



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Eczane Sorumlusu	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

1. AMAÇ

Hastanemize ayaktan, yatan veya taburcu olan hastalar için güvenli ilaç kullanımını sağlamak amacıyla; ilaç yönetimine yönelik, hastaların beraberinde getirdiği ilaçların yönetiminin, hastanın yatış sürecinde kullanmaya devam edeceği ilaçların yönetiminin, hastanın taburcu olduktan sonraki süreçte kullanacağı ilaçların yönetiminin, ayaktan tedavi gören ve taburcu olan hastalara reçeteye yazılan ilaçların yönetiminin, kontrole tabi (yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar) ilaçların yönetiminin, ilaç güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirlerin, ilaç güvenliği ile ilgili hataların gerçekleşmesi durumunda yapılacakların, ilaçla ilgili istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacakların standardizasyonunun sağlanmasıdır.

2. KAPSAM

Tüm hastane personelini ve yatan hastaları kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4. TANIMLAR

4.1.1. İlaç Eczacılık Komitesi: İlaç kullanımı akılcı hale getiren ilaç yönetiminden sorumlu komite.

4.1.2. Akılcı İlaç Kullanımı (Rasyonel Farmakoterapi): Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun, bireysel özelliklerini karşılar dozda, gerekli zaman süresince kendileri ve içindeki yaşadıkları toplumun ödeyebileceği maliyette ilaç kullanımıdır.

4.1.3. İlaç Yönetim Sistemi: Güvenli, efektif, uygun ve etkili ilaç kullanımı için 8+3 doğrunun sağlanmasıdır.

4.1.4. HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

8 Doğru İlkesi

- Doğru Hasta
- Doğru İlaç
- Doğru Doz
- Doğru Zaman
- Doğru Yol
- Doğru İlaç Form
- Doğru Kayıt
- Doğru Yanıt

3 Kontrol İlkesi

İlaç şişesini raftan alırken
İlaç şişesini rafa koyarken
İlacı kadehe koyarken

5. SORUMLULAR

Eczane koordinatörü

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. ORGANİZASYON VE YÖNETİM

6.1.1. Hastanemizde ilaç yönetim sistemi; yatan, ayakta hastanenin tüm alanlarını kapsamaktadır.

6.1.2. Eczane tüm hastanedeki ilaçları organize ve kontrol edebilir.

6.1.3. İlaç süreçlerini yöneten tüm birimler, hizmetler ve bireyler kurumsal yapıya dahil edilmiştir.

6.1.4. İlaç yönetim sisteminin uygulanmasından “İlaç Eczacılık Komitesi” sorumludur.

6.1.5. İlaçların yönetimi sadece eczane hizmetlerinin değil, aynı zamanda yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.

6.1.6. “İlaçların Organizasyonu ve Yönetimi Talimatı” na göre hareket edilir.

6.1.7. ECZANE ÇALIŞMA DÜZENİ

6.1.7.1. Hastanemiz eczanesinin çalışma saatleri hastane ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir.

6.1.7.2. Eczane 7 gün 24 saat açıktır.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

- 6.1.7.3.** Eczane çalışanları gündüz mesaisi ve gece mesaisi olarak dönüşümlü çalışırlar. Çalışanların mesai kontrolleri Eczane Sorumlusu tarafından yapılır.
- 6.1.7.4.** İlaçların çalınma ve kaybolma riskine karşı önlemleri alınmıştır.
- 6.1.7.5.** Eczane hizmetleri Eczane Sorumlusunun doğrudan gözetimi altındadır.
- 6.1.7.6.** Eczane hizmetleri ve ilaç kullanımı yürürlükteki yasa ve yönetmeliklere uygundur.
- 6.1.7.7.** Çalışanların güvenliği için kişisel koruyucu ekipman belirlenmiştir. Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanında ulaşılabilir niteliktedir.
- 6.1.7.8.** “İlaçların Organizasyonu ve Yönetimi Talimatı”na göre hareket edilir.
- 6.1.8. İLAÇ ECZACILIK KOMİTESİ**
- 6.1.8.1.** İlaç Eczacılık Komitesi üyeleri, ilaç yönetim süreçlerinde görev alan çalışanlar arasından belirlenmiştir.
- 6.1.8.2.** İlaçların Organizasyonu ve Yönetimi Talimatı”na göre hareket edilir.
- 6.1.9. İLAÇ YÖNETİM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**
- 6.1.9.1.** Temel İlaç Listesi, İlaç Eczacılık Komitesi tarafından yılda 1 defa aşağıdaki kriterler esas alınarak gözden geçirilir:
- 6.1.9.2.** “İlaçların Organizasyonu ve Yönetimi Talimatı” na göre hareket edilir.
- 6.1.10. İLAÇ BİLGİ KAYNAKLARINA ULAŞIM**
- 6.1.10.1.** İlaç kullanımına iştirak eden kişiler, uygun ilaç bilgi kaynaklarına kolaylıkla erişebilmektedirler.
- 6.1.10.2.** Eczanede güncel ilaç bilgi kaynakları bulunur. Bunlar elektronik ortamda kullanılan ve sürekli güncellenen RxMediaPharma İnteraktif İlaç Bilgi Kaynağı dır.
- 6.1.10.3.** Eczanenin mesai saatlerinde eczacı ve eczane teknisyenleri, hastane çalışanlarının ilaçlarla ilgili sorularına en kısa zamanda cevap vermek için kaynakları kullanır.
- 6.1.10.4.** İlaçların bulunmasına kolaylık sağlaması amacıyla eczanede alfabetik/farmakolojik olarak düzenlenmiş yerleşim planı bulunur.
- 6.1.10.5.** “İlaçların Organizasyonu ve Yönetimi Talimatı” na göre hareket edilir.
- 6.1.11. İLAÇ DEPOLAMA ALANLARINA YÖNELİK GÖZETİM MEKANİZMASI**
- 6.1.11.1.** Hastanemizde “İlaç Eczacılık Komitesi” tarafından oluşturulan “Temel İlaç Listesi”nde tanımlanmış ilaçlar bulundurulur.
- 6.1.12.** İlaç depolama alanlarına yönelik denetim “İlaç Yönetim Planı” dahilinde “İlaç Yönetim Kontrol Formu” ile ortaklaşa bir süreç içerisinde gerçekleştirilir.
- 6.2. İLAÇ YÖNETİMİNE YÖNELİK DÜZENLEMELER:**
- 6.2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIMININ SAĞLANMASINA YÖNELİK DÜZENLEMELER**
- 6.2.1.1.** Hastanemizde Akılcı İlaç Kullanımına yönelik politikaların belirlenmesi ve bunların uygulanması için “Akılcı İlaç Kullanımından Sorumlu Ekip” oluşturulmuştur.
- 6.2.1.2.** “Akılcı İlaç Kullanım Politikamız” belirlenmiştir ve tüm birimlerde gözönünde bulundurulur.
- 6.2.1.3.** Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili faaliyetler planlanmakta ve uygulanmaktadır.
- 6.2.1.4.** Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hastalarda farkındalık oluşturulmasına yönelik düzenlemeler bulunur.
- 6.2.1.5.** Hastalar ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilir.
- 6.2.1.6.** Hastaların sıklıkla kullandığı alanlarda akılcı ilaç kullanımına yönelik broşür, poster, video görüntüleri yer alır.
- 6.2.1.7.** Yatan hasta eğitimlerinde akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgilendirme yapılır.
- 6.2.1.8.** “Akılcı İlaç Kullanım Talimatı”na göre hareket edilir.
- 6.2.1.9.** Akılcı ilaç kullanımı doğrultusunda antibiyotiklere direnç gelişimini önlemek, gereksiz ve yanlış tüketime engel olmak amacı ile hastalara “Cerrahi Birimlerde Antibiyotik Profilaksi Rehberi” doğrultusunda kontrollü antibiyotik kullanılması sağlanır.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.2.1.10. Hastane genelinde kısıtlı antibiyotik uygulamasında “**Antibiyotik Kontrolü Talimatı**” na uygun hareket edilir. Hastaların ihtiyacı olan antibiyotikler, “**Enfeksiyon Kontrol Kurulu**” nun saptadığı etken maddeler doğrultusunda olup stok seviyeleri sık sık kontrol edilir ve minimum değerlere düşenlerin derhal temini yapılır.

6.3. İLACIN DAHİL OLDUĞU TÜM SÜREÇLER VE BU SÜREÇLERE YÖNELİK DÜZENLEMELER İLAÇ YÖNETİM SÜRECİ;

1. İlaçların Organizasyonu ve Yönetimi
2. İlaçların Seçimi ve Temini
3. İlaçların Depolanması ve Muhafazası
4. İlaçların İstem Yapılması ve Yazıya Dökülmesi
5. İlaçların Hazırlanması ve Dağıtımı
6. İlaçların Transferi
7. İlaç Uygulamaları
8. Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü
9. İlaç-İlaç, İlaç-Besin Etkileşimlerinin Kontrolü
10. Parantral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü
11. İlaç uygulanması sonrasında ilaçla ilgili istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacaklar
12. Advers Etki Bildirimleri
13. İlaç Yönetim süreçlerinin izlenebilirliği
14. Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenlemeler
15. Kontrole Tabi İlaçlara yönelik düzenlemeler
16. İlaçların İadesi
17. İlaç atıklarının ve miadı geçmiş ilaçların imhası ve ilaç geri çekmeye yönelik düzenlemeler
18. Hastanın taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçların yönetimi
19. Ayaktan tedavi gören ve taburcu olan hastalara reçeteye yazılan ilaçların yönetimi
20. Eczanenin Gece mesaisinde İlaç Teminine yönelik düzenlemeler

6.4. İLAÇLARIN SEÇİMİ VE TEMİNİ:

6.4.1. İLAÇLARIN SEÇİMİ

6.4.1.1. Hastanemiz stoklarında bulundurulanan tüm ilaçlar “**Temel İlaç Listesi**”nde mevcuttur.

6.4.1.2. “**Temel İlaç Listesi**”nin belirlenmesinde; ilaç markaları, bilimsel araştırma ve yayınlar, etkinlik, riskler, eşdeğerlilik belgeleri, maliyet, piyasada bulunabilirlik, temin kolaylığı, sigorta şirketlerinin karşıladığı ilaçlar gibi kriterler dikkate alınarak Hastanemiz “**İlaç Eczacılık Komitesi**” tarafından karar verilir.

6.4.1.3. “**Temel İlaç Listesi**”nin hazırlanma süreci hastanede ilaçları reçete eden ve yöneten herkesin temsili katılımıyla yürütülmektedir.

6.4.1.4. “**Temel İlaç Listesinin** idamesi ve takibi ve hastanedeki ilaç kullanımının izlenmesine yönelik “**İlaç Eczacılık Komitesi**” atanmıştır.

6.4.1.5. “**Temel İlaç Listesi**” ilaçların güvenilirlik ve etkinlik bilgileri açısından en az yılda bir defa ve gerektiğinde “**İlaç Eczacılık Komitesi**” tarafından değerlendirilir ve gerekli revizyonu sağlanır. Değişiklik

6.4.1.6. İler sağlık çalışanlarına duyurulur.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.4.1.7. Temel İlaç Listesi dışı ilaç taleplerinde, hekim tarafından **“Hekim Yeni İlaç Talep Formu”** doldurularak Eczane Sorumlusuna iletilir.

