

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ			
Dok. Kodu: KY.PR.01	Yayın Tarihi:29.12.2015	Revizyon Numarası:04	Revizyon Tarihi:26.10.2023	Sayfa Sayı:07

1.0 AMAÇ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde hizmet veren çalışanlarımızın güvenliğini tehdit eden tehlikeli ve riskli durumları azaltmak, kaza ve yaralanmaları önlemeye yönelik güvenli bir çalışma ortamı sağlamak, alınacak önlemleri belirleyip, uygulamak için gerekli tedbirlere yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

2.0 KAPSAM

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde hizmet veren tüm çalışanları kapsar.

3.0 KISALTMALAR

HAP: Hastane Afet Planı

KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

İOB: İstenmeyen Olay Bildirimi

KKE Kullanımı Planı: Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Planı

TENMAK: Türkiye Enerji, Nükleer ve Maden Araştırma Kurumu

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

4.0 TANIMLAR

Bölüm Uyum Eğitimi: Bölümde çalışmaya yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

Genel Uyum Eğitimi: Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

Kurşun Koruyucular: Radyasyonlu alanlarda, hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan; Kurşun önlük, Kurşun gözlük, Kurşun eldiven, Tiroid koruyucu, Gonad koruyucusu ve Koruyucu paravan gibi ekipmanlardır.

Mavi Kod: Temel ve ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan “acil durum yönetim” aracıdır.

Radyasyon Uyarı Levhaları: Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan uluslararası radyasyon sembelleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir.

Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar: Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler, Radyoloji, Röntgen, CT, Nükleer Tıp, ESWL Ünitesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Girişimsel Radyoloji Ünitesi bölümlerinin görüntüleme birimleri, ameliyathanelerde skopi ile işlem yapılan alanlardır. Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Hastane Başmüdürü
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİTET AKIŞI

6.1 ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOMİTESİ GÖREV ALANLARI

6.2 ÇALIŞAN EĞİTİMLERİ

6.3 KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

6.4 RADYASYON GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

6.5 ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

6.6 BEYAZ KOD İŞLEYİŞİ

6.7 ÇALIŞANLARIN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.8 ENGELLİ ÇALIŞANLARA YÖNELİK DÜZENLEME

6.9 ÇALIŞANLARIN BİLGİLENDİRİLMESİ

6.10 YANGIN GÜVENLİĞİ

6.11 TEHLİKELİ MADDELERİN YÖNETİMİ

6.12 ATIK YÖNETİMİ

6.13 BİLGİ GÜVENLİĞİ

6.14 GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

6.1 ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOMİTESİ GÖREV ALANLARI

Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanemizde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmıştır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunur.

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması,
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Şiddete maruz kalma risklerinin azaltılması,
- Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması,
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi.

Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanır, komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirleyerek takibini yapar.

SKS çerçevesinde oluşturulan Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi gerektiğinde ilgili mevzuatlar kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışmaktadır.

6.1.1 Çalışanların Zarar Görme Risklerinin Azaltılması

Hastanemizde Risk Yönetimi "*Risk Değerlendirme Prosedürü*" ne göre yapılmakta olup çalışanlar ile hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere yönelik asgari aşağıdaki süreçleri kapsayacak şekilde ele alınmıştır:

- Tıbbi süreçler
- İdari süreçler
- Finansal süreçler
- Teknik süreçler
- Tesis güvenliği
- Çevre güvenliği
- Paydaşlarla iletişim

Hastanemizde bölüm/birim/ünite bazında risk analiz yapılmış olup bölüm/birim/ünite çalışanları **Risk Analiz Tablolarında** tehlike ve riskler ile alınması gerekli önlemler hakkında bilgilendirilmiştir.

Çalışanların karşılaşılabileceği olası riskleri (enfeksiyon, radyasyon, kesici delici alet yaralanması, kan vücut sıvıları sıçramasına maruz kalma, şiddet, ergonomik vs.) önlemek amacıyla kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanımının sağlanması, sağlık taramalarının yaptırılması, aşılama faaliyetlerinin yapılması, fiziksel çalışma şartlarının düzeltilmesi, istenmeyen olay bildirim sisteminin kurulması, Beyaz Kod uygulamasının başlatılması, çalışan güvenliği eğitimleri düzenlenmesi gibi faaliyetler başlatılır ve sürdürülür.

