|  |  |
| --- | --- |
| indir | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ****DOKÜMANLARIN ARŞİV MUHAFAZA VE İMHASI** |
|  **KODU** | **TA.PR.01** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **10.01.2022** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** |  **04** |

 **AMAÇ**:

Hasta dosyaları arşivi bölümünün etkili çalışmasını sağlayarak, zamanında ve doğru bir şekilde işleyişini sürdürmek. Elinde bulundurduğu arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak. Hasta dosyalarını asli düzenleri içerisinde tasnif etmek. Dosyaların ne şekilde kabul edileceği ve içerisinde bulunması gereken muhteviyatı yazılı olarak belirlemek. Saklama, imha usul ve esaslarını belirlemek. Dosyalama işlemlerinde standart dosya planını uygulamak. Yangın, su baskını ve benzeri olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat hazırlamak. Yatarak tedavi gören her hasta için sabit dosya numarasını kullanmak.

 **KAPSAM:**

Savur Devlet Hastanesi arşiv faaliyetleri kapsamında yürütülen çalışmalar.

**TANIMLAR:**

**Standart Dosya Planı:** Kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri sonucunda teşekkül eden belgelerin, sistemli bir şekilde dosyalanmasını sağlamak üzere önceden hazırlanmış konu ve konu numaraları envanteridir.

**Sabit Dosya Numarası:** Yatarak tedavi olan hastaların almış oldukları hasta kayıt numaralarının tek bir dosya numarasında birleştirilmesi işlemidir.

**Korumu yükümlülüğü:** Elde bulunan her türlü evrakın zararlı olabilecek tüm unsurlardan korunmasıdır.

**Hbys:** Hastanede kullanılan hasta kayıtların saklanmasına ve erişimine imkan veren bilgi sistemidir.

**Gizlilik:** Bilgilerin sadece yetkili kişiler tarafından erişilebilir olmasıdır.

**Kullanılabilirlilik-erişilebilirlilik:** Bilginin yetkili kullanıcılar tarafından gerek duyulduğu an erişilebilir ve kullanılabilir olmasıdır.

 **SORUMLULAR:**

Tıbbi kayıtların bir düzen içinde, zamanında ve eksiksiz tutulmasında, saklanmasında,kullanılmasında, muhafaza edilmesinde ilgili birimler, hastane idaresi ve birim sorumluları ile birim çalışanları sorumludur.

**UYGULAMA:**

**Verilerin Toplanması ve Ulaşılması**

1. Hasta ve çalışanlara ait bilgilerin güvenliğinin sağlanması amacıyla öncelikle sisteme kayıt edilen veriler doğru olarak toplanır, depolanır, ve bilgilerin kullanımına yönelik uygulamalar ve güvenlik önlemleri belirli periyotlarla gözden geçirilir.
2. Kişisel verilerin depolandığı sistemler yetkisiz erişime karşı korunur.
3. Hasta ve çalışanların kişisel bilgilerine erişim, yetkilendirme işleyişi doğrultusunda, sadece bilgilere ulaşma yetkisi bulunan hastane çalışanları ile sınırlı tutulur ve bu kişiler gizliliği koruma yükümlülüklerini bilerek çalışır.
4. Hasta ve çalışanların bilgilerine yetkili olmayan kişilerin ulaşımına izin verilmez. Gizlilik ihlallerinde bilgi işlem birimi ve hastane yönetimi bilgilendirilir. Hasta bilgilerinin güvenliği için tüm kullanıcılara kendi yetkilerine göre her kademe de yetkilendirme yapılır

**Arşive Evrak-Dosya Kabulü**:

Kliniklerde işi biten hasta dosyaları klinik sorumlusu tarafından kat sekreterliğine gönderilir.kat sekreterliği faturaları kesilmek üzere fatura birimine gönderilir. Faturası kesilen dosyalar arşive getirilir. Arşivde görevliler tarafından kontrol edilir. Dosyada olması gereken evraklar formu dikkate alınarak kontrol edilir. Dosya içindeki evrakların eksik olması dahilinde ilgili kliniğe dosyanın tamamlanması için geri gönderilir. Her dosyaya bir arşiv numarası verilerek numeretik sıralamaya göre raflara yerleştirilir.

