



AYAKTAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.27
Yayın Tarihi	18.08.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 4

1. AMAÇ: Hastanemize başvuran ayakta poliklinik hastalarının kabul işlemleri, hastalarının muayene işlemleri ve poliklinik muayenesinin sonlandırılması işlemleri gibi süreçler için metot belirlemek.

2. KAPSAM: Hastanemizdeki ayakta hasta işlemlerinin yapıldığı poliklinik işlemlerini kapsar

3. KISALTMALAR:

3.1. HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

3.2. MHRS: Merkezi Hastane Randevu Sistemi

3.3. DÖF: Düzeltici ve Önleyici Faaliyet

4. TANIMLAR

5. SORUMLULAR:

5.1. Başhekim

5.2. Başhekim Yrd.

5.3. İlgili Öğretim Üyeleri

5.4. Hastane Müdürü

5.5. Birim Sorumluları

5.6. Poliklinik Bilgi İşlem Elemanı

5.7. Danışma Personeli

6. FAALİYET AKIŞI: Kurumumuzda bulunan tüm birimlerde, personellerimiz her işlem öncesi kendini tanıtarak (personel kimlik kartı) hasta/hasta yakınının işlemlerini gerçekleştirir.

6.1. HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI: Hasta resmi kimlik belgesiyle hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birime başvurur. Hastanın kimlik doğrulaması yapılarak kaydı yapılır. Eğer kimliğin hastaya ait olmadığı veya sahte kimlik ile hastaneye giriş yapılmak istendiği tespit edilirse ilgili kişi hakkında yasal işlemler yapılmak üzere kimliğine el konulur ve ilgili Müdür vasıtasıyla yasal mercilere intikal ettirilir.

6.2. HEKİM SEÇME HAKKI: Hasta kabul birimlerinde ve hastanemiz web sitesinde ilgili bölümlerde hizmet veren hekimler ve ihtisas alanları güncel liste halinde bulundurulur Hastanemizin Üniversite Hastanesi olması nedeniyle hekimlere ait sabit poliklinik odası bulunmamakta ancak polikliniklerde aylık çalışma çizelgeleri ile çalışan hekim listeleri bulunmaktadır. Hastalar bu çizelgelerden seçim yapabilirler.

6.3. HASTALARIMIZIN HİZMETE ERİŞİMİNİ KOLAYLAŞTIRMAK İÇİN YAPILAN DÜZENLEMELER:

6.3.1. Hastanemizde hizmete erişim noktalarında hasta/hasta yakınlarımıza yardımcı olabilecek hasta iletişim ofisi ve danışma birimimiz bulunmaktadır.

6.3.2. Hizmete erişimi kolaylaştırmada yardımcı olabilecek; Hastane Bilgi Rehberi, Tanıtıcı Broşür, Telefon, Bilgisayar, Kurum İçi Telefon Rehberi gibi ekipmanlarımız bulunmaktadır. Hastanemizde internet ve telefonla hasta randevusu verilmektedir.

6.3.3. Danışma birimi çalışanlarımız Danışma Personeli Görev Tanım'ları doğrultusunda (kıyafet, sorumlulukları gibi) görevlerini yürütürler.

6.3.4. Danışma birim elemanlarımıza yılda bir kez ve gerektiğinde:

6.3.4.1. Hasta memnuniyeti,

6.3.4.2. Hasta hakları, sorumlulukları ve uyması gereken kurallar,

6.3.4.3. İletişim becerileri gibi konularda eğitim verilerek kayıt altına alınır.



AYAKTAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.27
Yayın Tarihi	18.08.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 4

6.3.5. Hasta Kayıt İşlemleri: Hasta kayıt işlemlerimizin etkin ve doğru bir şekilde yapılabilmesi için hasta kayıt birimimizde ve ilgili bölümlerimizde hizmet veren hekimlerimizin güncel listesi bulunmaktadır. Hasta kayıt birimimizde çalışan personellerimize yılda bir kez ve gerektiğinde:

6.3.5.1. Hasta memnuniyeti,

6.3.5.2. Hasta hakları, sorumlulukları ve uyması gereken kurallar,

6.3.5.3. İletişim becerileri gibi konularda eğitim verilerek kayıt altına alınır.

6.3.6. Hastalarımızın Poliklinik Süreci Bekleme Sürelerine İlişkin Düzenlemeler:

Hastalarımız muayene bekleme sürelerini her poliklinikte bulunan bilgilendirme ekranından da takip edebilmektedir. Muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde; acil vakalar, engelli bireyler, hamileler, 65 yaş üstü yaşlılar, 7 yaşından küçük çocuklar, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için öncelik uygulanır. Ayrıca Web üzerinden alınan randevular acil bir durum yok ise randevu aldığı muayene saatinde öncelik verilerek polikliniğe kabulü sağlanır.

