|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KURUMSAL HİZMETLER** | | | | | | | | | | | | | |
| **KURUMSAL YAPI** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | **EVET** | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** | | | |
| **KKU01** | **Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.01.01 | Organizasyon yapısı kurumun amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmış mı? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.01.02 | Organizasyon yapısında en üst yönetimden en alt birime kadar dikey ve yatay ilişkiler tanımlanmış mı? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.01.02 | Organizasyon yapısı sorumluluk ve ilişkiler, dikey ve yatay entegrasyon noktaları, gerektiğinde yetki devrinin nasıl yapılacağını içeriyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.01.03 | Kurum organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması bulunuyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKU02** | **Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.** | **30** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.02.01 | Görev tanımları; birim, görev adı, amir ve üst amirler, görev devri, görev amacı, temel iş ve sorumluluklar, yetkiler hususlarını içeriyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.02.02 | Birim ve kişilere verilen yetki ve sorumluluk arasında uyum bulunuyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKU03** | **Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.** | **30** |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKU04** | **Kurumun misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.04.01 | Kurum misyon, vizyon ve değerleri kamuoyu ile paylaşılmış mı? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKU05** | **Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.** | |  | | --- | |  |   **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.05.01 | Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, kurum amaç ve hedefleri belirlenmiş mi? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU.05.02 | Kurum faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmış mı? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKU06** | **Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.** | **30** |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKU07** | **Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.** | **30** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU07.01 | Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU07.02 | Hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmiş midir? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU07.03 | Kurum dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmiş midir? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKU08** | **Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU08.01 | Kurumun web sitesi var mı? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKU08.02 | Web sitesi asgari ;  Organizasyon yapısı,  kurumun misyon,vizyon ve değerleri,  Kalite Yönetim Birimi ve çalışmaları,  Kuruma ulaşım ve kurum iletişim bilgileri,  Kurumun hizmet verdiği bölüm ve branşlar,  Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları, Varsa özellikli hizmetlere yönelik bilgiler,  Randevu alma bilgileri,  Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar,  Varsa sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler,  Anlaşmalı oldukları kurum bilgilerini içeriyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KALİTE YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | **EVET** | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** | | | |
| **KKY01** | **Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY01.01 | Kalite yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY.01.02 | Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY02** | **Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY02.01 | Kalite Yönetim Direktörü belirlenmiş midir? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY02.02 | Kalite Yönetim Birimi’nin çalışma ofisi var mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY02.03 | Kalite Yönetim Biriminin görev alanı tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY03** | **SKS’nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY03.01 | Sorumlular Kalite Yönetim Direktörü ile koordineli çalışıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY03.02 | Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip ediyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY04** | **SKS ADSH Setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY04.01 | Bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kere olacak şekilde öz değerlendirme yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY04.02 | Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY04.03 | Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY04.04 | Üst yönetim tarafından öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirme ve gerekli iyileştirme yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY05** | **Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.** | **30** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY05.01 | Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY05.02 | Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendiriliyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY05.03 | Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY06** | **Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY06.01 | Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunuyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY06.02 | Komitenin görev alanı tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY06.03 | Komite , düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY06.04 | Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY06.05 | Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY07** | **Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY07.01 | Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunuyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY07.02 | Komitenin görev alanı tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY07.03 | Komite , düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY07.04 | Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY07.05 | Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY08** | **Eğitim Komitesi bulunmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY08.01 | Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunuyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY08.02 | Komitenin görev alanı tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY08.03 | Komite , düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY08.04 | Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY08.05 | Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY09** | **Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.** | **50** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY09.01 | Komitede kurum yönetiminden en az bir kişi bulunuyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY09.02 | Komitenin görev alanı tanımlanmış mıdır? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY09.03 | Komite , düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY09.04 | Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY09.05 | Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY10** | **Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.** | **10** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY10.01 | Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendiriliyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY10.02 | Toplantıya yönelik kayıtlar tutuluyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY11** | **SKS ADSH kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.** | **30** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY11.01 | SKS ADSH Seti kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutuluyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY11.02 | Düzeltici-Önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme yapılıyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY11.03 | Düzeltici-Önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde form vb. bir kayıt sistemi ile izleniyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY12** | **Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.** | **30** |  | | |  | | | |  | | | |
| **KKY13** | **Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.** | **10** |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY13.01 | Tanıtım kartları standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içeriyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
| KKY13.02 | Tanıtım kartları çalışma süresince takılı duruyor mu? |  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |
| **DOKÜMAN YÖNETİM** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** | |
| **KDY01** | **SKS ADSH Setinde yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.01 | Dokümanların formatı belirlenmiş midir? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.02 | Dokümanlar güncel midir? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.03 | Dokümanlar ilgili bölüm tarafından hazırlanıyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.04 | Dokümanlar Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol ediliyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.05 | Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanıyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.06 | Hazırlanan dokümanlar çalışanlara duyurulup, dokümanların güncel hali kullanım alanlarında bulunuyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.07 | Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunuyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY01.08 | İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler veriliyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| **KDY02** | **Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **10** | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY02.01 | Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmiş mi? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY02.02 | Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunuluyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| **KDY03** | **Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **10** | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY03.01 | Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmiş midir? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY03.02 | Dokümanların asılma kuralları çerçevesinde;  Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği,  Dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceğinin tanımlanması,  Dokümanların takibi ile ilgili sorumlulukların belirlenmesi işlemleri yapılıyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY03.03 | Hastalara asılan bilgilendirme dokümanları güncel mi? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY03.04 | Panolar ve panolara asılı dokümanlar, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn ediliyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY03.05 | Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalar, görsel dizayn ediliyor mu? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| **KDY04** | **Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir .** | **10** | |  | | | |  | | | |  | |
| KDY04.01 | Fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış dokümanların muhafaza şekli belirlendi mi? |  | |  | | | |  | | | |  | |
| **KDY05** | **Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.** | **10** | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | |  | |
| **RİSK YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | **EVET** | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** | | |
| **KRY01** | **Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.** | **50** | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY01.01 | Risk yönetim çalışmaları Kalite Yönetim Birimi’nin koordinasyonunda ilgili tüm komitelerle entegre biçimde yürütülüyor mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY01.02 | Risk yönetimi çalışmalarında bölüm kalite sorumluları ile işbirliği yapılıyor mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| **KRY02** | **Kurumda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY02.01 | Risk yönetimi; hasta ve çalışan güvenliği ile tesis ve çevre güvenliğine ilişkin süreçleri kapsıyor mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY02.02 | Risk yönetimi; kurumda karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içeriyor mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY02.03 | Risk yönetimine yönelik ; amaç ve hedefleri ,kapsamı, risk analiz yöntemi, ilgili çalışanların görüşlerinin alınması, tanımlanan risklerin raporlanması, tanımlanan risklerin analizi ve risk yüzey tespiti, gerekli iyileştirme çalışmaları, çalışanların eğitimini içeren doküman mevcut mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| **KRY03** | **Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir** | **50** | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY03.01 | Risk yönetimine ilişkin süreçleri ve unsurları kapsayacak şekilde;  İlgili süreç, faaliyet veya unsur,  Yaşanabilecek riskler,  Risk düzeyi,  Alınacak önlemler,  Sorumlular,  Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimlerini içeren bir plan var mı? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY03.02 | Riskler, bölüm, meslek ve/veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumlularının katılımıyla belirlenmiş midir? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY03.03 | Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) belirlenmiş midir? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY03.04 | Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılıyor mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| **KRY04** | **Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.** | **50** | |  | | |  | | | |  | | |