6.1.2 Riskli Alanlarda Çalışanlara Yönelik Gerekli Önlemlerin Alınması

Hastanemizde riskli alanlarda çalışan personelin güvenliğini sağlamak amaçlı gerekli tedbirler alınmış olup, kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanımı sağlanmıştır.

6.1.3 Şiddete Maruz Kalma Risklerinin Azaltılması

Hastanemizde şiddete maruz kalma risklerinin azaltılması kapsamında beyaz kod sistemi kurulmuş olup sistem "*Beyaz Kod Talimatı*" na göre hizmet vermektedir. Gerçekleşen beyaz kodlar "*Beyaz Kod Olay*

Bildirim Formu” ile kayıt altına alınarak olaya maruz kalan çalışana gerekli destek sağlanmakta ve gerekli iyileştirme çalışmaları planlanarak yapılmaktadır.

Sistemin sorunsuz işlediğinin kontrolü için yılda en az bir kez tatbikat yapılmakta ve tatbikat başarılı olana kadar tekrarlanmaktadır.

6.1.4 Kesici Delici Alet Yaralanmasına Yönelik Risklerin Azaltılması

Hastanemizde Kesici Delici Alet Yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması kapsamında kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanımı sağlanmakta, ilgili eğitimler planlanarak verilmektedir. Kesici Delici Alet Yaralanması bildirimleri kalite koordinatörlüğü tarafından günlük değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yönetim ile planlanarak gerçekleştirilmektedir.

6.1.5 Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşma Risklerinin Azaltılması

Hastanemizde Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşma risklerin azaltılması kapsamında kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanımı sağlanmakta, ilgili eğitimler planlanarak verilmektedir. Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşma bildirimleri **Kalite Koordinatörlüğü** tarafından günlük değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yönetim ile planlanarak gerçekleştirilmektedir.

6.1.6 Sağlık Tarama Programının Hazırlanması ve Takibi

Çalışanların sağlık taramaları çalışan sağlığı ve güvenliği birimi yönetiminde program dahilinde yapılmaktadır. Yapılan program asgari aşağıdaki konuları içerir.

- Bölüm bazında yapılacak sağlık taramalarının, kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığı,
- Nasıl ve nerede uygulanacağı,
- Sonuçların kim tarafından değerlendirileceği,
- Olumsuz sonuçlar elde edildiğinde nasıl bir yol izleneceği,
- Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve ilgili kişilerin (uzman hekim, hemşire, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı gibi) görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilir ve çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilir. Sağlık tarama sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar sağlık durumlarına ilişkin izlenerek, gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmaktadır.

6.2 ÇALIŞAN EĞİTİMLERİ

Hastane personeline, Kalite Koordinatörlüğü ve Eğitim Komitesinin iş birliği ile Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında **Çalışan Güvenliği** açısından verilmesi planlanan eğitimler;

- İş Sağlığı ve Güvenliği,
- Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı,
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi,
- Bilgi Güvenliğinin Sağlanması,
- Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması,
- Acil Durum Kodları,
- Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi,
- Atık Yönetimi,
- Acil Durum ve Afet Yönetimi,

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında verilmesi zorunlu eğitimler **Kalite Koordinatörlüğü Modülü** üzerindeki **Hastane Eğitim Modülü** veya <https://isg.ktu.edu.tr:8075/> web adresinden online olarak tüm çalışanlar için yönetilmektedir.

Çalışanlara verilen tüm eğitimlerin konuları ve ilgili kayıtlarına **Eğitim Koordinatörlüğünden** ulaşılmaktadır.

6.3 KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak Bölüm/Birim bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenmiştir.