6.3.7. DEĞERLENDİRME SONRASI BAKIM:

6.3.8. Tanı ve Tedavi Amaçlı Randevu ve Sonuç Verme Sürelerine Yönelik

Düzenlemeler: Hastaların tanı ve tedavi için yaptırdıkları röntgen çekimi, tomografi, ultrason ve gibi işlemlerde randevu ve sonuç verme sürelerine ilişkin poliklinik hastaları için “**RG.LS.01. Radyoloji Tetkikleri Çıkış Süreleri Listesi**” ile değerlendirilir. Değerlendirme sonuçlarına göre düzeltici önleyici faaliyet başlatılması gerekiyorsa birim sorumluları tarafından **GI.FR.01 Düzeltici ve Önleyici Faaliyet (DÖF) Takip Formu** doldurularak kalite birimine bildirilir. Kalite birimi DÖF sonuçlandırmasını takip eder. Hastaların tanı ve tedavi için yaptırdıkları laboratuvar tetkikleri için de sonuç verme sürelerine ilişkin poliklinik hastalarında “**BY.LS.01 KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Laboratuvar Tetkikleri Çıkış Süreleri Listesi**” ayaktan hasta hizmet sunumunun olduğu alandaki tüm panolarda aslıdır. Ayrıca ilgili birimler tarafından da sözlü olarak bilgilendirme yapılır.

6.3.9. Yaşlı ve Engelli Kişilerin Sağlık Hizmetine Erişimlerini Kolaylaştırmaya Yönelik

Düzenlemeler: Hastanemizde yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırabilmeleri için yaşlı ve engelli birey hasta kayıt biriminde işlemlerinin yapılması sağlanır. Yaşlı ve engelli bireylerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinin öncelikli olarak yaptırılmalarının sağlanması için; poliklinik bilgilendirme ekranlarında ve poliklinik kapılarında belirtilen şekilde öncelikli, en kısa ve erken sürede işlemlerinin tamamlanması sağlanır.

6.3.10. Hasta/Hasta Yakınının; Teşhis, Tedavi, Bakım Hizmetleri, Hasta Sorumlulukları İle Diğer Hizmetler Hakkında Bilgilendirilmesi:

6.3.10.1. Hastanın hekimi tarafından; genel durumu, yapılan tetkik, muayene ve işlemler sonucunda sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilir.

6.3.10.2. Tedavi süreci hakkında hastanın hekimi tarafından reçete edilen ilaçlar ve tıbbi öneriler hakkında sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilir.

6.3.10.3. Bakım uygulamalarının seyri ve gerektiğinde bakım değişiklikleri konusunda hastanın hekimi tarafından; hasta/hasta yakınına bilgi verilir ve kontrol zaman aralığı sözlü ya da yazılı olarak bildirilir.

6.3.10.4. Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale(kan alma, elektro kardio grafi, tansiyon ölçümü vb.) konularında sözlü olarak hastanın hekimi tarafından bilgilendirilir.

6.3.10.5. Yapılan tetkik ve işlemler sonrasında sonuçların alınma süreleri ile ilgili hasta/hasta yakını bilgilendirilerek tekrar hekiminin yanına gelme süresi hakkında da bilgi hekim tarafından verilir.



AYAKTAN HASTA PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	HB.PR.27
Yayın Tarihi	18.08.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	3 / 4

6.3.10.6. Sonuçları ile birlikte tekrar hekimine başvuran hasta/hasta yakınının planlanan işlemler hakkında hekimi tarafından anlaşılabilir ve sade bir dille bilgilendirilir. Hastanın karar verilen tedavi seyrine göre; Yatan Hasta Dosyası ya da HBYS' ye hastanın; klinik durumu, bakım ihtiyaçları, fiziki muayene ve öykü, psikolojik ve sosyal faktörler gibi durumlar hekimi/sağlık çalışanı tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınır. Geriye yönelik olarak incelemeler gerek HBYS üzerinden gerekse **TA.TL.01 Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Talimatı 01.Arşiv İşleyiş Prosedürü** doğrultusunda sağlanır.

6.3.10.7. Bilgilendirilmeler sırasında hasta/hasta yakınları mahremiyetine dikkat edilmesi açısından bilgilendirme ve diğer tüm işlemler sırasında hasta ile yalnız ve kapı kapalı olarak görüşülür. Ancak hastadan onayı alınan hasta yakınının bulunmasına müsaade edilir.

6.3.10.8. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumlarında hasta/hasta **GR.TL.01.Güvenlik Raporlama Sistemi Talimatı** doğrultusunda bilgilendirme yapılır.

6.3.11. Hasta Mahremiyeti: İsmi açıklanmasını istemeyen hastaların kaydı hasta mahremiyetine dikkat edilerek rumuz veya isim ve soyadın ilk iki harfleri kullanılarak yapılır. Hastaya yapılacak olan girişimsel işlemler öncesi (enjeksiyon uygulaması, endoskopi, kolonoskopi 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. Muayene işlemleri sırasında hasta ve hastadan onayı alınan hasta yakını haricinde giriş ve çıkışlar engellenir. Muayene odalarında mahremiyet göz önünde bulundurularak hastanın muayene edildiği alanda perdenin/paravanın 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.

6.3.12. 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.

6.3.13. Hastanın Kendisi ile İlgili 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 onamalarını talep ederse dokümanların bir nüshaları verilebilir. Ayrıca hastane web sitemizde bulunan laboratuvar sonuçları butonundan da gerekli tetkik sonuçlarına ulaşabilirler.