6.4.1.8. “Temel İlaç Listesi”ne eklenecek ilaçlar, **“İlaç Eczacılık Komitesi”** tarafından **“Temel İlaç Listesi Kabul Kriterleri Formu”** ile değerlendirilerek alımına ya da alınmamasına karar verilir.

6.4.1.9. Hastaya order edilen ilaçlardan listeye yeni eklenmiş ilaçlar için, ilk kullanılan 10 hasta için **“Temel İlaç Listesine Yeni Eklenen İlaç Takip Formu”** ilaç ile birlikte gönderilir, Eczacı, hekim ve hemşire tarafından ilaç etkileri gözlemlenir. Form değerlendirildikten sonra eczaneye geri gönderilir.

6.4.1.10. **“İlaçların Seçimi ve Temini Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.4.2. İLAÇLARIN TEMİNİ

6.4.2.1. İlaçlar uygun tedarikçi firmalardan alınan teklifler değerlendirilerek Satınalma Birimi tarafından temin edilir Satınalma Prosedürü ne göre hareket edilir.

6.4.2.2. İlaç Kabul Kriterleri, fatura kontrol esaslarına göre kontrolleri yapılarak teslim alınır.

6.4.2.3. Fatura giriş sonrası KKTC Sağlık Bakanlığının belirlediği esaslar doğrultusunda fiyatları HBYS’e girilir.

6.4.2.4. Stokta tutulmayan veya rutinde kullanılmayan ilaçların temini Eczane Sorumlusu onayıyla Satınalma Bölümü tarafından ilaç temini sağlanır, ilacın geleceği saat talep edilen bölüme bildirilir ve hastaya özel olarak gönderilir. Bu ilaçlar temel ilaç listesi dışında olsa dahi hastaya olan gereksinimleri göz önüne alınarak temini yapılır.

6.4.2.5. Stokta tutulmayan veya rutinde kullanılmayan ilaçların gündüz mesaisi dışında temininde **“Eczanenin Gündüz Mesaisi Dışında İşleyiş Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.4.2.6. İlaçların temininde sıkıntı yaşanması durumunda, eczane, stoğu tükenen ilacı uygulayacak hekimlere gerekli bilgiyi yazılı ve / veya sözlü olarak verir. Stoğu tükenen ilaç yerine hastanın tedavisine devam edilebilmesi için farmasötik veya farmakolojik eşdeğer ilaçlar önerisi sunulur.

6.4.2.7. Hastane içinde kullanılan bütün ilaçlar sadece Eczane tarafından Satınalma Bolumune iletilmesi yoluyla Satınalma Bölümü tarafından temin edilir. Eczanenin bilgisi olmadan hekim/hemşire dışarıdan ilaç talebinde veya direk Satınalma Bölümüne ilaç talebinde bulunamaz, ilaç o an eczanede bulunmasa dahi talebinden Eczane bölümü, temininden Satınalma Bölümü sorumludur.

6.4.2.8. **“İlaçların Seçimi ve Temini Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.5. İLAÇLARIN DEPOLANMASI VE MUHAFAZASI:

6.5.1. İLAÇ DEPOLAMA ALANLARINA ERİŞİM

6.5.1.1. İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmıştır.

6.5.1.2. Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmaktadır.

6.5.1.3. KONTROLE TABİ İLAÇLARIN DEPOLANMASI

6.5.1.3.1. Kontrole Tabi İlaçlar; Kırmızı, Yeşil Reçete ile verilmesi gereken ilaçları kapsar.

6.5.1.3.2. Kontrole Tabi İlaçlar **“Kontrole Tabi İlaçlar Listesi”**nda yer alır.

6.5.1.3.3. Kontrole Tabi İlaçlar eczanede ve servislerde kilitli dolaplarda muhafaza edilir.

6.5.1.3.4. **Kontrole Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı**’na göre hareket edilir.

6.5.1.4. KONSANTRE ELEKTROLİTLERİN DEPOLANMASI

6.5.1.4.1. Konsantre elektrolitler klinik zorunluluk olmadığı sürece bakım ünitelerinde depolanmaz.

6.5.1.4.2. Konsantre elektrolitler; tıbbi gereklilik durumlarında, kardiyovasküler cerrahi ameliyat salonlarında ve **“İlaç Eczacılık Komitesi”** ile belirlenen alanlarda kilit altında saklanabilir.

6.5.1.4.3. Konsantre elektrolitlerin üzerine **“yüksek riskli ilaç”** ve **“seyreltmeden kullanmayınız”** uyarı etiketi yapıştırılır.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.5.1.4.4. Servis stoklarında depolanması halinde kaza sonucu uygulamayı önleyecek tedbirler alınır.

6.5.1.4.5. Konsantre elektrolitler “Yüksek Riskli İlaçlar Listesi”nde yer alır.

6.5.1.4.6. Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına göre hareket edilir.

6.6. İLAÇ DEPOLARINDA OLUŞABİLECEK RİSKLER VE KORUYUCU ÖNLEMLER:

6.6.1.1. Depoların koşullarına göre riskler tanımlanmış olup, risklere yönelik koruyucu önlemler belirlenmiştir.

6.7. İLAÇLARIN UYGUN SAKLAMA KOŞULLARINDA DEPOLANMASI

6.7.1.1. Tüm ilaçlar prospektüslerinde belirtilen saklama koşullarına uygun olarak ilaç yerleşim planları dahilinde yerleştirilir ve depolanır.

6.8. İLAÇLARIN YERLEŞTİRİLMESİ

6.8.1.1. İlaç yerleşim planları oluşturulurken malzemenin cinsine göre yerleştirme yapılmıştır.

6.8.1.2. Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamaktadır.

6.8.1.3. İstifleme tavandan en az 40 cm aşağıda olacak şekilde yapılmıştır.

6.8.1.4. İlaçların stok ve miat takibi HBYS üzerinden yapılmaktadır. “İlaçların Depolanması ve Muhafazası Talimatı”na göre hareket edilir.

6.8.1.5. İlaç miatları belirli periyotlarla “Sayım Talimatı”na yapılan sayımlarla manuel olarak kontrol edilmektedir.

6.9. İLAÇLARIN ETİKETLENMESİ

6.9.1. İlaçlar; içerik, son kullanma tarihi ve uyarı bilgilerini içerecek şekilde etiketlenir.

6.9.2. Etiketleme “İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”ne göre eczanede yapılır.

6.9.3. “İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”ne göre etiketleme yapıldıktan sonra “Eczane Yerleşim Planı” ve “Eczane Depo Yerleşim Planı”nda belirtilen “Eczane İlaç Yerleşim Planı” ve “Eczane Depo Yerleşim Planı”na göre yerleştirilir.

6.10. İLAÇ DEPOLAMA ALANLARININ DENETİMİ

6.10.1. İlaç depolama alanlarında ilaçların düzgün bir şekilde depolandıklarından emin olunabilmesi için düzenli aralıklarla denetlenir.

6.10.2. İlaç bulunan birimlerde her ay sonunda “Sayım Talimatı” gereğince “İlaç Stok ve Miat Kontrol Listesi” üzerinden sayımlar yapılır, sonuçlar raporlanır.

6.10.3. Servislerin ilaç stoklarının kontrolü belirli periyotlarla Eczacı tarafından yapılır.

6.10.4. Denetimler “İlaç Yönetim Kontrol Formu” ile “İlaç Yönetim Planı”na uygun olarak yapılır.

6.11. İLAÇLARIN STOK VE MİAT TAKİBİ

6.11.1.1. Eczanede ve servislerde bulunan ilaçların stok ve miat takibi HBYS üzerinden yapılır.

6.11.1.2. İlaçların minimum-kritik-maksimum stok seviyeleri belirlenmiştir.

6.11.1.3. Servislerde bulunan ilaçlar bölüm bazlı “İlaç Stok ve Miat Kontrol Listesi”nde yer alır.

6.11.1.4. “İlaç Stok ve Miat Kontrol Listesi” ilaçların minimum ve maximum stok seviyelerinide içerir.

6.11.1.5. Minimum ve maksimum stok seviyeleri HBYS de takip edilebilir.

6.11.1.6. Belirlenen seviyelere göre ekranda uyarıcı düzenleme mevcuttur. Sapma olması durumunda değerler tekrar düzenlenir.

6.11.1.7. Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik HBYS de uyarıcı bir düzenleme mevcuttur.

6.11.1.8. HBYS üzerinden miadı yaklaşan ürünlerin listesi alınarak takip edilir. Miadı yaklaşan ilaçlar “İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”ne göre etiketlenir ve diğer ilaçlardan önce tüketilmesi sağlanır.

6.11.1.9. Servislerde bulunan ve miadı yakın olan ilaçlar HBYS üzerinden “Stoklar Arası Malzeme Aktarım Tutanağı” ile eczaneye gönderilir ve HBYS üzerinden iade nedeni belirtilir. Yakın miadlı ilaç uzun miadlı ilaçlarla değiştirilir.

6.11.1.10. Miadı yakın ilacın daha hızlı tüketilebileceği bir servis varsa “Miadı Yaklaşan İlaç Takip Formu” doldurulur. İlgili servise bilgi verilir ve ilaçların kullanılması sağlanır.

6.11.1.11. Tüm servisler stoklarında mevcut olan ilaçları miadının dolmasına 3 ay kala eczaneye bildirmektedir.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.11.1.12. Miadı geçmiş olan ürünler HBYS üzerinden HBYS üzerinden alınan “**Kayıttan Düşme Teklif Ve Onay Tutanağı**” ile eczaneye gönderilir ve zayi nedeni belirtilir.

6.11.1.13. Bu ilaçlar bölümden zayi çıkışı olarak değerlendirilir. Miadı geçmiş veya ambalajı bozulmuş ürünler eğer üretici firma tarafından geri alınıyor ve yenisi ile değiştirilebiliyorsa firmaya iade edilir. İade edilemeyen ilaçlar imha için **Red Alanında** bekletilir.

6.11.1.14. İlaç miatları belirli periyotlarla yapılan sayımlarla manuel olarak kontrol edilmektedir.

6.11.2. ACİL MÜDAHALE SETLERİNDE BULUNAN İLAÇLARIN STOK VE MİAD TAKİBİ

6.11.2.1. Acil müdahale setleri; Acil arabaları, acil çantaları ve Ambulans içerisinde yer alır.

6.11.2.2. Acil müdahale arabalarında bulunan ilaç, malzeme ve cihazlar “**Acil Arabası Kontrol Formu**”nda, Ambulansta bulunan ilaç, cihaz ve malzemeler “**Ambulans Kontrol Formu**”nda yer alır.

6.11.2.3. İlaçların minimum--maksimum stok seviyeleri belirlenmiştir.

