



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 10

1. **AMAÇ:** Hastanemize başvuran yatış kararı verilen hastaların kabul işlemleri, tedavi işlemleri, hasta takip işlemleri ve taburcu işlemleri gibi konular için metot belirlemek.

2. **KAPSAM:** Hastanemizdeki yatan hasta işlemlerini kapsamaktadır.

3. KISALTMALAR:

3.1. **HBYS:** Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

3.2. **SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

4. SORUMLULAR:

4.1. Başhekim

4.2. Başhekim Yrd.

4.3. Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

4.4. İlgili Uzman Hekimler

4.5. Birim Sorumluları

4.6. Kat sekreteri

5. FAALİYET AKIŞI:

5.1. **HASTA/HASTA YAKINI İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA ETKİLİ İLETİŞİMİN SAĞLANMASI:** Kurumumuzda bulunan tüm birimlerde hasta/hasta yakını ile etkili ve olumlu bir iletişim ortamının sağlanması için personelimiz gerekli tüm eğitimleri (iletişim, beden dili, uygun ses tonu, mesleki terimlerden uzak anlaşılır bir dil kullanma gibi) **EY.PR.02.Hasta Hasta Yakını Zorunlu Eğitim İşleyiş Prosedürü** doğrultusunda ve gerektiğinde alarak kayıt altına alınır. Yapılan tüm işlemlerde kendini tanıtarak (personel kimlik kartı) hasta/hasta yakını işlemlerini yapar.

5.2. HASTA YATIŞ İŞLEMLERİ:

5.3. **Hekim seçme hakkı:** Hasta kabul birimlerinde ve hastanemiz web sitesinde ilgili bölümlerde hizmet veren hekimler ve ihtisas alanları güncel liste halinde bulundurulur hastanın hekim seçme hakkı sağlanır. Hastanemizin Üniversite Hastanesi olması nedeniyle hekimlere ait sabit poliklinik odası bulunmamakta ancak polikliniklerde aylık çalışma çizelgeleri ile çalışan hekim listeleri bulunmaktadır.

5.3.1. **Hasta kimliğinin doğrulanması:** Hasta resmi kimlik belgesiyle yatan hasta kabul bölümüne başvurur. Hastanın "[HB.PR.24.Hasta Kimliğinin Tanımlanması ve Doğrulanması Prosedürü](#)" doğrultusunda kimlik doğrulaması yapılarak hasta ve/veya hasta yakınından iletişim, adres gibi bilgileri alınır. Alınan bilgiler "[Hasta Yatış Formu](#)" na kaydedilir ve HBYS' ye güncel bilgiler kayıt edilir. Eğer hasta sahte kimlik ile kayıt kabulü geçip servise yatış yaptıysa bu kimliğin kontrol edilmesi servis sağlık personelinin ve kat sekreterinin görevidir. Tüm personellere; kimlik tanımlayıcılarının kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda [EY.PL.01.Eğitim Planı](#) doğrultusunda ve gerektiğinde eğitim verilerek kayıt altına alınır.

5.3.2. **Acil Biriminden Yatış İşlemleri:** Yatış kararı alındıktan sonra; "[Hasta Yatış Formu](#)" hazırlanarak dosya çıkartılmak üzere vezneye gönderilir. "[Hasta Yatış Formu](#)" nöbetçi Uzman Hekim tarafından onaylanır. Hastanın Acil Servisten ilgili birime nakli; ilgili birim personeli ve acil servis sağlık personeli ile "[HB.TL.05 Hasta Transfer ve Taşıma Talimatı](#)" doğrultusunda "[HB.FR.05 Hasta Transfer Formu](#)" ve "Yatış Dosyası" ile sağlanır ve ilgili servis hemşiresine teslim edilir. Hastanın yatış kararı verildiği saat dosya üzerine işlenir. Hastanın eski kayıtları arşivden veya HBYS sisteminden elde edilebilir.

5.3.3. **Poliklinikten Yatış İşlemleri:** Hekim hastanın yatışına karar verdiğinde hastaya bu kararını bildirir. Hasta kabul ederse yatış işlemleri başlar. Hastaya hekim tarafından; yapılacak tedavi ve girişimsel işlemler ile ilgili bilgi verilerek onam formu karşılıklı olarak imzalanır. Hekim ilgili servisin boş yataklarını sistem üzerinden belirleyerek yatışına karar verir. Kendi servisinde hasta



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 10

için uygun yer olmaz ise hasta başka servislere yatırılabilir. Hekim yer bulunduğu “[Hasta Yatış Formu](#)” doldurarak yatış işlemlerini poliklinik veri girişi elemanı tarafından yatış dosyası hazırlanır ve hasta servise gönderilir (hasta özürü veya bakıma muhtaç ise personel eşliğinde servise teslim edilir).