- Bölüm/birimlerimizde bulunması gereken kişisel koruyucu ekipman listesine göre gerekli tüm kişisel koruyucu ekipmanlar çalışma alanlarında ulaşılabilir durumdadır.
- Çalışanlar, çalışma ortam ve koşulları ile yaptığı işe göre kişisel koruyucu ekipman kullanmaktadır.
- Çalışanlar, kişisel koruyucu ekipman seçimini olası tehlike/risk durumuna göre yapar,

- Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımları, bölüm kalite sorumlularınca ve birim sorumlularınca denetlenir,
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda Çalışan Güvenliği Komitesince, Eğitim Komitesi ile iş birliği yapılarak çalışanlara eğitim verilir.

6.4 RADYASYON GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak radyoaktif maddelerin, radyasyon üreten cihazların, iyonlaştırıcı radyasyon ve etkilerine karşı çalışanların, hastaların ve çevrenin radyasyon güvenliğini sağlayacak yöntem ve kuralları belirlenmiştir.

- Radyasyona maruz kalan çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim verilir.
- Radyolojik görüntüleme cihazlarının ilgili kurumdan (TENMAK) lisanslıdır.
- Radyolojik görüntüleme cihazlarının, düzenli olarak bakım ve kalibrasyonları yapılır,
- Radyasyon Koruyucuların Güvenliği, ilgili standartlara göre yapılır.
- Radyasyon tehlike sembolünün ve diğer uyarı yazılarının ilgili alanlarda asılı bulundurulur.
- Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışılması ve kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanır.
- Radyasyonlu alanlarda çalışan personelimizin, sağlık taramaları;
 - Altı ayda bir kez hemogram,
 - Altı ayda bir kez periferik yayma,
 - Yılda bir kez göz muayenesi,
 - Yılda bir kez dermatolojik muayenelerinin düzenli olarak yapılır sonuçlar olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınır, (şua izini, bölüm değişikliği vs.)
- Radyasyon Güvenliği Komitesi ile iş birliği yapılarak dozimetre takipleri yapılır, sonuçları olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik gerekli önlemler alınır, (şua izini, bölüm değişikliği vs.)

6.5 ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi hastanesinde enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi *Enfeksiyon Kontrol Komitesinin* yönetiminde olup,

- Çalışanlarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler; Çalışan Güvenliği Komitesi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.
- Enfeksiyondan korunmak için kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması sağlanır.
- Sağlık taramaları Çalışan Sağlık Tarama Programına göre düzenli olarak yapılır Sağlık Tarama sonuçlarına göre, çalışanlar aşılama programına alınır.
- Hastanedeki bölüm/birimlerin risk düzeylerine göre temizliği, *“Hastane Temizlik Prosedürü* uygun yapılır.
- Kesici delici alet yaralanmaları ve Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçramalarını önlemek için kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlanır ve gerekli eğitimler verilir.
- Hastanemizde enfeksiyon kontrolü *“Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Prosedürü”* kapsamında yönetilmektedir.

6.6 BEYAZ KOD İŞLEYİŞİ

Beyaz Kod: Sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarına yönelik olası bir saldırı, tehdit, taciz gibi, sözlü ya da fiili bir davranış durumunda olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin intikal etmesinin sağlanması, olay yerinde; olaya müdahale edilmesi, kayıt altına alınması ve bildirimini yapılmasının sağlanmasıdır.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde beyaz kod işleyişi *“Beyaz Kod Talimatı”* na uygun yapılmaktadır.

6.7 ÇALIŞANLARIN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri; HBYS de bulunan Kalite Koordinatörlüğü Modülü üzerindeki *İstenmeyen Olay Bildirim* Sisteminden, hastanemiz içerisinde bulunan öneri ve istek kutularından, yılda bir kez yapılan çalışan geri bildirim anket sonuçlarından ve İnternet ortamından e mail vasıtasıyla alınır.

Yapılan değerlendirmeler sonrası iyileştirme çalışmaları planlanır ve uygulanır.

