



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı



GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

REHBERİ

2020

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 79fb371c-5f34-4566-96ec-b879cbf73248 kodu ile eri ebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

HALK SAĞLIĞI

GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı

GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

HAZIRLAYANLAR

Mahmut BİKEÇ
Hülya ANBARYAPAN
Münüre YILMAZ
Süleyman DALDAL

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/izlemedegerlendirme-anasayfa>
hsgm.izleme@saglik.gov.tr



ÖNSÖZ

Ülkemiz, coğrafi konumunun yanı sıra bölgesinde mağdur olan insanlara kucak açan politikalar benimsemesiyle göç hareketliliğinden en çok etkilenen ülkelerin başında yer almaktadır. Günümüzde ise göç hareketliliği en yoğun zamanını yaşamaktadır. Suriye’de iç karışıklıklar 15 Mart 2011 tarihinde başlamış ve Türkiye, Suriye Krizi mağdurları için ilk günden beri din, dil, ırk ayrımı yapmadan “Açık Kapı Politikası” uygulamıştır.

Suriye’den ülkemize kısa zamanda ve çok yüksek sayılarda gerçekleşen göç olgusu, sağlık sistemimizin sağlam altyapısı, olağanüstü koşullara yönelik hazır bulunuşluğu ve sağlık çalışanlarımızın fedakârlığı ile olağanüstü bir başarıyla yönetilmiştir. Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönerge ile Ülkemizdeki Suriyeli geçici korunanlara sunulacak sağlık hizmetleri düzenlenmiştir. Bu çerçevede temel sağlık hizmetlerini daha etkin ve verimli bir şekilde sunabilmek, dil ve kültür bariyerini aşabilmek, sağlık hizmetlerine erişimi artırabilmek için, bu kişilerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerde, aile sağlığı merkezleri için tanımlanan fiziki ve teknik standartlara sahip **Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM)**, toplum sağlığı merkezi ek birimi olarak oluşturulmuştur.

Tüm sağlık kurum/kuruluşlarımızda olduğu gibi göçmen sağlığı merkezleri ve bu merkezlerde sunulan hizmetin yerinde izleme ve değerlendirilmesi; tespit edilen eksiklik/aksaklıkların düzeltici ve önleyici faaliyetlerle önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Sunulan hizmetin etkinlik, kalite ve verimliliğini arttırmak; iyileştirici, düzeltici ve önleyici faaliyetlerle mümkün olacaktır.

Göçmen sağlığı merkezlerinin izleme ve değerlendirilmesinde yararlanılacak olan bu rehberin hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Doç. Dr. Fatih KARA
Genel Müdür

Göçmen Sağlığı Merkezi İzleme ve Değerlendirme Rehberi 30.06.2020 tarihi itibariyle günceldir. İzleme ve değerlendirme sırasında değişen mevzuat ve programlar dikkate alınmalıdır.



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
1. BİNA DIŞI VE ÇEVRESİ	1
2. ENGELLİ VE YAŞLILARA YÖNELİK DÜZENLEMELER	5
3. PERSONEL VE YÖNETİM DEĞERLENDİRMESİ	11
4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ.....	13
5. BEKLEME ALANI	17
6. YANGINA YÖNELİK ÖNLEMLER	23
7. TIBBİ ATIKLARIN TOPLANMASI VE BERTARAF EDİLMESİ	27
8. ARŞİV HİZMETLERİ	31
9. TUVALETLER	33
10. DEMİRBAŞ MALZEME DURUMU	35
11. TIBBİ MÜDAHALE ODASI	37
12. BEBEK BAKIM VE EMZİRME ODASI	47
13. BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ	49
14. MUAYENE ODALARI	57
15. KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ	65
16. BEBEK, ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ	75
17. KANSER TARAMALARI	83
18. EĞİTİM HİZMETLERİ	85
19. SAĞLIKLI BESLENME, OBEZİTE, DİYABET VE FİZİKSEL AKTİVİTE DANIŞMANLIĞI	87
20. PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ	91
21. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ	93
22. İÇ HASTALIKLARI UZMANI	95
23. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANI	97
24. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI	99
25. GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	101
26. LABORATUVAR HİZMETLERİ	105
GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMU	107



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
AP	Aile Planlaması
ATS	Aşı Takip Sistemi
DGT	Doğrudan Gözetimli Tedavi
GBP	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
GGKT	Gaitada Gizli Kan Testi
GKD	Gelişimsel Kalça Displazisi
GSM	Göçmen Sağlığı Merkezi
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
HSL	Halk Sağlığı Laboratuvarı
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
İSM	İl Sağlık Müdürlüğü
İTP	İşitme Tarama Programı
KDS	Karar Destek Sistemi
KKD	Kişisel Koruyucu Donanım
MBYS	Muayene Bilgi Yönetim Sistemi
RIA	Rahim İçi Araç
SHM	Sağlıklı Hayat Merkezi
SIHHAT	Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi
TAEK	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
TB	Tüberküloz
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (mülga)
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TİTUBB	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



1. BİNA DIŞI VE ÇEVRESİ

1.1. Bina dışı yönlendirme tabelası var mı?

(5393 sayılı Belediye Kanunu Md. 15)

5393 Sayılı Belediye Kanunu'nun Belediyenin yetkileri ve imtiyazları başlıklı 15. maddesinin (n) fıkrasında; "Reklam panoları ve tanıtıcı tabelalar konusunda standartlar getirmek." hükmü yer almaktadır. Bu hüküm doğrultusunda kaldırım ve yol üstü yönlendirme tabelaları yerleştirilmesi ile ilgili usul ve esaslar Belediyeler tarafından belirlenmektedir.

Bina dışı yönlendirme tabelası yoksa veya var olanlarda değişiklik gerekiyorsa ilgili yerlere bildirim yapılmalıdır.

Yönlendirme tabelaları Türkçe-Arapça olacak şekilde hazırlanmalı ve vatandaşların sağlık kuruluşuna kolaylıkla ulaşmalarını sağlayacak yerlere yeterli sayıda konulmuş olmalıdır.

1.2. Bina müstakil mi?

(Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği Md. 8)

Birinci basamak sağlık tesisleri kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip müstakil binalarda veya binaların asansör ve merdivenleri hasta kullanımına uygun olan katlarında veya katın bağımsız bölümlerinde kurulabilir. Aynı şartları taşıyan farklı binalarda da sağlık tesisinin ek hizmet birimleri bulunabilir.

1.3. Mevzuata uygun dış tabela var mı?

(Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu)

Kurumsal kimlik kılavuzu, kurum kimliğini oluşturan tüm tasarım öğelerinin kullanım biçimlerini açıklayan kitapçıktır. Kılavuz; logo, amblem gibi tanıtıcı işaretlerin yazı karakteri, punto, renk, ölçüler gibi tüm özelliklerini belirtmenin yanı sıra bu işaretlerin bayrak, flama, afiş, antetli kağıt gibi yüzeylerde uygulanış biçimlerini açıklar.

Bakanlığımızın kurum kimliğinin bütünlüğünü

sağlamak için, hizmet birimlerimiz ve bağlı kuruluşlarımızla ortak kimliğimizi oluşturan grafik, görsel öğelerin standartlarına ilişkin bir çalışma yapılmış ve Kurumsal Kimlik Kılavuzu oluşturulmuştur.

Kurumsal kimliğimizi ifade eden ve tanımlayan bu kılavuzdaki her bir unsurun gerektiği yerlerde, Türkçe-Arapça olacak şekilde tarif edilen standartlarda hassasiyetle kullanılması, kurumsal bütünlüğümüzün devamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır.



T.C. Sağlık Bakanlığı
YENİMAHALLE 1 NO'LU
GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ

1.4. Çevre düzenlemesi yapılmış mı?

(Devlet Binaları İşletme, Bakım, Onarım Yönetmeliği)

Binaya giren - çıkan hasta ve personelin bina dışında kullanacağı alanlarda kirletici maddelerin (çöp vb.) bulunmaması, temiz olması ve bu alanlarda gerekli olan yerlerde çevre düzenlemesi yapılması gerekmektedir.

Bina çevresi sağlığı tehdit edici etmenlerden arındırılmış olmalıdır. Kaza ve yaralanmaları engelleyici tedbirler alınmış olmalıdır.

1.5. Binanın dış cephesi ve boyası, tam, temiz ve bakımlı mı?

(Devlet Binaları İşletme, Bakım, Onarım Yönetmeliği Md. 6)

Bina içinde veya dışında bina ile ilgili tesis ve donatının temizliğinin, boya, badana işlerinin yapılması, belirli aralıklarla kontrol edilmesi ve ufak onarımlarla hizmetin aksamasının önlenmesi gerekmektedir.

Hizmet sunulan binanın dış cephesi temiz ve bakımlı olmalıdır. Dış cephesinde dökülmüş sıva, boya vb. olmamalıdır.



1.6. Binanın iç ve dış giydirmesi uygun mesajlar içeriyor mu?

Bina giydirmesi yapılırken Sağlık Bakanlığının politikalarına uygun koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti mesajları verilmelidir. Binanın dış ve iç giydirmesinde solma, yırtılma, sökülme vb. görüntüler olmamalıdır.



1.7. Bina girişinde kuruluşun çalışma gün ve saatlerini bildirir tabela var mı?

(Sağlık Bakanlığı 13.01.2012 tarihli ve 1363 sayılı Aile Sağlığı Merkezi Tabelaları ile Aile Hekimlerinin Kaşelerine İlişkin Usul ve Esaslar)

Giriş tabelası en az 30x50 cm büyüklükte olmalı ve merkeze başvuran kişilerin görebileceği şekilde asılmalıdır. Tabeladaki yazılar aynı büyüklükte ve karakterde, beyaz zemin üzerine siyah renkte Türkçe ve Arapça olmalıdır. Göçmen sağlığı merkezinin çalışma gün ve saatleri tabelaya yazılır.

1.8. Türk Bayrağı ve Sağlık Bakanlığı flaması mevzuata uygun mu?

(2893 sayılı Türk Bayrağı Kanunu, Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu)

Bina girişinde 2893 sayılı Türk Bayrağı Kanunu'na uygun özelliklerde Türk Bayrağı asılı olacaktır. Türk Bayrağı, yırtık, sökük, yamalı, delik, kirli, soluk, buruşuk veya layık olduğu manevi değeri zedeleyecek herhangi bir şekilde

kullanılamaz.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzuna uygun Sağlık Bakanlığı logolu flama asılacaktır.

Kirlenen, yırtılan ve rengi solan bayrak ve flama değiştirilecektir.

1.9. Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM) girişinde T.C. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği (AB)'nin desteğini gösteren "pirinç levha" var mı? (SIHHAT Projesi kapsamında faaliyet gösteren GSM'lerde sorgulanacaktır.) (HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı yazısı)

Avrupa Birliği (AB) ile birlikte yürütülen SIHHAT projesi kapsamında görünürlük faaliyetleri açısından göçmen sağlığı merkezinin girişinde bulunması gerekmektedir.



1.10. Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Elektrik kesintisi durumunda, sunulan hizmetlerin asgari standartlarda devamını sağlayacak kapasitede çalışır durumda jeneratör ya da kesintisiz güç kaynağı sistemi bulunmalıdır.

Jeneratörün bakımı için bir kişi görevlendirilir. Jeneratörün firma yetkilileri tarafından



önerildiği şekilde bakımının ve kontrollerinin düzenli bir şekilde yapılması sağlanır. Kontroller kayıt altına alınır. İzleme ve değerlendirme sırasında kayıtlar kontrol edilir.



Jeneratör mümkün olduğunca kolay, temiz hava almaya ve kullanılmış havayı atmaya müsait bir yere yerleştirilmiş olmalıdır. Jeneratör, çalışma saatlerinde sessizlik gerektiren yerlerden uzak olmalıdır.

İzleme ve değerlendirme sırasında jeneratörün çalıştırılması istenerek faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.

1.11. Bina girişinde dumansız hava sahasını belirten alan var mı?
(2015/6 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi)

2015/6 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesinde belirtildiği üzere bina girişinde dumansız hava sahasını belirten alanın oluşturulması gerekmektedir.



Kamu kurum ve kuruluşlarının topluma örnek teşkil edecek şekilde kendilerine ait açık alanların yalnızca belirlenmiş yerlerinde tütün

ürünü kullanımına müsaade etmeleri ve bu alanın toplam açık alana oranının %30'dan fazla olmaması ve giriş kapılarından en az 10 metre mesafede olması sağlanmalıdır.





2. ENGELLİ VE YAŞLILARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

2.1. Bahçe içi düzenlemeleri uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Kaldırımlardan bahçeye girişte kot farkı var ise standardına uygun rampalı giriş sağlanmalıdır.



Rampanın temiz geçiş genişliği uygun (en az 100 cm), yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.

Rampa eğimi standarda uygun olmalıdır:

- 15 cm ve daha az ise eğim en fazla 1:10 (% 10)
- 16 cm-50 cm arasında ise eğim en fazla 1:11 (% 9)
- 51 cm-100 cm arasında ise eğim en fazla 1:12 (% 8)
- 100 cm üzerinde ise eğim en fazla 1:16 (% 6) olmalıdır.

Bahçe yolu veya yayanın kullanabileceği güzergâh varsa bu güzergâhta mevzuatta belirlenen standartlara uygun gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bahçe yolu engellerden (elektrik direği, tabelalar, süs bitkileri, çiçeklik/saksılar, reklam/ilan panoları vb.) arındırılmış olmalıdır.

2.2. Otopark alanları engelli mevzuatına uygun şekilde düzenlenmiş mi?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Binanın mülkiyet sınırları içerisinde açık veya kapalı otopark alanı varsa en az 1 tane olmak üzere engelliler için yeterli sayıda park yeri ayrılmalıdır.



Binanın mülkiyet sınırları içerisinde açık veya kapalı otopark alanı olmadığı durumlar için bina girişine yakın yerde engelliler için otopark yeri düzenlenmelidir.

Engellilere ayrılan park yerleri bina girişine ve/veya asansöre en yakın yerde konumlandırılmış olmalıdır.

Otopark alanlarında mevzuatta belirlenen standartlara uygun gerekli yönlendirme ve işaretlemeler yapılmalıdır.

Engelli otopark alanları mevzuatta belirlenen standartlara uygun boyutlarda olmalıdır.

Otoparkın belirlenen standartlara göre aydınlatması yapılmalıdır.

Engelli otoparkının zemin yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.



2.3. Bina girişlerinde engelli düzenlemeleri yapılmış mı?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Bina girişinin yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.

Bina girişlerinde paspas var ise üst yüzeyleri zeminle aynı seviyede olmalıdır.

Bina girişleri iyi aydınlatılmış olmalıdır.

Bina girişi düzyak değil ise kot farkını gidermek için yapılan rampa standartlara uygun olmalıdır.

Ana girişte ulaşılabilirlik sağlanmalıdır.

Bina giriş ve/veya alternatif giriş kapıları ile varsa rüzgarlık kapıları da dahil tüm kapıların önündeki manevra alanı, kapının kanat genişliği/ derinliği ve temiz geçiş genişliği standartlara uygun olmalıdır. (Bakınız Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu; D.72-D.76.i)

Bina girişlerinde çiçeklik, tabela, çöp kutusu vb. nesnelere geçişe engel oluşturmayacak şekilde yerleştirilmiş olmalıdır.

Bina giriş ve/veya alternatif giriş kapıları (varsa rüzgarlık kapıları da dahil) çevresinde geniş cam yüzeyler varsa bunlar yerden 130-140 cm birinci düzey ve 90-100 cm ikinci düzey yükseklikte en az 7,5 cm genişlikte uyarıcı renkli bantlarla işaretlemeler yapılmış olmalıdır.

2.4. Rampalar standartlara uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Bahçe içi, bina girişi, bina içi yatay dolaşım vb. alanlarda kot farkı varsa bunu gidermek için yapılan rampalar standartlara uygun olmalıdır.

Rampa yüzeyi düz, sabit, dayanıklı ve ıslak- kuru halde kaymayan malzeme ile kaplı olmalıdır.

Rampaların başlangıç ve bitimi yaya hareketini engelleyecek herhangi bir çıkıntı veya çukurluk olmayacak şekilde engellerden arındırılmış olmalıdır.

Rampanın temiz geçiş genişliği mevzuatta belirtilen standartlara uygun olmalıdır. (Bina girişinde en az 100 cm, bina içinde en az 90 cm.)

Rampanın başlangıç ve bitiminde 150x150 cm manevra alanı olmalıdır.