6.11.2.4. Acil arabası içerisinde bulunan ilaçlar 1.çekmecede ilaçlar 4.çekmece de serumlar yer alır.

6.11.2.5. “**Acil Arabası (Crash-card) 1.çekmece Yerleşim Planı**” na göre ilaçlar yerleştirilmiş ve ilaç gözlerine yüksek riskli ilaçlar “**kırmızı renkte**” diğer ilaçlar “**beyaz renkte**” olacak şekilde ilaç isim etiketleri yapıştırılmıştır.

6.11.2.6. Minimum ve -maksimum stok seviyeleri HBYS üzerinden takip edilebilir. Kullanılan ilaçların HBYS üzerinden hastaya çıkış işlemleri yapılır ve eczaneye haber verilir. Eczane tarafından stokları maximum seviyeye tamamlanır ve servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir.

6.11.2.7. Miadının dolmasına 3 ay kala olan ilaçlar **İlaçların İadesi Talimatına** göre eczaneye gönderilir ve uzun miadlılarıyla değiştirilir.

6.11.2.8. **Mavi Kod-1 Uygulama Talimatı ve Mavi-Kod-2 Uygulama Talimatı** göre hareket edilir.

6.11.2.9. Ameliyathanede bulunan Anestezi arabalarında bulunan ilaç ve malzemeler “**Anestezi Arabası Kontrol Formu**” nda yer alır.

6.12. İLAÇLARIN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

6.12.1. Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmıştır.

6.12.2. Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmıştır.

6.12.3. İlaçlar hastane genelinde riskler tanımlanarak ve risklere yönelik koruyucu önlemler alınarak güvenliği sağlanmıştır.

6.13. ÖZEL MUAMELE GEREKTİREN İLAÇLARIN VE NUTRİSYON ÜRÜNLERİNİN MUHAFAZASI

6.13.1. Özel muamele gerektiren ilaçlar; nutrisyon ürünleri, numune ilaçlar, majistral ilaçlar ve hastanın dışarıdan getirdiği ilaçlar olarak düzenlenmiştir.

6.13.2. Özel muamele gerektiren ilaçların nasıl muhafaza ve kontrol edileceğine dair süreç oluşturulmuş ve uygulanmaktadır.

6.14. İLAÇLARIN İSTEM YAPILMASI VE YAZIYA DÖKÜLMESİ

6.15. İLAÇ İSTEMİ (ORDER) YAPMA VE İSTEMİN YAZIYA DÖKÜLMESİ SÜREÇLERİ

6.15.1. İlaçların güvenli bir biçimde istenmesi ve istemlerin yazıya dökülmesi

6.15.1.1. İlaçların güvenli bir biçimde istenmesi ve istemlerin yazıya dökülmesine yönelik süreç oluşturulmuş ve uygulanmaktadır.

6.15.1.2. Hekimler, hemşireler, eczane çalışanları ve idari personel ilgili politika ve prosedürlerin geliştirilmesi ve izlenmesi konularında işbirliği yapmaktadır.

6.15.1.3. Yatışı karar verilen her hasta için ilaç istem süreci başlamış olur.

6.15.1.4. Tüm ilaç istemleri imza yetkisi ve diploma numarası olan hekimler tarafından yazılı olarak verilir.

6.15.1.5. İlaç istemi verebilecek hekim listesi hekimler işe başladıklarında HBYS de tanımlanırlar.

6.15.2. İlaç istem yapma ve istemin yazıya dökülmesi eğitimleri



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.15.2.1. İlgili çalışanlar doğru istem yapma ve istemin yazıya dökülmesi uygulamaları konusunda eğitilmektedir.

6.15.3. Okunaksız ilaç istemlerine yönelik önlemler

6.15.3.1. Elektronik ortamda ya da el yazısı ile yazılan tüm ilaç istemleri açık ve okunaklı olarak yazılır.

6.15.3.2. Okunaksız ilaç istemleri hasta güvenliğini tehdit edebildiğinden ve tedavide gecikmelere yol açabildiğinden, okunaksızlığın azaltılmasına yönelik eylemler ele alınmıştır.

6.15.3.3. “İlaç Uygulamalarında Kullanılmayacak Kısaltmalar Listesi”ne göre yapılmaması gereken kısaltmalar yapılmaz.

6.15.4. Hastaların yatış öncesi kullandığı ilaçların listesi

6.15.4.1. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçların eksiksiz listesi hastanın dosyasına kaydedilir ve eczanenin, hemşirelerin ve hekimlerin erişimine açıktır.

6.15.5. Hastaların yatış öncesi ve yatış sonrası ilaçlarının karşılaştırılması

6.15.5.1. Hastanın yatış öncesi kullandığı ve yatış sonrası kullanacağı ilaçların istemlerinin karşılaştırılacağı bir süreç geliştirilmiştir.

6.15.6. İlaç istemlerinin zorunlu öğeleri

6.15.6.1. Hastanemizde değişkenliği azaltmak ve hasta güvenliğini arttırmak amacıyla eksiksiz bir istem (order) olması için zorunlu unsurlar tanımlanmıştır.

6.15.6.2. İlaç istemlerinde hasta adı/soyadı, hasta ID no, doğum tarihi ve cinsiyeti hastanın tanısı, alerji bilgisi, boy / kilo bilgileri, tarih ve saat bilgileri, ilaç kullanım saatleri ile hekim ad/soyadı gözüktür ve ulaşılabilir.

6.15.6.2.1. Lüzum Halinde (LH) order verilmesi durumunda hekim tarafından HBYS ekranından lüzum gerektiren durumu Açıklama kısmında belirtir.

6.15.6.2.2. Lüzum Halinde (LH) order yazılması durumunda hekim tarafından “**Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu**” na lüzum gerektiren durum belirtilerek order verilir.

6.15.7. İlaç istemlerinde eksiklik, okunaksızlık, belirsizlik durumunda yapılacaklar

6.15.7.1. Eksik, okunaksız, belirsizlik içeren ilaç istemlerinin yönetilmesi için bir süreç geliştirilmiş ve uygulanmaktadır.

6.15.7.2. “İlaç Uygulamalarında Kullanılmayacak Kısaltmalar Listesi”ne göre yapılmaması gereken kısaltmalar yapılmaz

6.15.8. Özel istem tiplerinin yönetimi

6.15.8.1. Özel istem tiplerinin (Acil istem, Konsültan İstem, Evde Kullanılan İstem, Daimi istem ve otomatik stoplama istemleri ve bu istemlere özel unsurlar tanımlanmıştır.

6.15.9. Sözel İstem

6.15.9.1. Sözel İstem uygulanması gereken durumlarda uyulması gereken kurallar belirlenmiştir.

6.15.9.2. Sözel İstem zorunlu durumların dışında alınmaz.

6.15.9.3. HBYS üzerinden “**Sözel Order**” girişi yapılır/“**Sözel İstem Formu**”na kaydedilir.

6.15.9.4. Sözel İstem ile uygulanamayacak ilaçlar; Yüksek Riskli İlaçlar, Kontrole Tabi İlaçlar

6.15.9.5. Anlaşılmayan veya tellaffuzu zor olan kelimeler ve “**Okunusu Benzer İlaçlar Listesi**” ve “**Görünüşü Benzer İlaçlar Listesi**” nde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.

6.15.9.6. HBYS üzerinde “**Okunuşu/Yazılışı Benzer İlaç**” olarak tanımlanan ilaçlar order edildiğinde uyarı mesajı çıkar.

6.15.9.7. 24 sa içerisinde sözel talimat veren doktor tarafından HBYS üzerinden onaylanır/tedavi planına yazılıp, imzalanır.

6.15.9.8. Hasta ile ilgili istemlerin elektronik hasta kaydıyla/yazılı yapılması esastır.

6.15.9.9. Ancak hekim hastane dışında olduğunda, steril uygulamalar sırasında ve acil müdahale durumlarında (kemoterapi ilaçları hariç) sözel istem ya da telefon istemi alınabilir.

6.15.9.10. Sözel istemler ve sözel istemlerin doğrulama süreci oluşturulmuştur.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.15.10. İlaç istemlerinin tamlığının ve kesin doğruluğunun izlenmesi

6.15.10.1. Tedavi planı, HBYS eczane modülünde görülebilmektedir.

6.15.10.2. Eczane çalışanları tarafından; hastanın kimlik bilgileri; ilacın teşhis ile olan uyumu; ilacın, dozun, sıklığının ve uygulama yolunun uygunluğu; aynı endikasyona yönelik birden fazla ilaç istemi olup olmadığı; alerjiler; ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimleri, hastanın vücut ağırlığı ve diğer fizyolojik bilgiler ve diğer kontrendikasyonlar kontrol edilir. Verilen tüm istemler eczacı tarafından istem kontrolü, etkileşim yapılarak onaylanır.

6.16. İLAÇ REÇETE ETME VE İLAÇ İSTEMİ YAPMAYA YETKİLİ KİŞİLERE YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.16.1. İlaç reçete etme ve ilaç istemi yapmaya yetkili kişiler

6.16.1.1. Tüm ilaç istemleri imza yetkisi ve diploma numarası olan hekimler tarafından yazılı olarak verilir.

6.16.1.2. Reçete yazmaya ya da ilaç istemi yapmaya yetkili kişiler; hekimler ve diş hekimleridir.

6.16.2. İlaç istem yapma uygulamalarına getirilen kısıtlamalar

6.16.2.1. Eczaneden ilaç talebi, ilaç istemi vermeye yetkili hekimler tarafından yazılır, yatan ve ayakta teşhis /tedavi hizmeti verilen bölümlerde hastane içinde uygulanacak tüm ilaçlar HBYS üzerinden order edilmektedir.

6.16.2.2. Sistemsel bir sorun olmadığı sürece “**Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu**” kullanılmaz.

6.16.3. İlaç istem yapmaya yetkili kişilerin eczane tarafından bilinirliği

6.16.3.1. İlaç istemi verebilecek hekim listesi hekimler işe başladıklarında HBYS de tanımlanırlar.

6.16.3.2. Yeni bir hekim göreve başladığında ya da kurumdan ayrıldığında HBYS üzerinden hastane geneline duyuru yapılır.

6.17. İLAÇLARIN HASTA DOSYASINA KAYDEDİLMESİ

6.17.1.1. “**HBYS üzerinden Order verme ekranı/Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu**”na Tedavi planı, günlük olarak giriş yapılır/yazılır ve onaylanır.

6.17.2. Tedavi planı; ilacın tam adı, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır, kaşelenir ve imzalanır.

6.17.3. Hekim hastanın klinik seyrini izleyerek varsa notlarını kaydeder.

6.17.4. Hekim HBYS üzerinden order verme ekranında uygulama kısmında “**Doktor Order Notu**” girişi yaparak/**Açıklama** kısmına notlarını kaydeder.

6.17.5. Reçete edilen veya istemi yapılan ilaçlar her hasta için HBYS de kayıt altına alınmaktadır.

6.17.6. İlaç uygulamaları her doz için kayıt altına alınmaktadır.

6.17.7. İlaç bilgileri hastanın dosyasında tutulmakta veya taburcu etme veya nakil anında dosyaya eklenmektedir.

6.17.8. İlaç istemlerinin eczaneye bildirilmesi

6.17.8.1. İlaç istemleri eczaneye HBYS üzerinden bildirilir.

