erişkin Hasta Değerlendirme Formu (17 yas ve üstü)” na ek olarak “Geriatrik Hasta Ek Değerlendirme Formu (65 Yas ve Üzeri)” ile değerlendirilirler. Ayrıca 65 yaş üstü hastalara randevu alırken ve sıra beklerken öncelik tanınır.

6.3.12. Doğum/ gebelik sonlandırması yaşayan hastalar hemşire ile hekim tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sürecin Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”ve “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” dikkate alınır. Hemşire tarafından Hastanın ilk değerlendirmesi “Yatan Erişkin Hasta Değerlendirme Formu (17 yas



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

ve üstü) ile yapılır. Bu forma ek olarak “Doğum Öncesi Ek Değerlendirme Formu” doldurularak doğum bilgileri detaylandırılır. Hekim tarafından HBYS üzerinden Anamnez ve Fizik Muayene doldurularak değerlendirme yapılır. Hastanın ağrı değerlendirmesi “Yatan Erişkin Hasta Değerlendirme Formu (17 yas ve üstü)” üzerindeki Ağrı Skalasına göre yapılır. Doğum hastası için “Güvenli Doğum Kontrol Formu” doldurur ve süreci biten hasta “Doğum Hastası Takip Formu-Partograf” ile izlenir. Gebelik sonlandırması sürecinde hastalar “Doğum Öncesi Ek Değerlendirme Formu” ve “Günübirlik Hasta Değerlendirme ve Takip Formu” ile değerlendirilir ve takip edilir.

6.3.13. İlk değerlendirmede düşme riski puanı yüksek olan hastanın hemşire tarafından **“Düşmelerin Önlenmesi ve Yönetimi Prosedürü”** ne göre değerlendirilmesi yapılır. Hasta için Hemşirelik Süreci Hasta Bakım Planı’nda düşme riski için planlama yapılır. Gereken durumlarda düşmeleri önlemek için hasta kısıtlamaları hekim direktifi ile yapılır. 0-3 aylık bebekler dışında her yaş grubunda düşme riski değerlendirilmesi yapılır. 3 ayın altında olan bebekler ise düşmez; düşürülür. Bu nedenle düşme riski değerlendirilmesi yapılmaz. Bakım süresi boyunca hasta ve ailesi bakım ve tedavinin sonuçları hakkında hekim / hemşire ve diğer sağlık personeli tarafından bilgilendirilir ve eğitilir. Yapılan Eğitimler “Hasta ve Ailesi Eğitim Formu” na kaydedilir. Hastanın tedavisinde beklenmeyen sonuçlar ile ilgili açıklamalar hastanın hekimi tarafından tüm ekibin değerlendirme sonuçları incelendikten sonra hasta veya yasal temsilcisine beklenen veya beklenmeyen sonuçlar açıklanır.

6.3.14. İmmünsüpresif hastalar; **“Nötropenik ve İmmünsüpresif Hastada Enfeksiyon Önleme Talimatı”** na göre değerlendirilir.

6.3.15. Enfekte veya bulaşıcılığı olan hastalarda ilk değerlendirme yapıldıktan sonra enfeksiyon hekimi konsültasyonu istenir, hasta enfeksiyon hemşiresi tarafından “Hastane Enfeksiyonu Takip Formu” ile değerlendirilerek takip edilir.

6.3.16. Duygusal veya psikiyatrik bozuklukları olan hastalara; “Psikomotor Aktivite Talimatı” na göre bakım planlanır.

6.3.17. Kemoterapi veya radyoterapi almış hastalar; “Medikal Onkoloji Kemoterapi İşleyiş Prosedürü”ne göre değerlendirilir.

6.3.18. Diş kliniklerine başvuran hastaların değerlendirmesi **“Diş Ünitesi İşleyiş Prosedürü”** doğrultusunda gerçekleşir.

6.4. Kalite İyileştirme Ve Geliştirme Faaliyetlerinin Planlanması

6.4.1. Alanda yapılan “Açık Hasta Dosya Taraması” ve arşive gönderilen taburcu hastalarının dosyalarını incelemek üzere yapılan “Kapalı Hasta Dosya Taraması”nda tespit edilen eksik değerlendirme kayıtları “Değerlendirme ve Bakım Komitesi” nde görüşülür. Gerekli ise komite kararı ile ilgili birimden iyileştirme çalışması (PUKÖ) planlaması istenir.