5.3.4. Diğer Sağlık Kuruluşlarından Sevk İle Gelenler: Sevkle gelen hastalar acil servis veya ilgili branş polikliniğe müracaat eder. Acilden gelenlerin yatış işlemleri madde 5.2.3.’ye göre yapılır. Poliklinikten yatacak hastaların işlemleri ise madde 5.2.4. ‘e göre gerçekleştirilir.

5.3.5. Hasta Yatış Kabul İşlemleri: Hastanın resmi kimlik belgesinden T.C. kimlik numarası ile HBYS’ ye girilir. Hastanın bilgileri kontrol edilerek elindeki barkot dosyaya yapıştırılır. Dosyalarda aşağıdaki evraklar yer alır: Ayrıca bilgi güncellemeleri kontrol edilir.

5.3.6. Hasta/hasta yakınının bölüme uyumunun sağlanması: Hasta/hasta yakınlarımız bölüme uyumunun sağlanması için ilgili sağlık personeli tarafından **EY.PR.02.Hasta-Hasta Yakını Zorunlu Eğitim Prosedürü** doğrultusunda yapılarak hasta dosyalarına kaydedilir. Bölüm bazlı hazırlanan dosyalarımız eksiksiz olarak sağlık personeli tarafından doldurulur. Dosyalarımızın formatı aşağıdaki gibidir:

5.3.6.1. Kadın Doğum Servisi

- 5.3.6.1.1. Tıbbi Muayene ve Müşahede Formu
- 5.3.6.1.2. Hasta Yatış Formu
- 5.3.6.1.3. Doktor Günlük Vizit Formu
- 5.3.6.1.4. Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
- 5.3.6.1.5. İtahi (Düşme riski değerlendirme formu)
- 5.3.6.1.6. Hemşire Gözlem Formu
- 5.3.6.1.7. Partograf Formu
- 5.3.6.1.8. Yeni doğan Değerlendirme Formu
- 5.3.6.1.9. Bebek İzlem Formu
- 5.3.6.1.10. Vajinal Doğum- Abdominal Doğum Rıza Belgesi
- 5.3.6.1.11. Hasta Eğitim Formu
- 5.3.6.1.12. Hasta Dosyası Kontrol Formu

5.3.6.2. Dahili Branşlar

- 5.3.6.2.1. Tıbbi Muayene ve Müşahede Formu
- 5.3.6.2.2. Hasta Yatış Formu
- 5.3.6.2.3. Doktor Günlük izlem(Vizit)Formu
- 5.3.6.2.4. Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
- 5.3.6.2.5. İtahi Düşme Ölçeği Formu
- 5.3.6.2.6. Konsültasyon Formu
- 5.3.6.2.7. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlacı Kullanım ve Teslim Tutanağı Formu
- 5.3.6.2.8. Hasta Eğitim Formu
- 5.3.6.2.9. Hasta Dosyası Kontrol Formu

5.3.6.3. Cerrahi Branşlar

- 5.3.6.3.1. Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi
- 5.3.6.3.2. Tıbbi Muayene ve Müşahede Formu
- 5.3.6.3.3. Hasta Yatış Formu
- 5.3.6.3.4. Doktor Günlük İzlem(Vizit) Formu
- 5.3.6.3.5. Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
- 5.3.6.3.6. İtahi Düşme Ölçeği Formu
- 5.3.6.3.7. Hemşire Gözlem Formu
- 5.3.6.3.8. Konsültasyon Formu
- 5.3.6.3.9. Anestezi Aydınlatılmış Onam Formu
- 5.3.6.3.10. Hasta Eğitim Formu
- 5.3.6.3.11. Hasta Dosyası Kontrol Formu



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	4 / 10

bazında belirlenen hasta dosyalarında bulunan ‘numerik skala’ ile değerlendirilmesi sağlanarak kayıt altına alınır. Ağrı kontrolünün yapılmasına yönelik planlama(ağrı şiddeti, ağrının seyri, soğuk/sıcak uygulama ve farmakolojik olmayan yöntemler gibi) sağlık personeli tarafından [Hemşirelik Süreci Bakım Planı](#)’na uygun olarak planlanıp kaydedilerek izlenirliği sağlanır.

5.3.11. Hastanın Güvenli Transferinin Sağlanması: Hastalarımızın transferi sırasında yapılması gerekenler **HB.TL.05 Hasta Transfer ve Taşıma Talimatı** doğrultusunda eğitimli sağlık personeli eşliğinde güvenli bir şekilde gerçekleştirilir.

5.3.12. Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli tesliminin sağlanması: Kurumumuzca hazırlanan **HB.TL.05 Hasta Transfer ve Taşıma Talimatı** doğrultusunda meslek gruplarından hekim-hekim, sağlık personeli-sağlık personeli olacak şekilde; aktarmaları gereken tüm bilgileri eksiksiz, doğru ve güvenilir bir şekilde tamamlanmasını sağlayarak kayıt altına alır.