6.17.8.2. “**İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı**”na göre hareket edilir.

6.18. İLAÇLARIN HAZIRLANMASI VE DAĞITIMI

6.18.1. İlaç hazırlama ve dağıtım süreci yasalara, yönetmeliklere ve mesleki uygulama standartlarına uygun hazırlanmıştır.

6.19. İLAÇ HAZIRLAMA VE DAĞITIM ALANLARI

6.19.1. İlaç hazırlama ve dağıtım alanlarının sahip olması gereken özellikler

6.19.1.1. İlaçlar uygun tıbbi teknoloji, ekipman ve sarf malzemeleriyle donatılmış temiz ve güvenli alanlarda hazırlanır ve dağıtım yapılır.

6.19.1.2. İlaç hazırlama alanlarının temizliği bölüm bazlı hazırlanan temizlik planına uygun yapılır.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.19.1.3. İlaç hazırlama ve dağıtım süreci yasalara, yönetmeliklere ve mesleki uygulama standartlarına uygundur.

6.19.2. Steril ürün karışımları hazırlayan personelin eğitimleri

6.19.2.1. Steril ürün karışımları bu konuda eğitim almış sertifikaya sahip hemşireler tarafından yürütülür.

6.20. İLAÇ İSTEMLERİNİN (ORDER) DEĞERLENDİRİLMESİ

6.20.1. İyi bir ilaç yönetim sistemi her bir istemin iki kez gözden geçirilmesini içerir.

- Uygunluk gözden geçirme (ilk gözden geçirme) süreci
- Uygulama öncesi gözden geçirme (doğrulama) süreci

6.20.2. Uygunluk gözden geçirme için gerekli hastaya ait spesifik bilgiler

6.20.2.1. İlaç istemlerinde hastaya ait spesifik bilgiler ; hasta adı/soyadı, doğum tarihi ve cinsiyeti, alerji bilgisi, boy / kilo bilgileridir.

6.20.3. Uygunluk gözden geçirme değerlendirilmesi

6.20.3.1. Dağıtım öncesi bir istem veya reçetenin uygunluk gözden geçirilmesi (ilk gözden geçirme) sürecinde eğitilmiş bir uzman her istem için aşağıdaki kriterleri kontrol eder ve istemi onaylar:

6.20.3.2. Uygunluk gözden geçirme için istisnai durumlar tanımlanmıştır. Acil durumlar sırasında veya istem yapan hekimin istem yapma, uygulama ve hastanın takibi sürecinde hazır bulunması halinde (ameliyathanede veya acil serviste) veya ilaçların işlemin bir parçası olduğu girişimsel radyoloji veya tanısal görüntüleme sırasında oral,rektal veya enjektabl kontrast maddelerin uygulanması gibi uygunluğun formal olarak gözden geçirilmesinin uygulanabilir olmadığı durumlar.

6.20.4. Uygunluk gözden geçirmesi için belirsizlik olması durumunda yapılacaklar

6.20.4.1. Hasta kayıtlarında hastanın yatış öncesi kullanmakta olduğu ilaçların bir listesinin olması gerekmektedir ve bu bilgi eczacı ve hastanın tüm bakım sağlayıcıları tarafından takip edilebilmelidir. Bu amaçla hastanın evde kullandığı ilaçlar hemşire ve hekim tarafından anamnez notlarındaki “hastanın evde kullandığı ilaçlar” bölümüne yazılır. Eczacı hekim anamnez ekranını görür ve hastanın evde kullandığı ilaçları bu liste üzerinden takip eder. Eğer hekim tarafından bu bilgi boş bırakılmış ise eczacı mutlaka hekimi, eğer ulaşamıyor ise hastanın hemşiresini arar ve hastanın evde kullandığı ilaçlarını öğrenir. Bu liste ile hastanın yeni istemini karşılaştırarak over doz ve etkileşim kontrollerini yapar.

6.20.4.2. Eczacı gerekli gördüğü durumlarda (doz aşımı, okunaksız yazı, uygunsuz kısaltma kullanımı vb) hastanın hekimi ile temasa geçerek, istem ile ilgili görüşlerini iletir ve yeniden onay alır.

6.20.4.3. Hekime ulaşılamayan ve acil olmayan durumlarda elektronik hasta kaydında mesaj alanına not yazılır (Örnek: okunaksız yazı, çapraz alerji riski).

6.20.4.4. Talep edilen doz, hastanın alabileceği maksimum dozu aşıyorsa eczacı tarafından elektronik hasta kaydında ilaç istemi askıya alınır ve sistem üzerinden hekime not yazılır. Hekimin devam etmesini onayladığı istem karşılanır. Hekimin değişmesini istediği istem, hekim tarafından elektronik hasta kaydında yeniden düzenlenir.

6.20.4.5. Hastanın alerjisi olduğu belirtilen bir ilaç istemi yapılmışsa istem eczane tarafından onaylanmaz ve hekimle görüşülerek bilgi verilir. Hekimin devam etmesini onayladığı istem karşılanır. Hekimin değişmesini istediği istem, hekim tarafından elektronik hasta kaydında yeniden düzenlenir.

6.20.4.6. Eczacı/eczacı teknisyeni tarafından ilaç-ilaç etkileşimi kontrolü “İlaç Yönetimi ve Güvenliği Prosedürü”ne uygun olarak yapılır.

6.20.4.7. Eczacı/eczane teknisyeni tarafından ilaç-besin etkileşimi kontrolü “İlaç Yönetimi ve Güvenliği Prosedürü”ne uygun olarak yapılır.

6.20.4.8. Eğer ilacın eşdeğeri verilecekse, eczacı tarafından elektronik hasta kaydında hekimin talep ettiği ilaç adı değiştirilerek eşdeğer ilacın adı kaydedilir. Hekim ekranında ilacın yanında eşdeğerinin gönderildiği yazılı olarak belirir.

6.20.5. Uygunluk gözden geçirme yapabilecek kişiler



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

- 6.20.5.1.** Hastane eczanesi 24 saat açık olup gündüz mesaisi ve gece mesaisi olmak üzere vardiyalı olarak hizmet vermektedir.
- 6.20.5.2.** Eczanenin gündüz mesaisinde hastanemizde Eczacı bulunmaktadır.
- 6.20.5.3.** Uygunluk gözden geçirmesi; Eczanenin gündüz mesaisinde Eczacı tarafından Eczanenin gece mesaisinde Nöbetçi Eczacı tarafından yapılır.
- 6.20.5.4.** Nöbetçi Eczacı tarafından yapılan kontrol eczacı kontrolü ile aynıdır.
- 6.20.5.5.** Nöbetçi Eczacı uygunluk gözden geçirmesi konusunda referans materyaller, bilgisayar programları ve diğer kaynaklar tarafından desteklenmektedir.
- 6.20.6. Uygunluk gözden geçirme için hasta kayıtlarına ulaşılabilirlik**
- 6.20.6.1.** İlaç istemi (order) yapılan bütün hastalarla ilgili bir kayıt HBYS de mevcuttur.
- 6.20.6.2.** Uygunluk gözden geçirmesi yapacak kişiler hasta kayıtlarına eczane açık olsun olmasın ulaşabilirler.
- 6.20.7. İlaç-ilaç etkileşimleri ve ilaç-besin etkileşim kontrolünde yazılım desteği**
- 6.20.7.1.** İlaç-ilaç,ilaç-besin etkileşimleri ve ilaç alerjilerinin çapraz kontrolü için HBYS üzerindeki tanımlamalardan ve elektronik ortamda kullanılan ve sürekli güncellenen RxMediaPharma interaktif ilaç bilgi kaynağından yararlanılır.
- 6.21. İlaç – İlaç ve İlaç - Besin Etkileşim kontrolünde “İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı”na göre hareket edilir.**
- 6.22. İLAÇ HAZIRLAMA VE DAĞITIM SİSTEMİ**
- 6.22.1.** İlaç hazırlama ve dağıtım sürecinin organizasyonu sorumlu eczacının denetimindedir.
- 6.22.2.** İlacın doğru olarak hazırlanması, dağıtımını deneyimli ve eğitim almış çalışanlar tarafından yapılır.
- 6.22.3. Eczaneden çıkışı yapılan ilaç istemlerinin düzenlenmesi**
- 6.22.3.1.** Eczaneden çıkışı yapılan tüm ilaç istemleri HBYS üzerinden yapılır.
- 6.22.3.2.** Eczaneden çıkışı yapılan ilaçlar Günlük İlaç Dağıtım, Kontrole Tabi İlaçların Dağıtım olarak düzenlenmiştir.
- 6.22.4. Günlük İlaç Dağıtım**
- Hasta adına ilaç dağıtımını hekim istemi doğrultusunda günlük doz sistemine göre yapılır.
- Eczaneden hastane içerisindeki birimlere ilaç verilmesi iki şekilde olur.
- Orderla çalışan birimler: Eczaneden hasta bazlı çıkış yapılan servislerdir.
- Stoklu çalışan birimler: Eczaneden hasta bazlı çıkış yapılmayan servislerdir.
- 6.22.5. Eczaneden hasta bazlı çıkış yapılan servislere ilaçların hazırlanması**
- 6.22.5.1.** Eczaneden hasta bazlı çıkış yapılan servisler orderla çalışan birimlerdir.
- 6.22.5.2.** Eczane order değerlendirme ekranında talepleri görür ve onaylar.
- 6.22.5.3.** Barkod makinesinden orderda yer alan ilaçlar için etiket yazdırılır.
- 6.22.5.4.** Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri (hastanın adı soyadı /hasta ıd no/ doğum tarihi) ile servisi/oda numarası, ilacın tam adı, farmasötik form, doz ve miat bilgileri bulunur.
- 6.22.5.5.** İlaçlar hasta bazlı olarak kilitli poşetler içerisine hazırlanır.
- 6.22.5.6.** İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer alır.
- 6.22.5.7.** Birden fazla bölünmüş ambalaj (kesilmiş blister tabletler gibi) içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde paketlenme ve etiketlenme yapılır.
- 6.22.5.8.** Orderla çalışan birimlerin ihtiyaçlarının giderilmesi için asgari stok verilmiştir.
- 6.22.5.9.** “Eczane Günlük Stok İlaç Dağıtım Listesi” ne göre, stoklu çalışan birimlere ilaçların dağıtımını esasları doğrultusunda stokları tamamlanır.
- 6.22.5.10.** İlaçların eczaneden çıkışına yönelik düzenlemelerde ve ilaçların hazırlanmasında “İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı”na göre hareket edilir.
- 6.22.6. Eczaneden hasta bazında çıkışı yapılmayan servislere ilaçların hazırlanması**



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.22.6.1. Eczaneden hasta bazlı çıkış yapılmayan servislerde stoklu çalışılır. Stokları hasta çıkışları üzerinden tamamlanır.

6.22.6.2. “Eczane Günlük Stok İlaç Dağıtım Listesi”ne göre stoklar hazırlanır.

6.22.6.3. İlaçların eczaneden çıkışına yönelik düzenlemelerde ve ilaçların hazırlanmasında “İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı”na göre hareket edilir.