Rampa uzunluğu 9 m'den fazla ise veya rampa yön değiştiriyorsa en az 150x150 cm ölçülerinde ara sahanlık bulunmalıdır.



2.5. Merdiven ve basamakları standartlara uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Merdiven basamakları düz, sabit, dayanıklı ve ıslak- kuru halde kaymayan malzeme ile kaplanmalıdır.

Basamak uçları çıkıntısız olmalıdır.

Merdiven basamaklarının ön kenarında algılamayı kolaylaştırıcı farklı renkte ve çıkıntı yapmayacak şekilde 4-5 cm eninde kaymaz şeritler kullanılmalıdır.

Görme engellileri korumak amacıyla bina içlerinde merdiven varsa merdiven altı 220 cm yüksekliğe kadar kapatılmalıdır.

Merdivenlerin başlangıcının 30 cm öncesinde ve bitiminden 30 cm sonrasında 60 cm genişliğinde merdiven genişliği boyunca uyarıcı yüzey bulunmalıdır.

Bina girişinde merdiven varsa merdivenin tüm basamakları aynı derinlikte ve aynı yükseklikte olmalıdır.



2.6. Merdiven-rampa korkuluk ve küpeştelere standartlara uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Küpeşte, merdiven ve rampalarda döşeme kaplaması üzerinden 90 cm yükseklikte olmalıdır.

Her iki tarafı boşluk olan merdivenin/rampanın her iki tarafında veya tek tarafı boşluk olan merdivenin/rampanın tek tarafında kesintisiz küpeşte (tutamak) olmalıdır.

Küpeşterin uçları kullananlara zarar vermemesi için yarım ay şeklinde yuvarlatılmalıdır.

Tirabzanlara ve küpeştelere dayanan bir kişinin vücut kütleini çekebilecek şekilde emniyetle tutturulmuş olmalıdır.

2.7. Engelli polikliniği standartlara uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Poliklinik muayene odaları içinde en az 150x150 cm genişliğinde manevra alanları olmalıdır.

Poliklinik kapılarının temiz geçiş genişliği en az 110 cm olmalıdır.

İç mekânlardaki mobilya düzenlemeleri minimum geçiş genişliklerini (en az 90 cm) sağlayacak şekilde yapılmalıdır.

Bekleme alanlarında tekerlekli sandalyeler için yeterli genişlikte en az 150x150 cm manevra alanı ve en az 90 cm bekleme yeri oluşturulmalıdır.

2.8. Bina içi yatay dolaşım standartlara uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Tüm dolaşım alanları boyunca engellerden (çöp kutusu, su sebili, çay kahve makinesi

vb.) arındırılmış en az 110 cm geçiş genişliği olmalıdır.

Baş seviyesi üzerinde bulunan tüm engeller ve duvara dik veya tavana monte edilmiş levhalar yerden en az 220 cm yükseklikte olmalıdır.

Tüm dolaşım alanlarında kolay hareket sağlayan, düz, sert ve sabit malzeme kullanılmış olmalıdır.

Tüm dolaşım alanları iyi aydınlatılmış olmalıdır.

Odalarda bulunan mobilya düzenlemelerinin geçiş genişlikleri en az 90 cm olacak şekilde düzenlenmelidir.

Kapılar fazla kuvvet gerektirmeden kolay açılabilir.

2.9. Bina içi dikey dolaşım standartlara uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Asansör önü ve kabin içi yeterince aydınlatılmış olmalıdır.

Asansör kapısının temiz geçiş genişlikleri en az 90 cm olmalıdır.

Asansör kapısının yanında bilgilendirici ve/veya uyarıcı işaretler standarda uygun olmalıdır.

- Asansör kapısının yanındaki işaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.
- İşaretler okunaklı ve anlaşılabilir olmalıdır.
- İşaretleme renkleri çevre rengi ile zıt renkte olmalıdır.
- Yazılar ve işaretler görüş mesafesine göre uygun büyüklükte olmalıdır. (Harf yüksekliği 15 mm den az olmamalı ve görüş mesafesindeki her metre için yazı büyüklüğü 20 mm-30 mm arttırılmalıdır.)
- Tüm yönlendirme ve bilgilendirme işaretleri ve yazıları kolay görülebilmesi için yazıldığı zeminle zıt renklerde olmalıdır.
- İşaretler görme engelliler için Braille yazılı olmalıdır.



- İşaretlerde hissedilebilir kabartmalı harfler ve semboller kullanılmalıdır.

Asansör kabin içi kontrol ve kabin dışı çağrı düğmelerinde Braille Alfabeli rakam ve yazılar olmalıdır.

Asansör kapıları açıldığında kabin zemini, kat zemini ile aynı seviyede olmalıdır.

Asansör kabinin içinde ve dışında kat bilgisi veren/sağlayan görsel ve sesli uyarı sistemleri olmalıdır.

Asansör kabin zemini uygun malzeme ile kaplı olmalıdır (Halı, parlak ve kaygan malzeme vb. olmamalıdır.).

Her katta asansör kapısının önündeki sahanlığın genişliği standartlara uygun olmalıdır. Her katta asansör kapısının açıldığı sahanlığın genişliği (derinliği); asansör kapısı sürme kapı ise en az 120 cm asansör kapısı dışı açılan kapı ise en az 150 cm olmalıdır. (Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek sahanlık ölçüleri en az 150 cm x 150 cm olmalıdır.)

Asansör kabin içi ve dışındaki rakam, yazı ve semboller buldukları zeminle zıt renkli olmalıdır.

2.10. Yönlendirme tabelaları ve işaretler standartlara uygun mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Duvara yatay monte edilmiş işaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.

Duvara dik veya tavana monte edilmiş levhalar zeminden en az 220 cm yükseklikte olmalıdır.

Asansörlere ve merdivenlere yönlendirme sağlanmış olmalıdır.

Tekerlekli sandalyeli kullanıcılar için otoparktan binaya ve sağlık kuruluşu içinde bulunan rampalara yönlendirme yapılmış olmalıdır.

Tüm işaretlemeler çevre rengi ile zıt renkte olmalıdır.

Yönlendirme işaretleri ve yazıları kolay

görülebilmesi için yazıldığı zeminle zıt renklerde olmalıdır.

Yazılar ve işaretler görüş mesafesine göre uygun büyüklükte olmalıdır.

Binada alternatif giriş var ise binanın ana girişi ve otopark ile alternatif bina girişi arasında yönlendirme yapılmalıdır.

Otoparktan bina girişlerine yönlendirme olmalıdır.

Engelli tuvaletlerine yönlendirme sağlanmış olmalıdır.

Engelli tuvaletleri hem tuvalet hem de kabin girişinde işaretlerle belirtilmiş olmalıdır.

Ana giriş holünde görme engelliler için 120 cm-160 cm arasındaki yükseklikte Braille Alfabeti ile yazılı ve kabartmalı bilgilendirme panosu olmalıdır.

2.11. Acil durumlar için engellilere yönelik gerekli tedbirler alınmış mı?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Acil durumda çıkışa yönlendirecek kolayca fark edilebilir ışıklı ve sesli yönlendirme işaretleri olmalıdır.



Acil durumlarda işitilebilir ve görülebilir alarm olmalıdır.

Aydınlatma düğmeleri (anahtar) çevirme gerekmeden kullanılabilir olmalıdır.

Tehlikeli bölümlerin (trafo, jeneratör vb.) önüne 60-122 cm yükseklikte uyarı levhası yerleştirilmelidir.



2.12. Standartlara uygun engelli tuvaleti mevcut mu?

(Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2016/07 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Konulu Genelgesi)

Binada en az 1 adet kadın ve 1 adet erkek veya bağımsız girişi olan en az bir adet kadın-erkek ortak kullanımında olan engelli tuvaleti olmalıdır.

Engelli tuvaletine engelsiz ulaşım sağlanmalıdır.

Engelli tuvaletine geçiş sağlayan tüm kapıların ve engelli tuvalet kabini kapısının temiz geçiş genişliği; bina projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011'den önce alınmış olan binalarda en az 85 cm, bina projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011 den sonra alınmış olan binalarda en az 90 cm olmalıdır.

Engelli tuvalet kabinleri içinde tekerlekli sandalyelilerin klozete erişimi için kapının dışarı açıldığı durumlarda en az net zemin yüzeyi genişlik ve derinliği; önden yaklaşımda (düz bir transfer için) 122 cm x 167,5 cm, sağ yandan yaklaşımda (diyagonal bir transfer için) 122 cm x 142 cm ve hem ön hem sol yandan yaklaşımda (yan bir transfer için) 150 cm x 142 cm ölçülerinde; kapının içeri açıldığı durumlarda bu ölçülere kapının açılıp kapanması için gerekli alan eklenerek bulunan ölçülerde manevra alanı (boşluk) sağlanmalıdır.

Engelli tuvaletlerine ana girişten itibaren gerekli yerlerde yönlendirme sağlanmalıdır.

Kapı yanında, duvarda, kapının mandalının bulunduğu tarafta, işaretin yan kenarı pervazdan 5 cm-10 cm arasında bir uzaklıkta yer alacak şekilde bilgilendirici işaretler bulunmalıdır.

İşaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.

İşaretlemeler (tabelalar) çevre rengi ile zıt olmalıdır.

Yazılar ve işaretler görüş mesafesine uygun büyüklükte olmalıdır. (harf yüksekliği 15mm den az olmamalı ve görüş mesafesindeki her metre için yazı büyüklüğü 20 mm-30 mm arttırılmalıdır.)

Tüm yönlendirme ve bilgilendirme işaretleri ve yazıları kolay görülebilmesi için yazıldığı zeminle zıt renklerde olmalıdır.

İşaretler görme engelliler için Braille Alfabesi ile yazılı olmalıdır.

Tuvaletlerin zemin kaplaması düz, sabit ve dayanıklı olmalı, ıslak-kuru halde kaymayan malzeme ile kaplanmış olmalıdır.

Engelinin kullanabileceği engelli tuvalet kabini içerisinde veya genel tuvaletin içinde konumlandırılmış, alt yüzüne kadar en az 75 cm, ön üst yüzüne kadar en fazla 86 cm yüksekliğinde ve en az 20,5 cm derinliğinde diz boşluğu bulunan bir lavabo olmalıdır.

Sifon kollarının (butonları/zincirleri) yerden yüksekliği en fazla 140 cm olmalıdır. Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek sifon kolları yerden en fazla 112 cm olmalıdır.

Sifon kolları tek elle ve kavrama gerektirmeden kullanılabilir nitelikte olmalıdır.

Tuvalet kâğıtlığının yerden yüksekliği en fazla 140 cm ve klozetten erişilebilecek konumda olmalıdır.

Sabunlukların yerden yüksekliği en fazla 140 cm olmalıdır. (Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek sifon kolları yerden en fazla 80-110 cm olmalıdır.)

Musluklar el ile kavrama gerektirmeden açılıp kapanabilecek nitelikte olmalıdır.

Aynaların alt kenarının yerden yüksekliği en fazla 90 cm olmalıdır.

Klozetlerin oturma yeri yerden en az 43 cm, en fazla 48 cm yükseklikte olmalıdır.

Klozete tek taraftan (klozet duvar kenarında konumlandırılmış) yaklaşım sağlanabiliyorsa tuvalette duvar tarafında sabit, yerden yüksekliği 80 cm-95 cm arasında, duvarla arasında 4 cm mesafe olacak şekilde tutunma çubuğu bulunmalıdır. Klozetle duvar arasındaki mesafe klozetin orta noktasından 46 cm mesafede olmalıdır. Tuvalette duvar olmayan tarafta tutunma çubuğu hareketli (katlanabilir) olmalıdır. Duvar olmayan taraftaki hareketli



2. ENGELLİ VE YAŞLILARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

tutunma çubuğunun yerden yüksekliği klozet yüksekliğinden 25-35 cm daha yukarıda olmalıdır. Duvar olmayan tarafta hareketli (katlanabilir) tutunma çubuğunun klozet ile arasındaki mesafe klozetin orta noktasından en az 30 cm, en fazla 35 cm mesafede olmalıdır.

Klozete her iki taraftan (klozet ortalı konumlandırılmışsa) yaklaşım sağlandığı durumlarda klozetin her iki tarafındaki tutunma barları da hareketli (katlanabilir) olmalıdır. Hareketli (katlanabilir) tutunma çubuklarının klozet ile aralarındaki mesafe klozetin orta noktasından en az 30 cm, en fazla 35 cm olmalıdır.

Taharet musluğu en az 43 cm, en fazla 48 cm yükseklikte ve klozetten kolayca erişilebilecek şekilde konumlandırılmalıdır. Tek el ile kavrama gerektirmeden açılıp kapanabilecek nitelikte olmalıdır.

Engelli tuvaletinde klozetten ve yere düşüldüğünde yetişilebilecek şekilde, iple çekilerek çalıştırılabilir özellikte acil durum çağrı aparatı bulunmalıdır.





3. PERSONEL VE YÖNETİM DEĞERLENDİRMESİ

3.1. Personel görevine uygun önlük veya forma giyiyor mu?

(Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Personelin Kılık ve Kıyafetine Dair Yönetmelik Md. 7)

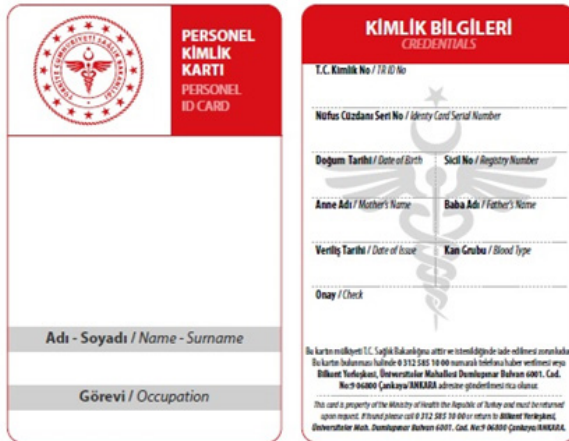
Bakanlığa bağlı sağlık tesislerinde çalışan personelin görevleri esnasında görev tanımına uygun kıyafet, forma, önlük vb. giyinmeleri zorunludur.



3.2. Personel yaka kartı takıyor mu?

(Kamu Personeli Genel Tebliği No:2 D-2, Sağlık Bakanlığı Personel Kimlik Kartı Yönergesi Md. 7, HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı yazısı)

Kurumlarca her memura üzerinde memurun kurumu, adı, soyadı, unvanı, Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası, fotoğrafı ve gerekli görülen diğer bilgilerin yer aldığı bir kurum kimlik belgesi verilir.



Çalışanlar görevli oldukları kuruma girişlerinde kimlik kartlarını yakalarına takmak ve görev süresince yakalarında bulundurmamakla, kurum dışında da gerektiğinde yetkililere göstermekle yükümlüdür.

3.3. GSM sorumlusu belirlenmiş mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 26, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

GSM sorumlusu il sağlık müdürlüğü tarafından belirlenir. GSM sorumlusu, GSM'de çalışan hekim ve diğer personelin çalışacağı birimleri belirler, birimler arası görev değişikliği yapar, sağlık çalışanlarının çalışma usul ve esaslarıyla ilgili çalışmalarını koordine ederek personelin uyum içinde çalışmasını sağlar. GSM'nin yürüttüğü faaliyetlerle ilgili resmi yazışmaların yapılmasını sağlar.

3.4. GSM sorumlusu tarafından çalışanların mesaiye riayetleri kontrol ediliyor mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 10, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Çalışma saatlerinin başlangıç ve bitimi ile mesai saatleri içerisinde GSM sorumlusu tarafından personel düzenli olarak kontrol edilmelidir. Mesai takip çizelgesi düzenlenmelidir.

3.5. Koruyucu sağlık hizmetleri sorumlusu var mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 26, THSK'nin 15/03/2016 tarihli ve 211 sayılı yazısı)

Koruyucu sağlık hizmetleri sorumlusu GSM'de sunulan koruyucu sağlık hizmetlerini (izlemler, aşılamalar vb) takip eder.



3.6. Mobil sağlık hizmetleri sunuluyor mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 6, THSK'nin 15/03/2016 tarihli ve
211 sayılı yazısı)

Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için GSM tarafından mobil sağlık hizmeti planlanır ve uygulanır.

İzleme ve değerlendirme sırasında mobil sağlık hizmetleri ile ilgili plan ve yapılan hizmetlerle ilgili kayıtlar kontrol edilmelidir.