5.3.13. Yatan Hasta Sevk İşlemleri: Serviste yatan hastaların herhangi bir nedenle (ileri tetkik, tedavi, yoğun bakım ihtiyacı v.b.) bir başka kuruma sevk edilmesine ilgili branş hekimi karar verir. Hastaya ait epikriz eksiksiz olarak doldurulur. Hastanın sevk edileceği karşı hastane ilgili branş hekimi ile hastayı sevk eden ilgili uzman hekim iletişim kurarak hastanın gideceği hastaneye HBYS üzerinden sevk gerçekleştirilir. Hastanın servisten diğer hastaneye hangi araçla ve nasıl gideceğine ilgili branş hekimi karar verir. (112, hasta nakil ambulansı) Hasta eğer 112 ambulansıyla, hekim ve sağlık personeli ile beraber sevk edilmek isteniyorsa 112 il ambulans servisi komuta merkezi aranarak durum bildirilir. Hastanın sevk işlemi gerçekleştirilir.

5.3.14. Yatan Hasta Mahremiyeti: İsmi açıklanmasını istemeyen hastaların kaydı hasta mahremiyetine dikkat edilerek alınır. İsmi açıklanmasını istemeyen hasta/hasta yakınına hitaben rumuz isim kullanılarak işlemler gerçekleştirilir. Hastaya yapılacak olan girişimsel işlemler öncesi (enjeksiyon uygulaması, cerrahi işlemler, transfüzyon işlemleri vb.) aydınlatılmış rıza belgesi, hastanın onayı dahilinde bulunmasını istediği hasta yakını ile birlikte birim sağlık çalışanı tarafından kapı kapalı olarak hasta onamı gerçekleştirilir. Hasta veya hasta yakınının “okudum, anladım ve kabul ediyorum” gibi yazılı cümlelerle onamı alınması sağlanır. ve bir nüshası hasta/hasta yakınına teslim edilerek kayıt altına alınır. Hekim vizitlerinde ve tedavi işlemleri sırasında hasta ve hastadan onayı alınan hasta yakını haricinde giriş ve çıkışlar engellenir. Hasta odalarında mahremiyet göz önünde bulundurularak hastanın yatağının bulunduğu odada iki yatak arasında perdenin bulunması ve hasta/hasta yakını isteği üzerine kapalı olması sağlanır. Hasta transferi sırasında sedyede/tekerlekli sandalyede bulunan hastanın üzerinin mutlaka örtülü olması sağlanır. Teşhis ve tedavi süreçleri ile ilgili bilgi, belge ve bilgi akışı **BY.TL.01. BYS Üzerinde Bilgi Güvenliğini ve Mahremiyetini Sağlamaya Yönelik Tedbirler Talimatı** doğrultusunda mahremiyetine özen gösterilerek gerçekleştirilir. Hastanın tıbbi değerlendirmeleri ve sonuçları hasta mahremiyeti göz önünde bulundurularak hastaya veya hastadan onayı alınan hasta yakınına tek olarak gizlilik içerisinde bilgi verilmesi sağlanır. Ayrıca hastalarımızın mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri göz önünde bulundurularak kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihleri dikkate alınır. Hasta ve hasta yakınlarımızın can güvenliği tehdidinin olduğunu ilgili birimde çalışanlara bildirmesi durumunda üst yönetim devreye girerek gerekli tedbirler alınır. Ayrıca mahremiyet açısından hasta bilgilerine ulaşılabilirliğini sınırlandırmak için bölüm içinde belirlenen bir alanda muhafazası sağlanır.

5.3.15. Araştırma ve Deneysel Çalışmalarda Hasta Rızası: Hastaya ait veri, bilgi ve materyaller herhangi bir sebeple (araştırma ve deney gibi) kullanılacaksa hasta rızası alınır ve mahremiyetine özen gösterilir.

5.3.16. Hastanın kendisi ile ilgili bilgi ve dokümanlara erişebilmesi: Hasta kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlarından olan yatış dosyasını resmi dilekçe ile kuruma başvurarak istemde bulunabilir. Kurum, dilekçe değerlendirmesi sonucunda hasta ve hasta onayı alınan hasta yakınına imza karşılığında ilgili dokümanların kopyasını verir. Eğer hasta ve hasta onayı alınan



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	5 / 10

hasta yakınları tahlil, tetkik ve onamlarını talep ederse dokümanların bir nüshaları verilebilir. Ayrıca hastane web sitemizde bulunan laboratuvar sonuçları butonundan da gerekli tetkik sonuçlarına ulaşabilirler.