Diğer evraklar, (poliklinik defterleri, ameliyat defterleri, hasta yatış defterleri vb.) işi bittikten sonra eksiksiz olarak ilgililer tarafından arşive teslim edilir. Teslim edilen tüm evraklar birim çalışanları tarafından koruma yükümlülükleri çerçevesinde muhafaza edilir.

**Yatan Hastaların Dosyalarının Servise Teslimi:**

2. ve daha fazla hasta yatışlarında hastaneye yatan hastaların dosyaları bilgisayardan tespit edilip

kaydedilir. İstem üzerine, hastanın daha önceki yatışlara ait dosyası arşiv görevlisi tarafından servisteki hemşireye imza karşılığı dosya teslim edilir.

**Hasta Dosyaları Arşivinden Yararlanma ve Arşiv Muhteviyatı:**

Hasta dosyaları için **Hasta Dosyası İçeriği Kontrol Formu** ile belirtilen dokümanlar standart dosya içeriği olarak belirlenmiştir. Hasta dosyalarının içeriği Yetkili kişiler tarafından talep edilen dosyalar istekte bulunulur. İstenen dosya, arşiv görevlileri tarafından hazırlanır, imza karşılığı teslim edilir. Arşivden alınan dosyalar 15 gün içerisinde iade edilmelidir. İşi bittikten sonra dosya görevliler tarafından arşive getirilir ve getirildiğinde getiriliş tarihi yazılır. Gerektiğinde görülmek veya incelenmek üzere, ancak; dışarıya çıkarılmamak kaydıyla hasta dosyaları arşivinden yönetmelik gereği belirtilen kişi veya kurumlara dosya verilmektedir. Dışarı çıkartılması gereken dosyaların fotokopileri aslı gibidir onayından sonra resmi yazıyla ilgili yerlere gönderilir.

**Servislerden/Polikliniklerden/Birimlerden/Kişilerden/Kurumlardan Dosya/Evrak Alınması:**

Arşivdeki dosya ve evrakın incelenmesine gerek duyulduğunda; kliniklere/ servislere/ birimlere/

kurumlara/ polikliniklere, imza karşılığı hasta dosyası verilir. Polikliniklerden istendiğinde hekimin imzalı isteği gereklidir, dosya hastaya kimlik karşılığı verilir. Adli dosyalar hiç bir

zaman hastaya elden verilmez, Arşiv Görevlisi tarafından hekime götürülür, dosyanın işi bitince

Arşiv Görevlisi tarafından dosya arşive geri getirilir. Diğer dosyalar hasta tarafından arşive geri

getirilince dosya kontrol edilerek geri alınır ve hastaya kimliği geri verilir. Dosyanın aynı gün mesai saati bitene kadar arşive geri getirilmesi gerekir. Arşiv Memuru bunun takibinden sorumludur.

**Servislere Giden Dosyaların Arşive Geri Alınması:**

İncelenmek üzere servislere giden dosyalar, servis görevlilerince arşive geri getirildiğinde, dosyanın arşive geri geliş tarihi yazılır ve defterden düşüşü yapılır. Raftaki

yerine konur. Dosya 7 iş günü içerisinde geri gelmez ise Arşivden Sorumlu Müdür Yardımcısına

bilgi verilir.Müdür Yardımcısı dosyanın geri dönüşünü 7 iş günü içerisinde sağlar. Sağlayamaz ise Resmi Yazı ile Başhekimliğe bilgi verir.

**Arşivde Bulunan Dosya ve Evrakların Koruması**

Mükellefler, ellerinde bulundurdukları ve genel müdürlüğe teslim etmedikleri arşiv malzemesini her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut asli düzenleri içerisinde tasnif edip saklamakla yükümlüdürler.

1. Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabileceği yerdedir.
2. Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu olarak arşivde ilaçlama yapılır.
3. Yangına karşı, yangın söndürme cihazları daima çalışır durumda bulundurulur ve yangın tüplerinin kontrolleri düzenli yapılır.
4. Hasta dosyaları hırsızlığa karşı korumalı olarak çelik raflarda muhafaza edilir.
5. Arşiv odaları kullanılmadığında kilitli tutulur.
6. Arşive yetkili haricinde girilmez.
7. Arşiv temizliği günlük olarak yapılır.
8. İş çıkışında tüm elektrikle çalışan cihazların fişleri çekilir.
9. Su basma ve sızıntıları için gerekli önlemler alınır.

 **j)** Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50–60 arasında tutulmasını sağlamak,

 **k)** Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevî maddelerin kullanılmasını sağlamak,

 **l)** Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesini sağlamak,

 **m)** Isının mümkün olduğu kadar sabit (kâğıt malzeme 12–18 derece arasında) tutulmasını sağlamak,

**Adliye’ye Giden Hasta Dosyalarının Geri Dönüşlerinin Takipleri:**

Adliyeden dosyalar Hastane İdare Kalemine gelir, oradan İdare Personeli tarafından arşive

getirilir. Adli dosya raftaki yerine konur. Adliye’ ye giden dosyaların geri dönüşleri için saptanmış bir süre yoktur.

**Evrakların Saklanma Çeşitleri:**

1. **Elektronik Ortamda Kaydedilen Kayıtlar;**
2. Hastaya ait tanıtım bilgileri.
3. Hasta servis bilgileri.
4. Hastanın yatış-çıkış bilgileri
5. Laboratuvar ile röntgen tetkik ve sonuçları
6. Epikriz raporu (Çıkış Özeti).
7. Tanı ve tedavi bilgileri vb. bilgiler.
8. **Kağıt Ortamında Muhafaza Edilen Kayıtlar;**
9. Elektronik ortamda kayıt edilmeyen hastalara ait diğer tıbbi kayıtları içerir.
10. Hastane giriş kağıdı.
11. Tıbbi müşahede ve muayene kaydı.
12. Hemşire gözlem kağıdı.
13. Taburculuk eğitim formu.
14. Onam formları.
15. Ameliyat- anestezi onam formları ve vb. Belgeler

Hasta dosyalarında bulunması gereken doküman listesi belirlenmiştir.Hasta dosyası içeriğinin belirlenmesinden ve hangi belgelerin elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamda muhafaza edileceği kalite birim , servis birimleri ve hastane idaresi sorumludur.

Hastaya ait tüm dokümanlar ve bilgisayarda bulunan evrakların çıktısı alınarak ve onaylanarak dosyanın içine konularak arşive teslim edilir

**Çalışanların Bilgiye Erişim Noktasındaki Yetkileri (kimin hangi bilgiye ve ne zaman erişebileceği), Bilgiye Erişim Yetkisi Olan Kişilerin Bilgileri Gizli Tutma Yükümlülüğü , Gizlilik Mahremiyetin İhlali Durumunda İzlenecek Süreç;**

Amaç,hasta ve tüm hastane çalışanlarına ait bilgilerin güvenliği sağlanmasını, bilgisayar sisteminde ve arşivlerde uygun koşullarda saklanmasını ve hastane bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yaparak bilgilerin güvenliğini, gizliliğini, erişebilirliğini ve kişisel mahremiyetin korunması amacıyla standart kurallar belirlemektir.

Bilgi işlem alt yapısını kullanmakta olan tüm birimler, bilgi sistemlerine erişen tüm kullanıcılar, bilgi işlem ve hastane idaresi bilgilerin güvenliğinden, gizliliğinden, erişebilirliliğindenve kişisel mahremiyetin korunmasından kendi sorumlulukları ölçüsünde sorumludurlar.

**Hasta Dosyalarına Yönelik Düzenleme;**

Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmiştir. Tıbbi kayıt kalitesi yönünden her hasta için tek dosya kullanılır. Yatış yapan hastaların arşivde dosyası olup olmadığı kontrol edilir ve eski dosyası arşivden alınarak , belgeler tarih sırasına göre tek dosyada toplanır.