3.7. Yönetim karar defteri mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 26, THSK'nin 15/03/2016 tarihli ve
211 sayılı yazısı)

Yönetim karar defterinin her sayfası ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi tarafından mühürlenmiş olmalıdır. Son sayfasında toplam sayfa sayısı yazılarak mühürlü olmalıdır.

3.8. Yönetim karar defterine yönetim süreçleri ile ilgili işlemler kaydedilmiş mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 26, THSK'nin 15/03/2016 tarihli ve
211 sayılı yazısı)

Rutin ve olağanüstü toplantı süreçleri ile karar alma ve alınan kararlar, kalibrasyon, tıbbi atıklar vb. yönetimle ilgili kayıtlar Yönetim karar defterine işlenmelidir.



4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

4.1. İşyerinin tehlike sınıfı belirlenmiş mi?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 9, İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği Ek-1)

İşyeri tehlike sınıflarının tespitinde, o işyerinde yapılan asıl iş dikkate alınır.

İlgili mevzuata göre Tehlike Sınıfı Belirleme Komisyonunun görüşleri doğrultusunda işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından yer aldığı Tehlike Sınıfları Listesi aşağıdaki başlıklardan oluşur:

- Az Tehlikeli İşler
- Tehlikeli İşler
- Çok Tehlikeli İşler



4.2. Tehlike sınıfına uygun saatler kadar işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve (gerekli ise) diğer sağlık personeli görevlendirilmiş mi?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 6)

Mesleki risklerin önlenmesi ve çalışanların bu risklerden korunmasına yönelik çalışmaları da kapsayacak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin

sunulması için işveren; çalışanları arasından iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve on ve daha fazla çalışanı olan çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde diğer sağlık personeli görevlendirir.

4.3. İşyerinin tehlike sınıfına uygun aralıklarda risk değerlendirmesi yapılmış mı?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 10, İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği Md. 5)

Risk değerlendirmesi; tüm işyerleri için tasarım veya kuruluş aşamasından başlamak üzere tehlikeleri tanımlama, riskleri belirleme ve analiz etme, risk kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması, dokümantasyon, yapılan çalışmaların güncellenmesi ve gerektiğinde yenileme aşamaları izlenerek gerçekleştirilir.

Çalışanların risk değerlendirmesi çalışması yapılırken ihtiyaç duyulan her aşamada sürece katılarak görüşlerinin alınması sağlanır.

İşveren; çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür.

4.4. Acil durum planı var mı?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 11)

İşveren; çalışma ortamı, kullanılan maddeler, iş ekipmanı ile çevre şartlarını dikkate alarak meydana gelebilecek acil durumları önceden değerlendirerek, çalışanları ve çalışma çevresini etkilemesi mümkün ve muhtemel acil durumları belirler ve bunların olumsuz etkilerini önleyici ve sınırlandırıcı tedbirleri alır.

Acil durumların olumsuz etkilerinden korunmak üzere gerekli ölçüm ve değerlendirmeleri yapar, acil durum planlarını hazırlar.



4.5. Yangınla mücadele tatbikatı yapılmış mı?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 11, Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik)

İşveren; acil durumlarla mücadele için işyerinin büyüklüğü ve taşıdığı özel tehlikeler, yapılan işin niteliği, çalışan sayısı ile işyerinde bulunan diğer kişileri dikkate alarak; önleme, koruma, tahliye, yangınla mücadele, ilk yardım ve benzeri konularda uygun donanıma sahip ve bu konularda eğitilmiş yeterli sayıda kişiyi görevlendirir, araç ve gereçleri sağlayarak eğitim ve tatbikatları yaptırır ve ekiplerin her zaman hazır bulunmalarını sağlar.

4.6. Tehlike sınıfına uygun sayıda ilkyardımcı belirlenmiş mi?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 11, İlkyardım Yönetmeliği Md.19)

İşveren; acil durumlarla mücadele için işyerinin büyüklüğü ve taşıdığı özel tehlikeler, yapılan işin niteliği, çalışan sayısı ile işyerinde bulunan diğer kişileri dikkate alarak; önleme, koruma, tahliye, yangınla mücadele, ilkyardım ve benzeri konularda uygun donanıma sahip ve bu konularda eğitilmiş yeterli sayıda kişiyi görevlendirir, araç ve gereçleri sağlayarak eğitim ve tatbikatları yaptırır ve ekiplerin her zaman hazır bulunmalarını sağlar. Özellikle ilkyardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında, işyeri dışındaki kuruluşlarla irtibatı sağlayacak gerekli düzenlemeleri yapar.

İşverenin, iş sağlığı ve güvenliği kapsamında;

- Az tehlikeli işyerlerinde, her 20 çalışan için 1 ilkyardımcı,
- Tehlikeli işyerlerinde, her 15 çalışana kadar 1 ilkyardımcı,
- Çok tehlikeli işyerlerinde, her 10 çalışana kadar 1 ilkyardımcı bulundurması zorunludur.

4.7. Tahliye planları var mı?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 12)

Ciddi, yakın ve önlenemeyen tehlikenin meydana gelmesi durumunda işveren;

a) Çalışanların işi bırakarak derhal çalışma yerlerinden ayrılıp güvenli bir yere gidebilmeleri için, önceden gerekli düzenlemeleri yapar ve çalışanlara gerekli talimatları verir.

b) Durumun devam etmesi hâlinde, zorunluluk olmadıkça, gerekli donanıma sahip ve özel olarak görevlendirilenler dışındaki çalışanlardan işlerine devam etmelerini isteyemez.

İşveren, çalışanların kendileri veya diğer kişilerin güvenliği için ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıkları ve amirine hemen haber veremedikleri durumlarda; istenmeyen sonuçların önlenmesi için, bilgileri ve mevcut teknik donanımları çerçevesinde müdahale edebilmelerine imkân sağlar. Böyle bir durumda çalışanlar, ihmal veya dikkatsiz davranışları olmadıkça yaptıkları müdahaleden dolayı sorumlu tutulamaz.

4.8. İş kazası ve meslek hastalıklarının kayıt ve bildirim yapıyor mu?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md. 14)

(1) İşveren;

a) Bütün iş kazalarının ve meslek hastalıklarının kaydını tutar, gerekli incelemeleri yaparak bunlar ile ilgili raporları düzenler.

b) İşyerinde meydana gelen ancak yaralanma veya ölüme neden olmadığı halde işyeri ya da iş ekipmanının zarara uğramasına yol açan veya çalışan, işyeri ya da iş ekipmanını zarara uğratma potansiyeli olan olayları inceleyerek bunlar ile ilgili raporları düzenler.

(2) İşveren, aşağıdaki hallerde belirtilen sürede Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirimde bulunur:

a) İş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde.

b) Sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri



hekim tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde.

(3) İşyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları; meslek hastalığı ön tanısı koydukları vakaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk eder.

(4) Sağlık hizmeti sunucuları kendilerine intikal eden iş kazalarını, yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları ise meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirir.



4.9. Çalışanların işe giriş muayeneleri yapılmış mı?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md.15)

İşveren; çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimine tabi tutulmalarını sağlar ve çalışanların işe girişlerinde sağlık muayenelerinin yapılmasını sağlamak zorundadır.

4.10. Çalışanların uygun aralıklarda periyodik sağlık muayeneleri yapılmış mı?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md.15)

İşveren işin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına göre Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla çalışanların periyodik sağlık muayenelerini yaptırmak zorundadır.

4.11. Çalışanlar işin niteliğine uygun kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanıyor mu?

(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md.15)

İşveren, işin niteliğine uygun olarak çalışanların kişisel koruyucu donanım kullanmasını sağlamakla yükümlüdür.





4.12. Çalışanların sağlık gözetimi kapsamında bağışıklama programlarına uyuluyor mu?
(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md.15)

Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesine uygun olarak ve kişinin çalıştığı iş kolu, sektörü dikkate alınıp işyerindeki riskine özel aşılama programı yapılır.

4.13. Çalışanların sağlık kayıtları tutuluyor ve saklanıyor mu?
(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md.15)

Sağlık muayenesi yaptırılan çalışanın özel hayatı ve itibarının korunması açısından sağlık bilgileri gizli tutulur.

4.14. Çalışanlara tehlike sınıfına uygun aralıklarda Temel İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Eğitimi yapılıyor mu?
(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md.17, Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 6)

İşveren, çalışanlarına temel eğitimlerin çalışan işe başladıktan sonra en kısa sürede verilmesini sağlar.

Temel eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni riskler de dikkate alınarak aşağıda belirtilen düzenli aralıklarla tekrarlanır:

- Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde yılda en az bir defa.
- Tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iki yılda en az bir defa.
- Az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde üç yılda en az bir defa.

4.15. İSG Kurulu toplanıyor mu?
(6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Md.22, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik Md. 4-9)

Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur.

Kurullar ayda en az bir kere toplanır. Ancak kurul, işyerinin tehlike sınıfını dikkate alarak, tehlikeli işyerlerinde bu sürenin iki ay, az tehlikeli işyerlerinde ise üç ay olarak belirlenmesine karar verebilir.



5. BEKLEME ALANI

5.1. Göçmen Sağlığı Merkezi girişinde danışma ve yönlendirme bölümü var mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Başvuranları bilgilendirmek ve yönlendirmek için danışma bölümü oluşturulur ve bir kişi görevlendirilir.



5.2. Danışma bölümünde arka planda ya da girişte kolaylıkla görülebilecek bir noktada ve GSM içindeki muhtelif noktalarda SIHHAT Projesi kırlangıcı var mı? (HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı yazısı)

AB ile birlikte yürütülen SIHHAT projesi kapsamında görünürlük faaliyetleri açısından SIHHAT Projesi kırlangıcı bulunması gerekmektedir.

(SIHHAT Projesi kapsamında faaliyet gösteren GSM'lerde sorgulanacaktır.)



5.3. Uygun büyüklükte bekleme alanı var mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Bekleme alanı merkeze başvuran kişi sayısı dikkate alınarak yeterli büyüklükte olmalıdır.



5.4. Bekleme alanlarında yeterli sayıda bekleme koltuğu var mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tek birimli göçmen sağlığı merkezlerinde asgari 5 bekleme koltuğu, birden fazla birim mevcut ise ilave her birim için 3 bekleme koltuğu eklenmek sureti ile belirlenen sayıda bekleme koltuğu bulunmalıdır.

Bekleme koltuğu kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olmalıdır. Bekleme koltuğu ahşap, PVC veya metal malzemeden yapıldı



ise oturulan ve yaslanılan alanlar bir döşeme malzemesi ile kaplanmış olmalıdır. Bekleme koltuğunda yırtılma, kırılma veya yıpranma olmamalıdır. Bekleme koltuğunun malzemesine göre boya, cila ve bakımı yapılmış olmalıdır.



5.5. Hasta bilgilendirme ekranlarında tanıtıcı sunum/video vb. gösterimi yapıyor mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Ek-1, HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı yazısı)

Bekleme alanında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV vb. cihazların bulundurulması sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmalıdır.



5.6. Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Bütünlüğü bozulmamış, yıpranmamış, yüzeyi kaymayı önleyen, girintisiz, her türlü atık ve ifrazatın kolaylıkla temizlenebileceği bir zemin kaplaması olmalıdır.

5.7. Genel olarak GSM'nin bakım ve temizliği uygun mu?

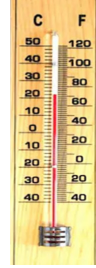
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

GSM'nin iç alanlarının boya ve bakımı tam olmalıdır. Temizlik yaparken tuvaletlerin ve çalışma yerlerinin enfekte ve steril bölümlerinin ayrı ve kendi koşullarına göre temizliklerinin yapılması gerekir. Bunun dışında periyodik olarak tuvaletlerin ve zeminlerin dezenfektan maddelerle genel temizlikleri yapılmış olmalıdır.

5.8. Sıcaklık 18-27 °C arasında mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Hizmet gereği sıcaklığın daha düşük ya da daha yüksek olması gereken odalar dışında tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 18-27 °C arasında tutulur.



Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanır.

5.9. Havalandırma şartları uygun mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik Ek-1 /17-18)

Bina uygun havalandırma şartlarına sahip olmalıdır. Hastanın hizmet aldığı bütün alanların dış ortama açılan doğal havalandırması olmalı, doğal havalandırma yeterli değilse gerekli havalandırmayı sağlayacak mekanik havalandırma sistemi kurulmuş olmalı ve bakımlarının düzenli olarak yapıldığı belgelenmelidir.

Pasif (suni) havalandırma sistemlerinde hava akımının, çalışanları rahatsız etmeyecek, çalışanların fiziksel ve psikolojik durumlarını olumsuz etkilemeyecek, ani ve yüksek sıcaklık farkı oluşturmayacak şekilde olması sağlanır.



5.10. Aydınlatma şartları uygun mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik Ek-1 /22-24)

İşyerlerinin gün ışığıyla yeter derecede aydınlatılmış olması esastır. İşin konusu veya işyerinin inşa tarzı nedeniyle gün ışığından yeterince yararlanılamayan hallerde yahut gece çalışmalarında, suni ışıkla uygun ve yeterli aydınlatma sağlanır. İşyerlerinin aydınlatmasında TS EN 12464-1: 2013; TS EN 12464-1:2011: 2012; standartları esas alınır.

Çalışma mahalleri ve geçiş yollarındaki aydınlatma sistemleri, çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak türde olur ve uygun şekilde yerleştirilir.

Aydınlatma sisteminin devre dışı kalmasının çalışanlar için risk oluşturabileceği yerlerde yeterli aydınlatmayı sağlayacak ayrı bir enerji kaynağına bağlı acil aydınlatma sistemi bulunur.

5.11. Gerekli yönlendirme ve uyarı işaretleri uygun bir biçimde konumlandırılmış mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu)

Bina fiziki şartlarına göre kişilerin hizmete erişimini kolaylaştırmak için sağlık hizmet alanları, ortak kullanım alanları (tuvalet, asansör vb.) ve diğer özellikli alanları gösteren yönlendirmeler ile kaza ve yaralanma risklerine karşı Türkçe ve Arapça uyarıcı işaretler bulunmalıdır.



Yönlendirme ve işaretler okunaklı ve anlaşılır olmalı, görünür yerlerde bulunmalıdır.



5.12. Muayene sırası alabilmek için uygun elektronik sıra takip sistemi bulunuyor mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Ek-1, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Elektronik sıra takip sistemi ve eklentilerinin aktif durumda olması gerekir. Sistem Türkçe ve Arapça olmalıdır. Sistemin hasta kayıt ve hekim MBYS ekranı ile entegre olması gerekir. Uzman hekimlere ancak pratisyen hekimler tarafından hastanın sevki halinde sıra alınabildiğinin kontrol edilmesi gerekir.



5.13. Bakanlıkça gönderilen afişler görünür şekilde panoya asılmış mı?

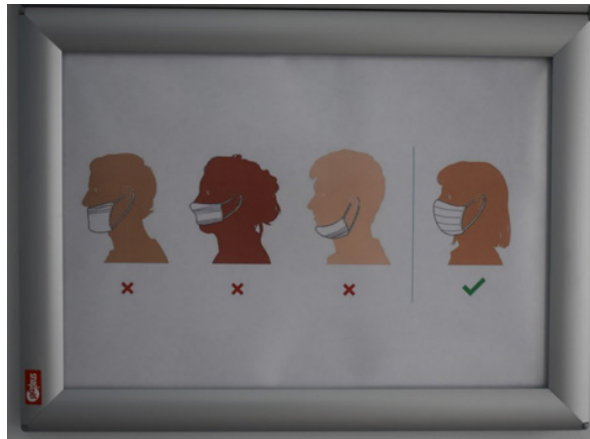
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı yazısı)

Bekleme alanında Bakanlıkça gönderilen güncel afişler düzenlenmiş panoda asılı olarak bulundurulur, panoda asılamayacak olanlar çerçevesi olarak bulundurulur. Zarar görmüş



veya güncelliğini yitirmiş afiş ve broşürler kaldırılır.

Bakanlık tarafından gönderilen afişlerin haricinde basılı materyal asılmamalıdır.



5.14. Oda tabelaları mevzuata uygun mu?

(Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu)

Göçmen sağlığı merkezi bina içi oda tabelalarında; ilgili bölümün adı, bölümde görevli kişinin adı, oda numarası ve en altta kurumun/birimin adının yer alması şeklinde olacaktır.



Kullanılan odanın giriş kapısının sol tarafına asılır ve odanın kullanım amacını gösterir olmalıdır.