5.3.17. Hastaların kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alınmasının sağlanması: Hasta/hasta yakınlarımızın tedavi öncesi, tedavi süreci ve tedavi sonrası süreçlerinde hasta/hasta yakınıyla ilgilenen hekim ve diğer sağlık personelleri hasta/hasta yakınının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak tüm işlemlerin yapılması sağlanır. Ayrıca hastanemizde hasta/hasta yakınlarının ibadetlerini gerçekleştirebilmeleri için ibadethane bulunmakta olup gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır. Hasta/hasta yakınlarımızın kültürel ve manevi değerlerine sağlığını tehdit etmeyecek durumlar söz konusu ise saygıyla karşılanır.

5.3.18. Hasta ziyaret kurallarımıza yönelik düzenlemeler: Hastanemiz ziyaretçilerinin uyması gereken kurallar, ziyaret saatleri ve özellikle hasta gruplarının ziyaretine ilişkin düzenlemeler doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Ayrıca hasta/hasta yakınlarımız ve ziyaretçilerimiz, hasta odalarımızda ve web sitemizde de ziyaretçilerinin uyması gereken kurallar, ziyaret saatleri ve özellikle hasta gruplarının ziyaretine ilişkin bilgilere ulaşılabilir.

5.3.19. Hasta refakat kurallarımıza yönelik düzenlemeler: Hastanemizde refakatçilerimizin uyması, bilmesi gereken kurallarımız ve özellikle hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde yapılması gereken işlemler servis hemşireleri tarafından anlatılır. Hasta/hasta yakınlarımız ve refakatçilerimiz, hasta odalarımızda ve web sitemizde de refakatçilerimizin uyması gereken kurallara ilişkin bilgilere ulaşılabilir.

5.3.20. Servise Yatış İşlemleri:

5.3.20.1. Yatış İşlemleri: Hasta servise geldiğinde ilgili servis hemşiresi tarafından **HB.PR.24 Hasta Kimliğinin Tanımlanması ve Doğrulanması Prosedürü** doğrultusunda hasta kimliği doğrulanır. Hasta kimlik bilgilerini içeren kol bandı hasta bileğine takılır. Hastaya bu bilekliliğin hastanedeki kimliği olduğu ve tüm işlemler öncesi bu bileklik ile kimliğinin doğrulanacağı açıklanır. Hastalığı hakkında bilgilendirilir. Servise yatan hasta için ilgili serviste yatak ayarlanır. Yatağın temiz, çarşafı değiştirilmiş olması gerekmektedir. Hastaya kendisinden sorumlu tüm ekip kendini tanıtarak, hastaya hastadan sorumlu olduğunu belirtir. Yatışı yapılan hasta/hasta yakının bölüme uyumu **“EY.FR.02.Hasta Eğitim Formu”** yatış kabul bölümündeki kriterler doğrultusunda sağlanır. Bu kriterler, odanın tanıtımı (yatağın kullanımı, hemşire çağrı sistemi, tv, telefon, banyo, dolaplar, etajerler gibi ekipmanların nasıl kullanılacağı), hastanenin genel kuralları, ziyaret saatleri, doktorun viziit saatleri, acil durum çıkış kapıları, Hasta İletişim Birimi gibi genel bilgileri içerir. Hastanın bakım ihtiyaçlarının kim tarafından, ne şekilde ve ne zaman yapılacağı konusunda bilgilendirilir. Hasta yakınının iletişim bilgileri alınır.

Hasta Değerli Eşyalarının Teslim Alınması: Hastanemize yatmak üzere başvuran hastanın kıymetli eşyaları mesai saatleri içerisinde **KLN.FR.61 Hasta Eşyaları ve İlaçları Teslim Formu** ile beraber servis hemşiresine teslim edilir.

6.Yatan Hasta Takip ve Tedavi İşlemleri:

6.1.Hasta Tedavi İşlemleri: Hasta tedavisi ile ilgili her türlü soruyu servis hemşiresine veya doktoruna sorabilir ve bu sürece kendisi katkıda bulunmak isteyebilir. Hastadan tedavisi ile ilgili hasta dosyasında bulunan **“KLN.FR.21 Hasta Yatış Formu”** na onamı alınır. Tedavisinin nasıl yapılacağı doktoru tarafından açıklanır. Tedavi planının bir parçası olmak hastanın en önemli sorumluluğu ve hakkıdır. Hastaya uygulanacak tıbbi tedaviler ilgili hekim tarafından hasta dosyasında bulunan order'a veya HBYS üzerinden order edilir. Ancak hastaya yazılan orderlar sorumlu hemşireye aktarılır. Orderların okunur olması ve hemşirede herhangi bir tereddüt yaratmaması gerekmektedir. Yapılan tüm tedaviler, pre-op/post-op takipler, vital bulgular gibi durumlar ilgili sağlık personeli tarafından **“HB.FR.10.Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir ve uygulanan tüm tedavi ve takipler hastane yönetimi tarafından onaylanan Bölüm Bazlı Sağlık Personeli Paraf Listesine uygun olarak paraflanır. Hastaya tedavi uygulayacak olan sağlık



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	6 / 10

personeli yaptığı işlemlerin ne şekilde ve ne zaman olacağını hastaya açıklar.