KONTROLLÜ KOPYA

6.8 ENGELLİ ÇALIŞANLARA YÖNELİK DÜZENLEME

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak engelli çalışanlara yönelik, personelin engel durumuna göre uygun bölüm/birimde görevlendirilmesi, çalıştığı bölüm/birimlerde engel durumuna yönelik çalışma ortamı sağlanması ve ihtiyaçların temini ile ilgili düzenlemeler yapılmaktadır.

6.9 ÇALIŞANLARIN BİLGİLENDİRİLMESİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi çalışanlarının bilgilendirilmesi;

- Hastane içindeki ilan panoları.
- HBYS üzerinden bulunan hastane modülleri üzerinden,
- Hastane <https://ktu.edu.tr/farabi> web adresi üzerinden,
- EBYS' de @ktü uzantılı e mail adreslerinden,
- İmza karşılığı yazılı tebliğ yöntemleri ile bilgilendirilmektedir.

6.10 YANGIN GÜVENLİĞİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde yangın güvenliği, yangına karşı alınacak önlemler ve sorumlular “*Hastane Afet Planında (HAP)*” ve “*Hastane İçi Yangın Standart Operasyon Prosedür (Kırmızı Kod Prosedürü)*” kapsamında yönetilmektedir.

- HAP kapsamında en az yılda bir kez Sivil Savunma Amiri sorumluluğunda olup gerekli eğitimler yapılarak kayıt altına alınır.
- Yılda bir kez yangın tatbikatları yapılır ve kayıtları tutulur.
- Acil durum çıkış levhaları hastanemiz içinde uygun yerlere görülebilecek şekilde yerleştirilmiştir.
- Yangın söndürücüler hastanenin büyüklüğü göz önüne alınarak uygun yerlere yerleştirilmiş, kontrolleri belirli periyotlarla sivil savunma bürosu tarafından yapılmaktadır.
- Hastanemizde yangın çıkma nedenlerini ortadan kaldırmak için elektrik sisteminin kontrolleri periyodik olarak teknik servis tarafından yapılır.
- Çalışanların ve hasta/hasta yakınlarının hastane içerisinde sigara içmesi yasaktır.
- Hastane binalarının yıldırıma karşı korunmasını için gerekli noktalarda paratoner sistemleri kurulmuş olup, teknik servis tarafından kontrolleri yapılmaktadır.

6.11 TEHLİKELİ MADDELERİN YÖNETİMİ

Tehlikeli Madde; kimyasal yapıları sebebiyle serbest kaldıkları veya hatalı kullanıldıklarında eşyalara, çevreye veya organizmalara zarar verebilen katı, sıvı ve gazlar. Radyoaktif, yanıcı, patlayıcı, aşındırıcı, yakıcı ve boğucu maddeler bu gruba girerler.

Hastanemizde kullanılan potansiyel tehlikeli maddeler; halojenlenmiş ve halojenlenmemiş organik bileşikler (örneğin çözücüler); inorganik bileşikler, aşındırıcı maddeler (asit/baz), reçeteli ilaçlar, dezenfektanlar ya da karsinogenik (kanserojen), mutagenik veya üreme toksinleri içeren diğer bileşiklerdir.

Hastanemizde tehlikeli maddelerin **Yönetimi** “*Tehlikeli ve Kimyasal Maddelerin Yönetimi Prosedürü*” ne göre yönetilmektedir.

Hastanede bulunan tehlikeli ve kimyasal maddeler “*Tehlikeli Madde Envanter ve Bertaraf Listesi*” nde tanımlanmış olup “*Güvenlik Bilgi Formları*” ve “*Tehlikeli Madde ADR Zorunluluklarına*” Kalite Koordinatörlüğü Modülünden dış kaynaklı doküman olarak ulaşılabilmektedir.

Tehlikeli ve kimyasal maddeler kullanılırken; eldiven, gözlük ve gerektiğinde maske kullanılarak çalışılması, ateşten uzak bulundurulması, depolama alanlarının yeterince havalandırılması, gerekli olan yangın söndürme ekipmanları hazır bulundurulması sağlanır.