6.22.6.4. Acil müdahale setlerinde bulunan ilaçların hazırlanması ve dağıtım

6.22.6.4.1. Acil müdahale setleri; Acil arabaları ve Ambulans içerisinde yer alır.

6.22.6.4.2. İlaçlar hastalara kullanıldıkça bu depolardan hasta adına çıkışı yapılır.

6.22.6.4.3. Acil müdahale setlerinde eczaneden hasta adına ilaç alımı yapılmaz.

6.22.6.4.4. Acil müdahale setlerinde bulunan ilaçların hazırlanmasında gün ve saat sınırlanması bulunmaz.

6.22.6.5. İlaçların eczaneden çıkışına yönelik düzenlemelerde ve ilaçların hazırlanmasında “İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı”na göre hareket edilir.

6.22.7. Kontrole Tabi İlaçların Dağıtım

6.22.7.1. Kontrole Tabi İlaçlar “Kontrole Tabi İlaçlar Listesi”nde yer alır.

6.22.7.2. Kontrole Tabi İlaçların Yönetimi Talimatına göre hareket edilir.

6.22.7.3. Kontrole Tabi İlaçlar depolandıkları alanlarda kilitli dolaplarda saklanırlar. Dolap anahtarı bölüm sorumlusunda bulunur.

6.22.8. Hazırlandıktan sonra anında uygulanmayan ilaçların etiketlenmesi

6.22.8.1. Majistral İlaçların Yönetimi

6.22.8.2. Majistral ilaçların hazırlanması ve dağıtımında “İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı”na göre hareket edilir.

6.22.8.3. Majistral ilaçların muhafazasında “İlaçların Depolanması ve Muhafazası Talimatı”na göre hareket edilir.

6.22.8.4. Konsantre Elektrolit Solüsyonlarının Dağıtım

6.22.8.4.1. Stoklara verilen elektrolitler “Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatı”na uygun olarak eczacı/eczane teknisyeni tarafından eczanede etiketlenir ve ilgili alanlara gönderilir.

6.22.9. İlaçların kullanıma en hazır şekilde dağıtılması

6.22.9.1. Parenteral ve enteral beslenme tedavisinin sağlanması için kullanılan ürünler çoğunlukla firma ve depolardan hazır halde sağlanır.

6.22.10. İlaç dağıtım sisteminin doğrulanması

6.22.10.1. İlaç hazırlama ve dağıtım sistemi ilaçların tam doğru ve zamanında dağıtımını desteklemektedir.

6.22.10.2. Hazırlanan her ilaç eczaneden çıkmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir. İlacın doğru hazırlanıp etiketlendiği teyit edilir.

6.22.10.3. Tek teknisyenin/eczacının çalıştığı mesai saatlerinde hazırlanan ilaçlar katta hemşiresi tarafından kontrol edilip, dökümün bir nüshasını ad-soyad imza atarak eczaneye geri gönderilir.

6.22.10.4. Hazırlanan ilaçlar istemin dökümü ile birlikte ilgili katın servis hemşiresi / yardımcı sağlık personeline kapalı ilaç taşıma çantası içerisinde teslim edilir.

6.22.10.5. İlaçlar pnömatik tüp veya yardımcı personel aracılığı ile ilgili bölümlere gönderilir.

6.22.10.6. Order/Transfer çıktısı 2 nüsha yazdırılır. 1 nüshası ilaçlarla birlikte servise gönderilir. Diğer nüshası teslim bilgileri (ad-soyad-imza) ve saat bilgilerini içerir. İmzalı çıktı gün boyunca eczanede saklanır.

6.22.10.7. Hemşire order çıktısı ile gelen ilaçları kontrol ederek, hasta ilaç göz / dolap / çekmecelerine yerleştirir.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

- 6.22.10.8.** Hasta üzerine eczaneden gelmiş 24 saat içerisinde kullanılmayan ilaçlar eczaneye HBYS üzerinden **“Hasta İade Tutanağı”** ile geri teslim edilerek hasta üzerine girişi sistemden düşülür. Hata olması durumunda eczane ile görüşülerek düzeltilir. Hatalar (Ramak Kala Olaylarda dahil) HBYS üzerinden **“Olay Bildirimi”** ile Kalite Müdürlüğüne bildirilir.
- 6.22.10.9.** Eczanede olmayıp sipariş verilen ilaçlara dökümde not yazılır. HBYS üzerinde stokta olmayanların order edilmesi önlenmiştir.
- 6.22.10.10.** Stokda bulunmayan ilacın temininde **“İlaçların Seçimi ve Temini Talimatı”** na göre hareket edilir.
- 6.22.10.11.** Hekim istemlerinde yazılı ilaç yerine eczaneden muadili olan başka ilaç verilebilir. Order dökümünde istenen ilacın ve verilen ilacın adı yazar.
- 6.22.10.12.** Aynı şekilde İstenen doz dışında farklı bir doz gönderildiğinde ilacın üzerine **“Dozu Kontrol Ediniz”** etiketi yapıştırılır. Bu düzeltme hekim isteminin dökümü üzerinde ilgili ilacın yanına etiket yapıştırarak ya da eczacı açıklama bölümünde yazılı olarak belirtilmesi yolu ile hemşirenin bilgilendirilmesi sağlanır.
- 6.23. İLAÇLARIN TRANSFERİ**
- 6.23.1.** Eczanede hazırlanan ilaçlar saklama koşullarına uygun muhafaza edilir. Saklama koşullarına uygun transferi sağlanır.
- 6.23.2.** **“Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi”**nda yer alan ilaçlar alınan ecza deposundan soğuk zincir kuralları çerçevesinde 2-8 C de gelir. Eczanede **“İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”**ne göre etiketlenir.
- 6.23.3.** HBYS üzerinde İlaç özellikleri kısmında **“Soğuk Zincir, Buzdolabında Saklayınız”** şeklinde tanımlanmıştır.
- 6.23.4.** Soğuk zincire tabi ilaçların güvenli transferi için soğuk zincir kutuları ve buz aküleri bulundurulur.
- 6.23.5.** Soğuk zincir kutusuna yerleştirilen ilaçlar akülerle direk temasta bulundurulmaz.
- 6.23.6.** Buz aküleri ile ilaçlar arasında karton ve benzeri bir madde bulundurulur.
- 6.23.7.** Soğuk zincir kutusu/çantanın ağzının kapalı olduğundan emin olunur.
- 6.23.8.** Transfer yerine ulaştığında ilaç soğuk zincir kutusunda bekletilmez, buzdolabına yerleştirilir.
- 6.23.9.** İlaçlar servislere verilirken soğuk akülerle ilgili servise teslim edilir. **“İlaçların Depolanması ve Muhafazası Talimatı”**na göre hareket edilir.
- 6.23.10.** Eczanedeki ve servislerdeki tüm ilaç stoklarının miad takibi yapılır. Gerekli önlemler alınır. Miadı yaklaşan ilaçlar **“İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”**ne göre etiketlenir.
- 6.23.11.** İlaçların güvenli transferi için gerekli donanım mevcuttur.
- 6.23.12.** Eczaneden hasta bazlı çıkış yapılan servislere ilaçlar hazırlanırken kırılma ve dökülmeye mani olarak kilitli poşetler içerisinde ve kulplu büyük poşetler içerisinde hazırlanır.
- 6.23.13.** Eczaneden hasta bazlı çıkış yapılmayan servislerin stok ilaçlarını hazırlarken kırılma ve dökülmeye mani olarak ilaç taşıma kutuları içerisinde ve kırılması muhtemel ilaçlar ayrı hazırlanır.
- 6.23.14.** Transferi gerçekleştirecek personel kırılma ve dökülmeye karşı bilgilendirilir.
- 6.23.15.** Eczanede hazırlanan ilaçlar hemşire/teknisyen/servis personeline imza karşılığı teslim edilir. **“İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı”**na göre hareket edilir.
- 6.23.16.** İlaçların yanlış birime teslim edilmesini önlemek için ilaçların hangi birime teslim edileceği bilgisini içeren çıktı çift nüsha yazdırılır. Teslim kağıdının bir nüshası transferi gerçekleştirecek personele verilir.
- 6.23.17.** Hastalardan kalan ilaçların eczaneye geri iadesi **“İlaçların İadesi Talimatı”**na göre yapılır.

6.24. İLAÇ UYGULAMALARI

6.25. İLAÇ UYGULAMALARI YAPABİLECEK KİŞİLER

- 6.25.1.1.** İlaç uygulama yetkisine sahip kişiler belirlenmiştir. İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanır, eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları da yetkili kişiler gözetimindedir.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

- 6.25.1.2.** İlaç uygulaması yapacak kişilerin görev tanımında yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir.
- 6.25.2.** Hastanemizde gerekli bilgi ve deneyime sahip olan ve ilaç uygulamaya lisansı, sertifikasyonu ve yasa veya yönetmelikler uyarınca izin verilen kişiler ilaç uygulayabilmektedir.
- 6.25.3.** İlaç uygulamalarındaki kısıtlamalar
- 6.25.4.** Acil durumlarda ilaç uygulamasına izin verilen kişiler
- 6.26. İLAÇ UYGULAMALARI ÖNCESİ DOĞRULAMA**
- 6.26.1.** İlaç hazırlama ve uygulama sürecinde 8 Doğru + 3 Kontrol kuralı dikkate alınır.
- 6.26.2. İLAÇLARIN GÜVENLİ UYGULANMASINA YÖNELİK DÜZENLEMELER**
- 6.26.2.1.** Hemşire hekimin tedavi planını HBYS üzerinden alınan **“Order Cetveli/Uygulama Takip Formu”** nda görür uyguladığı tedaviyi paraflar ve HBYS üzerinden uyguladığı ilacı uygulandı olarak işaretler.
- 6.26.2.2.** Yüksek Riskli ilaçlar ve Kontrole Tabi ilaçlarda çift kontrol sonrası uygulanan tedavi **“Order Cetveli/Uygulama Takip Formu”** nda çift paraflanır. HBYS üzerinden uygulandı sonrası çift kontrol yapıldığı not olarak yazılır.
- 6.26.2.3.** Sistemsel bir sorun mevcutsa **“Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu”** na yazılan orderi **“Order Cetveli/Uygulama Takip Formu”**na kaydeder ve uyguladığı tedaviyi paraflar.
- 6.26.2.4.** Hemşirelik kayıtlarında ; ilaç adı ,dozu ,uygulama yolu ,uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine göre bilgiler yer alır.
- 6.26.2.5.** İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanır, eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları da yetkili kişiler gözetimindedir.
- 6.26.2.6.** İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanır. **“İlaç Hazırlama ve Uygulama Talimatı”**na göre hareket edilir.
- 6.26.2.7.** **“Multidoz İlaçlar Listesi”** nde birden fazla gün ve sayıda kullanılacak ilaçların doğru güvenilir şekilde kullanımlarını sağlamak ile ilgili kurallar belirlenmiştir. **“İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”** ne göre ilaçlar etiketlenir.
- 6.26.2.8.** **“Muadil İlaçlar Listesi”**nde yer alan ilaçlar etken maddesi aynı üretici firması farklı ilaçlar için hazırlanmış olup, olası hataları minimize etmek için düzenlenmiştir.
- 6.26.2.9.** İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır, kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri (hasta adı soyadı, hasta id no, odası) bulunur.
- 6.26.2.10.** Nöbet değişimlerinde HBYS üzerinden alınan **“Order Cetveli/Uygulama Takip Formu”** nöbeti teslim alan hemşire tarafından tekrar kontrol edilir.
- 6.26.2.11.** Sistemsel bir sorun mevcutsa **“Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu”** ve **“Order Cetveli/Uygulama Takip Formu”** nöbeti teslim alan hemşire tarafından tekrar kontrol edilir.
- 6.26.2.12.** Nöbet teslimlerinde infüzyon giden hastalar, infüzyon sıvıları kontrol edilerek teslim alınır.
- 6.26.2.13.** Hastanın odasında ilaç, boş veya dolu serum şişesi bulundurulmaz.
- 6.26.2.14.** Doktor odaları ve katlarda ilaç numunesi bulundurulmaz.
- 6.26.2.15.** Bütün ilaçlar eczaneden talep edilir. Doktor dışardan ilaç talep etmez. Dışardan ilaç alımı gerekli olduğu zorunlu durumlarda eczanenin bilgisi dahilinde bu işlem yapılır.
- 6.26.2.16.** **“Terapötik Aralığı Dar Olan İlaçlar ve Etkileşimi En Tehlikeli Olan İlaçlar Listesi”** servislerdeki uygulama alanlarında mevcuttur. Bu liste ilgili çalışanlarca bilinir.
- 6.26.2.17.** HBYS üzerinde **“Terapötik Aralığı Dar Olan İlaçlar ve Etkileşimi En Tehlikeli Olan İlaçlar Listesi”** nde yer alan ilaçlar **“Uyarı”** bölümünde ve ilaç-ilaç etkileşim ekranında tanımlıdır.
- 6.26.2.18.** İlaçlar istem yapılırken hata riskini azaltmak için **“Okunusu Benzer İlaçlar Listesi”** ve **“Görünüşü Benzer İlaçlar Listesi”** nde yer alan ilaçlar; her harfi net okunacak şekilde yazılır, gerekiyorsa kullanım amacı belirtilir.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