6.2.Hasta Bakım İhtiyaçlarının Karşlanması:

6.3.Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği: Hastanın bakım ihtiyaçları hastanın kliniğe kabulünde ve durum değişikliğinde hastadan sorumlu sağlık personeli ve doktor değerlendirmesi sonrasında tespit edilir. Hekim hastada tespit ettiği bakım ihtiyaçlarını “Order”a kayıt eder. Sağlık personeli ise “[HB.FR.007. Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu](#)”, [HB.FR.04 İtaki Düşme Riski Ölçeği Formu](#) (Onaltı yaş ve üzeri hastalar için), “[HB.FR.06 Harizmi Düşme Riski Ölçeği Formu](#) (Onaltı yaş altı hastalar için) dokümanlardan yararlanarak hastanın bakım ihtiyaçlarını belirleyerek kayıt altına alır. Ayrıca bölüm bazlı hazırlanan hasta dosyalarımızda bulunan gerekli durumlarda; ağrı şiddeti değerlendirilmesi, beslenme durumu değerlendirilmesi, bilinç düzeyi durumu değerlendirilmesi, kateter bakımı ve takibi, ekstremitte nabız takibi, ödem derecelendirilmesi, ağız bakım ve takibi gibi uygulamalar sağlık personeli tarafından yapılarak kayıt altına alınır.

6.4.Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması: İlgili sağlık personeli hastada [HB.FR.07. Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu](#)’na göre tespit edilen bakım ihtiyaçlarını sistem üzerinde bulunan “[Hemşirelik Süreci Bakım Planı](#)”na göre en kısa sürede planlayarak kayıt altına alır.

6.5.Planlanan bakımın hastaya uygulanması: Hastaya uygulanacak olan bakımlara katılabildiği ölçüde hasta ve hasta yakınının katılması sağlanır, hasta ve hasta yakını bu yönde cesaretlendirilir. Hastaya uygulanan tüm girişimler “[Hemşirelik Süreci Bakım Planı](#)”na kayıt edilir ve uygulayan sağlık personeli yapılan tarih ve saati de belirterek kayıt altına alır.

6.6.Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi: Hastaya uygulanan bakımlar hastanın sağlık personeli tarafından asgari günlük olarak değerlendirilir ve “[Hemşirelik Süreci Bakım Planı](#)”na kayıt edilir. Değerlendirmeyi yapan sağlık personeli değerlendirme saati ve tarihi ile birlikte paraflar.

6.7.Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması: Hemşire yaptığı değerlendirmeler sonrasında gerek duyarsa hastanın bakımında değişiklikler yapabilir. Yeni tespit edilen sorunlara yönelik yeni bakımlar planlar. Hasta ve hasta yakını bu süreçler hakkında bilgilendirir. Geriye dönük yapılan tüm bakım planları hasta dosyasında muhafaza edilir.

6.8.Sözlü veya Telefonla Order Alınması: Hastanemizde HBYS’ ne online bağlanabildiği için zorunlu haller dışında sözlü ya da telefonla order tercih edilmez. Zorunlu durumlarda ise sözel order “[KU.TL.23 Sözel Order Talimatı](#)”na göre alınır ve en geç 24 saat içinde orderı veren hekime imzalatılmak kaydı ile “[İY.FR.06.Sözel Order Formu](#)” doldurulur.

6.9.Hemşireler ile ilgili faaliyetler:

6.10.Hastadan Sorumlu Hemşirenin Belirlenmesi: Hemşirelerin görevlendirmesi birim sorumlu hemşiresinin hazırladığı aylık çalışma çizelgesine göre günlük olarak mesai saatlerinde hasta bazlı sözlü olarak yapılır.

6.11.Nöbet Devirleri: Yatan hastaların takibinde mesai gün ve saatleri dışında nöbetçi servis hemşiresi bütün hastaları takip etmektedir. Hastadan sorumlu hemşire, nöbete gelen hemşire yatan tüm hastaların dosya ve orderları ile ilgili tüm bilgileri vermekle yükümlüdür. Bu bilgiler önce hemşire deksinde dosya ile sonrada hasta başı ziyaret yöntemi ile aktarılır.