6.12 ATIK YÖNETİMİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde atıklar;

- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmeliğe,
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine,
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine,
- Ambalaj Atıkları Kontrolü Yönetmeliğine,
- Atık Elektronik ve Elektrikli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine,
- Çevre Kanunu’na bağlı olarak çıkarılan diğer yönetmeliklere uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde atık yönetimi ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar "**Tıbbi Atık Yönetimi Planı**" nda belirlenmiştir. Bu planda;

- Üretilen atık çeşitlerini,
- Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,
- Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
- Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
- Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı
- Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
- Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
- Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,
- Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,
- Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,
- Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

Bölüm bazında atıklar belirlenmiş olup. Uygun atık kapları bölümlerde bulunmakta, atıklar uygun atık kabına/kovasına atılması sağlanmakta, atık kapları $\frac{3}{4}$ den fazla dolmadan belirlenen periyotlarda ve gerektiğinde geçici atık depolarına taşınması sağlanmaktadır. Atık ayrışımı ve atık kazaları hakkında, ilgili çalışanlara Çevre Görevlisi tarafından eğitim verilmektedir.

6.13 BİLGİ GÜVENLİĞİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde bilgi yönetimi "**Bilgi İşlem Merkezi İşleyiş Prosedürü**" ne göre yönetilmektedir.

Bu kapsamda hastanemize hizmet almak için başvuran hasta/hasta yakınlarına ve tüm kurum çalışanlarına, ait bilgilerin doğru olarak toplanmasını, iletilmesini, depolanmasını ve kullanılması sağlanmış olup bilgisayar sisteminde ve arşivlerde uygun koşullarda muhafaza edilerek bilgi güvenliği sağlanmıştır.

Bilgi güvenliği kapsamında, sunucuların güvenliği, yedekleme, kişisel sağlık kayıtlarının güvenliği ve mahremiyeti. İnternet erişimi ve kullanımı, e- posta kullanımı, e-posta virüs koruma, şifre kullanımı, uzaktan erişim, kablosuz erişim gibi birçok konu yönetilmektedir.

6.14 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi "**İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Prosedürü**" ne göre yönetilmekte olup sistem **Çalışan ve Hasta Güvenliği** kapsamında iki modülden oluşmaktadır.

HASTA GÜVENLİĞİ	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ
<ul style="list-style-type: none">• Düşen Hasta Bildirim Formu	<ul style="list-style-type: none">• Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruziyet
<ul style="list-style-type: none">• İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi	<ul style="list-style-type: none">• Kesici Delici Alet Yaralanmaları
<ul style="list-style-type: none">• Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi	<ul style="list-style-type: none">• Dilek ve Şikâyet Formu
<ul style="list-style-type: none">• Hasta Hata Sınıflandırma Sistemi	<ul style="list-style-type: none">• Malzeme ve Cihaz Olumsuz Olay Bildirim Formu
<ul style="list-style-type: none">• Advers Etki Bildirim Sistemi	<ul style="list-style-type: none">• Hastane Afet ve Acil Durum Planı Görüş ve Öneri Bildirim Formu
<ul style="list-style-type: none">• Kan ve Kan Reaksiyonu Bildirim Formu	<ul style="list-style-type: none">• Ramak Kala Olay/Tehlikeli Durum Bildirim Formu
<ul style="list-style-type: none">• Radyasyon Güvenliği Hata Bildirim Formu	<ul style="list-style-type: none">• Düşen Personel Bildirim Formu
<ul style="list-style-type: none">• Tesis Güvenliği Hata Bildirim Formu	<ul style="list-style-type: none">• Radyasyon Güvenliği Hata Bildirim Formu
<ul style="list-style-type: none">• Bilgi Güvenliği Hata Bildirim Formu	<ul style="list-style-type: none">• Tesis Güvenliği Hata Bildirim Formu• Bilgi Güvenliği Hata Bildirim Formu

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 Sağlık Kalite Standartları Hastane

7.2 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Kalite Dokümanları