- 6.26.2.19.** HBYS üzerinde “Okunuşu/Yazılışı Benzer İlaç” olarak tanımlanan ilaçlar order edildiğinde uyarı mesajı çıkar.
- 6.26.2.20.** İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenir, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınır.
- 6.26.2.21.** Özellikle herhengi bir ilacın ilk kullanımdan sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenir.
- 6.26.2.22.** Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirimi (farmakovijilans yapılır. “Advers Etki Bildirim Talimatı”na göre hareket edilir.
- 6.26.2.23.** Birden fazla gün ve sayıda kullanılan ilaçların doğru, güvenilir şekilde kullanımlarını sağlamak için “Multidoz İlaçlar Listesi” hazırlanmıştır. “Multidoz İlaçlar Listesi”nde ilaçların stabil kalma süreleri belirtilmiş olup yapıştırılması gereken etiketler belirtilmiştir.
- 6.27. HASTANE ECZANESİNDEN DAĞITILMAYAN İLAÇLARIN YÖNETİMİ**
- 6.27.1. Hastaların kendilerine ilaç uygulamalarının yönetimi**
- 6.27.1.1.** Hastanın kuruma dışarıdan getirdiği ve hekim tarafından istemi yapılan tüm ilaçları hemşiresi tarafından uygulanır. Hastaların kendilerine ilaç uygulamalarına izin verilmez.
- 6.27.2. HASTA BERABERİNDE GELEN EVDE KULLANDIĞI İLAÇLARIN KONTROLÜ**
- 6.27.2.1.** Hasta yanında/odasında ilaç bulundurulmaz. Hastaneye gelişinde yanında ilaç getirmiş ise gerekli bilgilendirme yapılarak teslim alınmaz. İlaçların eve gönderildiğinden emin olunur.
- 6.27.2.2.** Eğer hastanın yanında getirdiği ilaçları hekim order ederse ve ilaç hastanede yok ve bulunamıyor ya da pahalı bir ilaç ise (örneğin kemoterapi ilaçları gibi) kullanılabilir. Yalnız böyle zorunlu durumlar için hastanın ilaçları hemşiresi tarafından teslim alınır.
- 6.27.2.3.** HBYS üzerinden hekim tarafından “Evde Kullanılan” ilaçlar order edilebilir
- 6.27.2.4.** İlgili ilaçlar “Hastanın Evde Kullandığı İlaçların Kontrol ve Teslim Formu”na kaydedilerek form eczaneye gönderilir.
- 6.27.2.5.** İlaçların güvenlik kontrolü eczacı tarafından yapılır.
- 6.27.2.6.** Güvenlik kontrolü ; ambalaj, nem, son kullanma tarihi, soğuk zincir kontrolü vb. içerir.
- 6.27.2.7.** Eczane, hastaya kullanılması uygun bulunmayan ilaçları poşet üzerine “İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”ne göre “Hastaya Aittir” etiketi yapıştırarak, formu ilgili bölüme gönderir. “Hastanın Evde Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu” hasta dosyasında koyulur. Eczacının güvenilir olduğu onayı vermediği bu ilaçlar hasta/yakını izni ile eczanede “Red Alanı”na kaldırılır ve imha için bekletilir.
- 6.27.2.8.** Eczane, hastaya kullanılması uygun bulunan ilaçları “İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”ne göre “Hastaya Aittir” etiketi yapıştırır ve “Hastanın Evde Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu” hasta dosyasında koyulur.
- 6.27.2.9.** Kullanımı eczane tarafından uygun bulunan ve gerekli ilaçlar hemşiresi tarafından etiketli olarak hastaya ait gözlerde muhafaza edilir.
- 6.27.2.10.** Hastanın ilaçlarının uygulanmasında hastanenin ilgili kuralları geçerlidir. Hastanın yanındaki ilaçları teslim alınmasa bile “Evde Kullanılan” ilaçlar hekim ve hemşire anamnezinde sorgulanır ve bu ilaçların isimleri, dozları ve son alınma tarih-saati kaydedilir. Hemşire hastanın kullandığı ilaçlar hakkında hekimi bilgilendirir. Bu ilaçların çeşitliliğine, dozuna, son alınma saatlerine göre hekim hastanın hastanedeki tedavi planını düzenler. Eczane gerekli etkileşim kontrolünü yapar.
- 6.27.2.11.** Hasta taburcu olurken yanında getirdiği ilaçlardan kullanılmayanları ve kullanılıp artanları “Hastanın Evde Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu” ile kendisine veya yakınına miadı ve isim etiketi kontrol edilerek teslim edilerek imzası alınır.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.27.2.12. Yanında getirdiği ilaçları teslim almak istemeyen hasta/ hasta yakınından tutanak tutularak imzası alınır ve ilaçlar eczaneye gönderilir. Eczacı tarafından eczanede **“Red Alanı”**na kaldırılır ve imha için bekletilir.

6.27.2.13. Hastanın beraberinde gelen ilaçların depolanması ve muhafazasında **“İlaçların Depolanması ve Muhafazası Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.27.3. Acil serviste sadece ilaç uygulaması için başvuran ayaktan hastaların ilaç kontrolü

6.27.3.1. İlaçların güvenlik kontrollerini hemşire yapar.

6.27.3.2. Güvenlik kontrolü ; ambalaj, nem, son kullanma tarihi, soğuk zincir kontrolü vb. içerir.

6.27.3.3. Reçete doğrultusunda uygulamayı yapar. Kesinlikle reçetesiz ilaç uygulaması yapılmaz.

6.27.4. Numune ilaçların yönetimi

6.27.4.1. Hastane genelinde hasta güvenliğini tehdit etmemesi ve kontrolsüz kullanımına engel olmak amacıyla numune ilaçlar hastalara kullanılmaz. Bu nedenle eczane, yatan hasta servis / katları, poliklinikler dahil hastane genelinde numune ilaç bulundurulmaz.

6.27.4.2. Numune ilaçların kontrolsüz kullanımını engellemek amacı ile numune ilaçlar eczacı ve/veya poliklinik sorumlu hemşiresi tarafından alanlardan toplanır ve Eczaneye teslim edilir, toplanan numune ilaçlar Eczacı tarafından eczanede **“Red Alanı”**na kaldırılır ve imha için bekletilir.

6.27.4.3. Şahsi kullanılan ilaçlar kişiye ait çanta/dolap içerisine konulur, açık alanda bulundurulmaz.

6.27.5. İLAÇ-İLAÇ, İLAÇ-BESİN ETKİLEŞİMLERİNİN KONTROLÜ

6.27.5.1. İlaç-İlaç Etkileşimleri

6.27.5.1.1. İlaç-ilaç etkileşimleri **“İlaç-İlaç Etkileşimleri Listesi”**nde yer alır. HBYS üzerinde tanımlanmıştır.

6.27.5.2. İlaç-Besin Etkileşimleri Listesi

6.27.5.2.1. İlaç-Besin Etkileşimleri **“İlaç-Besin Etkileşimleri Listesi”**nde yer alır. HBYS üzerinde tanımlanmıştır.

6.27.6. PARANTERAL İLAÇLARDA STABİLİTE VE GEÇİMSİZLİK KONTROLÜ

6.27.7. İLAÇLARIN ETKİLERİNİN İZLEMİ

6.27.8. İLAÇ UYGULANMASI SONRASINDA İLAÇLA İLGİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON GELİŞTİĞİNDE YAPILACAKLAR

6.27.8.1. İlaç uygulanması sonrasında hastaları klinik durumu izlenir, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınır.

6.27.8.2. Hemşire derhal Doktora haber verir, ilaç hemen kesilir.

6.27.8.3. Hasta doktor gözetiminde tutulur, gerekli tedaviler yapılır.

6.27.8.4. Hastanın hemşiresi tarafından HBYS üzerinden **Hemşire Gözlem Notları/“Hemşire İzlem Formu”** na notları yazılır.

6.27.8.5. HBYS üzerinden ilaç uygulama bilgisinin yanına **“Yan Etki/Advers Etki”** Evet/Hayır uygun olanı seçer ve **“Yan Etki Açıklama”** kısmında **“Yan Etki”** olduğunu belirtir.

6.27.8.6. Acil müdahale gerekiyorsa acil müdahale seti hastanın yanına getirilir. Müdahaleye başlanır. Solunum ve kardiyak arrest durumunda Mavi Kod durumu başlatılır.

6.27.8.7. **“Mavi Kod-1 Uygulama Talimatı ve Mavi Kod-2 Uygulama Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.27.8.8. Advers Etki olması durumunda HBYS üzerinden ilaç uygulama bilgisinin yanına **“Yan Etki/Advers Etki”** Evet/Hayır uygun olanı seçer ve **“Yan Etki Açıklama”** kısmında **“Advers Etki”** olduğunu belirtir.