6.4.2. Uygun olmayan hizmet/ürün tanımlandığı durumda **“Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü”** ne uygun aşağıdaki basamaklar izlenir;

- Tüm çalışanlar uygunsuzluk tespitinde bulunabilirler. Ancak birim yöneticileri, kendi birimleri ile ilgili uygunsuzlukların tespitinden birinci derecede sorumludurlar.
- Verilen hizmetin tüm aşamalarında, sınırlı olmamakla birlikte aşağıda belirtilen durumlarda uygunsuzluk tespiti yapılabilir.
 - İç ve dış denetimler,
 - Hasta şikâyetleri,
 - Uygun olmayan ürün tespiti (cihazlarla ilgili izleme ve ölçüm sonuçları gibi)
 - Kalite kontrol sonuçları
 - Cihaz kalibrasyon sonuçları,
 - Biyomedikal/Bilgi Sistemleri arıza bildirimleri



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

- Satın alma sonrası yapılan ürün kontrol sonuçları,
- Tedarikçi değerlendirmeleri,
- Personel gözlem ve değerlendirmeleri,
- Süreç ve veri analizleri,
- Yönetimin gözden geçirmesi toplantıları
- Ayrıca, iç denetimler ve dış denetimler, müşteri şikâyetleri ile de uygunsuzluk tespiti gerçekleşir.
- Dış denetimler haricinde tespit edilen uygunsuzluklar tespit eden tarafından sistemden Düzeltici/ Önleyici Faaliyet İsteği yapılarak ilgili bölümlerden uygunsuzluğun giderilmesi istenir.
- Dış denetimlerde tespit edilen uygunsuzluklar Kalite Konseyi'nde değerlendirilir ve aksiyon planı yapılır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1. Anamnez ve Fizik Muayene Formu
- 7.2. Anamnez ve Fizik Muayene Formu-Dış
- 7.3. Anamnez ve Fizik Muayene Formu-Çocuk
- 7.4. Hekim İzlem Notları
- 7.5. Yatan Erişkin Hasta Değerlendirme Formu (17 yaş ve üstü)
- 7.6. Yatan Pediatrik Hasta Değerlendirme Formu (31 gün ile 16 yaş)
- 7.7. Yenidoğan Hasta Değerlendirme Formu (0-30 gün)
- 7.8. Girişimsel Kardiyoloji Hasta Değerlendirme Formu
- 7.9. Endoskopi Hastası Hemşire Değerlendirme ve Takip Formu
- 7.10. Medikal Onkoloji (kemoterapi) Hastası Hemşire Değerlendirme ve Takip Formu
- 7.11. Doğumhane Müdahale Hastası Hemşire Değerlendirme Ve Takip Formu
- 7.12. Yaşam Bulguların Alınması Talimatı
- 7.13. 24 Saatlik Hasta Takip, Tedavi Bakım Kayıt Formu
- 7.14. Adli Vaka Prosedürü
- 7.15. Epikriz Formu
- 7.16. Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu
- 7.17. Acil Servis Triaj Uygulama Talimatı
- 7.18. Triaj Puan Skalası
- 7.19. Acil Servis Erişkin Hasta Hemşire Değerlendirme Ve Takip Formu
- 7.20. Acil Servis Yenidoğan Ve Çocuk Hasta Hemşire Değerlendirme Ve Takip Formu
- 7.21. Koroner Yoğun Bakım Hasta İzlem Formu
- 7.22. Genel Yoğun Bakım Hasta Takip Formu
- 7.23. Yeni Doğan Yoğun Bakım Hasta Takip Formu
- 7.24. KDC Yoğun Bakım Takip Formu
- 7.25. Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu
- 7.26. Ameliyathane Dışı Anestezi ve Sedasyon Uygulamaları Prosedürü
- 7.27. Anestezi Hasta Değerlendirme Formu
- 7.28. Koroner Anjiyografi/Anjioplasti İşlem Raporu
- 7.29. Periferik Anjiyo İşlem Raporu
- 7.30. Anestezi Ayılma Formu
- 7.31. Konsültasyon Talimatı
- 7.32. Konsültasyon Formu
- 7.33. Kalite İndikatörleri Takip Prosedürü



HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_14	02.01.2023	-	-	17

7.34. Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü

7.35. Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü

7.36. Kritik Hasta Tanımlama Dokümanı-Erken Uyarı Sistemi

7.37. Geriatrik Hasta Ek Değerlendirme Formu (65 Yas ve Üzeri)

7.38. Doğum Öncesi Ek Değerlendirme Formu

7.39. Beslenme (Nütrisyon) Riski Değerlendirme ve İzleme Talimatı