Tabelalar Türkçe ve Arapça olmalıdır.



5.15. Yeterli sayıda evsel atık kutusu mevcut mu?

(Atık Yönetimi Yönetmeliği Md. 9)

Tüm hizmet ve bekleme alanlarında yeterli sayıda evsel atık kutusu bulunmalıdır.





5.16. Dilek ve öneri kutusu ile malzemeler (kağıt, kalem) mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Dilek ve öneri kutusu hasta ve hasta yakınlarının dilek ve önerilerini kolaylıkla ulaştırabilmesini sağlayacak şekilde görünür bir yerde konumlandırılmış olmalıdır.

Dilek ve önerilerin gizlilik ve muhafazası için gerekli tedbirler (kilidinin olması, nem, su vb. koşullardan etkilenmeyecek yapıda olması vb.) alınmış olmalıdır.

Dilek ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği ve iyileşme faaliyetleri yapıldığına dair elektronik veya yazılı kayıtlar bulunmalıdır.

Dilek ve öneri kutusu bağlı ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezinden görevli personel ve GSM sorumlusu eşliğinde en geç ayda bir kez açılmalıdır.



5.17. Yeterli sayıda el antiseptiği mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Bekleme alanında hasta ve hasta yakınlarının kullanımına yönelik el antiseptiği bulunmalıdır. El antiseptiğinin yanlış kullanımının engellenmesi amacıyla gerekli uyarı ve açıklamalar bulunmalıdır.

El antiseptiğinin kullanım talimatı olmalı ve görülecek bir yere asılmış olmalıdır. Dolum tarihi ve son kullanma tarihi yazılmış olmalıdır.



5.18. Hizmet sunumunda öncelikli gruplara yönelik uyarıcı yazılar mevcut mu?

(Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2017/10 sayılı Genelgesi)

Öncelikli gruplara yönelik uyarıcı yazılar Türkçe ve Arapça olmalıdır. Hizmet sunumunda öncelikli gruplar ve öncelik sırası aşağıdaki gibidir:

- Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),
- Engelli hastalar,
- Hamileler,
- 65 yaş üstü yaşlılar,
- Yedi yaşından küçük çocuklar.

5.19. Tekerlekli sandalye mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tekerlekli sandalye mevcut ve faal olmalıdır.





5.20. Bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülediği kamera sistemi mevzuata uygun mu?

*(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24/7, THSK'nin 19.09.2017 tarih ve
E.2643 sayılı yazısı)*

Üç ve üzeri birimi bulunan göçmen sağlığı merkezlerinde göçmen sağlığı merkezi girişinin bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülediği kamera sistemi bulunmalıdır.



Kameralar hasta mahremiyeti dikkate alınarak yerleştirilmelidir.

Kameraların tümü aktif olarak kayıt yapıyor olmalıdır. (Arıza durumunda yapılan işleme ilişkin belge ibraz edilmelidir.)

Kameralar asgari binanın açık olduğu saatler süresince görüntülü kayıt yapmalı, yapılan kayıtlar 1 ay süreyle müdürlük veya adli makamlarca talep edildiğinde ibraz edilmek üzere uygun bir yerde muhafaza edilmelidir.

Kayıtlar CD, DVD, Flash Disk veya buna benzer depolama aygıtları ile alınabilir olmalıdır.

Bekleme alanlarında ve binanın girişinde binanın güvenlik kamerası ile görüntülü kayıt altına alındığını belirtir tabela bulunmalıdır.



6. YANGINA YÖNELİK ÖNLEMLER

6.1. Acil durum yönlendirme işaretleri mevcut mu?

(Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 73)

Birden fazla çıkışı olan bütün binalarda, kullanıcıların çıkışlara kolaylıkla ulaşabilmesi için acil durum yönlendirmesi yapılır. Acil durum hâlinde, bina içerisinde tahliye için kullanılacak olan çıkışların konumları ve bina içerisindeki her bir noktadan planlanan çıkış yolu bina içinekilere gösterilmek üzere, Türkçe ve Arapça acil durum çıkış işaretlerinin yerleştirilmesi şarttır.



Yönlendirme işaretlerinin aydınlatması Yönetmeliğin 72 nci maddesinde belirtilen özelliklere sahip acil aydınlatma üniteleri ile dışarıdan aydınlatma suretiyle yapılır veya bu aydınlatmada, aynı özelliklere ve içeriden aydınlatılan işaretlere sahip acil durum yönlendirme üniteleri kullanılır.

Acil durum yönlendirmesinin normal aydınlatmanın kesilmesi hâlinde en az 60 dakika süreyle sağlanması gerekir. Kullanıcı yükünün 200'den fazla olması hâlinde, acil durum yönlendirmesinin çalışma süresinin en az 120 dakika olması şarttır.

Yönlendirme işaretleri; yeşil zemin üzerine beyaz olarak, ilgili yönetmelik ve standartlara uygun sembolleri ve normal zamanlarda kullanılacak çıkışlar için "ÇIKIŞ", acil durumlarda kullanılacak çıkışlar için ise, "ACİL ÇIKIŞ"

yazısını ihtiva eder. Yönlendirme işaretlerinin her noktadan görülebilecek şekilde ve işaret yüksekliği 15 cm'den az olmamak üzere, azami görülebilirlik uzaklığı; dışarıdan veya kenarından aydınlatılan yönlendirme işaretleri için işaret boyut yüksekliğinin 100 katına, içeriden ve arkasından aydınlatılan işaretlere sahip acil durum yönlendirme üniteleri için işaret boyut yüksekliğinin 200 katına eşit olan uzaklık olması gerekir. Bu uzaklıktan daha uzak noktalardan erişim için gerektiği kadar yönlendirme işareti ilave edilir.

Yönlendirme işaretleri, yerden 200 cm ilâ 240 cm yüksekliğe yerleştirilir.

Kaçış yollarında yönlendirme işaretleri dışında, kaçış yönü ile ilgili tereddüt ve karışıklık yaratabilecek hiçbir ışıklı işaret veya nesne bulundurulamaz.

Yönlendirme işaretlerinin hem normal aydınlatma ve hem de acil durum aydınlatma hâllerinde kaçış yolu üzerinde bütün erişim noktalarından görülebilir olması gerekir.

6.2. Kaçış güvenliği esaslarına uyuluyor mu?

(Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 30)

İnsanlar tarafından kullanılmak üzere tasarlanan her yapı, yangın veya diğer acil durumlarda kullanıcıların hızla kaçışlarını sağlayacak yeterli kaçış yolları ile donatılır. Kaçış yolları ve diğer tedbirler, yangın veya diğer acil durumlarda can güvenliğinin yalnızca tek bir tedbire dayandırılmayacağı biçimde tasarlanırlar.

Her yapının, yangın veya diğer acil durumlarda yapıdan kaçış sırasında kullanıcıları, ısı, duman veya panikten doğan tehlikelerden koruyacak şekilde yapılması, donatılması, bakım görmesi ve işlevini sürdürmesi gerekir.

Her yapıda, bütün kullanıcılara elverişli kaçış imkânı sağlayacak şekilde, yapının kullanım sınıfına, kullanıcı yüküne, yangın korunum düzeyine, yapısına ve yüksekliğine uygun



tip, sayı, konum ve kapasitede kaçış yolları düzenlenir.



Her yapının içinde, yapının kullanıma girmesiyle her kesimden serbest ve engelsiz erişilebilen şekilde kaçış yollarının düzenlenmesi ve bakım altında tutulması gerekir. Herhangi bir yapının içinden serbest kaçışları engelleyecek şekilde çıkışlara veya kapılara kilit, sürgü ve benzeri bileşenler takılamaz. Zihinsel engelli, tutuklu veya ıslah edilenlerin barındığı, yetkili personeli sürekli görev başında olan ve yangın veya diğer acil durumlarda kullanıcıları nakledecek yeterli imkânları bulunan yerlerde kilit kullanılmasına izin verilir.

Her çıkışın açıkça görünecek şekilde yapılması, ayrıca çıkışa götüren yolun, sağlıklı her kullanıcının herhangi bir noktadan kaçacağı doğrultuyu kolayca anlayabileceği biçimde görünür olması gerekir. Çıkış niteliği taşımayan herhangi bir kapı veya bir çıkışa götüren yol gerçek çıkışla karıştırılmayacak şekilde düzenlenir veya işaretlenir. Bir yangın hâlinde veya herhangi bir acil durumda, kullanıcıların yanlışlıkla çıkmaz alanlara girmemeleri ve kullanılan odalardan ve mekânlardan geçmek zorunda kalmaksızın bir çıkışa veya çıkışlara doğrudan erişmeleri için gerekli tedbirler alınır.

6.3. Yeterli sayıda ve tipte taşınabilir söndürme cihazı mevcut mu?

(*Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 99*)

Taşınabilir söndürme cihazlarının tipi ve sayısı, mekânlarda var olan durum ve risklere göre belirlenir. Buna göre;

A sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, öncelikle çok maksatlı kuru kimyevi tozlu veya sulu,

B sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, öncelikle kuru kimyevi tozlu, karbondioksitli veya köpüklü,

C sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, öncelikle kuru kimyevi tozlu veya karbondioksitli,

D sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, öncelikle kuru metal tozlu söndürme cihazları bulundurulur.

Düşük tehlike sınıfında her 500 m², orta tehlike ve yüksek tehlike sınıfında her 250 m² yapı inşaat alanı için 1 adet olmak üzere, uygun tipte 6 kg'lık kuru kimyevi tozlu veya eşdeğeri gazlı yangın söndürme cihazları bulundurulması gerekir.



Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde ayrıca tekerlekli tip söndürme cihazı bulundurulması mecburidir.

6.4. Taşınabilir söndürme cihazlarının konumlandırılması uygun mu?

(*Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 99*)

Söndürme cihazları dışarıya doğru, geçiş boşluklarının yakınına ve dengeli dağıtılarak, görülebilecek şekilde işaretlenir ve her durumda kolayca girilebilir yerlere, yangın dolaplarının içine veya yakınına yerleştirilir. Söndürme cihazlarına ulaşma mesafesi en fazla 25 m olur. Söndürme cihazlarının, kapı arkasında, yangın dolapları hariç kapalı dolaplarda ve derin duvar girintilerinde bulundurulmaması ve ısıtma cihazlarının üstüne veya yakınına konulmaması gerekir. Ancak, herhangi bir sebeple söndürme



cihazlarının doğrudan görünmesini engelleyen yerlere konulması halinde, yerlerinin uygun fosforlu işaretler ile gösterilmesi şarttır.

Taşınabilir söndürme cihazlarında söndürücünün duvara bağlantı asma halkası duvardan kolaylıkla alınabilecek şekilde yerleştirilir ve 4 kg'dan daha ağır ve 12 kg'dan hafif olan cihazların zeminden olan yüksekliği yaklaşık 90 cm'yi aşmayacak şekilde montaj yapılır.



Binalara konulacak yangın söndürme cihazlarının cinsi, miktarı ve yerlerinin belirlenmesi konusunda, gerekirse mahalli itfaiye teşkilatının görüşü alınabilir.

6.5. Taşınabilir söndürme cihazlarının periyodik kontrolü ve bakımı yapılmış mı?

(*Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 99*)

Yangın söndürme cihazlarının periyodik kontrolü ve bakımı TS ISO 11602-2 standardına göre yapılır. Söndürme cihazlarının bakımını yapan üreticinin veya servis firmalarının dolun ve servis yeterlilik belgesine sahip olması gerekir. Servis veren firmalar, istenildiğinde müşterilerine belgelerini göstermek zorundadır. Söndürme cihazlarının standartlarda belirtilen hususlar doğrultusunda yılda bir kez yerinde genel kontrolleri yapılır ve dördüncü yılın sonunda içindeki söndürme maddeleri yenilenecek hidrostatik testleri yapılır. Cihazlar dolun için alındığında, söndürme cihazlarının buldukları yerleri tehlike altında bırakmamak için, servisi yapan firmalar, bakıma aldıkları yangın söndürme cihazlarının yerine, aldıkları

söndürücü cihazın özelliğinde ve aynı sayıda kullanıma hazır yangın söndürme cihazlarını geçici olarak bırakmak zorundadır.



6.6. Acil durum ekipleri oluşturulmuş mu?

(*Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 126*)

Yapı yüksekliği 30.50 m.'den fazla olan konut binaları ile içinde 50 kişiden fazla insan bulunan konut dışı her türlü yapıda, binada, tesiste, işletmede ve içinde 200'den fazla kişinin bulunduğu sitelerde aşağıdaki acil durum ekipleri oluşturulur:

- Söndürme ekibi,
- Kurtarma ekibi,
- Koruma ekibi,
- İlk yardım ekibi.

Diğer yapı, bina, tesis ve işletmelerde ise; bina sahibinin, yöneticisinin veya amirinin uygun göreceği tedbirler alınır.

Ekipler, yönetmeliğin 136 ncı maddesi uyarınca çıkarılan iç düzenlemeleri yürütmekle görevlendirilen amirin belirleyeceği ihtiyaca göre, en büyük amirin onayıyla kurulur. Söndürme ve kurtarma ekipleri en az 3'er kişiden; koruma ve ilk yardım ekipleri ise, en az 2'şer kişiden oluşur. Kurumda sivil savunma servisleri kurulmuş ise, söz konusu ekiplerin görevleri bu servislerce yürütülür.

Her ekipte bir ekip başı bulunur. Ekip başı, aynı



zamanda iç düzenlemeleri uygulamakla görevli amirin yardımcısıdır.

Acil durum ekiplerinin görevleri ile isim ve adres listeleri bina içinde kolayca görülebilecek yerlerde asılı olarak bulundurulur.

6.7. Acil durum ekipleri eğitim almış mı?

(Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Md. 129)

Acil durum ekiplerinin personeli; bina sahibi, yöneticisi veya amirinin sorumluluğunda yangından korunma, yangının söndürülmesi, can ve mal kurtarma, ilk yardım faaliyetleri, itfaiye ile işbirliği ve organizasyon sağlanması konularında, mahalli itfaiye ve sivil savunma teşkilatlarından yararlanılarak eğitilir ve yapılan tatbikatlar ile bilgi ve becerileri artırılır. Ekip personeli ile binadaki diğer görevliler, yangın söndürme alet ve malzemelerinin nasıl kullanılacağı ve en kısa zamanda itfaiyeye nasıl ulaşılacağı konularında tatbikî eğitimden geçirilir. **Binada senede en az 1 kez söndürme ve tahliye tatbikatı yapılır.**



7. TIBBİ ATIKLARIN TOPLANMASI VE BERTARAF EDİLMESİ

7.1. Tıbbi atıklar mevzuata uygun toplanıyor mu?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 10)

Tıbbi atıklar, başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulundurulur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle belediye atıkları, ambalaj atıkları, tehlikeli atıklar ve benzeri diğer atıklar ile karıştırılmaz.

Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı, orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılamaz ve tekrar kullanılamaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, tıbbi atıklar torbasından çıkarılamaz, boşaltılamaz ve başka bir kaba aktarılamaz.

Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah renkli "DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz. Herhangi bir kimyasalla muamele görmemiş kan torbaları ve kan yedekleri dâhil vücut parçaları ve organları ikinci fıkrada belirtilen tıbbi atık torbalarında toplanabilir.

Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harflerle yazılmış "DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve tıbbi atık torbalarına konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz.



Sıvı tıbbi atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak tıbbi atık torbalarına konulur.

Tıbbi atık torbaları biriktirme süresince tıbbi atık kabı ya da kovası içerisinde muhafaza edilir. Tıbbi atık kabı ya da kovasının delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah

DİKKAT



TIBBİ ATIK

TEHLİKELERİ İZMAYIN, İKİŞTİRMEYİN, AÇMAYIN, DÖKMEYİN
VÜCUDUNUZA FAZLA YAKLAŞTIRMAYIN



renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan turuncu renkli plastik malzemeden yapılmış olması zorunludur.

Yeni torba ve kapların kullanıma hazır olarak atığın kaynağında veya en yakın alanda bulundurulması sağlanır.

7.2. Tıbbi atıklar mevzuata uygun depolanıyor mu?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 12)

Tıbbi atıklar, tıbbi atık işleme tesisine taşınmadan önce 48 saatten fazla olmamak üzere tıbbi atık geçici deposu veya konteynerinde bekletilebilir.

Tıbbi atık geçici deposu içindeki sıcaklığın +4 °C olması ve kapasitenin uygun olması koşuluyla bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir.

Günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşlarında tıbbi atıklar, biriktirildiği kapaklı konteyner/kap/kovanın içerisinde 48 saatten fazla olmamak üzere bekletilebilir. Bu atıkların ilgili belediyenin tıbbi atık toplama ve taşıma aracı tarafından alınması sağlanır veya en yakında ya da en uygun bulunan tıbbi atık geçici deposu veya konteynerine atık üreticisi tarafından kapaklı konteyner/kap/kova ile götürülür.

Tıbbi atıklar, tıbbi atık toplama aracı gelmeden önce kesinlikle dışarıya bırakılamaz, diğer atıklar ile karıştırılamaz ve belediye atıklarının toplandığı konteynerlere konulamaz. Bu sağlık kuruluşları, tıbbi atıklarının taşıma aracına teslim etmemeleri durumunda, atıklarının geçici depolanması konusunda en yakında veya en uygun bulunan tıbbi atık geçici deposu veya konteynerin ait olduğu sağlık kuruluşu ile anlaşma yapmak ve bu anlaşmayı ibraz ederek belediye ile protokol yapmakla yükümlüdür.

Günlük 50 kilogramdan az tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları istedikleri takdirde tıbbi atık geçici deposu tesis edebilirler.

Çevresel riskler nedeniyle il müdürlüğünün gerekli görmesi durumunda günlük 50 kg'dan az tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları tıbbi atık geçici deposu tesis etmek zorundadır.

7.3. Mevzuata uygun tıbbi atık konteyneri mevcut mu?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 14)

Tıbbi atıkları geçici depolamak amacıyla kullanılacak konteynerlerin aşağıdaki teknik özellikleri haiz olması zorunludur:

a) Hacmi en az 0.8 m³, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olur.

b) Kapaklar, konteynerin içine herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde üretilir.

c) Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermez. Kesişen yüzeyler yumuşak dönüşlerle birbirine birleşir.

ç) Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkli olur, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur.

d) Konteynerler sağlık kuruluşunun en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek sayıda olur.

e) Konteynerler, kullanıldıkları sağlık kuruluşunun bulunduğu parsel sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilir.

f) Konteynerlerin kapakları daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmez.

g) Konteynerler, atıkların boşaltılmasını müteakiben veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenir ve dezenfekte edilir. Temizlik ve dezenfeksiyon uygun dezenfektan kullanılarak yapılır.

ğ) Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka maksatla kullanılmaz.



7.4. Tıbbi atık konteynerinin konumlandırılması uygun mu?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 14)

Konteynerler, kullanıldıkları sağlık kuruluşunun bulunduğu parsel sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilir.

7.5. Tıbbi atık konteyneri kapalı ve kilitli tutuluyor mu?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 14)

Konteynerlerin kapakları daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmez.

7.6. Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapılmış mı?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 9)

Sağlık kuruluşları tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapmakla yükümlüdür.

7.7. Tıbbi atık yönetim planı hazırlanmış mı?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 9)

Sağlık kuruluşları tıbbi atıkların ayrı toplanması, sağlık kuruluşu içinde taşınması ve geçici

depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla yükümlüdür.

Sağlık kuruluşu tıbbi atık yönetim planında; tıbbi atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, toplama rotası, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgilere yer vermek, tıbbi atık yönetim planını her yıl güncellemek zorundadır.

7.8. Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personele eğitim verilmiş mi?

(Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 9-27)

Sağlık kuruluşları tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini periyodik olarak eğitmekle/ eğitimini sağlamakla yükümlüdür.

Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertaraf edilmesinde görevlendirilen personel; çalışma sırasında eldiven, koruyucu gözlük, maske kullanır, çizme ve turuncu renkli özel koruyucu kıyafet giyer. Bu işlemlerde kullanılan özel giysi ve ekipmanlar ayrı bir yerde muhafaza edilir. Bunların temini ve temizlenmesi, atık üreticisi, belediye veya yetkilerini devrettiği kişi ve kuruluşlarca sağlanır.





7.9. Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgiler düzenli olarak kayıt altına alınıyor mu?

(*Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Md. 9*)

Sağlık kuruluşu; tıbbi atıkların toplanması, taşınması, sterilizasyonu ve bertarafı için gereken harcamaları karşılamakla, oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına almakla, atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl Ocak ayından başlamak üzere en geç Mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamaları kullanarak doldurmak, onaylamak ve form çıktısının bir nüshasını beş yıl boyunca saklamakla yükümlüdürler.

Yönetim karar defterinde atıklarla ilgili kayıtlar kontrol edilmelidir.



8. ARŞİV HİZMETLERİ

8.1. Standart dosya planı uygulanıyor mu?

(Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik Md. 10,11,12,24)

Yükümlüler; dosya planları ile saklama planlarını, belge yönetimi ve arşiv hizmetlerinden sorumlu birimin koordinesinde hazırlamak ve Başkanlığın uygun görüşünü müteakip uygulamaya koymakla yükümlüdürler.

Dosya planları, kurumsal yapı ve kurumun fonksiyonları dikkate alınarak; saklama planları ise belgelerin idari, mali, hukuki ve tarihsel açıdan değerlendirilmesi neticesinde hazırlanır.

Dosyalama işlemlerinde "Standart Dosya Planı"nın uygulanması zorunlu olup, dosya planına konu edilmeyen film, fotoğraf, plak, ses, görüntü ve sair belgeler için ayrıca saklama planı hazırlanır.

Belgelere dosya kodu verilmesi:

Dosya kodu, kurumsal dosya planına göre dosya planı kurallarına uygun olarak belirlenir.

Belge, birden çok konuyu ihtiva etmesi durumunda yazının dosya kodu olarak ağırlıklı olan konuya ait dosya kodu tercih edilir. Bu gibi durumlarda yazının bir örneği ilgili bulunduğu diğer dosyaya da konulabilir.

Gelen belgelerin ihtiva ettiği dosya kodları, hazırlanacak cevabi yazılarda ve belgenin dosyalanmasında doğrudan referans alınmaz.

Dosya planlarında, ayrıca tanımlanmış olsa dahi bir işlemin devamı veya parçası konumundaki yazılara, işlem bütünlüğünün bozulmaması amacıyla farklı bir dosya kodu verilemez.

Elektronik belge yönetim sistemlerinde dosya kodu, zorunlu üst veri elemanı olarak bulundurulur.

Belgelerin dosyalanması:

Konu dosya/klasörleri, her yıl kendi dosya kodlarını taşıyan belgelerin teşekkül etmesi halinde açılır ve yıl bitiminde kapatılır. İşlemleri uzun yıllar sürecek vaka dosyalarının

kapatılmasında ise işlemin tamamlandığı yıl esas alınır.



Bir işlemle ilgili olarak oluşan tüm belgeler, işlemin başladığı belgeden sonuçlandığı belgeye kadar tarihsel bir düzen içinde ilgileri ve ekleri ile birlikte dosyalanır.

Aynı dosya kodunu taşıyan belgelerin yoğunluğundan dolayı erişimin daha etkin sağlanabilmesi amacıyla dosya planında herhangi bir istisna getirilmemiş ise coğrafik, alfabetik veya kronolojik dosyalama yapılabilir.

Kendi özel koduyla açılan dosya/klasörlerde az sayıda belge birikmesi halinde, bu dosya/klasördeki belgeler, dosya kodunun bağlı olduğu üst dosya seviyelerinde veya "Genel" adlı dosya/klasörlerde birleştirilir. Birleştirme yapılan dosya/klasörlerin dosya etiketleri, yapılan işlem dikkate alınarak yeniden düzenlenir.

Her dosya/klasör içerisine, içeriği belirlemeye ve belgelere hızlı erişimi sağlamaya yönelik olarak bu Yönetmeliğin ekinde yer alan (EK-2) "Dosya/Klasör İçerik Listesi" hazırlanarak konulur.

Dosya/klasör içerik listesinin hazırlanmasında, her bir işlem bütünü en son işlem gören belgesi dikkate alınır. Listeleme işlemine, tarihsel sıralaması tamamlanmış dosya/klasörün en eski tarihli belgesinden başlanır.

Elektronik belge yönetim sistemlerinde ise belgeler, tanımlandığı hiyerarşik yapı ve dosya kodlarına göre ait olduğu dosya/klasörlerde saklanır.



Dosya kodları, dosyanın konusunu belirlemenin yanı sıra, depolandığı ortamlardaki yerini de belirleme özelliğine sahiptir.

Film, fotoğraf, plak, ses ve görüntü bandı ve benzeri değişik tür ve çeşitteki belgelerin düzenlenmesi, farklı sistem ve işlemlere göre yapılabilir.

Dosya etiketi:

Dosya/klasör üzerinde, bu Yönetmeliğin ekinde (EK-3) örnekleri yer alan "Dosya/Klasör Etiketi"nde, "kurum adı/logosu", "birim adı/kodu", "dosya kodu", "konu adı", "yılı" ve varsa "özel bilgi/özel kod" gibi unsurlar bulunmalıdır.

 Devlet Arşivleri Başkanlığı	 Devlet Arşivleri Başkanlığı	KURUM ADI/LOGOSU
72424901	72424901	BİRİM ADI/ BİRİM KODU
040.05	010.06.01	DOSYA KODU
FAALİYET RAPORLARI	İÇ GENELGELER	DOSYANIN KONUSU
A-F	19/1-25	ÖZEL BİLGİ ALANI
2019	2019/1	DOSYANIN YILI

8.2. Yangın, hırsızlık, rutubet, sıcaklık, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahribatına karşı gerekli tedbirler alınmış mı?
(Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik Md. 5)

Yükümlüler, ellerinde bulundurdukları her türlü belgenin yangın, hırsızlık, rutubet, sıcaklık, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahribatına karşı korunmasından ve mevcut asli düzenleri içerisinde muhafaza edilmesinden sorumludur.

8.3. Elektronik ortamda teşekkül eden ve/veya depolanan belgeler için gerekli güvenlik önlemleri alınmış mı?

(Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik Md. 5)

Yükümlüler, elektronik ortamda teşekkül eden ve/veya depolanan belgeler için her türlü afet, siber saldırı, yazılım/donanım kaynaklı veya olası diğer tehditlere/risklere karşı gerekli güvenlik önlemlerinin alınması ve olası belge kayıplarının engellenmesi amacıyla felaket kurtarma planlaması yapılması ve yürütülmesi ile yedekleme ünitelerinin tesis edilmesinden sorumludur.





9. TUVALETLER

9.1. Hastaların kullanabileceği tuvalet var mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Hastaların kullanabileceği tercihen kadın-erkek için ayrı olmak üzere birbirinden ayrılmış, müstakil tuvalet ve lavaboların olması gerekir.

9.2. Havalandırma şartları uygun mu?

(İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik Ek-1)

Tuvaletlerin pencere ve camları tam ve eksiksiz olmalıdır. Uygun havalandırma şartları sağlanmalıdır.

9.3. Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tuvaletlerin zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte olmalıdır.

9.4. Gerekli hijyen şartları sağlanmış mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp sepeti bulundurulur.

9.5. Temizlik çizelgesi mevcut mu?

(İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik Ek-1)

Tuvaletlerin ve lavaboların bakım ve temizliğinin düzenliği aralıklarla yapıldığını gösterir imzalı çizelge bulunmalıdır.

9.6. Temizlik düzeyi yeterli mi?

(İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik Ek-1)

Temizlik yaparken tuvaletlerin, banyoların, enfekte ve steril bölümlerinin ayrı ve kendi koşullarına göre temizliklerinin yapılması gerekir. Bunun dışında periyodik olarak tuvaletlerin ve zeminlerin dezenfektan maddelerle genel temizlikleri yaptırılır.

9.7. Acil çağrı butonu mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Her tuvalette; acil çağrı butonu bulunmalıdır. Acil çağrı butonu ulaşılabilir ve faal olmalıdır.







10. DEMİRBAŞ MALZEME DURUMU

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR SIHHAT PROJESİ KAPSAMINDA FAALİYET GÖSTEREN GSM'LERDE SORGULANACAKTIR.

10.1. Demirbaş listesi mevcut mu?

(HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 Genel Hususlar)

Merkezlerde kullanılmak üzere tedarik edilmiş ve dağıtımı yapılmış bulunan ekipman ve malzemenin yerinde bulunup bulunmadığının tespiti yapılmalı ve kaydı kontrol edilmelidir.

10.2. SIHHAT Projesi kapsamında temin edilmiş olan demirbaşlar işaretlenmiş mi?

(HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 Genel Hususlar)

SIHHAT Hibe Projesi kapsamında temin edilmiş ve dağıtımı yapılmış bulunan ekipman ve malzemenin projenin hedef grubu olan geçici koruma altındaki Suriyelilerin ihtiyaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığının tespit ve raporlanması için kayıtların tam ve eksiksiz tutulması gerekmektedir.

10.3. Tüm ekipman ve malzeme üzerinde amblem ve demirbaş numarasını gösterir barkod bulunuyor mu?

(HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 Görünürlük- Cihaz, Malzeme, Ekipman)

Göçmen sağlığı merkezine proje kapsamında alınan cihaz ve ekipmanın üzerinde usulüne uygun olarak yapıştırılmış etiketler; 2 tane, bir tanesinde Türk ve AB Bayrakları bulunmalı ve malzemenin hangi numaralı AB ihalesi kapsamında tedarik edildiği yazmalıdır, diğerinde ise yalnızca AB bayrağı bulunmalıdır.



This project is funded by the European Union.
Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.
هذا المشروع تم تمويله من قبل الاتحاد الأوروبي

Sözleşme No	
Lot / Ürün No	
Demirbaş No	



Funded by the European Union.
Avrupa Birliği tarafından finanse edilmiştir.
بتمويل من قبل الإتحاد الأوروبي

10.4. Demirbaş listesindeki demirbaş numarası ile ekipman/malzeme üzerindeki barkodda yer alan demirbaş numarası birbirini tutuyor mu?

(HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 Cihaz, Malzeme, Ekipman)

Demirbaş listelerinde yer alan demirbaş numarası ile barkodda yer alan demirbaş numarası birbiri ile uyumlu olmalıdır



10.5. Çalınan / kaybolan / ihtiyaca binaen başka sağlık kuruluşlarına gönderilen ekipman ve malzemeye ilişkin kayıtlar ve teslim/tesellüm evraklarının birer örneği GSM'de mevcut mu?

(Avrupa Birliği ile HSGM arasında akdedilen IPA 2016/378-641 sayılı Hibe Sözleşmesi; HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 Cihaz, Malzeme, Ekipman)

Çalınan / kaybolan / ihtiyaca binaen başka sağlık kuruluşlarına gönderilen donanım ve malzemeye ilişkin kayıtlar ve teslim / tesellüm evraklarındaki eksiklikler, ilgili ekipman ve malzemenin eksikliği olarak değerlendirilebilmekte, bu da proje bütçesinde yapılan harcamaların muteber sayılmaması sonucuna yol açarak kamu zararı riski oluşturmaktadır. Bu nedenle Sözleşme hükümleri uyarınca proje kapsamında tedarik edilen ekipman ve malzemenin hangi sağlık kuruluşlarında bulunduğu Bakanlığımız ilgili birimleri ve Avrupa Birliği tarafından takip edilmektedir.

10.6. SIHHAT Projesi kapsamında tedarik edilmiş bulunan ekipman ve malzemeye ilişkin geçici kabul evrakları ve garanti belgelerinin birer örneği GSM'de mevcut mu?

(HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 Cihaz, Malzeme, Ekipman)

SIHHAT kapsamında tedarik edilmiş bulunan ekipman ve malzemeye ilişkin geçici kabul evrakları ve garanti belgelerinin birer örneği GSM'de bulunmalıdır. IPA 2016/378-641 sayılı hibe sözleşmesi hükümleri uyarınca, proje bütçesinden yapılan harcamaların uygunluk denetimi AB tarafından yapılmaktadır. Bu maddede atıf yapılan belgelerdeki eksiklikler, uygunluk denetimlerinin menfi sonuçlanmasına yol açmaktadır.

10.7. SIHHAT Projesi kapsamında tedarik edilen ekipman ve malzemenin yüklenici firması, cihazları kullanacak olan personele ilgili tedarik sözleşmesinde öngörülen eğitim ya da eğitimleri vermiş mi?

(HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 İnsan Kaynakları/ Personel)

SIHHAT Projesi kapsamında akdedilen bazı tedarik sözleşmelerinde (röntgen, laboratuvar vb.) yüklenici firmanın cihazları kullanacak olan personele eğitim verme yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu yükümlülüklerin yerine getirilip getirilmediği hem Bakanlık, hem de AB denetimlerinde kontrol edilmektedir. Eğitimlerin verildiğine ilişkin kanıtlayıcı belgelerin birer örneği (katılımcı imza listeleri, eğitim materyalleri, sunumlar, katılım belgeleri... vb.) merkezde de bulunmalıdır.

10.8. Bozulan ürünlerle ilgili, yüklenici firma akdedilen tedarik sözleşmesinin garantiye ilişkin hükümlerinde öngörülen iş ve işlemleri gerçekleştirmiş ve bire-bir değişim olmuş ise taşınır işlem birimince kayıtlara girilmiş mi?

(HSGM'nin 27.06.2019 tarihli ve 950 sayılı SIHHAT Projesi-AB Saha Denetimi konulu yazısı Ek-1 Cihaz, Malzeme, Ekipman)

Proje kapsamında temin edilen kullanılan ve kullanımı sırasında bozulan malzeme ve demirbaşlar ilgili tedarik sözleşmesinin garantiye ilişkin hükümleri uyarınca bire-bir değiştirilebilir. Değişiklik yapıldığı takdirde taşınır kayıtlarında gerekli düzenleme ve değişiklikler yapılmalıdır.



11. TIBBİ MÜDAHALE ODASI

11.1. Tıbbi müdahale odası hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte mi?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tıbbi müdahale odası hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte olmalıdır.

11.2. Lavabo var mı?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tıbbi müdahale odasında lavabo bulunmalıdır.

11.3. El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak el hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. El hijyeni sağlamaya yönelik el antiseptiği, sıvı sabun, kağıt havlu bulunmalıdır. Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.

El antiseptiğinin miadı kontrol edilmeli, son kullanma tarihi geçmemiş olmalı ve kullanma talimatı bulunmalıdır.

Görünür yerde asılı bir şekilde el yıkama talimatnamesi bulunmalıdır.

11.4. Aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası mevcut mu?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tıbbi müdahale odasında aşı, enjeksiyon ve küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası bulunmalıdır. Muayene masası üzerindeki örtü reklam içerikli olmamalıdır.

11.5. Acil seti mevcut ve faal mi?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Acil seti mevcut ve faal olmalıdır. Acil setinde asgari aşağıda belirtilen malzemeler bulunur.

- Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),
- Ambu ve maske (çocuk ve erişkin boy),
- Oksijen hortumu ve maskeleri,
- Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin için),
- Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp),
- Enjektörler (2, 5, 10 cc ebatlarında her bir ebattan asgari beş adet),
- Kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske ve benzerleri.).



11.6. Defibrilatör mevcut ve faal mi?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 27.05.2013 tarihli ve 55489 sayılı yazısı, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Defibrilatör mevcut ve faal olmalıdır. Defibrilatörün aşağıdaki özellikleri taşıması gereklidir.

- Otomatik Eksternal (AED) tipte veya manuel defibrilatör kullanılıyor ise otomatik eksternal özelliği olan tipte olmalıdır.
- Kullanılan dalga formu açısından bifazik



olmalıdır.

- Pediatrik ve yetişkin pedleri veya kaşıkları olmalıdır.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt işlemleri tamamlanarak belgelendirilmiş olmalıdır.

Defibrilatör, her an kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır. Kullanım kılavuzuna uygun olarak periyodik bakımı yaptırılmalıdır. Defibrilatörün yanında mutlaka sıvı elektro jel bulunmalıdır. Defibrilatör pedlerinin son kullanma tarihi kontrol edilmelidir.

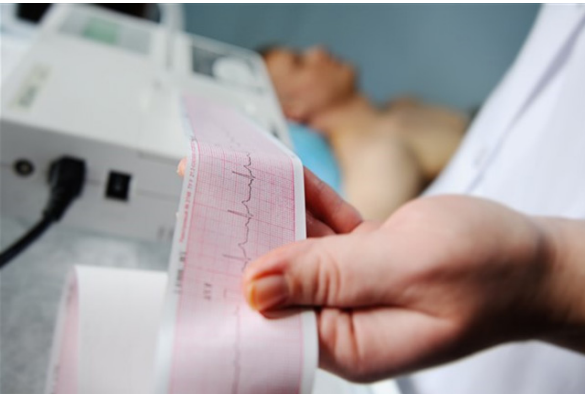
İzleme ve değerlendirme sırasında mevcut cihaz çalıştırılarak faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.



11.7. EKG cihazı mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

EKG cihazı mevcut ve faal olmalıdır. Cihazın elektrik kontrolü yapılmalıdır. Aksesuarların genel durumları kontrol edilmelidir. EKG cihazına uygun kağıt kullanılmalıdır.



İzleme ve değerlendirme sırasında mevcut cihaz çalıştırılarak faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.

11.8. Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir) mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir) mevcut ve faal olmalıdır.



11.9. Aspiratör mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 15.04.2015 tarihli ve 768 sayılı yazısı, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Aspiratör mevcut ve faal olmalıdır. Aspiratör aşağıdaki özellikleri taşınmalıdır.

- Emiş ve depolama sistemini barındıran portatif (taşınabilir, seyyar) bir aspiratör olmalıdır.
- Çocuk ve yetişkin kullanımına uygun olmalıdır.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt işlemleri tamamlanarak belgelendirilmiş olmalıdır.

Aspiratör cihazı ve malzemelerinin kullanımı, bakımı, temizlenmesi ve saklanması ilişkin olarak dezenfeksiyon usullerine ve kullanım talimatına riayet edilmelidir.



11.10. Nebülizatör mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Nebülizatör mevcut ve faal olmalıdır. Nebülizatörün kullanım kılavuzu dikkatli okunmalı ve temizliği yapılmalıdır.

İzleme ve değerlendirme sırasında mevcut cihaz çalıştırılarak faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.



11.11. Sterilizatör mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Sterilizatör mevcut ve faal olmalıdır. Cihazın kullanım amacına uygun olarak kurulumu sağlanır.

İzleme ve değerlendirme sırasında mevcut cihaz çalıştırılarak faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.



11.12. Küçük cerrahi seti mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Küçük cerrahi seti; asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı, mevcut ve faal olmalıdır.

Dört hekime kadar iki set, dört hekimden sonra her dört hekim için ilave bir set bulunmalıdır.

Küçük cerrahi seti, temiz ve kullanılabilir olmalıdır. Aletler kirli, paslı ve kırık olmamalıdır.



11.13. Pansuman seti mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Pansuman seti mevcut, temiz ve kullanılabilir olmalıdır. Aletler kirli, paslı ve kırık olmamalıdır.



11.14. Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri yeterli miktarda ve kullanılabilir olmalıdır.



11.15. Tromel mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Tromel mevcut ve faal olmalıdır. Steril edilen malzemenin paketlenmesine ve saklanmasına özen gösterilir. Sterilizasyon tarihleri takip edilir.



11.16. Tıbbi müdahale için kullanılan malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu yapılıyor mu?

Malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonunun yapıldığına dair kayıtların tutulması, malzemelerin **üzerine son sterilize edildiği ve geçerli olduğu tarihlerin yazılması gerekmektedir.**

11.17. Seyyar lamba mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Seyyar lamba mevcut ve faal olmalıdır.

11.18. Kesici-delici atık kabı mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Kesici-delici atık kabı yeterli miktarda ve kullanılabilir olmalıdır. En fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, ağızları kapalı tutulmalı ve tıbbi atık torbalarına konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz.



11.19. Santrifüj cihazı mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Santrifüj cihazı mevcut ve faal olmalıdır. Cihazın kullanım amacına uygun olarak kurulumu sağlanmalıdır.

İzleme ve değerlendirme sırasında mevcut cihaz çalıştırılarak faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.





11.20. Glikometre mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Glikometre mevcut ve faal olmalıdır. Cihazın kullanım kılavuzu mutlaka okunmalıdır. Bakım ve temizliği öğrenilmelidir. Kullanılan strip cihazdan çıkarılarak tıbbi atık kutusuna atılmalıdır.



11.23. Tartı aleti (bebek ve erişkin boy) mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tartı aleti (bebek ve erişkin boy) mevcut ve faal olmalıdır.

11.21. Diapozon seti mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Diapozon seti mevcut ve faal olmalıdır.



11.22. Spirometre veya Peakflowmeter mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Spirometre veya Peakflowmeter mevcut ve faal olmalıdır.



11.24. Boy ölçer (bebek ve erişkin boy) mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

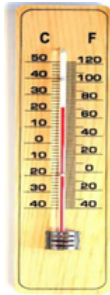
Boy ölçer (bebek ve erişkin boy) mevcut ve faal olmalıdır.



11.25. Termometreler mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Aşı dolabının ve göçmen sağlığı merkezinin tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklık takiplerini yapmak için standartları Bakanlıkça belirlenmiş olan ısı verisi gönderebilen 2 adet termometre bulunmalıdır. Aşı dolabı sıcaklık takipleri en fazla iki saatlik aralıklarla yapılacak olup bu süre gerekli görülmesi halinde değiştirilebilir.



11.26. İlaç ve malzeme dolabı mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

İlaç ve malzeme dolabı mevcut ve faal olmalıdır. Dolabın düzenli ve temiz olmasına dikkat edilmelidir.



11.27. Bakanlık tarafından belirlenen ve bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilaçlar mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md.24, THSK'nin 30.04.2013 tarihli
ve 46119 sayılı yazısı, THSK'nin
03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Kurum tarafından belirlenen bulundurulması zorunlu tutulan aşağıdaki listede bulunan temel acil ilaçlar mevcut olmalı ve son kullanma tarihi geçmemiş olmalıdır.

- Verapamil HCL ampul veya Diltiazem hidroklorür ampul-3 adet
- Asetilsalisilik Asit 300 mg tb, -20 tablet
- Kortikosteroid ampul-3 adet
- Non-steroid antienflamatuar ampul-3 adet
- Methergine ampul-3 adet
- Polivinil prolidine iyot sol. 500cc.-1 adet
- %5 dextroz 500 cc-2 adet
- % 0,9 luk NaCl. 500 cc -2 adet
- 1/3 İzodeks 500 cc.-1 adet
- Analjezik amp.-5 adet
- Adrenalin 1 mg amp.-5 adet
- Atropin sulfate 0,5 mg amp.-5 adet
- Dopamin hidroklorür amp.-2 adet
- Lidocain %2 amp.-2 adet
- Antihistaminik amp.-5 adet



- Salbutamol sülfat nebul veya ampul-3 adet
- Diazepam 10mg amp -2 adet
- Kaptopril 25 mg tb.-20 tablet
- Diüretik amp.-5 adet

11.28. Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutuluyor mu?
(22 Ekim 1999/48196 sayılı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi)

Hizmet verilen alanların suistimale açık olması ihtimali göz önünde bulundurularak psikotrop ve narkotik ilaçlar için kilitli bir çekmece veya dolap ayarlanmalıdır. Bu tür ilaç dolaplarının üzerinde psikotrop ve narkotik ilaç içerdiğine dair ibarenin bulunmaması ilaç güvenliği açısından önemlidir.

11.29. İlaçların miat ve stoklarının listesi mevcut mu?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

İlaçların miat ve stoklarının listesi elektronik ortamda mevcut olmalıdır.

İlaçlar kullanılırken FIFO (First-in-first-out) kuralına uyulduğundan emin olunmalıdır. FIFO kuralı kelime olarak "ilk giren ilk çıkar" anlamına gelmekte olup bu kural pratikte "miadı yakın olan ilk kullanılır" olarak uygulanır.



11.30. İlaçlar ve sarf malzemeler uygun şartlarda saklanıyor mu?
(22 Ekim 1999/48196 sayılı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi)

İlaçların muhafaza edildiği alanlar temiz, çöpten, tozdan ve zararlılardan arındırılmış olmalıdır. Kırılmayı, dökülmeyi, mikroorganizmalar ile bulaşmayı ve çapraz bulaşmayı önleyecek yeterli ve etkili metotlar uygulanmalıdır. Standart ilaç muhafaza koşulları ilaç istisnaları gözetilerek maksimum 25°C sıcaklık ve %60 nem oranı olacak şekilde ayarlanmalıdır. Sıcaklık ve nem takibi, ilaç bulundurulduğu tüm alanlar için geçerlidir. Işıktan korunması gereken ilaçların ambalajlarının sağlamlığından emin olunmalıdır, çünkü günümüzde ışıktan etkilenen ilaç ambalajları güneşe karşı koruyucu yapılmaktadır. Korunmalı ambalaj içinde bulunsun dahi bu tür ilaçları kapalı, ışık almayan dolaplarda muhafaza edilmelidir. İlaçların raflardaki dizilişleri için belirli kurallar bulunmaktadır. Yüksek riskli ilaçlar, ilaçların pediatrik doz formları diğer ilaçlarla karışmayacak şekilde depolanmalıdır.

Hizmet verilen alanların suistimale açık olması ihtimali göz önünde bulundurularak psikotrop ve narkotik ilaçlar için kilitli bir çekmece veya dolap ayarlanmalıdır. Bu tür ilaç dolaplarının üzerinde psikotrop ve narkotik ilaç içerdiğine dair ibarenin bulunmaması ilaç güvenliği açısından önemlidir.

11.31. Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonları yapılmış mı?
(Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik Md. 10-12)

Kuruluşlarca, cihazların test, kontrol ve kalibrasyonlarının hangi yöntem ve periyotta yapılacağına dair ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici kriterleri dikkate alınır.

Cihazların test, kontrol ve kalibrasyonlarının periyotlarına dair ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici



kriterlerinde herhangi bir süre belirtilmemiş ise test, kontrol ve kalibrasyonları yılda en az bir kez yapılır.

Test, kontrol ve kalibrasyon işlemlerinden geçemeyen cihazlar için; sağlık hizmet sunucusu düzeltici faaliyet gerçekleştirir. Bu faaliyetlerin sonrasında cihazlar tekrar test, kontrol ve kalibrasyon işlemine tabi tutulur.

Cihazın bir kısım fonksiyonlarının test, kontrol ve kalibrasyondan geçemediği ve bu fonksiyonların diğer fonksiyonların kullanımını etkilemediği hallerde test, kontrol ve kalibrasyondan geçen fonksiyonların sağlık hizmetinde kullanılabilmesi amacıyla sağlık hizmet sunucusu ile birlikte cihaza sınırlı kullanım kararı verilir. Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyonu geçemeyen fonksiyonları kullanılmaz.

Test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda sınırlı kullanım kararı verilen cihazlara altı ay içinde düzeltici faaliyet gerçekleştirilir veya bu cihazların test, kontrol ve kalibrasyonu geçemeyen fonksiyonları teknik müdahale ile kullanım dışı bırakılır. Bu faaliyetlerin sonrasında cihazlar tekrar test, kontrol ve kalibrasyon işlemine tabi tutulur.

Seyyar olmayıp montaj gerektiren ve bulunduğu yere sabitlenen cihazların yerinin değiştirilmesi durumunda, bu cihazlar tekrar test, kontrol ve kalibrasyon işlemine tabi tutulur.

Kurum, gerek gördüğü hallerde yetki gruplarında yer alan cihazlar için test, kontrol ve kalibrasyon yöntemlerini ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici kriterlerini dikkate alarak belirler. Kuruluş, bu yöntemlere uygun olarak test, kontrol ve kalibrasyon faaliyetlerini gerçekleştirmek zorundadır.

Tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporunda aşağıdaki asgari bilgiler yer alır;

- Kuruluşun adı, iletişim bilgileri ve yetki belgesi numarası,
- Hizmet verdiği sağlık hizmet sunucusunun bilgileri,
- Hizmet verdiği cihazın yeri, adı, markası,

modeli, kimlik ve seri numarası,

- Cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri ve sonuçları ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığı,
- Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan donanım, yazılım ve aksesuarların adı, markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yer,
- Sorumlu müdür ile test, kontrol ve kalibrasyonu yapan uzmanın adı, soyadı ve imzası,
- Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresi,
- Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgiler,
- Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası.

Test, kontrol ve kalibrasyondan geçen cihazın üzerine okunabilecek şekilde kalibrasyonu geçtiğine dair yeşil renkte etiket iliştilir.

Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyonu geçemeyen fonksiyonları kullanılmaz ve cihaza bu fonksiyonların da belirtildiği sarı renkte etiket iliştilir.

Test, kontrol ve kalibrasyondan geçemeyen cihazın üzerine okunabilecek şekilde kalibrasyonu geçemediğine dair kırmızı renkte etiket iliştilir. Bu durumda; cihaz, bu Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin üçüncü fıkrasındaki hüküm uygulanmadan kullanılamaz.