6.27.8.9. **“Advers Etki Bildirim Formu”** ile **“Advers Etki Bildirim Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.28. ADVERS ETKİ BİLDİRİMLERİ

6.28.1. **“İlaç Eczacılık Komitesi”** tarafından **“Farmakovijilans sorumlusu”** belirlenmiştir.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.28.2. Ciddi ve gözlenilmeyen advers etkiler **“Farmakovijilans sorumlusu”**na **“Advers Etki Bildirim Formu”** ile hemen bildirilir.

6.28.3. **“Farmakovijilans sorumlusu”** advers etkileri 15 gün içinde, ciddi ve gözlenilmez advers etkiler 48 saat içinde **“KKTC İlaç Eczacılık Dairesi”**ne elektronik raporlama sistemi ile veya **“Advers Etki Bildirim Formu”** ile faks, posta yoluyla bildirimini yapar.

6.28.4. **“Advers Etki Bildirim Form”**ları eczanede dosyalanır.

6.28.5. **“Advers Etki Bildirim Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.29. İLAÇ YÖNETİM SÜREÇLERİNİN İZLENEBİLİRLİĞİ

6.29.1. İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmıştır.

6.29.2. İlaç hataları ve ramak kala olaylar güvenlik raporlama sistemi kapsamında bildirilir.

6.29.3. Hatanın hastaya ulaşp, ulaşmamasına göre olay değerlendirilmesi yapılır. Hata hastaya ulaşmadı ise Ramak Kala Olay olarak değerlendirilir.

6.29.4. İlaç yönetimine ilişkin hatalar ilaç hata sınıflandırma sistemi (İHSS TR) kodlanmıştır.

6.29.5. HBYS üzerinden **“Olay Bildirimi”** yapılır ve **“Olay Bildirim Prosedürü”** ne göre hareket edilir.

6.29.6. HBYS üzerinden bildirimin yapılamadığı durumlarda **“İlaç Hataları Bildirim Formu”** doldurulur.

6.29.7. İlaç yönetimine bağlı göstergeler ilaç hatalarının gerçekleşme sayısı ile ölçülür.

6.30. ÖZEL NİTELİKLİ İLAÇ GRUPLARINA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.30.1. Özel nitelikli ilaç grupları; Pediatrik Dozdaki İlaçlar
Görünüşü Benzer İlaçlar
Benzer İsimli İlaçlar Listesi
Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
Yüksek Riskli İlaçlar olarak düzenlenmiştir.

6.30.2. PEDIATRİK DOZDA KULLANILACAK İLAÇLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.30.2.1. Pediatrik Dozdaki İlaçlar **“Pediatrik İlaçlar Listesi”**nde yer alır.

6.30.2.2. HBYS üzerinde İlaç özellikleri kısmında **“Pediatrik Dozda”** şeklinde tanımlanmıştır.

6.30.2.3. **“Pediatrik İlaçlar Listesi”** ilgili bölümlerde bulundurulur.

6.30.2.4. **“Pediatrik İlaçlar Listesi”**nde yer alan ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılır.

6.30.2.5. Servislerin stoklarında bulunan pediatrik ilaçlar **“İlaç Stok ve Miad Kontrol Listesi”**nde **“Pediatrik ilaç”** olarak belirtilmiştir.

6.30.2.6. **“Acil Kullanılabilecek İlaçların Çocuk Dozları Listesi”** hazırlanmış olup ilgili bölümlerde hazır bulundurulur ve etkin olarak kullanılır.

6.30.3. GÖRÜNÜŞÜ BENZER İLAÇLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.30.3.1. Görünüşü Benzer ilaçlar **“Görünüşü Benzer İlaçlar Listesi”** nde yer alır.

6.30.3.2. HBYS üzerinde İlaç özellikleri kısmında **“Farklı dozları vardır”** şeklinde ve **“Okunuşu/Yazılışı Benzer İlaç”** şeklinde tanımlanmıştır.

6.30.3.3. HBYS üzerinde **“Okunuşu/Yazılışı Benzer İlaç”** olarak tanımlanan ilaçlar order edildiğinde uyarı mesajı çıkar.

6.30.3.4. Servislerin stoklarında bulunan görünüşü benzer ilaçlar **“İlaç Stok ve Miad Kontrol Listesi”**nde **“italik”** olarak belirtilmiştir.

6.30.3.5. İlaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılır.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.30.3.6. İlgili listeler kullanım alanlarında bulundurulur ve etkin olarak kullanılır.

6.30.4. OKUNUSU BENZER İLAÇLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.30.4.1. Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar “Okunuşu Benzer İlaçlar Listesi” nde yer alır.

6.30.4.2. HBYS üzerinde İlaç özellikleri kısmında “Farklı dozları vardır” şeklinde ve “Okunuşu/Yazılışı Benzer İlaç” şeklinde tanımlanmıştır.

6.30.4.3. HBYS üzerinde “Okunuşu/Yazılışı Benzer İlaç” olarak tanımlanan ilaçlar order edildiğinde uyarı mesajı çıkar.

6.30.4.4. Servislerin stoklarında bulunan okunuşu benzer ilaçlar “İlaç Stok ve Miad Kontrol Listesi”nde **“italik”** olarak belirtilmiştir.

6.30.4.5. İlaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılır.

6.30.4.6. İlgili listeler kullanım alanlarında bulundurulur ve etkin olarak kullanılır.

6.30.5. IŞIKTAN KORUNMASI GEREKEN İLAÇLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.30.5.1. Işıktan korunması gereken ilaçlar “Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi”nde yer alır.

6.30.5.2. HBYS üzerinde İlaç özellikleri kısmında “Işıktan Korunacak İlaç” şeklinde tanımlanmıştır.

6.30.5.3. İlaçlar eczanede ve servislerde kapaklı raflarda saklanır.

6.30.5.4. İlgili listeler kullanım alanlarında bulundurulur ve etkin olarak kullanılır.

6.30.6. YÜKSEK RİSLİ İLAÇLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.30.6.1. Yüksek Riskli İlaçlar “Yüksek Riskli İlaçlar Listesi”nde yer alır.

6.30.6.2. “Yüksek Riskli İlaçlar Listesi” nde yer alan ilaçlar, “İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi” ne göre etiketlenir.

6.30.6.3. “Yüksek Riskli İlaçlar Listesi”nde yer alan ilaçlar eczanede ve servislerde “Yüksek Riskli İlaç” ibaresi bulunan dolaplarda diğer ilaçlardan ayrı muhafaza edilirler.

6.30.6.4. HBYS üzerinde Kategori Bilgileri kısmında “Yüksek Riskli İlaç” olarak tanımlanan ilaçların adının yanında **“⚠” uyarı** işareti çıkar.

6.30.6.5. Servislerin orderla talep ettiği yüksek riskli ilaçlar HBYS Order giriş ekranında ve hemşire uygulama ekranında **“kırmızı renkte”** çıkmaktadır.

6.30.6.6. Servislerin stoklarında bulunan yüksek riskli ilaçlar “İlaç Stok ve Miad Kontrol Listesi”nde **“YRİ”** olarak belirtilmiştir.

6.30.6.7. Yüksek riskli ilaç en az üç aylık çalışma süresini doldurmuş, gerekli oryantasyon eğitimlerini başarıyla tamamlamış hemşire/sağlık memuru tarafından hekim istemi doğrultusunda, prospektüs bilgileri dikkate alınarak **“İlaç Hazırlama ve Uygulama Talimatı”** na uygun olarak hazırlanır. Hazırlanan yüksek riskli ilaç ikinci bir sağlık çalışanı tarafından kontrol edilir. Bu süreç çift kontrolle yapılır ve elektronik istemde not kısmına yazılır.

6.30.6.8. “Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatı”na göre hareket edilir.

6.30.6.9. “Kontrolle Tabi İlaçlar Listesi”nde yer alan Kontrolle Tabi İlaçlar aynı zamanda “Yüksek Riskli İlaçlar Listesi”nde da yer alabilir. Bu durumda **“Kontrolle Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı”**nda belirtilen esaslarda dikkate alınır.

6.31. KONTROLE TABİ İLAÇLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.31.1. KONTROLE TABİ İLAÇLARIN DEPOLANMASI

6.31.1.1. Kontrolle Tabi İlaçlar; Kırmızı, Yeşil Reçete ile verilmesi gereken ilaçları kapsar.

6.31.1.2. HBYS üzerinde Reçete tipi kısmında **“Kırmızı/Yeşil”** tanımlanan ilaçlar **Kırmızı/Yeşil** olarak çıkar.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.31.1.3. Servislerin stoklarında bulunan kontrole tabi ilaçlar “İlaç Stok ve Miad Kontrol Listesi”nde “NPI” olarak belirtilmiştir.

6.31.1.4. “Kontrol Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı”na göre hareket edilir.

6.31.2. KONTROLE TABİ İLAÇLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.31.2.1. Kontrol Tabi İlaçlar “Kontrol Tabi İlaçlar Listesi”nde yer alır.

6.31.2.2. Kontrol Tabi İlaçlar kilitli alanlarda bulundurulur.

6.31.2.3. Eczanede anahtar eczacı/eczane teknisyeninde bulunur. Yedek anahtar bulundurulmaz.

6.31.2.4. Servislerde kontrole tabi ilaçların devir teslimleri “Narkotik Psikotrop İlaç Nobet Devir Teslim Defteri” ve “Narkotik Psikotrop İlaç Takip Defteri” ile yapılır.

6.31.2.5. Devir teslim kayıtlarında ilacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, ilacın kullanıldığı tarih, ilacı kimin uyguladığı, kime kaç adet ilaç teslim edildiği bilgileri yer alır.

6.31.2.6. Devir teslim kayıtlarında Teslim Alan ve Teslim Edenlerin imzaları bulunur.

6.31.2.7. Teslim Eden ve Teslim Alan eş zamanlı imzalar.

6.31.2.8. Dolabın kapağı asla açık tutulmaz.

6.31.2.9. Servislerde hekim orderinden sonra **Kontrol tabi ilaç** kullanılır.

6.31.2.10. İlaç stokdan kullanılır. Uygulandıktan sonra “Narkotik Psikotrop İlaç Takip Defteri”ne işlenir.

6.31.2.11. Muhafaza ve taşıma esnasında zarar gören kontrole tabi ilaçlar için “Kontrol Tabi İlaç Zayi Formu” doldurulur.

6.31.2.12. Zayi olan ilacın kırıkları eczaneye gönderilir.

6.31.2.13. “Kontrol Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı”na göre hareket edilir.

6.32. İLAÇLARIN İADESİ

6.32.1. Eczaneye iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmiştir.

6.32.2. Hasta adına verilen ilaçların iade edilmesinde HBYS üzerinden alınan “Hasta İade Tutanağı” iade ilaçlarla birlikte eczaneye kilitli poşet içerisinde gönderilir.

6.32.2.1. Stok adına verilen ilaçların iadesinde HBYS üzerinden alınan “Stoklar Arası Malzeme Aktarım Tutanağı” eczaneye kilitli poşet içerisinde gönderilir.

6.32.2.2. Miadı yakın ilaçların iadesinde HBYS üzerinden alınan “Stoklar Arası Malzeme Aktarım Tutanağı” eczaneye kilitli poşet içerisinde gönderilir. Miadının dolmasına 3 ay kalan ilaçlar eczaneye iade edilir.