Serviste Yatan Hasta Takibi: Hasta takibinde oda ve/veya yatak numarasına göre değil, hastanın isim soyadına göre ilaç tedavisi düzenlenir. Hastaya verilecek günlük oral tedaviler hasta adının soyadının yazılı olduğu ilaç dağıtım kutularında tedavi saatlerinde klinik hemşiresi tarafından verilir. Eğer hastanın daha önceden kullandığı ve yanında getirdiği ilaçlar mevcut ise öncelikle kendisini servise yatıran hekimin orderına göre doz ayarlaması yapılır ve bu ilaçlarını da servis hemşiresine teslim etmesi sağlanır. Ancak hasta önceden kullandığı ilaçlarını servis hemşiresine teslim etmeyi kabul etmiyor ise iki sağlık çalışanı hastanın kendisi ve hekimi tarafından tutanak tutularak hastanın ilaçları kendisinde kalabilir. Ancak hiçbir şartta psikiyatri hastaların yanında ilaç bulundurulmasına izin verilmez. Hastanın yanında getirdiği ilaçlar [KLN.FR.61 Hasta Eşyaları ve İlaçları Teslim Formu](#) ”ile



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	7 / 10

kayıt altına alınır. Hastanın tedavi aşamasında bilgilendirilmesini gerektiğin de hekim yapar. Eğer hastanın orderında/ “**Order**” da Kan Şekeri Takibi var ise kan şekeri takibi hastanın hemşiresi tarafından yapılır, sonuçları “**HB.FR.10.Hemşire Gözlem Formuna**” kayıt edilir. Cerrahi uygulamalar sonrası hasta uyandırma odasında bir müddet takip edildikten sonra servise sağlık görevlileri ile “**HB.TL.005 Hasta Transfer ve Taşıma Talimatı**” ne uygun şekilde transferi sağlanır. Servise gelen hasta için hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanır. Hasta postoperatif dönemde yakından izlenerek “**HB.FR.10.Hemşire Gözlem Formuna**” kaydedilir. Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulur ve bir sonraki aşamaya güvenli bir şekilde aktarımı sağlanır. Servis boş bırakılarak kesinlikle gidilmez.

Serviste Yer Olmadığından Dolayı Başka Servisteki Hastanın Takibi: Hasta herhangi bir servisin boş yatağını kullandığı durumlarda ilgili servis hemşiresi tarafından takibi ve tedavileri yapılır.

6.12.İlaç Talebi: İlaçlar tüm birimlerden mevcut HBYS üzerinden eczaneden talep edilir. Yasal cep deposu bulunabilen servisler (acil, ameliyathane) kendine göre stokunda bulunduracağı cins ve miktar ilacı servis hekimi ile birlikte beş günlük olacak şekilde belirler. Yasal cep deposu bulunan birimler ve sarf cep deposu bulunan birimler depo sayımlarını istem gününden önce yapar. Yasal cep deposu bulunan birimler ve sarf cep deposu bulunan birimler stok olarak bulundurulmuş ilaç ve sarf malzemelerinde de ilk giren ilk çıkar prensibini uygular (FIFO). Birimlerde miadına 6 ay kalan ilaçlar eczaneye “**İY.FR.02.İlaç İade Formu**” ile iade edilir. “**TY.FR.01 Sıcaklık Nem Ölçüm Formu**” ile sıcaklık ve nem kontrollerinin sonuçları kayıt altına alınır.

6.13.Tetkik Talebi ve Tetkikin Gerçekleştirilmesi:

6.14Laboratuvar: İlgili Hekim istediği tetkikleri “**Order**” eder. Kat sekreteri veya servis hemşiresi order edilen tetkiklerin HBYS ile laboratuardan istemini yapar. Kat sekreteri barkot yazıcısından çıkan barkotları ilgili hemşireye teslim eder. Numuneler ilgili birim hemşiresi tarafından “**TH.TL.003 Kan Alma Talimatı**”na göre alınarak numune taşıma kabına yerleştirilir laboratuara gönderilir. Tahlil sonuçları HBYS üzerinden yetkili personel tarafından görülebilir.

6.15.Radyoloji: Direk grafi veya tomografi tetkikine hastanın hekimi karar verir ve “**HBYS**” üzerinden istekte bulunur. Çıkan sonuçlar HBYS üzerinden yetkili personel tarafından görülebilir.

6.16.Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenilir bir şekilde yürütülmesinin sağlanması: Konsültasyon ilgili hekim tarafından HBYS aracılığıyla istenir. Konsültasyon talebini ilgili servis hekimi istenen branş hekimine telefon aracılığı ile bildirip koordinasyonu sağlar. Konsültan hekim hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında, hastayı servisinde görerek HBYS veya hasta dosyasında bulunan “**KLN.FR.037 Konsültasyon Formu**” aracılığı ile değerlendirmesini hastanın hekimine bildirir. Eğer hekim değerlendirmesini HBYS üzerinden yazdı ise konsültasyon notunun çıktısı alınıp ilgili hekim tarafından kaşelenir ve imzalanır. Sağlık personeli tarafından da bu belge hasta dosyasına konulur. Konsültasyonlar mümkün olan en kısa süre içerisinde ve mutlaka aynı günde cevaplandırılır. Konsültan hekimler hangi neden ile olursa olsun mesai saatlerinde görev yerini terk edemez. Bu durum konsültasyon hizmetinin aksamaması için çok önemlidir.