| **KRY05** | **Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.** | **30** | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY05.01 | Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçiriliyor mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
| KRY05.02 | Risk analizleri yılda en az bir kez yapılıyor mu? |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | | | |  | | |
| **İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **KİO01** | **İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır .** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO01.01 | İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmiş ve hukuka yansımış istenmeyen olaylarında sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO01.02 | Sistem Hasta Güvenliği ve Çalışan Güvenliği olarak iki ayrı modülde ele alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO01.03 | Olayın konusu, olayın içeriği, olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler gibi analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO01.04 | Bildirim,analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO01.05 | Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu mudur**?** |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KİO02** | **Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO02.01 | Bildirim sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda ,özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KİO03** | **Çalışanlara istenmeyen olay bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO03.01 | İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili ;  İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi’nin amacı, önemi ve sorumluluklar,  Sistemin yapısı,  Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği,  Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü,  İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar,  Bildirimin yapılma şekli ve uyulması gereken kuralar,  Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı,  Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin bilgileri içeren tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde eğitimler planlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KİO04** | **İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO04.01 | Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilip olay bazında kök neden analizi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO04.02 | Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanıyor, raporlanıp değerlendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO04.03 | Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KİO04.04 | Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KİO05** | **Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarla çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **ACİL DURUM ve AFET YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **KAD01** | **Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi’nin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD01.01 | Acil durum ve afet yönetimi ile ilgili düzenli aralıklarla toplantılar yapıp, toplantıya ilişkin kayıtlar tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD01.02 | Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenip, sorumluluklar tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD02** | **Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD02.01 | Risk değerlendirmesi doğal ve insan kaynaklı afetlere göre yapılıyor mu?  Yangın, deprem, sel, toprak kaymaları, salgınlar, terör eylemleri, göç, endüstriyel patlama, nükleer ve kimyasal kazalar, savaş gibi afetler için gereken önlemler alınmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD03** | **Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD03.01 | Acil durum ve afet planı aşağıdaki konuları kapsıyor mu?  Acil durumlara karşı olası riskler  Koruyucu önlemler  Kontrol  Erken teşhis ve tespit  Triyaj  Kaynakların yönetimi(hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, arşiv gibi)  Tesisin tahliyesi  Kullanılacak alternatif alanlar  Kullanılacak malzeme temini  Acil durum ve afet malzemeleri envanteri  İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD03.02 | Acil durum ve afet planı kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilip revize ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD04** | **Kuruma ait acil plan krokileri bulunmalıdır.** | **puansız** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD04.01 | Acil durum plan krokileri asgari aşağıdaki bilgileri içeriyor mu?  Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dahil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler,  Acil müdahale setinin bulunduğu yerler ,  Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler,  İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında kurum haricindeki kuruluşların irtibat numaraları . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD04.02 | Acil durum plan krokilerine yönelik çalışanlar bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD05** | **Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD05.01 | Acil durum ve afetlere yönelik aşağıdaki konuları içeren tahliye planı oluşturulmuş mu?  Hasta nakli,  Hastaların güvenli yerlere transferi ,  Geçici yerleştirme alanları,  Mesai saatleri dışında nöbetçilerin yetkilendirilmesi,  Trafik akışı ve güvenlik ,  Hasta izleme sistemleri ,  Taşınabilir jeneratörü ve frenleri de içeren acil ışıklandırma ,  Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD05.02 | Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD06** | **Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD06.01 | Çalışanlara acil durum ve afet yönetimine yönelik ;  Temel afet bilinci,  Yangın söndürücüleri ve hortumların kullanımı (uygulamalı),  YOTA  Acil durum ve afet triyajı konularını içeren eğitimler veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD07** | **Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD07.01 | Oksijen tüplerinin, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi,  Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi,  Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi,  Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması,  Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, sarsıntıdan hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi,  Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt rafa konulması ve rafların malzemeleri engelleyecek şekilde düzenlenmesi. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD08** | **Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.01 | Mavi kod için 2222 olarak belirlenen telefonla ileti sistemi kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.02 | Mavi kod ekibinde kurum yöneticilerinden en az bir kişi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.03 | Ekipte ; en az bir diş hekimi/hekim ve bir sağlık çalışanı bulunuyor mu?  Diş hekimi/hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.04 | Acil müdahale setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenip, takibi yapılıyor mu?  İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.05 | Yapılan müdahale ile ilgili aşağıdaki kayıtlar tutuluyor mu?  Müdahale edilen kişiye ait bilgiler,  Yapılan uygulama ,  Müdahalenin yeri ,  Çağrının yapıldığı zaman,  Ekibin olay yerine ulaşma zamanı ,  Müdahalenin sonucu,  Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.06 | Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef tanımlanmış ve gerçekleşen süreler takip ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.07 | Mavi kod uygulamasına yönelik her dönem tatbikat yapılıp kayıt tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD08.08 | Çalışanlara mavi kodla ilgili eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD09** | **Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD09.01 | Beyaz kod için 1111 olarak belirlenen telefonla ileti sistemi kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD09.02 | Beyaz kod ekibinde kurum yöneticilerinden en az bir kişi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD09.03 | Yapılan müdahale ile ilgili aşağıdaki kayıtlar tutuluyor mu?  Olayın olduğu tarih ve saat ,  Olayın olduğu yer,  Olay anında yapılan iş ,  Olayın başlama nedeni ,  Olayın oluş şekli,  Olayda varsa kullanılan nesne ,  Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar,  Olaya karışanların yaş, cinsiyet, varsa kişisel bilgileri ,  Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD09.04 | Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD09.05 | Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD09.06 | Olaya maruz kalanlara gerekli destek sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD09.07 | Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD10** | **Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD10.01 | Kurumun tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunuyor mu?  Sistemin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  | Acil uyarı sistemi, gerektiğinde ilgili kişileri uyarmaya yönelik görsel ve işitsel fonksiyonlara sahip mi ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  | Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışıyor mu? İtfaiye gibi ilgili birimlerle koordinasyon sağlayacak şekilde mi oluşturulmuş ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD10.02 | Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD10.03 | Kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD10.04 | Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD10.05 | Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD10.06 | Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD11** | **Yangın söndürücülere yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD11.01 | Kurum krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD11.02 | Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş mi ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD11.03 | Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde yangın söndürme tüpü bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD11.04 | Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD11.05 | Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KAD12** | **Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD12.01 | Çatılar belirli aralıklarda temizleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD12.02 | Yangına sebebiyet verecek malzeme ve ekipman var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KAD12.03 | Elektrik aksamının yalıtımı yapılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **EĞİTİM YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **KEY01** | **Kurumda hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **KEY02** | **Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY02.01 | Eğitim planında asgari aşağıdaki hususlar yer alıyor mu?  Eğitim amaç ve hedefleri,  Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği ,  Eğitim yöntemi ,  Varsa eğitimin aşamaları ,  Eğitimin yeri,  Eğitimin süresi  Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar,  Eğitim için gerekli materyaller,  Eğitimin etkinliğini değerlendirme yöntemleri . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY02.02 | Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumunda plan revize ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY02.03 | Yapılan revizyon geriye dönük izlenebiliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KEY03** | **Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY03.01 | Göreve yeni başlayan her çalışana; genel uyum eğitimi ve bölüm uyum eğitimi veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY03.02 | Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY03.03 | Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmış mı ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY03.04 | Verilen eğitimler kayıt altına alınıyor mu ve personel dosyasında saklanıyor mu ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KEY04** | **Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY04.01 | Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY04.02 | Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize ediliyor mu ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY04.03 | Eğitimler plan dahilinde uygulanıyor mu ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY04.04 | Verilen eğitimler kayıt altına alınıyor ve personel dosyasında saklanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY04.05 | İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik bir düzenleme mevcut mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KEY05** | **Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY05.01 | Eğitimin etkinlik ve etkiliğini değerlendirmek için aşağıdaki yöntemler herhangi bir tanesi kullanılıyor mu?  Ön test-Son test,  Öz değerlendirmeler,  Gözlemler ,  Kişilerle yapılan görüşmeler ,  Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler ,  Anketler,  Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri .  (kabul görmüş ölçekler gibi) |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KEY06** | **Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY06.01 | Hasta eğitimlerine yönelik doküman bulunan doküman aşağıdaki konuları içeriyor mu?   Hangi konularda eğitim verileceği   Hangi sıklıkta verileceği   Kimler tarafından verileceği   Nasıl kayıt altına alınacağı |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY06.02 | Hasta ve hasta yakınlarına tedavi ve taburculuk süreçlerine yönelik asgari aşağıdaki konuları içeren eğitimler veriliyor mu?  Kullanılacak ilaçlar,  Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar ,  Varsa bakım ekipmanlarının kullanımı,  El hijyeni ve beslenme ,  Kontrol için ilgili diş hekimine ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KEY06.03 | Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SOSYAL SORUMLULUK** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **KSS01** | **Kurum sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.** | **Puansız** | | |  | | | |  | | | |  |