Dosyaların arasına konarak, tele takılmadan gönderilen dokümanlar ve düzensiz dosyalar teslim alınmaz.Hastanın her yatışına ait bir epikriz olmalıve imzalı olarak dosyaya takılmalı. Dosyalara gereken özen gösterilir. Taburcu olan hastaların dosyaların en geç 10 gün içerisine evrakların tamamlanarak arşive gönderilmesi gerekmektedir. Dosya kaydı bulunan bir hasta için yeni dosya açılamaz.Hasta dosyaların tam ve eksiksiz olarak doldurulmasından servis sekreteri ve servis sorumlu hemşiresi sorumludur.Hasta dosyaları için hasta dosyası içeriği kontrol formu ile belirtilen dokümanlar standart dosya içeriği olarak belirlenmiştir .Dosya içerisindeki evrakların hepsi bilgisayar ortamında saklanmadığından hastaya ait tüm dokümanlar ve bilgisayarda bulunun evrakların çıktısı alınarak ve onaylanarak dosyanın içine konularak arşive teslim edilir.

Taburcu edilen hastanın dosyası sırayla kat sekreter- servis personeli , fatura birim peroneli kontrollerinden geçtikten ve işlemleri bittikten sonra arşiv memuruna gelir. Son kontrolleri arşiv memuru tarafından yapılarak dosya arşive kabul edilir.

**Poliklinik Hastaların Bilgilendirilmiş Rıza Formları;**

Yatan hasta dosyaların arşivlenmesi dışında, poliklinik hastalarına uygulanan riskli girişimsel işlemlere yönelik bilgilendirilmiş rıza formları da arşivlenmelidir. Formlar hastanın yatışının olduğu klinikte ve ameliyathaneye gönderildiği poliklinikte muhafaza edilir. Muhafaza edilen formlar sene sonlarında arşive teslim edilir.

**Hasta Taburculuk Özeti;**

 Hasta taburculuk özeti en az, hastanın başvuru nedeni, önemli bulguları, konulan teşhis, uygulanan tedaviler, hasta taburcu olurken genel durumu, taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar, kontrol zamanı, acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları, hastanın dikkat edeceği hususlar yazılır. Yazılan bu taburculuk özetinin bir nüshası hastaya verilir. Bir nüshası da hastanın dosyasına konulur.

**Arşiv Planı ve Yetkilendirme;**

* Dosya ve diğer kayıtların , talepte bulunan yetkililere verilmesinden arşiv memuru sorumludur.
* Arşive havale edilen üst yazılara cevap vermede arşiv memurları sorumludur.
* Temizlik kontrol aralıkları, hergündür.
* Arşiv birimin işleyişinden arşiv birim sorumlusu sorumludur.
* Adli vaka dosyaları ayrı raflarda tutulur.

**Evrakların İmhası:**

· Başhekim tarafından 5 kişiden oluşan ayıklama ve imha komisyonu kurulur.

· İmha komisyonu Mart ayı başında çalışmalarına başlar.

· Komisyon arşiv mevzuatına göre süresi dolan evrakları ayıklar.

· İmha listesi hazırlanır; yılı, konusu, sayfa adedi vb. bilgileri yazılır. Komisyon başkanı ve

üyeleri tarafından imzalanır.

· İmha isteminin kesinlik kazanması için Sağlık Müdürlüğü’ne resmi yazıyla gönderilir.

· İmha tutanağı denetim için 10 sene saklanır.

İmha onayı gelmemesi halinde evraklar arşivdeki eski yerine konularak süresinin dolması

beklenir.Hangi evrakın kaç yıl/ay saklanacağına dair bilgi Sağlık Bakanlığı İdari Ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan Arşiv Mevzuatında yer almaktadır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAYLAYAN** |
| Kalite Yönetim Direktörü | İdari ve Mali İşler Müdür V. | Başhekim |
| Türkan GELEN | Veysel ŞAŞMAZ | Oğuz ÇELİK |
|  |  |  |