Test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda cihazlar üzerine ilâştirilecek etiketler aşağıdaki bilgileri içerir:

- Kuruluşun yetki belgesi numarası,
- Cihazın kimlik numarası,
- Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası,
- Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı tarih,
- Test, kontrol ve kalibrasyondan geçen cihaz için geçerlilik süresi.

Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun öncelikle elektronik imzalı veya basılı ıslak imzalı kopyası düzenlendiğı tarihten itibaren en az beş yıl, elektronik kopyası ise en az on yıl boyunca kuruluş ve hizmeti alan sağık hizmet sunucusu tarafından saklanır.

Kurumun talebi halinde; test, kontrol ve kalibrasyon raporu Kurumun elektronik veri ortamına eř zamanlı olarak kaydedilir.





12. BEBEK BAKIM VE EMZİRME ODASI

12.1. Bebek bakım ve emzirme odası veya alanı oluşturulmuş mu?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Göçmen sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, müstakil asgari 5 m²lik, bütün birimlerce kullanılabilir bebek bakım ve emzirme odasında/alanında mahremiyet kuralları uygulanmalıdır.

12.2. Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli malzemeler mevcut mu?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Emzirme alanında masa, koltuk veya emzirmeye uygun sandalye ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmalıdır.



12.3. Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli hijyen önlemleri alınmış mı?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Emzirme odasında hijyen sağlanması amacıyla lavabo, sabun, çöp kutusu, kağıt havlu ve tek kullanımlık örtü bulundurulmalıdır.



12.4. Bebek bakım ve emzirme odasında emzirmeye yönelik afiş ve broşürler mevcut mu?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Bebek bakım ve emzirme odasında emzirmeye yönelik bilgilendirici afiş ve broşürler bulunmalıdır.







13. BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ

13.1. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşilar ve antiserumlar mevcut mu?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşilar ve antiserumlar mevcut ve son kullanma tarihleri geçmemiş olmalıdır.



13.2. Aşı dolabı (sadece aşilar ve antiserumlar için) mevcut ve faal mi?
(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Aşı dolabı (sadece aşilar ve antiserumlar için) mevcut ve faal olmalıdır.

Aşı dolabının ATS bağlantısı olmalıdır. Aşı dolabının elektrik kesintilerine karşı kesintisiz güç kaynağı veya jeneratör bağlantısı olmalıdır.

13.3. Aşı dolabı uygun konumlandırılmış mı?
(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Aşiların saklandığı buzdolabı aşırı soğuk ve sığağa maruz kalmayacak şekilde uygun bir odaya yerleştirilmelidir. Buzdolabı kışın ısıtılan odalardan birine gölgede olacak şekilde, ısıtıcılardan uzak, duvardan en az 10 - 15 cm mesafede düz bir zemine yerleştirilmelidir.

13.4. Aşilar aşı dolabına donmaya karşı hassasiyetlerine göre yerleştirilmiş mi?
(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Göçmen sağlığı merkezlerinde aşiların saklanması için özel üretilen dolaplar bulunmaktadır.

Aşı flakonları, aralarında yeterli hava akımı dolaşacak şekilde yerleştirilmelidir.

Buzdolaplarının içerisine aşı, sulandırıcı, antiserum, buz aküsünden başka hiçbir malzeme (ilaç, yiyecek, içecek, enjektör, vb) konulmamalıdır.

Donmaya hassas olan aşilar buzdolabının soğutucu kısmından uzakta tutulmalı, aşilar orijinal kutularının içerisinde saklanmalı ve buzdolabının duvarı ile temas ettirilmemelidir.

Aşı yerleştirilmesinde, miadı yakın olan aşiların ön kısımda bulunmasına dikkat edilmelidir.

Aşilar buzdolabı temizliği yapılırken aşı nakil kabında korunmalı ve buzdolabı çalıştırdıktan sonra uygun ısı aralığına ulaşıncaya buzdolabına aktarılmalıdır.

Özel üretilen aşı saklama dolaplarının dışında; buzdolaplarının standart olarak üstten soğutma yapmadığı çeşitli modellerde alttan, yan duvardan soğutmalı sistemlerin olduğu unutulmamalı ve buzdolabı kullanım kılavuzu dikkatle incelenerek soğutmanın hangi bölümden yapıldığı, daha soğuk ve daha sıcak rafların hangisi olduğu mutlaka öğrenilmeli ve aşı yerleşimi buna göre düzenlenmelidir.

Aşiların donmaya karşı hassasiyetleri (en hassas olandan başlayarak);

- Hepatit B aşısı
- DaBT-IPA-Hib, KPA, PPD, grip aşısı, tüm antiserumlar
- Td, DT, tüm sulandırıcılar,
- Kızamık, KKK, BCG, Hib, meningokok aşiları (sulandırıcılar hariç),



• OPA

Dolap kapağına hiç bir şey konulmamalıdır.

Aşılar buzluğa konulmamalıdır.

Buzlukta aralıklı olarak dizilmiş buz aküleri bulundurulmalıdır.

Buzluğun 0,5 cm den fazla kalınlıkta buzlanmamasına dikkat edilmelidir.

Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı ısısı düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekirse buzluktaki buz aküleri buzdolabı kapağına yerleştirilmeli ve kapak sık sık açılmamalıdır. İzolasyonu iyi bir buzdolabında bu yolla genellikle 24 saat süre ile ısı korunur. Daha uzun süreli kesintilerde acil durum planı uygulanmalıdır.

13.5. Karekod okuyucu mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu mevcut ve faal olmalıdır.

Aşılar uygulamadan önce karekod okuyucu ile okutulmalı ve ATS'den uygulanabilir onayı alınmalıdır.



13.6. Aşı uygulamadan önce ATS'den onay alınıyor mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17, HSGM'nin 08/10/2019 tarihli ve 1069 sayılı yazısı)

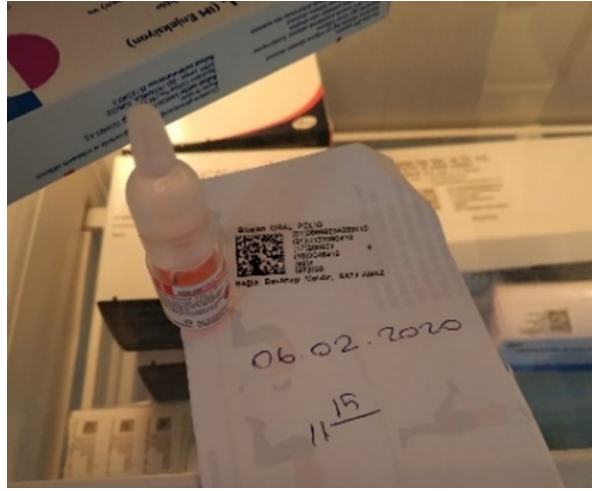
Aşılar uygulanmadan önce mutlaka ATS üzerinden uygulanabilirlik kontrolü yapılmalı

ve uygulanacak aşı stoktan düşürülerek uygulanmalıdır.

13.7. Açılan çoklu aşı flakonlarına açılış tarih ve saati yazılmış mı?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Açılan çoklu aşı flakonlarına açılış tarih ve saati yazılmalıdır.

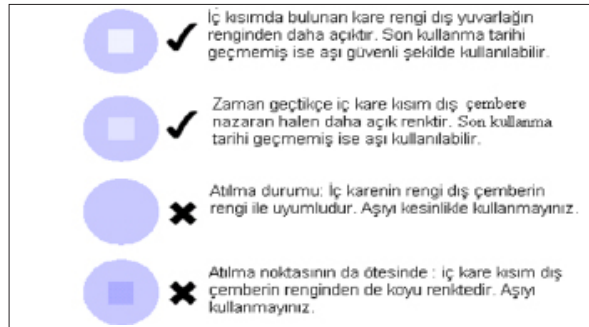


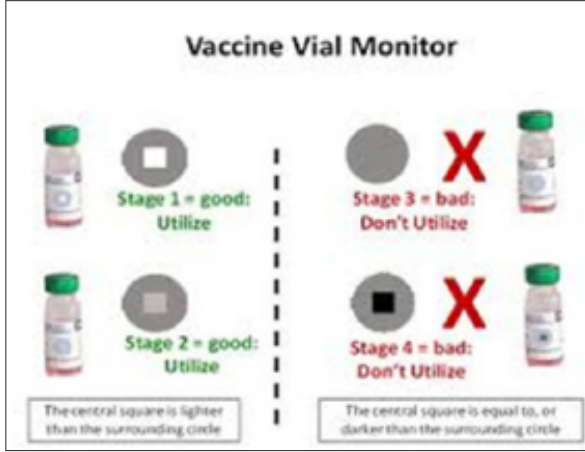
13.8. Aşılarda son kullanma tarihi ve aşı flakon izlemcisi kontrolü yapılıyor mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Aşıların dağıtımında ve kullanımında son kullanma tarihleri mutlaka göz önüne alınarak, miadı (kullanım süresi) daha önce dolacak aşıların kullanımına öncelik verilmeli, miadı dolmuş olanlar imha edilmelidir.

Aşıların termostabiliteyi göz önünde bulundurularak, ısıya maruz kalma sürelerini belirlemek için aşı flakon izlemcileri (VMM) kullanılmaktadır.





13.9. Aşı dolabına Aşı Takip Sistemi (ATS) kurulmuş mu?

(THSK'nin 16/02/2015 tarihli ve 202 sayılı yazısı)

Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından sevk ve idaresi gerçekleştirilen soğuk zincire tabi ürünlerin (aşı ve antiserumlar) tüm noktalarda, saklandıkları depo ve dolaplarla, nakledildikleri araçlardaki sıcaklık takibinin gerçek zamanlı olarak, kesintisiz ve düzenli bir şekilde yapılması, gerekli bilgilerin kayıt altına alınması, raporlamaların yapılması, ilgili merkezlerden izlenilmesi ve gerekli durumlarda ilgililere uygun yöntemlerle (SMS, e-posta, çağrı) uyarı yapılması amacı ile Aşı ve Antiserum Sıcaklık ve Stok Takip Sistemi (ATS) kurulmuştur. ATS, dünya üzerinde hem sıcaklık hem de stok takibini yapan ilk sistemdir.

Aşı dolabında ATS kurulumu yapılmış olmalı, aşular kurulumun yapılmış olduğu dolapta bulunmalıdır.

13.10. Aşı dolabında bulunan aşı ile ATS stok miktarı birbirini tutuyor mu?

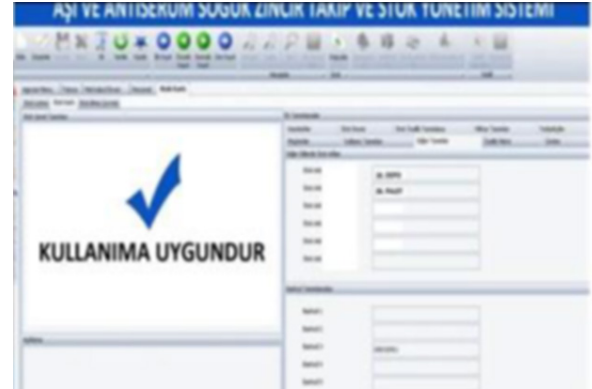
(HSGM'nin 08/10/2019 tarihli ve 1069 sayılı yazısı)

ATS sistemi <http://ats.saglik.gov.tr> web adresinden hizmet vermektedir. Tüm ATS üzerine tanımlanmış kullanıcılar bu adres üzerinden sisteme girişlerini yapıp yetkileri dâhilinde gerekli işlemlere, izleme ve raporlama ekranlarına ulaşabilmektedirler. Stokların envanter detaylarını ATS üzerinden anlık olarak

görebilmektedirler.

Aşular uygulanmadan önce mutlaka sistem üzerinden uygulanabilirlik kontrolü yapılarak ve uygulanacak aşı stoktan düşürülerek uygulanmalıdır. Dolaptaki aşı ile ATS stoğunda bulunan aşuların birebir uyumlu olması gerekmektedir.

İzleme ve değerlendirme sırasında anlık olarak kontrolü sağlanmalıdır.



13.11. Aşı dolabının üzerindeki ısı izlem çizelgesi düzenli dolduruluyor mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Aşı dolaplarında en az bir adet güvenilir termometre olmalıdır. Termometrelerin sürekli ısı kaydeden ve belirlenen aralığın dışına çıktığında uyarı veren modelleri tercih edilmelidir. Bozulan veya kırılan termometre hemen yenisi ile değiştirilmelidir. Buzdolabının ısı +2 ila +8 °C arasında korunmalıdır. Özellikle +4 °C'de kalması sağlanmalıdır.

Buzdolabı her açıldığında ısının kontrol edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Buzdolabının



kapısına bir ısı izlem çizelgesi yapıştırılarak dolabın ısısı sabah ve akşam bu çizelgeye kaydedilmelidir. Isı izlem çizelgesinin altında soğuk zincir sorumlusunun ve yedeğinin adı, soyadı ve imzası bulunmalıdır.

13.12. Aşı dolabının üzerinde acil durum planı mevcut mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı ısısı düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekirse buzluktaki buz aküleri buzdolabı kapağına yerleştirilmeli ve kapak sık sık açılmamalıdır. İzolasyonu iyi bir buzdolabında bu yolla genellikle 24 saat süre ile ısı korunur. Daha uzun süreli kesintilerde acil durum planı uygulanmalıdır.

13.13. Aşı nakil kabı mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 24, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Aşı nakil kapları sahip oldukları soğuk ömürlerine bakılarak kısa veya uzun ömürlü olarak ikiye ayrılırlar. Soğuk ömürleri 1 gün ve daha az olan aşı nakil kapları kısa ömürlü (askılı aşı nakil kabı), soğuk ömürleri 3-5 gün arasında olanlara ise uzun ömürlü aşı nakil kabı denilir.



Ankara merkez depodan kurye ile sevkiyatı yapılan hallerde, aşı naklinde yalnızca uzun ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır.

İllerden kurumlara aylık olarak yapılan aşı

sevkinde 4 saate kadar olan mesafelere askılı tip aşı nakil kabı kullanılabilir. Daha uzun mesafeler için uzun ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır.

Aşılar buzdolabı temizliği yapılırken aşı nakil kabında korunmalı ve buzdolabı çalıştırıldıktan sonra uygun ısı aralığına ulaşıncaya buzdolabına aktarılmalıdır.

Aşı nakil kapları sadece gezici hizmet ve aşıların nakli için kullanılmalıdır. Aşı dolabı olan her yerde aşı direkt olarak aşı dolabından alınarak kullanılmalıdır.

13.14. Yeterli miktarda kullanıma hazır buz aküsü mevcut mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Buz aküleri aşı nakil kabına uygun olmalı ve yeterli miktarda buz aküsü bulunmalıdır.

Buz aküsünü dondururken, buz aküsü ağzında bir miktar boşluk kalacak kadar su ile doldurulmalı ve kapağı sıkıca kapatılmalı, akitip akitmediği kontrol edilmelidir.



Buz akülerinin aralarında hava dolaşımına izin verecek, yan yüzleri açıkta kalacak ve çok sıkışık olmayacak şekilde buzluga yerleştirilerek evaporatör ile uygun olarak etkileşmesi sağlanmalıdır.

Buz aküleri en az 24 saat dondurulmalıdır.

Buz aküleri kullanmadan önce terletilmelidir. Aşı nakil kabında aşıların buz aküsü ile direk teması önlenmelidir.



Aşılardan sonra buz aküleri tekrar donması için buzluğa yerleştirilmelidir.

13.15. Soğuk zincir sorumlusu belirlenmiş mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 7, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Bağışıklama hizmetleri hekim tarafından yürütülür. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında ve/veya Bakanlık tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşilar, bölgesindeki ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi tarafından göçmen sağlığı merkezine ulaştırılır.

Hekimler göçmen sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır.

Birden çok hekimin görev yaptığı göçmen sağlığı merkezlerinde, hekimlerin müştereken muhafaza ettikleri aşilar için üçer aylık aralıklarla bir hekim ve bir yardımcı sağlık personeli soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Göçmen sağlığı merkezinde yalnızca bir birimin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki hekim ile yardımcı sağlık personeline aittir.

GBP'nin başarı ile yürütülebilmesi için her hekimin kişileri özellikle bebek, çocuk ve gebeleri düzenli takip etmesi gerekir. Her hekim ve yardımcı sağlık personeli bu konuda bir ekip oluşturur ve gerekli çalışmaları yürütür.