6.17.Hasta bakım süreçlerinde uygulanan tüm işlemlerle ilgili kayıtlara ulaşılabilmenin sağlanması: hastalarımıza ait kurumumuzda yapılan tüm bilgi ve belgeler gerek HBYS üzerinden gerekse Tıbbi Kayıt ve Arşiv Bölümünde muhafaza edilen hasta dosyalarımızda mevcuttur. Tüm bu bilgi ve belgelere ulaşılabilmesi **BY.TL.001 BYS Üzerinde Bilgi Güvenliğini ve Mahremiyetini Sağlamaya Yönelik Tedbirler Talimatı** ve **TA.TL.01.Arşiv Hizmetleri Çalışma Talimatı** doğrultusunda yapılmaktadır.

6.18.Yatarak hizmet alan kendine ve başkalarına zarar verme riskine yönelik düzenlemenin sağlanması: hastanemizde hastalarımızın kendilerine ve başkalarına zarar vermesini önlenmesine yönelik çalışmalar **HB.TL.08 Hasta Kısıtlama ve Bakım Talimatı** doğrultusunda gerçekleştirilerek kayıt altına alınır.

6.19.Acil müdahale gereken hastalara yönelik çalışmalar: Hastalarımızın sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde acil müdahale gerektiren tüm hastalarımıza yönelik tüm işlemler gerçekleştirilerek



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	8 / 10

kayıt altına alınır.

6.20.Cerrahi uygulamalarda hastaların hazırlık sürecinin sağlanması: Kurumumuzca hazırlanan cerrahi işlem öncesi yapılacak hazırlıklar **Preoperatif Hasta Bakım Talimatları** doğrultusunda yapılarak kayıt altına alınır.

6.21.Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme: Kurumumuzca hazırlanan hastalarımıza yönelik cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik süreçler **Postoperatif Hasta Bakım Talimatı** doğrultusunda gerçekleştirilerek kayıt altına alınır.

6.22.Yatan Hasta Ex İşlemleri: Kurumumuzda ölen hastalar için ilgili hekim çağırılarak hastaya yapılan tüm işlemler sonrasında ölüm kararını verir. Hekim hastanın teşhisini, tarihini, saatini, yaptığı müdahaleleri de belirtecek şekilde ayrıntılı olarak hasta dosyasına ex olduğuna dair not düşer, kaşeler ve imzalar. Ex mümkün olduğunca çabuk morga indirilir. Ex morga indirildikten sonra ilgili hekim tarafından ÖBS(Ölüm Bildirim Sistemi) ne giriş yapar ve dört nüsha çıktı alır, kaşeler ve imzalar. Ex yakını çıktısı alınan ölüm belgesini adını soyadını yazarak imzalar. Onaylanmak üzere mesai saatleri içerisinde idari amire imza, kaşe ve yaptırılır, mesai saatleri dışında ise idari şef nöbetçi idari amire imza, kaşe yaptırılır. Birim çalışanı ex'in ÖLÜM BELGESİ ve varsa resmi kimlik belgesi ile ilgili memura teslim eder. Birim çalışanı ölüm belgesinin iki nüshasını ex yakınına verir. İlgili memur Ölüm belgesini üst yazı ile üç iş günü içerisinde ilgili kuruma bildirir.

6.23.Yatan Hasta Taburcu İşlemleri: Taburculuk kararı ilgili hekim tarafından verilir. Dosyaya yazılır imzalanır kaşelenir. Hastanın Epikrizi hekim tarafından yapılan işlemler açıklamalı olarak otomasyon sisteminde doldurulur. Hastaya aşağıda belirtilen formlar imza karşılığı teslim edilir:

6.23.1.Hastaya Verilecek Belgeler:

6.23.1.1.Hasta Eğitim Formu

6.23.1.2.Heyet raporu (Var ise)

6.23.1.3.İş görmezlik Raporu (SSK için)

6.23.1.4.İş başı kağıdı (SSK için)

6.23.1.5.İstirahat belgesi (Var ise)

6.23.1.6.Reçete (Var ise)

6.23.1.7.Doğum Raporu (Doğum yapan hasta için)

6.23.1.8.Hastalığı ile ilgili bilgi formları ve/veya broşürler

6.23.1.9.Aşı kartı

Formları teslim alan hastaya bilgi verilerek taburcu edilir. Yapılan işlemlerin tamamı dosyadan kat sekreterine bildirilir ve yapılan işlemlerin HBYS ne kayıt edilmesi sağlanır.