| KSS01.01 | Kurum hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusundaki farklılıklar ile ulusal ve kültürel sağlık sorunlarını araştırıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| KSS01.02 | Kurum toplum sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenliyor mu ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KSS02** | **Hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlamalı ve uygulanmalıdır.** | **Puansız** | | |  | | | |  | | | |  |
| KSS02.01 | Kurum ,sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler kapsamında bir program uygulanıyor mu?  Örneğin; okul taramaları, ağız ve diş sağlığı ile ilgili halk eğitimleri gibi . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **KSS03** | **Kurum tarafından sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan programın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi izlenmelidir.** | **Puansız** | | |  | | | |  | | | |  |
| KSS03.01 | Program sonuçları kurum tarafından değerlendiriliyor mu? Uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflerin ulaşma derecesi ölçülüyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HASTA ve ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER** | | | | | | | | | | | | | |
| **HASTA DENEYİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **HHD01** | **Hasta haklarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD01.01 | Hasta iletişim birimi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD01.02 | Birim çalışmalarına yönelik sorumlu/sorumlular belirlenip sorumluluklar tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD01.03 | Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenleme yapılmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD01.04 | Hasta iletişim birimlerine yapılan başvuruların değerlendirilmesi, incelenmesi ve sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD02** | **Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD02.01 | Hastalar görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin internet üzerinden bildirim yapabiliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD02.02 | Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kurum ve personelle ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini ne şekilde iletebilecekleri konusunda bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD02.03 | Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilirken aşağıda ki hususlara dikkat ediliyor mu?  Değerlendirmelerde kalite yönetiminden ve yönetimden bir kişi yer almalıdır.  Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.  Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır.  Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır.  Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.  Görüş, öneri ve şikayeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD03** | **Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD03.01 | Hasta geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içeriyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD03.02 | Anketler asgari belirlenen aralıklarda yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD03.03 | Anketleri uygulayacak kişiler belirli mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD03.04 | Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecinde üst yönetimin katılı mı sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD04** | **Hasta ve hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD04.01 | Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve bilgilendirmeye ilişkin kurallar belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD04.02 | Hasta ve hasta yakını asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmiş midir?  Hastanın genel durumu ,  Tedavi süreci ,  Bakım uygulamalarının seyri ,  Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD04.03 | Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD04.04 | Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta ve hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD04.05 | Tedavisi tamamlanan hasta ve/veya hasta yakınlarına; hastanın kullandığı ilaçlar, tedavi sonrası dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm konularda bilgilendirme yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD05** | **Her türlü müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD05.01 | Rıza formu aşağıdaki bilgileri içeriyor mu?  İşlemin kim tarafından yapılacağı ,  İşlemden beklenen faydalar ,  İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek durumlar ,  Varsa işlemin alternatifleri,  İşlemin riskleri ve komplikasyonları ,  İşlemin tahmini süresi,  Kullanılacak ilaçların önemli özelliği ,  Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri ,  Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği ,  Hastanın adı, soyadı ve imzası ,  İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası  Rızanın alındığı tarih, saat vb. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD05.02 | Engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD06** | **Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD06.01 | Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel,psikolojik ve sosyal mahremiyeti dikkate alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD06.02 | Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engelleniyor mu?  Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD06.03 | Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içinde yürütülüyor mu?  Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösteriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD06.04 | Hastanın sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD06.05 | Tüm kurum çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda bilgi veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD07** | **Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD07.01 | Hastaların hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD07.02 | Kurumda bulunan hekimler ve ihtisas alanları tanıtılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD08** | **Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hastanın rızası alınmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD09** | **Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD09.01 | Hasta söz konusu bilgilere hizmet alırken ya da hizmet alımı sonrasında ulaşabiliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD09.02 | Tıbbi kayıtların, hangi durumlarda hasta ve yakını ile paylaşılabileceği belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD10** | **Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHD11** | **Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD11.01 | Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHD11.02 | Özellikle hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, hasta ziyaretlerine ilişkin özel düzenlemeler bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HİZMETE ERİŞİM** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **HHE01** | **Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE01.01 | Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE01.02 | Birimde sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman (kurum bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE01.03 | Bu birimde çalışanların kıyafetleri, kurumda çalışan diğer çalışanlardan ayırt edici şekilde farklı mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE01.04 | Birimde çalışanlara yılda en az bir kez hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHE02** | **Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE02.01 | Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı bir birim var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE02.02 | Birimde, ilgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE02.03 | Bu birimde çalışanlara da hizmet sunum süreçlerine ilişkin yılda en az bir kez eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHE03** | **Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE03.01 | Hastaların muayene olacağı zaman aralığı belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE03.02 | Hasta ne kadar bekleyeceği ve muayene zaman aralığı konusunda önceden bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHE04** | **Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE04.01 | Randevu verme süreleri kurum tarafından belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE04.02 | Hasta ve/veya yakınları randevu süreleri hakkında bilgilendirilmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE04.03 | Randevu verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip ediliyor mu?  Gecikmelerle ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılıp, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HHE05** | **Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE05.01 | Yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırmaları sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HHE05.02 | Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **HSÇ01** | **İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **puansız** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ01.01 | Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ01.02 | Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ02** | **Kurumun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ02.01 | Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ02.02 | Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim,bilgi,beceri gibi) yer veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ02.03 | İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde talep edilecek olan bilgi ve belgeler ile değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basmaklar belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ03** | **Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ03.01 | İhtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ03.02 | İşe alım süreçleri ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ03.03 | Personel , kurum ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak mı ilgili birimlerde istihdam ediliyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ03.04 | Kurumda gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş kişiler tarafından mı sunuluyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ04** | **Çalışanlara yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.** | **puansız** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ04.01 | Performans kriterleri belirlenirken, çalışanlara yönelik hazırlanan iş tanımları dikkate alınıp, hizmet sunum alanları, meslek grupları gibi faktörler göz önünde bulunduruluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ04.02 | Çalışanlar performans kriterleri hakkında bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ04.03 | Kurum tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ04.04 | Çalışan performansını artırmak için hizmetin aksamasına yol açmayacak şekilde eğitimler veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ05** | **Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ05.01 | Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla mı belirleniyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ05.02 | Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe, zaman ve fiziki koşullar gibi gereklilikler belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ05.03 | Hedeflere ilişkin üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ06** | **Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ06.01 | Kurum ve bölüm bazında risk değerlendirilmesi yapılıyor mu?  (fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskler) |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ06.02 | Kurum ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanıp uygulanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ06.03 | Çalışanların güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ06.04 | Çalışanlara istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ06.05 | Çalışanlara yönelik şiddet riski ve girişimi varlığında, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasına yönelik düzenleme bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ07** | **Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ07.01 | Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ07.02 | Sağlık taramaları sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ07.03 | Sağlık tarama sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ07.04 | Sağlık tarama sonuçlarında olumsuzluk tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ08** | **Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ08.01 | Bölüm bazında kullanılması gereken koruyucu ekipmanlar belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ08.02 | Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ08.03 | Kişisel koruyucu ekipmanlar konusunda personelin eğitimi var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ09** | **Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkanlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ09.01 | Çalışanların beklentileri de dikkate alınarak, fiziksel koşullar, kullanılan malzeme ve cihazlar ile çalışma süreçleri hakkında iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu?  