6.32.2.3. İade edilen ilaçların kayıtları eczanede dosyalanır.

6.32.3. “İlaçların İadesi Talimatı”na göre hareket edilir.

6.33. İLAÇ ATIKLARININ VE MİADI GEÇMİŞ İLAÇLARIN İMHASINA VE İLAÇ GERİ ÇAĞRILMAYA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.33.1. İLAÇLARIN ZAYİ OLMASI

6.33.1.1. HBYS üzerinden alınan “Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı” ilgili bölüm yöneticilerine onaylatılır.

6.33.1.2. Zayi olan ilaçla birlikte HBYS üzerinden alınan “Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı” eczaneye kilitli poşet içerisinde gönderilir.

6.33.1.3. Kontrol Tabi ilaçların zayi olması durumunda “Kontrol Tabi İlaç Zayi Formu” doldurulur.

6.33.1.4. Zayi olan ilacın kırıkları eczaneye gönderilir.

6.33.1.5. “İlaçların İadesi Talimatı”na göre hareket edilir.

6.33.2. İlaç Geri Çekme



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

- 6.33.2.1.** Üretici veya tedarikçi firma tarafından geri çekilen ilaçların belirlenmesi, toplanması ve iadesi veya güvenli ve uygun şekilde imhasına yönelik süreç oluşturulmuştur.
- 6.33.2.2.** Geri çekme, Üretici veya Tedarikçi Firma Tarafından Duyurulması yazılı olarak yapılır.
- 6.33.2.3.** Geri çekilen ilaçların toplanmasında **“İlaç Geri Çekme Formu”** doldurulur.
- 6.33.2.4.** Geri çekilen ilacın kullanımlarının doğrulaması yapılır.
- 6.33.2.5.** Geri çekilen ilaçlar hastane genelinde toplanarak iade faturası kesilir.
- 6.33.2.6.** Geri çekilen ilaçlar, temin edildiği ecza deposu/firmaya iade edilir.
- 6.33.2.7.** Geri çekilen ilaçların imhası üretici veya tedarikçi firma tarafından Sağlık Bakanlığı’nca kurulacak bir ekip huzurunda yapılır.
- 6.33.2.8.** **“İlaç Geri Çekme Talimatı”**na göre hareket edilir.
- 6.33.2.9.** Geri çekilen ilaçların imhası üretici veya tedarikçi firma tarafından yapılamıyorsa Tehlikeli Atık gibi işlem görür. Eczanede **“Red Alanı”**nda bekletilir.
- 6.33.2.10.** **“Atık Yönetimi Prosedürü”**ne göre hareket edilir.

6.33.3. İLAÇLARIN İMHASI

- 6.33.3.1.** Miadı dolan ilaçlar imha için eczanede **“Red Alanı”**nda toplanır.
- 6.33.3.2.** Miadı dolan ilaçlar Tehlikeli Atıklar gibi işlem görür.
- 6.33.3.3.** **“Atık Yönetimi Prosedürü”**ne göre hareket edilir.
- 6.33.3.4.** HBYS üzerinden alınan **“Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı”** ilgili bölüm yöneticilerine onaylatılır.
- 6.33.3.5.** Miadı dolan ilaçla birlikte HBYS üzerinden alınan **“Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı”** eczaneye kilitli poşet içerisinde gönderilir.
- 6.33.3.6.** Kontrole Tabi ilaçların zayi olması durumunda **“Kontrole Tabi İlaç Zayi Formu”** doldurulur.
- 6.33.3.7.** Zayi olan ilacın kırıkları eczaneye gönderilir.
- 6.33.3.8.** **“İlaçların İadesi Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.34. Hastanın taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçların yönetimi

- 6.34.1.1.** Hastanın taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar hekim tarafından reçete edilir ve hasta ilaçlarını eczanelerden temin edebilir.
- 6.34.1.2.** **“Hasta ve Yakınlarının Eğitim Kayıt Formu”** nda ilaçların nasıl kullanılacağı ne kadar süre kullanacağı belirtilmiştir.
- 6.34.1.3.** Hemşire tarafından **“Hasta ve Yakınlarının Eğitim Kayıt Formu”** doldurularak hastaya eğitim verilir.

6.35. Ayaktan tedavi goren ve taburcu olan hastalara reçeteye yazılan ilaçların yönetimi

- 6.35.1.** İlaçların güvenli bir biçimde reçetelenmesine yönelik süreç oluşturulmuş ve uygulanmaktadır.
- 6.35.2.** Ayaktan polikliniğe başvuran ve taburculuk sonrası hastalar için ilaç reçete süreci başlamış olur.
- 6.35.3.** Ayaktan tedavi goren hastalara yazılan reçeteler ve taburcu hastalara yazılan reçeteler hastane eczanemiz tarafından karşılanmamaktadır.
- 6.35.4.** Reçete yazmaya yetkili kişiler; hekimler ve diş hekimleridir.
- 6.35.5.** Kontrole Tabi İlaçların Reçetelenmesinde; Narkotik ilaçlar sadece **“KKTC Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Dairesi”** tarafından karşılanmaktadır.
- 6.35.6.** Yatan hastalar için reçete düzenlenirse ve psikotrop ilaçlar yazılırsa hekimin mührü ve imzası, bashekimin mührü ve imzası, kurumun mührü nun bulunması zorunludur.

6.36. Eczanenin Gündüz Mesaisi Dışında İlaç Teminine yönelik düzenlemeler

- 6.36.1.** Eczane gündüz mesaisi 08:00 – 17:00 , cumartesi 08:00-13:00 saatleri arasındır.



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

6.36.2. Eczaneye sadece yetkili kişiler girebilir.

6.36.3. Eczanenin gece mesaisinde **“Eczanenin Gündüz Mesaisi Dışında İşleyiş Talimatı”**na göre hareket edilir.

6.36.4. Eczane gündüz mesaisi dışında acil bir ilaç istenirse nöbetçi eczacı, eğer ecza depoları açıksa depodan, değilse nöbetçi eczanelerden ilaç teminini organize eder. Alınan ilacın faturası nöbetçi eczacı tarafından girilir ve eczanede güvenli bir yere konur.

6.36.5. Eczanenin gündüz mesai saatleri içinde yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaç talepleri diğer bölümlerden temini yoluna gidilir.

6.37. Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

6.37.1. Hastalarla ve işleyiş düzeni ile ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılması için duruma uygun olarak ilgili form ve/veya **“Olay Bildirim Prosedürü”** ve **“Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü”** ne göre hareket edilir.

6.38. TEMEL PRENSİPLER

6.39. Hastanemizde bulunan eczane “59/1962, 21/1976, 69/1991, 36/1995, ve 23/2004 sayılı yasalarla değiştirilmiş şekliyle “FASIL 254” adı altında “Eczacılık ve Zehirler Yasası” ile 37/2009 sayılı değişiklik yasasıyla değiştirilmiş ve birleştirilmiş şekliyle 18/1999 sayılı “Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği Yasası” uyarınca düzenlenmiş ve ruhsatlandırılmıştır. Bu eczane, ilgili yasalarda belirtilmiş olan Eczacılık vasıflarına sahip bir Eczacı tarafından yönetilir ve verdiği hizmete göre kadrosunu oluşturur.

6.40. Hastanemizde eczane sadece yatan ve ayaktan hasta ilaçlarının verilmesi amacıyla ruhsatlandırılmıştır. Ayaktan tedavi gören ve taburcu olan hastaların ilaçları hastane eczanesinden karşılanmaz.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1. İlaçların Organizasyonu ve Yönetimi Talimatı

7.2. Temel İlaç Listesi

7.3. Hekim Yeni İlaç Talep Formu

7.4. Temel İlaç Listesi Kabul Kriterleri Formu

7.5. Temel İlaç Listesine Yeni Eklenen İlaç Takip Formu

7.6. İlaçların Seçimi ve Temini Talimatı

7.7. Eczanenin Gündüz Mesaisi Dışında İşleyiş Talimatı

7.8. Eczane Yerleşim Planı

7.9. Eczane Depo Yerleşim Planı

7.10. Eczane İlaç Yerleşim Planı

7.11. İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi

7.12. İlaçların Depolanması ve Muhafazası Talimatı

7.13. İlaç Yönetim Planı

7.14. İlaç Yönetim Kontrol Formu

7.15. Sayım Talimatı

7.16. İlaç Stok ve Miad Kontrol Listesi

7.17. Miadı Yaklaşan İlaç Takip Formu

7.18. Acil Arabası Kontrol Formu

7.19. Ambulans Kontrol Formu



İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_P_01	19.06.2023	-	-	22

- 7.20. Acil Arabası (Crash-card) 1.çekmece Yerleşim Planı
- 7.21. Anestezi Arabası Kontrol Formu
- 7.22. Hastanın Evde Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu
- 7.23. Hekim İstem ve İlaç Takip Formu
- 7.24. Yatan Hasta İlaç Orderı Planlama ve Uygulama Takip Formu-Order Cetveli/Uygulama Takip Formu
- 7.25. Terapötik Aralığı Dar Olan İlaçlar ve Etkileşimi En Tehlikeli Olan İlaçlar Listesi
- 7.26. Multidoz İlaçlar Listesi
- 7.27. Sözel İstem Formu
- 7.28. İlaç Uygulamalarında Kullanılmayacak Kısaltmalar Listesi
- 7.29. Okunusu Benzer İlaçlar Listesi
- 7.30. Görünüşü Benzer İlaçlar Listesi
- 7.31. Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- 7.32. Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatı
- 7.33. Işıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi
- 7.34. Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi
- 7.35. İlaçların İadesi Talimatı
- 7.36. İlaçların Hazırlanması ve Dağıtımı Talimatı
- 7.37. Pediatrik İlaçlar Listesi
- 7.38. Acil Kullanılabilecek İlaçların Çocuk Dozları Listesi
- 7.39. Kontrole Tabi İlaçlar Listesi
- 7.40. Narkotik Psikotrop İlaç Nöbet Devir Teslim Defteri
- 7.41. Narkotik Psikotrop İlaç Takip Defteri
- 7.42. Kontrole Tabi İlaç Zayi Formu
- 7.43. Kontrole Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı
- 7.44. Mavi Kod-1 Uygulama Talimatı
- 7.45. Mavi Kod-2 Uygulama Talimatı
- 7.46. Hemşire İzlem Formu
- 7.47. Advers Etki Bildirim Formu
- 7.48. İlaç Hataları Bildirim Formu
- 7.49. Akılcı İlaç Kullanım Politikası
- 7.50. Akılcı İlaç Kullanım Talimatı
- 7.51. İlaç Geri Çekme Formu
- 7.52. Hasta ve Yakınlarının Eğitim Kayıt Formu
- 7.53. Cerrahi Birimlerde Antibiyotik Profilaksi Rehberi
- 7.54. Antibiyotik Kontrolü Talimatı
- 7.55. Olay Bildirim Prosedürü
- 7.56. Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü
- 7.57. Atık Yönetimi Prosedürü