6.24.Hastanın kendisi ile ilgili bilgi ve dokümanlara erişebilmesi: Hasta kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlarından olan yatış dosyasını resmi dilekçe ile kuruma başvurarak istemde bulunabilir. Kurum, dilekçe değerlendirmesi sonucunda hasta ve hasta onayı alınan hasta yakınına imza karşılığında ilgili dokümanların kopyasını verir. Eğer hasta ve hasta onayı alınan hasta yakınları tahlil, tetkik ve onamlarını talep ederse dokümanların bir nüshaları verilebilir. Ayrıca hastane web sitemizde bulunan laboratuvar sonuçları butonundan da gerekli tetkik sonuçlarına ulaşabilirler.

6.24.Hasta Dosyasının Düzenlenmesi: Hasta dosyasının düzenlenmesinden ilgili kat sekreteri sorumludur. Dosyalar "[Hasta Dosyası Kontrol Formu](#)" göre kontrol edilir. Taburcu İşlemleri İçin **Hasta Dosyaları Kontrol Formu** kutucuklar kontrol sonucuna göre doldurulur. Dosyada bulunan evraklar [Hasta Dosyası Kontrol Formuna](#) işlenir. Dosyada bulunması gereken evraklar şunlardır:

6.24.1.Kadın Doğum Servisi

6.24.1.1 Tıbbi Muayene ve Müşahade Formu

6.24.1.2.Hasta Yatış Formu

6.24.1.3.Order

6.24.1.4.Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu

6.24.1.5.İtaki (Düşme riski değerlendirme formu)

6.24.1.6.Hemşire Gözlem Formu



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	9 / 10

- 6.24.1.7.Partoğraf Formu
- 6.24.1.8.Yenidoğan Değerlendirme Formu
- 6.24.1.9.Bebek İzlem Formu
- 6.24.1.10.Vajinal Doğum-Abdominal Doğum Rıza Belgesi
- 6.24.1.11.Hasta Eğitim Formu
- 6.24.1.12.Hasta Dosyası Kontrol Formu

6.24.2.Dahili Branşlar

- 6.24.2.1Tıbbi Muayene ve Müşahade Formu
- 6.24.2.2Hasta Yatış Formu
- 6.24.2.3Order
- 6.24.2.4.Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
- 6.24.2.5.İtaki Düşme Ölçeği Formu
- 6.24.2.6.Konsültasyon Formu
- 6.24.2.7.Hastanın Beraberinde Getirdiği İlacı Kullanım ve Teslim Tutanağı Formu
- 6.24.2.8.Hasta Eğitim Formu
- 6.24.2.9.Hasta Dosyası Kontrol Formu

6.24.3.Cerrahi Branşlar

- 6.24.3.1.Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi
- 6.24.3.2.Tıbbi Muayene ve Müşahade Formu
- 6.24.3.3.Hasta Yatış Formu
- 6.24.3.4.Order
- 6.24.3.5.Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
- 6.24.3.6.İtaki Düşme Ölçeği Formu
- 6.24.3.7.Hemşire Gözlem Formu
- 6.24.3.8Konsültasyon Formu
- 6.24.3.9.Anestezi Aydınlatılmış Onam Formu
- 6.24.3.10.Cerrahi Taraf Bölge Tespit Formu
- 6.24.3.11.Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Ameliyat Sonrası Hasta Takip Formu
- 6.24.3.12.Hasta Eğitim Formu
- 6.24.3.13.Hasta Dosyası Kontrol Formu

6.24.4.Çocuk servisi

- 6.24.4.1.Tıbbi Muayene ve Müşahade Formu
- 6.24.4.2.Hasta Yatış Formu
- 6.24.4.3.Order
- 6.24.4.4.Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
- 6.24.4.5.Harizmi Düşme Ölçeği Formu
- 6.24.4.6.Hemşire Gözlem Formu
- 6.24.4.7.Hasta Eğitim Formu
- 6.24.4.8.Hasta Dosyası Kontrol Formu

6.25.Taburcu Edilen Hastanın Takibi: Hasta taburcu olurken kendisine verilen "[EY.FR.06.Yatan Hasta Eğitim Formu](#)"nda ilaçları nasıl kullanacağı, diğer tedaviler veya öneriler, (diyet, pansuman, egzersiz vb.) hastane ve doktorla irtibat telefonları, yatış çıkış tarihi, teşhisi ve yapılan tedavi ayrıntılı olarak işlenir. Hastanın ne zaman kontrole geleceği ne zaman tetkiklerini yaptıracığı ve tedavisinin taburcu olduktan sonra nasıl sürdürüleceği konusunda bilgi sahibi olması sağlanır.



YATAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.25
Yayın Tarihi	11.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	10 / 10