Çalışanlar için dinlenme alanları bulunuyor mu?  Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolapları bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ09.02 | Çalışanların; dini inançlarına yönelik ihtiyaçları karşılanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ09.03 | Çalışanlar için okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, kurum çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamını iyileştirecek faaliyetler yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ10** | **Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ11** | **Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ11.01 | Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerine yönelik düzenleme yapılmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ11.02 | Çalışanlar ; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet sürecinde karşılaştıkları sorunlar ya da kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ11.03 | Değerlendirmeler aşağıda belirtildiği gibi mi yapılmaktadır?  -Değerlendirmelerde, Kalite Yönetim Direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer alıyor mu?  -Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendiriliyor mu?  -Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimlere en kısa sürede dönüş sağlanıyor mu?  -Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılıyor mu?  -Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilip önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanıyor mu?  -Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana gerektiğinde geri bildirimde bulunuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **HSÇ12** | **Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ12.01 | Çalışan geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içeriyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ12.02 | Belirli aralıklarla anketler yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ12.03 | Anket uygulayacak kişiler belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| HSÇ12.04 | Anket sonuçları değerlendirilip üst yönetimin de katılımı ile gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAĞLIK HİZMETLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **SEN01** | **Enfeksiyonların önlenmesine yönelik “Enfeksiyon Kontrol Komitesi” oluşturulmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN01.01 | Enfeksiyon Kontrol Komitesinde görev alacak sorumlular belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN01.02 | EKK’nın görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN02** | **Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN02.01 | Enfeksiyon programı aşağıda belirtilen konuları kapsıyor mu?  -Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi ,  -El hijyeni ,  -İzolasyon önlemleri ,  -Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal sürveyans ve kontrol sistemine bildirilmesi ,  -Akılcı antibiyotik kullanımı ,  -Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi ,  -Çalışanların mesleki enfeksiyonu,  -Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyonların önlenmesi ,  -Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılması ,  -Çamaşırhane, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi ,  -Yemek hizmetleri ile ilgili tüm süreçlerde gıda güvenliğinin sağlanması . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN03** | **Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN03.01 | Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler veriliyor mu?  -Eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu; meslek grupları ile çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanıyor mu?  -Eğitim programlarının, etkin ve verimli bir şekilde düzenlenmesi sağlanıyor mu?  -El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanları asgari aşağıdaki konuları kapsıyor mu?  -El hijyeninin önemi,  -El hijyeni endikasyonları ,  -El hijyeni sağlama yöntemleri .  -Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar,  -El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler,  -Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri . |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN04** | **El hijyenini sağlamaya yönelik malzemeler bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN04.01 | El antiseptiği, hasta bakım alanında çalışanların kolay ulaşabileceği bir konumda mı bulunuyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN04.01 | El antiseptiği, hasta bakım alanında çalışanların kolay ulaşabileceği bir konumda mı bulunuyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN05** | **Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN05.01 | 5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılıyor mu?  Gözlem yapılırken aşağıdaki kurallara uyuluyor mu?  -Gözlemler tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır.  -Gözlemler üç ayda bir analiz edilmelidir.  -Epidemi şüphesi ya da riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı arttırılmalıdır. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN06** | **İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmadır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN06.01 | Enfekte ya da kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN07** | **Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmedir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN07.01 | Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hususları da içerecek şekilde tanımlanmış mıdır?  -Uygulama zamanı ,  -Uygulama kapsamı ,  -Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal ,  -Uygulamaların etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN08** | **Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.01 | Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.02 | Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.03 | Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlarda, uygun havalandırma koşulları sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.04 | Dezenfektanların bulunduğu konteynırların kapakları kapalı tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.05 | Dezenfektanların hazırlandığı konteynırların üzerinde hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.06 | Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu (MEK) indikatörlerle günlük olarak kontrol edilip kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.07 | Dezenfektanların kullanımı hakkında kullanıcılara eğitim verildi mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN08.08 | Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN09** | **Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN09.01 | Bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı temas öncesi bağışıklık sağlanması ve rutin taramalar yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN09.02 | Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SEN09.03 | Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN10** | **Enfeksiyon önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **SEN11** | **Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **STERİLİZASYON HİZMETLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **SSH01** | **Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH01.01 | Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik asgari aşağıdaki konuları içeren doküman var mı?  -Ünitede yer alan fiziki alanlar,  -Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları .  -Aletlerin;  Üniteye transferini,  Ön temizlik ve dekontaminasyonu ,  Hazırlık ve bakım alanına taşınması ,  Sayımı, bakımı ve kontrolü ,  Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması ,  Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması,  -Yıkama ve sterilizasyon etkinliğinin kontrolü,  -Cihazların günlük temizliği ve periyodik bakımı. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SSH02** | **Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH02.01 | Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril depolama alanları ile destek alanlar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH02.02 | Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmiş mi?  Sıcaklık 22 °C, nem % 60’ı aşmayacak şekilde kontrolü sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH02.03 | Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, derzsiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH02.04 | Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru mu sağlanıyor?  Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlanıyor mu?  Hava türbülansı oluşturabilecek herhangi bir yöntem kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH02.05 | Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler, sterilizasyon süreçlerinin güvenlik ve etkinliğinin sürdürülmesini sağlayacak şekilde oluşturulup; rutin kontrolleri yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH02.06 | Kirli, temiz ve steril depolama alanları arasındaki geçiş noktalarında el antiseptikleri var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SSH03** | **Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH03.01 | Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak mı sterilizasyon ünitesine kabul ediliyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH03.02 | Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH03.03 | Yıkama sonrası yıkama etkinliği değerlendiriliyor mu?  Yıkama dezenfektör cihazlarının döngü raporları her yıkama sonrası değerlendiriliyor mu?  En az haftada bir kimyasal indikatör veya protein varlığını saptayan testler ile yıkama etkinlik kontrolü yapılıyor mu?  Yıkama kullanımda olan lümenli aletleri de kapsıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH03.04 | Malzemeler , malzeme listesi ile temiz alana teslim ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH03.05 | Malzemeler temiz alanda mı paketleniyor?  Tekstil malzemeleri diğer malzemelerden ayrı bir alanda mı paketleniyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SSH04** | **Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH04.01 | İşleme girmiş ya da girmemiş her paket üzerinde işlem indikatörü bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH04.02 | Her pakete, paket içeriğine uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH04.03 | Biyolojik indikatör kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SSH05** | **Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **SSH06** | **Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH06.01 | Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH06.02 | Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie&Dick testi uygulanıp kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SSH07** | **Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.** |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH07.01 | Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH07.02 | Steril malzemenin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunuyor mu?  Steril paketler hasar görmeyecek şekilde ve son kullanma tarihi dikkate alınarak raflara yerleştiriliyor mu?  Paketlerin sıkıştırılması veya çok fazla paketin üst üste konma durumuna dikkat ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SSH08** | **Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; cihaz,zaman, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH08.01 | Sterilizasyon işlemi uygulanan malzeme ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılıyor mu?  Kullanılan indikatör ve maruziyet bandının kontrol sonucuna ilişkin bilgi,  Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi,  Sterilizasyon cihazına bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları ,  Cihaz döngü kayıtları,  Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick testi gibi) ,  Biyolojik indikatör sonucu ,  Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi ,  Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi,  (Varsa) Diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SSH08.02 | Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabiliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **İLAÇ YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **SİY01** | **Kurumda ilaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY01.01 | Kurumda ilaç yönetiminden sorumlu bir ekip kurulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY01.02 | Ekibin sorumlulukları asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmış mı?  -İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi ,  -Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması ,  -Akılcı antibiyotik kullanım ilkelerinin belirlenmesi ve “Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi” hazırlanması. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY02** | **İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY02.01 | İlaç yönetimi ile ilgili asgari aşağıdaki süreçlere yönelik kurallar belirlemiş mi?  -İlaçların temini ,  -İlaçların muhafazası ,  -İlaç istemleri ,  -İlaçların hazırlanması,  -İlaçların transferi ,  -İlaç uygulamaları ,  -Advers etki bildirimleri ,  -İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler ,  -Yüksek riskli ilaçların yönetimi . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY03** | **İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.01 | İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sonlandırılmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.02 | Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.03 | İlaçların yerleşiminde, tavan,taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunuyor mu?  Yerleştirme ilacın cinsine göre mi yapılmış?  Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlı mı?  Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.04 | Depo ve buzdolaplarına ait yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir ve güncel mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.05 | İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.06 | Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.07 | İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmiş mi?  Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri BYS’ de takip ediliyor mu?  Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda BYS’de uyarıcı düzenleme bulunuyor mu?  Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik BYS’de uyarıcı düzenleme bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY03.08 | İlaç miatları düzenli olarak manuel olarak kontrol ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY04** | **İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY04.01 | İlaç istem süreci, istemle ilgili kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY04.02 | Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı hekim tarafından günlük olarak yazılıp onaylanıyor mu?  -Günlük olarak hazırlanması mümkün olmayan ya da etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmiş ve söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmış mı?  -Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunuyor mu?  -Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza var mı? BYS’de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın elektronik imza yerine mi kullanılıyor?!!! |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY04.03 | Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içeriyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY04.04 | Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planı, BYS eczane modülünde de görülüyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY04.05 | Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirleniyor, listeleniyor ve istem süreçlerinde etkin uygulanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY04.06 | Sözel istem ile ilgili kurallar asgari aşağıdaki bilgileri içeriyor mu?  -Hangi durumlarda sözel istem uygulanabileceği,  -Sözel istem uygulanmayacak ilaçlar,  -Sözel istem yapılması ve istemin uygulanması durumunda dikkat edilecek hususlar ,  -Sözel istemlerin en fazla kaç saat içerisinde yazılı hale gelmesi gerektiği . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY05** | **İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY05.01 | İlaçların eczaneden çıkışına yönelik bir düzenleme bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY05.02 | İlaçlar eczanede her hasta için ayrı olacak şekilde paketleniyor mu?  İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen paketler içinde var mı?  Bölünmüş ambalaj (kesilmiş blister tablet gibi) içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde mi paketlenip etiketleniyor?  Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz ve miat bilgileri bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY06** | **İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY06.01 | İlacın güvenli transferi için gerekli donanım bulunuyor mu ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY06.02 | Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY06.03 | Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY07** | **İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY07.01 | Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebiliyor mu?  Hemşire kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer alıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY07.02 | İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından mı uygulanıyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY07.03 | İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi ile uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanıyor mu, doğrulamanın nasıl yapılacağı kurum tarafından tanımlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY07.04 | İlaç uygulaması sonrası hastaların klinik durumu izleniyor mu?  Gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY08** | **Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY08.01 | Farmakovijilans sorumlusu belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY08.02 | Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi TÜFAM’ a bildirilmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY08.03 | Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler Farmakovijilans sorumlusuna bildiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY08.04 | Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler TÜFAM’a bildiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY09** | **Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY09.01 | Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY09.02 | Listeler kullanım alanında bulunuyor ve etkin kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY09.03 | Acil pediatrik ilaçlar, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar ve yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY09.04 | Orjinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY10** | **Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY10.01 | Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY10.02 | Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılıyor mu |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY11** | **Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçlara ilişkin düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY11.01 | Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar teslim alınıyor, miat ve fiziksel durum açısından kontrol ediliyor ve dosyasına kaydediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY11.02 | Hastaların yanlarına getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ilaçların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar kurum tarafından belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY12** | **Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY12.01 | Eczaneye iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY12.02 | İade edilen ilaçların kaydı tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY13** | **İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY13.01 | İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SİY13.02 | İlaç hataları ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SİY14** | **İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | 30 | | |  | | | |  | | | |  |
| **HASTA BAKIMI** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **SHB01** | **Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB01.01 | Hasta bakımına ilişkin süreçlere yönelik doküman var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB02** | **Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB02.01 | Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve diş hekimi tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular, planlanan tedavi ile varsa koruyucu tedaviye yönelik plan kurum tarafından belirlenen formatta ve içerikte kayıt altına alınıyor mu?  Kayıtlara gerektiğinde geri dönülüyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB02.02 | Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendiriliyor mu?  Değerlendirme sonuçları eş zamanlı olarak kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB02.03 | Bölüme özgü olarak; yatan hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılıyor mu?  (ağrı şiddeti, bilinç düzeyi takibi gibi) |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB03** | **Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB03.01 | Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB03.02 | Bakım planı hastanın hekimi tarafından ilgili disiplinler ile koordine edilerek, en az aşağıdaki bilgileri dikkate alarak hazırlanıyor mu?  Hastanın bakım ihtiyaçları ,  Bakım ihtiyacına yönelik hedefler ,  Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar ,  Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB03.03 | Hastanın bakımı sırasında meydana gelen değişiklikler/ gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılıyor ve gerekirse bakım planı güncelleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB04** | **Yatan hasta ve hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB04.01 | Hasta ve hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin hususlar açısından bilgilendiriliyor mu?  -Kahvaltı ve yemek saatleri ,  -Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar ,  -Hastanın hakları ,  -Ziyaret saatleri ve kuralları ,  -Telefon kullanımı ,  -Hasta yatağı kullanımı ,  -Hemşire çağrı sistemi kullanımı ,  -Tuvalet-banyo kullanımı,  -Diş hekimi vizitleri,  -Acil durum planı . |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB05** | **Hasta ve hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB05.01 | Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta ve hasta yakınına kendini tanıtmalıdır. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB05.02 | Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı(uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir kullanımı gibi) oluşturuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB06** | **Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB06.01 | Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılmalı, bilgilendirme içeriği hastanın ihtiyacına göre belirleniyor mu?  -El hijyeni  -Enfeksiyonların önlenmesi  -Beslenme  -Oral hijyen  -Protezlerin kullanımı ve hijyen  -Hastaların seyri  -İlaçların kullanımı  -Bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB06.02 | Verilen eğitimler kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB07** | **Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB07.01 | Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin dokümanlar bulunuyor mu?  -Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı  -Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı  -Kullanılacak kimlik doğrulama aracına ilişkin kurallar  -Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği gibi |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB07.02 | Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB08** | **Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB08.01 | Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken tanımlayıcılar kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB08.02 | Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB09** | **Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB09.01 | Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik dokümanlar var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB09.02 | Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve kurum bazlı önlemler alınmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB09.03 | Düşme riski yüksek olan hastalar, dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB09.04 | Hasta ve hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB09.05 | Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik güvenlik raporlama sistemine bildirim yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB09.06 | Gerçekleşen düşme olayları izlenip gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB10** | **Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB10.01 | Hastaların güvenli transferine yönelik doküman bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB10.02 | Transfer için uygun ekipman bulunup, kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB10.03 | Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde mi gerçekleştiriliyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB10.04 | Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve eksiksiz şekilde iletiliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB10.05 | İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB11** | **Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB11.01 | Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB11.02 | Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin minimum içeriği kurum tarafından belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB12** | **Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB12.01 | Konsültasyonların uygulanmasına yönelik tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB12.02 | Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB12.03 | Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB12.04 | Konsültasyon süreci, ilgili primer diş hekimi tarafından kontrol ediliyor mu?  Konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB13** | **Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler kayıt altına alınmış ve hastaların tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB14** | **Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB14.01 | Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenip, ilgili çalışanlar hasta ile ilgili bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB14.02 | Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik aşağıdaki önlemler alınıyor mu?  -Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar daha sık aralıklarla gözlenmelidir.  -Gerektiğinde sağlık çalışanlarının hastaya kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.  -Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir.  -Gerekli görülen hastalarda hasta bakımına yönelik uygulamalar psikiyatri konsültanı ile birlikte belirlenmelidir. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB15** | **Özellikle hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB15.01 | Kurum özellikli hasta grupları belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB15.02 | Belirlenen özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB16** | **Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB16.01 | Bölümlerde acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB16.02 | Acil müdahale seti sağlık hizmeti sunum alanlarında ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB16.03 | Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmiş ve takip ediliyor mu?  İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB17** | **Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.01 | Planlı ve acil ameliyatlar öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenip, gereken planlamalar yapılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.02 | Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendiriliyor mu?  Değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli premedikasyon planlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.03 | Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılıyor mu?  Hasta rızası yazılı olarak alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.04 | Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.05 | Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.06 | Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreçler tanımlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.07 | ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin “Kinikten Ayrılmadan Önce” bölümü dolduruluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB17.08 | Cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SHB18** | **Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB18.01 | Hastaların cerrahi uygulama sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB18.02 | Hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB18.03 | Hasta postoperatif dönemde yakından izlenip , izlemler kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SHB18.04 | Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutuluyor mu?  Bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **RADYASYON GÜVENLİĞİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **SRG01** | **Radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG01.01 | Kurum radyasyon güvenliği sorumlusu ve sorumlulukları belirli mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG01.02 | Denetimli alan içeren bölümlerde, radyasyon güvenliği bölüm sorumluları belirli mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SRG02** | **Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG02.01 | Radyasyon alanları tanımlanarak radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alan olarak sınıflandırılmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SRG03** | **Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG03.01 | Yetkili kurum ya da kuruluşlara lisanslama işlemi yaptırılmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG03.02 | Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları mevcut mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG03.03 | Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG03.04 | Bekleme salonları radyasyon alanının dışında mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG03.05 | Radyasyon yayan portable cihazların kullanımında radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SRG04** | **Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmeli ve ilgili çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **SRG05** | **Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.01 | Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.02 | Hasta yakınları görüntüleme alanına alınırken gerekli önlemler alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.03 | Radyasyon koruyucuların, en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldükçe kontrollerini yapılıp radyoloji uzmanına onaylatılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.04 | Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendiriliyor mu?  Koruyucu tedbirler alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.05 | Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.06 | Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.07 | Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG05.08 | Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesinin ışınlanmasına dikkat ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SRG06** | **Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG06.01 | Çalışanlar koruyucu donanım kullanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SRG06.02 | Çalışanlar dozimetre kullanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SRG07** | **Radyoloji ünitesi dışında yapılan çekimlerde hastaların ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| **SRG08** | **Radyasyon uygulaması yapılan alanlarda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **PROTEZ LABORATUVARI HİZMETLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **SPL01** | **Protez laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL01.01 | Kurum içerisinde yapılacak protetik işlemler tanımlanmış ve bu iş tanımına uygun fiziksel alt yapı sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL01.02 | Protez laboratuvarında; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem sonrası protezin teslimi gibi süreçler için gerekli alanlar ve bu alanlara yönelik kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL01.03 | Tanımlanan alanlara ilişkin personel giriş çıkış kuralları belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL01.04 | Tanımlanan alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL01.05 | Havalandırma siteminin düzenli olarak bakımı yapılıyor mu?  Gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SPL02** | **Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL02.01 | Ölçü alımı ile ilgili kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL02.02 | Protetik Materyalin Transferi ile ilgili kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL02.03 | Protetik materyalin laboratuvara kabulü ve işleme hazırlanması ile ilgili kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL02.04 | Ölçünün yenilenmesine dair kurallar belli mi?  Bu kurallar diş hekimlerine bildirilmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL02.05 | İlgili sağlık çalışanlarına ; protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SPL03** | **Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL03.01 | Modelin oluşturulmasına ilişkin aşamalar tanımlanmış mı?  Aşamalara ilişkin kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL03.02 | Model oluşturulduktan sonra protezin tamamlanmasına kadar tüm aşamalar tanımlanmış mı?  Aşamalara ilişkin kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL03.03 | Belirlenen kurallara ilişkin çalışanlara eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL03.04 | Protezin uygunluğuna ilişkin kriterler değerlendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SPL04** | **Protez laboratuvarında protez yapım sürecinde kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL04.01 | Cihazların ve malzemelerin yönetimine yönelik olarak bir plan oluşturulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL04.02 | Tüm cihazların envanteri bulunuyor mu?  Periyodik bakım ve kalibrasyonu yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL04.03 | Cihaz bilgilerini içeren doküman ve kayıtlar güncel mi?  Bu cihazların kullanımı ile ilgili çalışanlara eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL04.04 | Cihazlara ilişkin aşağıdaki bilgilere ulaşılabiliniyor mu?  -Kullanım kılavuzu ,  -Cihaza ait kalibrasyon kayıtları ve sertifikaları ,  -Kalite kontrol sonuçları ,  -Cihaz bakım formları ,  -Arıza bildirim formları ,  -Firma iletişim bilgileri. |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL04.05 | Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL04.06 | Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL04.07 | Malzemelerin güvenli ve verimli kullanımına yönelik kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SPL05** | **Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL05.01 | Protez, laboratuvar tarafından, protez teslim raporu ile mi teslim ediliyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL05.02 | Protez teslim raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SPL06** | **Hasta, protez teslim süreleri ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL06.01 | Protez teslim süreleri kurum koşulları ve ihtiyaçları gözetilerek belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL06.02 | Hastalar protez teslim süresi konusunda bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL06.03 | Herhangi bir nedenle protezin teslimi ile ilgili bir gecikme söz konusu olduğunda hasta bilgilendirilmesinin nasıl yapılacağı belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL06.04 | Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SPL07** | **Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL07.01 | Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SPL07.02 | Protez laboratuvarı bilgi yönetim sisteminde protez yapım süreci ile ilgili kayıtlar tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **AMELİYATHANE** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **SAH01** | **Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH01.01 | Ameliyathane süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH02** | **Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH02.01 | Hasta ve personel girişi ayrı mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH02.02 | Ameliyathanede alanlar en az üç farklı kategoride ele alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH02.03 | Alanların özelliklerine uygun kurallar belirleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH02.04 | Duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun özellikte mi, ameliyat odasında; duvar birleşim noktalarının düzgün, köşesiz ve çıkıntısız olması sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH03** | **Ameliyathanede , sıcaklık ve nem değeri izlenmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH03.01 | Ameliyat odalarının sıcaklık ve nem değerleri gerçekleştirilen ameliyat türüne göre belirleniyor mu?  Sıcaklık ve nem ayarları yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH03.02 | Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem kontrolleri gerçekleştiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH04** | **Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH04.01 | Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH04.02 | Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapılmalı ve bunlardan en az 3’ü (%20) temiz hava ile olmalıdır. Buna dikkat ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH04.03 | Düzenli aralıklarla, havalandırma sisteminin performans testleri yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH04.04 | Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılıyor mu?  Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH05** | **Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH05.01 | Ameliyathane içi ameliyat odalarında tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile destekleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH05.02 | Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirli mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH05.03 | Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH06** | **Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç düzeyleri izlenmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH07** | **Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH07.01 | Operasyon öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi yapılma durumu kontrol ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH07.02 | ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH08** | **Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH08.01 | Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi uygulanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH08.02 | Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH09** | **Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH10** | **Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH10.01 | Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örnekleri doğru ve eksiksiz olarak etiketleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH10.02 | Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| SAH10.03 | İlgili çalışanlara eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **SAH11** | **Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri(tv, monitör gibi) bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DESTEK HİZMETLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **TESİS YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **DTS01** | **Bina turları yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY01.01 | Bina turlarını yapmak üzere yönetimden en az bir kişinin de olduğu bir ekip oluşturulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY01.02 | Üç ayda bir bina turu yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY02** | **Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY02.01 | Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY02.02 | Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY02.03 | Tesis kaynaklı düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY03** | **Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY03.01 | Kurum dışında, kuruma ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY03.02 | Kurum krokileri bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY03.03 | Okunabilir ve işlevsel yönlendirme işaretleri bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY04** | **Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY04.01 | Acil çıkış levhaları bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY04.02 | Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY05** | **Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY05.01 | Kayıt ve halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer var mı?(olmaması gerekmektedir) |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY06** | **Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY06.01 | Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY06.02 | Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımları kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY06.03 | Acil durumlarda yaşlı ve engelli kişilerin kurumdan tahliyesine yönelik düzenleme yapılmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY07** | **Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY07.01 | Kurum bahçesinde oturma alanları bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY07.02 | Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY07.03 | Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY08** | **Kurumda su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY08.01 | Kurumda su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmesine yönelik alternatif kaynaklar ile kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY09** | **Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY09.01 | Düzenli aralıklarla asansör bakımları yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY09.02 | Asansörlerin yıllık kontrolleri yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY09.03 | Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY10** | **Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY10.01 | Havalandırma ve hava filtreleme sistemlerinin enfeksiyonların önlenmesi açısından izlemi, gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DYT10.02 | Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY11** | **Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY11.01 | Kurum trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DYT11.02 | Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY11.03 | Kesintisiz güç kaynağına(UPS) bağlı prizler tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY11.04 | Prizler sabitlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY11.05 | Çocuk hastaların hizmet aldığı bölümlerdeki tüm prizlerde priz koruması var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY11.06 | Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY12** | **Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY12.01 | Su depoları, İnsan sağlığı açısından güvenilir bir malzemeden mi yapılmış? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY12.02 | Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY12.03 | Haftalık klor ölçümleri yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY12.04 | Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından kurum tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY13** | **Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY13.01 | Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY14** | **Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY14.01 | Taşınabilir gaz konteynırları dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz konteynırları dahil olmak üzere sıkıştırılmış gaz konteynırları zincirlenmiş ya da uygun biçimde sabitlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY14.02 | Üretici firma tarafından kuruma teslim edilen sıkıştırılmış gaz konteynırları zincirlenmiş ya da uygun biçimde sabitlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTY14.03 | Sıkıştırılmış gaz konteynırları doluluk, sızdırmazlık gibi konulara yönelik kontrolleri yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTY15** | **Otoklav, buhar kazanı, kompresör,kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **OTELCİLİK HİZMETLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **DOH01** | **Kurumun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH01.01 | Kurumun tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyonların önlenmesi açısından risk düzeyleri belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH01.02 | Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH01.03 | Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH02** | **Kurumun temizliği sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH02.01 | Kurumun tüm alanlarını kapsayan temizlik planı bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH02.02 | Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol ediliyor mu?  Temizlik aralıkları ve kontrol sorumluları var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH02.03 | Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH03** | **Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH03.01 | Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri ayrı mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH03.02 | Mutfak taban ve duvarları, yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH03.03 | Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip mi?  İçeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH04** | **Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH04.01 | Yiyeceklerin güvenli tedarikine ilişkin kurallar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH04.02 | Gıda türlerine göre depolama koşulları(sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH05** | **Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH05.01 | Yemekler, hastaların bakım gereksinimleri doğrultusunda hazırlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH05.02 | Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH05.03 | Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanlara, gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH05.04 | Hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınıp , uygun koşullarda en az 72 saat saklanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH06** | **Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH06.01 | Yemekler türlerine göre uygun ısıda sunuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH06.02 | Yemekler üstü kapalı olarak taşınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH06.03 | Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek arabaları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH06.04 | Yemek dağıtımı yapan personel; bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH07** | **Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH07.01 | Kurumda kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH07.02 | Çamaşırlar kapalı sistemlerde taşınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH07.03 | Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmiş mi?  Ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH07.04 | İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH08** | **Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH08.01 | Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip mi?  Kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları birbirinden ayrılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH08.02 | Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH08.03 | Çamaşırhanede çalışanların güvenlik ve konforu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılıyor mu?  Uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH08.04 | Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH09** | **Yatarak tedavi olan hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH09.01 | Hasta odaları güvenli ve konforlu şekilde tasarlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH09.02 | Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH09.03 | Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kanepe/yatak bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH10** | **Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personellerine kolay ulaşılabilmesi sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH10.01 | Hasta odalarında yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH11** | **Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH11.01 | Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde mi tasarlanmış? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH11.02 | Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH11.03 | Kişisel temizlik alanlarında, sıvı/köpük sabun, kağıt havlu, tuvalet kağıdı ve poşetli çöp kutusu bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH12** | **Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH12.01 | Bekleme alanları temizliğine, havalandırmasına ve aydınlatma koşullarına dikkat ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH13** | **Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH13.01 | Muayene odalarının temizliğine, havalandırmasına, iklimlendirmesi ve aydınlatmasına dikkat ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH13.02 | Muayene odası girişinde hekimin adı, soyadı varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH13.03 | Muayene odasında , hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH13.04 | Muayene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli düzenleme yapılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH13.05 | Hastalar, belirlenmiş bir sistem dahilinde ve sıra ile muayene odasına çağırılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH14** | **Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH14.01 | Bebek bakım ve emzirme odasında fiziki ortamın uygun koşullar içeriyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH14.02 | Bebek bakım ve emzirme odalarında, emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DOH15** | **Hasta / hasta yakını ile çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH15.01 | Kurumun belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH15.02 | Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DOH15.03 | Kurumda olası bebek ve çocuk kaçırma olaylarına yönelik risk analizleri yapılıyor mu?  Konuyla ilgili gerekli tedbirler alınmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **DBY01** | **Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY01.01 | Bilgi Yönetim Sistemi politikasına ilişkin yazılı doküman mevcut mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY02** | **Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY02.01 | Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY02.02 | Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin rol grupları ve yetkileri belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY02.03 | Her kullanıcının Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmış mıdır? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY02.04 | Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili bilgilendiriliyor mu?  Bilgilendirmeler ve yetki düzeyleri kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY03** | **Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY03.01 | Bilgi Yönetim Sistemine yönelik olarak, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY03.02 | Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY04** | **Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY04.01 | Süreçlerde karşılaşılan sorunlar kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY04.02 | Sorunlar ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılıyor mu ve bu çalışmalar kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY04.03 | Bilgi Yönetim Sisteminde meydana gelebilecek olası sorunlar ve çözüm süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY05** | **Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY05.01 | Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY05.02 | Şifre kullanımına yönelik kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY05.03 | Bilgi Yönetim Sistemi kullanıcılarına yönelik gizlilik sözleşmesi var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY06** | **Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılabilirlik açısından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY07** | **Bilgi Yönetim Sistemi etkin kullanılabilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY07.01 | Bilgi Yönetim Sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY07.02 | Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY08** | **Bilgi Yönetim Sistemi(BYS)’nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY08.01 | BYS’de, farklı hizmet süreçlerine yönelik gerekli modüller oluşturuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY08.02 | Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler BYS üzerinden gerçekleştirilebiliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY08.03 | BYS üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY08.04 | Personel modülünde, çalışanlara ilişkin güncel bilgi ve belgeler bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY09** | **Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY09.01 | Düzeltme ve iptal kayıtları tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY09.02 | Toplanan tüm tıbbi bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılabiliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY10** | **Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY10.01 | Yedekleme , günde 3 defa sistemin yoğun olmadığı zamanda yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY10.02 | Yedekleme dosyaları BYS’nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortamda tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY10.03 | Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak BYS’nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY10.04 | Veriler offline ortamlarda süresiz olarak kurum yönetimi tarafından saklanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY10.05 | Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY11** | **Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY11.01 | Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY11.02 | Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY11.03 | Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY11.04 | Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY11.05 | Kablosuz ağ bağlantıları için farklı vlan var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY12** | **Bilgi Yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY12.01 | Yazılım-donanım destek birimi var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY12.02 | Bilgi Yönetim Sisteminin devre dışı kaldığı durumlar ve sistemdeki arızalar kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY12.03 | Sistemdeki aksaklıklara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY13** | **Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY13.01 | Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY13.02 | Yetkisiz personelin girişi engelleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY13.03 | Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY13.04 | Kurumdaki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY13.05 | İdeal sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY14** | **Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY14.01 | Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY14.02 | Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY14.03 | Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dahilinde yetkili kişiler tarafından yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY14.04 | Sunucular güvenlik duvarının arkasında mı bulunuyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY15** | **Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY15.01 | Veritabanı sistem loğları tutuluyor mu ve gerektiğinde kurum yönetimi tarafından izleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY15.02 | Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY15.03 | Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları şifreler şifreli bir şekilde saklanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY15.04 | Veritabanı üzerinde loglanması gereken işlemler belirleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY15.05 | Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendiriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DBY16** | **Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY16.01 | Kuruma destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda kimlerin erişebileceği belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY16.02 | Kurumda firma adına tam zamanlı çalışan elemanlara gizlilik sözleşmesi imzalatılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DBY16.03 | Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **MALZEME ve CİHAZ YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **DMC01** | **Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC01.01 | Malzeme ve cihazların yönetimine ilişkin doküman hazırlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DMC02** | **Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC02.01 | Birim bazında bulundurulması gereken malzemeler tespit edilmiş mi?  Bu malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmiş mi ve takip ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC02.02 | Malzeme ve cihazların teminine yönelik kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DMC03** | **Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC03.01 | Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına tanımlanmış yetkili personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC03.02 | Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine uygun muhafaza koşullarında saklanıp, dokümantasyonu sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC03.03 | Depo yerleşim planları oluşturulmuş mu?  Bu planlar güncel mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC03.04 | Depolarda transfer esnasında olabilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmış mı?  Güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC03.05 | Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DMC04** | **Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC04.01 | Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC04.02 | Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DMC05** | **Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC05.01 | Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon süreçleri bir plan dahilinde izleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC05.02 | Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC05.03 | Kalibrasyonu kısmi geçen veya geçemeyen cihazlarla ilgili nasıl bir yol izleneceği belirli mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DMC06** | **Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC06.01 | Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC06.02 | Arıza durumunda cihaz üzerinde arızalı cihaz etiketi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DMC07** | **Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (otoklav, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **DMC08** | **Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC08.01 | Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC08.02 | Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC08.03 | Envanter depoda ve kullanım alanında mevcut mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC08.04 | Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DMC08.05 | Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **DTA01** | **Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA01.01 | Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem kurulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA01.02 | Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem kurulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTA02** | **Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTA03** | **Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA03.01 | Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTA04** | **Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA04.01 | Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıtlarında, kuruma her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA04.02 | Hastaların klinik durumuna ilişkin tüm tıbbi kayıtları belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA04.03 | Hasta dosyalarında hastalara yönelik demografik bilgiler yer alıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA04.04 | Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA04.05 | Hasta dosyaları içerik, kayıtların tam ve tutarlı olması gibi hususlar açısından kontrolleri yapılarak arşivleniyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTA05** | **Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA05.01 | Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte kısa bir süre içinde yazılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA05.02 | Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasında bulunuyor mu?  Diğer nüshası hastaya veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA06 | **Arşiv bölümünde hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki bir ortam oluşturulmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA06.01 | Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri bir konumda mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA06.02 | Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DTA07** | **Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA07.01 | Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DTA07.02 | Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir bir şekilde mi oluşturulmuştur? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **ATIK YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **DAY01** | **Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY01.01 | Atık yönetimine yönelik doküman oluşturulmuş mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DAY02** | **Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY02.01 | Oluşan atıklar, bölüm bazında kategorize edilmiş mi ve bölümde ayrıştırılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY02.02 | Belirlenen kategorilere göre uygun atık kutuları bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY02.03 | Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DAY03** | **Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY03.01 | Atıklar uygun koşullarda toplanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY03.02 | Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY03.03 | Toplanan atık poşetlerinin, hangi birimden toplandığına dair tanımlayıcı bilgi bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY03.04 | Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personele yönelik eğitim veriliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY03.05 | Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DAY04** | **Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY04.01 | Kurumun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunuyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY04.02 | Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY04.03 | Geçici depolama alanlarının temizliği yapılıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY04.04 | Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DAY05** | **Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim veriliyor mu?** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DAY05.01 | Sağlık çalışanlarına atık yönetimi konusunda verilecek eğitimler planlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DIŞ KAYNAK KULLANIMI** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **DDK01** | **Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.** | **10** | | |  | | | |  | | | |  |
| **DDK02** | **Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DDK02.01 | Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmiş midir? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| DDK02.02 | Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **DDK03** | **Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| DDK03.01 | Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin, hasta ve/veya çalışanların güvenliğini sağlayacak şekilde sunumuna yönelik kontroller düzenli aralıklarla yapılıyor mu ? |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **GÖSTERGE YÖNETİMİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **GÖSTERGELERİN İZLENMESİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **BOYUT** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **STANDART** |  |  |  | | **PUAN** | | | **EVET** | | | | **HAYIR** | | | | **AÇIKLAMA** |
| **GGİ01** | **Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ01.01 | Kurumda izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik dokümanlar var mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ01.02 | Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Yönetim Birimi tarafından koordine ediliyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ01.03 | Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlu belirli mi ve sorumlulukları tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ01.04 | Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanıyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **GGİ02** | **Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ02.01 | Kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS’de yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmiş mi? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **GGİ03** | **Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.** | **50** | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ03.01 | Kurumda izlenecek her gösterge için gösterge kartı oluşturuluyor mu? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **GGİ04** | **Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ04.01 | Göstergeler için kullanılacak veri kayıtları tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ04.02 | Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmış mı? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| GGİ4.03 | Veri toplama yöntemi göstergelerin özeliğine göre mi belirleniyor? |  | | |  | | | |  | | | |  |
| **GGİ05** | **Göstergelerin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **GGİ06** | **Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
| **GGİ07** | **Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.** | **30** | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
| Kalite Birim Sorumlusu | Kalite Yönetim Direktörü | Dekan |
| Canan ŞAHİN | Yrd.Doç. Dr. Seval BAYRAK | Prof. Dr. Hasan ORUÇOĞLU |