Hekim kendisine başvuran kişiler için aşı sorumlusu iken yardımcı sağlık personeli de soğuk zincir sorumlusu olarak görevlidir. **Hekim ve sağlık personeli bu genelge kapsamında görevlerini mevcut mevzuat çerçevesinde yerine getirirler.**

Hekimler ve sağlık personeli GBP'nin belirlenen hedeflere uygun olarak yürütülmesinden ilçe sağlık müdürlüğüne/toplum sağlığı merkezine (TSM) karşı sorumludur ve bu kuruluşlar tarafından denetlenirler.

13.16. Soğuk zincir kırılması yaşandığı takdirde bildirim yapılıyor mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Soğuk zincir kırılması yaşandığı takdirde ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezine bildirim yapılmalıdır.

13.17. Bağışıklama programı veya kampanyalar kapsamında ihtiyaç duyulan aşilar ilçe SM /TSM tarafından ulaştırılmış mı?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 14)

ilçe sağlık müdürlükleri/TSM bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirler; il sağlık müdürlüğü (İSM) tarafından tedarik edilen aşı, ilaç, antiserum ve diğer malzemeleri usulüne uygun olarak saklar. İSM ile koordineli olarak bunların bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına dağıtımını yapılmasını sağlar.

13.18. Aşilar uygun periyotlarda yapılıyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 14, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi;

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay ³	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçegi ¹						I				
KKK						I			II	
Hep-A ²							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

¹ 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

² 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

³ 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48. ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır.

1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.



Hep-B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenzae tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı
Suçiçgeği: Suçiçgeği Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
Td: Erşkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

Utilize Don't Utilize

The central square is lighter than the surrounding circle. The central square is equal to, or darker than the surrounding circle.

13.19. Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirim yapıyor mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

ASİE, aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olaydır.

ASİE'ler bazı vakalarda aşının kendisine, bazılarında ise aşının uygulanması sırasındaki hatalara bağlı olabileceği gibi, aşı ya da uygulama ile ilgisiz de olabilir.

Bu nedenle ASİE'ler beş grupta toplanmaktadır:

- Aşı yan etkisi
- Program uygulama hataları (aşının üretim, dağıtım ve uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek hatalar)
- Enjeksiyon reaksiyonu
- Rastlantısal
- Bilinmeyen

ASİE ile karşılaşan sağlık personeli, hekim tarafından değerlendirilen ve ASİE İzleme Sistemi'ne dahil olan ve bildirilmesi gereken her ASİE vakası için bir ASİE Bildirim ve İnceleme Formu doldurur. Vakanın sahadaki incelemesinin yapılabilmesi için 24 saat içinde İl ASİE İzlem Sorumlusuna haber verip formun bir kopyasını iletir. ASİE vakası ciddi ise, kümelenme var ise ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan bir durum ise acil olarak İl ASİE İzlem Sorumlusuna haber vermelidir.



13.20. Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıkların bildirim yapıyor mu?

(Bulaşıcı Hastalıklar Sürveys ve Kontrol Esasları Yönetmeliği)

Bildirim sistemi kapsamında bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden, Bakanlığın belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler sorumludur.

İzleme ve değerlendirme sırasında hekimden MBYS uygulamasında yeni muayene işlemi başlatması ve bildirim esas bulaşıcı hastalıklardan bir tanı seçmesi istenir. MBYS ekranından bildirim esas bulaşıcı hastalıklar bildirim ekranının açılıp açılmadığı kontrol edilir.

BİLDİRİM ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR BİLDİRİM EKRANI

BİLDİRİM YAPAN KURUM		BİLDİRİM YAPAN KİŞİ	
İL	Standart alınacak	AD	Standart alınacak
İLÇESİ	Standart alınacak	SOYADI	Standart alınacak
KURUM ADI	Standart alınacak	UNVANI	Standart alınacak

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		KAYITLI İKAMET ADRESİ	
T.C. KİMLİK NO	Büyük veri setinden alınacak	İL	Büyük veri setinden alınacak
ADI	Büyük veri setinden alınacak	İLÇE	Büyük veri setinden alınacak
SOYADI	Büyük veri setinden alınacak	BÜCAK	Büyük veri setinden alınacak
BABA ADI	Büyük veri setinden alınacak	KÖY	Büyük veri setinden alınacak
CİNSİYETİ	Büyük veri setinden alınacak	MAHALLE	Büyük veri setinden alınacak
DOĞUM TARİHİ	Büyük veri setinden alınacak	CSBM (Cd.Sk.Blv. Meyd.)	Büyük veri setinden alınacak
DOĞUM YERİ	Büyük veri setinden alınacak	DIŞ KAPI NO	Büyük veri setinden alınacak
MESLEĞİ	Büyük veri setinden alınacak	İÇ KAPI NO	Büyük veri setinden alınacak

HASTALIK DURUMU		BEYAN ADRESİ	
TANI ADI*	Muayene ekranında girilen tanı kodu ve adı istisnalarla gösterilebilir	ADRES TİPİ	Adres tipi seçin (1-6)
TANI KODU*	Muayene ekranında girilen tanı kodu ve adı istisnalarla gösterilebilir	İL	
VAKA TİPİ*	<input type="radio"/> Şüpheli Vaka <input type="radio"/> Olan Vaka <input type="radio"/> Kesin Vaka	İLÇE	
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ*	.../.../20...	BÜCAK	
VAKA DURUMU*	<input type="radio"/> Sağ <input type="radio"/> Ölü	KÖY	
		MAHALLE	
		CSBM (Cd.Sk.Blv. Meyd.)	
		DIŞ KAPI NO	
		İÇ KAPI NO	
		İRTİBAT TELEFONU	

* Doldurulması zorunlu alanlar

KAYDET



13.21. Tüberküloz hastalarına Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulanıyor mu?

(Sağlık Bakanlığının 2009/51 sayılı Genelgesi)

TB hastasının tedavisini düzenli olarak sürdürmek ve tamamlamak, tüberkülozun kontrolünde en önemli görevlerden birisidir. Tedavi başarı oranı, DGT uygulaması ile artar; buna kolaylaştırıcılar ve hastalara yapılan destekler de eklendiğinde %90'ın üzerinde başarı görülür.

Bu nedenle, her TB hastasında doğrudan gözetimli tedavi standart yaklaşımdır.

Doğrudan gözetimli tedavi (DGT); TB hastasının tüm tedavi süresince ilaçlarının her dozunu denetlenen bir görevli ya da sorumlu kişinin gözetiminde içmesi ve bu durumun kaydedilmesi esasına dayanan bir tedavi şeklidir.

Her hastaya özel bir tedavi planlaması yapılır; hastanın yaşadığı yer, çalışma durumu, sosyal durumu ve benzeri özellikleri dikkate alınarak hasta ile birlikte ilaç içme yeri ve saati planlanır.

DGT uygulamasının düzenli yapılması il sağlık müdürlüğünün sorumluluğundadır. Bu denetimler için VSD, ilçe sağlık müdürlüğü veya bulaşıcı hastalıklar biriminde çalışan hekimlerden görevlendirme yapılabilir.



DGT paketi: Verem savaşı dispanseri birimlerinde hastanın 1 aylık ilaçlarını içeren DGT paketi hazırlanır. Bir seferde içilecek ilaçlar bir poşete, bu poşetler de DGT paketi

içine konulur. Paketin üzerine hastanın adı ve soyadı, ilaçların adları ve dozları yazılır. Bu paket, DGT gözetmenine verilir. DGT gözetmeni, hastanın her doz ilacını düzenli olarak içmesini gözlemleyen ve bunu kayıt altına alan kişidir.

Her ilaç içirmede DGT izlem formuna hasta ve gözetmen imzası atılır. DGT izlem formu, basit bir imza formu olmayıp hastanın tedavisinin düzenli sürdürüldüğünü gösteren en önemli belgedir.

Birinci basamakta tedavi edilen her TB hastası, ayda bir kez verem savaşı dispanseri biriminde kontrol edilmelidir.





14. MUAYENE ODALARI

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR TÜM MUAYENE ODALARI İÇİN AYRI AYRI SORGULANACAK, HERHANGİ BİRİNDE BULUNAN BİR EKSİKLİK İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMUNDA HAYIR OLARAK İŞARETLENECEK VE AÇIKLAMALAR KISMINDA SORU KODU İLE BELİRTİLECEKTİR.

14.1. Oda genişliği mevzuata uygun mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği Ek-1, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nin (Resmi Gazete 20/09/2019 tarihli ve 30894 sayılı) yayımlanmasından sonra ruhsatlandırılan GSM'lerde muayene odalarının en az 16 m² olması gerekmektedir. Mezkûr Yönetmeliğin yayımlanmasından önce ruhsatlandırılan GSM'lerde ise muayene odalarının en az 10 m² olması gerekmektedir.

14.2. Lavabo var mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Muayene odasında lavabo bulunmalıdır.

14.3. El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 23, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak el hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. El hijyeni sağlamaya yönelik el antiseptiği, sabun, kağıt havlu bulunmalıdır. Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.

El antiseptiğinin miadı kontrol edilmeli, son kullanma tarihi geçmemiş olmalı ve kullanma talimatı bulunmalıdır.

Görünür yerde asılı bir şekilde el yıkama talimatnamesi bulunmalıdır.



14.4. Muayene masası mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere muayene masası mevcut ve faal olmalıdır.

Muayene masası üzerindeki örtü reklam içerikli olmamalıdır.





14.5. Paravan, perde vb. mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere paravan, perde ve benzerleri mevcut ve faal olmalı, **reklam içerikli olmamalıdır.**



14.6. Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?

(Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 15.07.2016 tarihli ve 3104 sayılı (2016/10) Genelgesi)

"Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi" sağlık hizmet sunumunun temel esaslarından birisi olup, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Mahremiyete Saygı Gösterilmesi başlıklı 21 inci maddesinde "Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır." ve "Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir." denilmek suretiyle, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekliliği ortaya konulmuştur.

- Polikliniklerde hasta mahremiyetine önem verilmelidir.
- Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken aynı

zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.

- Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
- Polikliniklere ve uygulama alanlarına, hasta kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.

14.7. Termometre mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere termometre mevcut ve faal olmalıdır.

14.8. Ortam sıcaklığı 20-27 °C arasında mı?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

İç ortam sıcaklığının 20 – 27 °C arasında olması gerekir.

Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanır.

14.9. Stetoskop mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere stetoskop mevcut ve faal olmalıdır.





14.10. Tansiyon aleti (çocuk) mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere tansiyon aleti (çocuk) mevcut ve faal olmalıdır.



14.11. Tansiyon aleti (erişkin) mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere tansiyon aleti (erişkin) mevcut ve faal olmalıdır.



14.12. Otoskop mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere otoskop mevcut ve faal olmalıdır.



14.13. Oftalmoskop mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere oftalmoskop mevcut ve faal olmalıdır.



14.14. Işık kaynağı mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere ışık kaynağı mevcut ve faal olmalıdır.

14.15. Dil basacağı mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere dil basacağı mevcut ve faal olmalıdır.



14.16. Refleks çekici mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere refleks çekici mevcut ve faal olmalıdır.



14.17. Mezura mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere mezura mevcut ve faal olmalıdır.



14.18. Fetal el doppleri mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere fetal el doppleri mevcut ve faal olmalıdır.

İzleme ve değerlendirme sırasında mevcut cihaz çalıştırılarak faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.



14.19. Snellen eşeli mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve
906 sayılı yazısı)

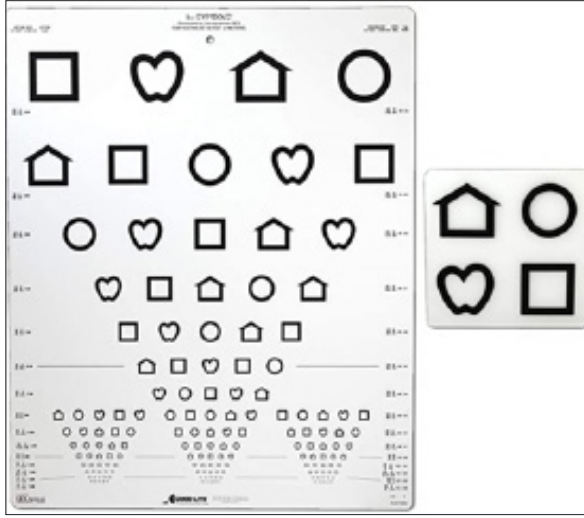
Her göçmen sağlığı birimi için ayrı ayrı olmak üzere snellen eşeli mevcut ve faal olmalıdır.



14.20. LEA Sembol Testi mevcut mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri, Ulusal Görme Tarama Programı Genelgesi 2019/17)

LEA Sembol Testi mevcut olmalıdır.



14.21. Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonları yapılmış mı?

(Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik Md. 10-12)

Kuruluşlarca, cihazların test, kontrol ve kalibrasyonlarının hangi yöntem ve periyotta yapılacağına dair ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici kriterleri dikkate alınır.

Cihazların test, kontrol ve kalibrasyonlarının periyotlarına dair ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici kriterlerinde herhangi bir süre belirtilmemiş ise test, kontrol ve kalibrasyonları yılda en az bir kez yapılır.

Test, kontrol ve kalibrasyon işlemlerinden geçemeyen cihazlar için; sağlık hizmet sunucusu düzeltici faaliyet gerçekleştirir. Bu faaliyetlerin sonrasında cihazlar tekrar test, kontrol ve kalibrasyon işlemine tabi tutulur.

Cihazın bir kısım fonksiyonlarının test, kontrol ve kalibrasyondan geçemediği ve bu fonksiyonların diğer fonksiyonların kullanımını etkilemediği hallerde test, kontrol ve kalibrasyondan geçen fonksiyonların sağlık hizmetinde kullanılabilmesi amacıyla sağlık hizmet sunucusu ile birlikte cihaza sınırlı kullanım kararı verilir. Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyonu

geçemeyen fonksiyonları kullanılmaz.

Test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda sınırlı kullanım kararı verilen cihazlara altı ay içinde düzeltici faaliyet gerçekleştirilir veya bu cihazların test, kontrol ve kalibrasyonu geçemeyen fonksiyonları teknik müdahale ile kullanım dışı bırakılır. Bu faaliyetlerin sonrasında cihazlar tekrar test, kontrol ve kalibrasyon işlemine tabi tutulur.

Seyyar olmayıp montaj gerektiren ve bulunduğu yere sabitlenen cihazların yerinin değiştirilmesi durumunda, bu cihazlar tekrar test, kontrol ve kalibrasyon işlemine tabi tutulur.

Kurum, gerektirdiği hallerde yetki gruplarında yer alan cihazlar için test, kontrol ve kalibrasyon yöntemlerini ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici kriterlerini dikkate alarak belirler. Kuruluş, bu yöntemlere uygun olarak test, kontrol ve kalibrasyon faaliyetlerini gerçekleştirmek zorundadır.

Tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporunda aşağıdaki asgari bilgiler yer alır;

- Kuruluşun adı, iletişim bilgileri ve yetki belgesi numarası,
- Hizmet verdiği sağlık hizmet sunucusunun bilgileri,
- Hizmet verdiği cihazın yeri, adı, markası, modeli, kimlik ve seri numarası,
- Cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri ve sonuçları ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığı,
- Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan donanım, yazılım ve aksesuarların adı, markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yer,
- Sorumlu müdürün ve test, kontrol ve kalibrasyonu yapan uzmanın adı, soyadı ve imzası,
- Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresi,
- Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı



yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgiler,

- Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası.

Test, kontrol ve kalibrasyondan geçen cihazın üzerine okunabilecek şekilde kalibrasyonu geçtiğine dair yeşil renkte etiket iliştilir.

Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyonu geçemeyen fonksiyonları kullanılmaz ve cihaza bu fonksiyonların da belirtildiği sarı renkte etiket iliştilir.

Test, kontrol ve kalibrasyondan geçemeyen cihazın üzerine okunabilecek şekilde kalibrasyonu geçemediğine dair kırmızı renkte etiket iliştilir. Bu durumda; cihaz, bu Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin üçüncü fıkrasındaki hüküm uygulanmadan kullanılamaz.



Test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda cihazlar üzerine iliştilirilecek etiketler aşağıdaki bilgileri içerir:

- Kuruluşun yetki belgesi numarası,
- Cihazın kimlik numarası,
- Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası,
- Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı tarih,
- Test, kontrol ve kalibrasyondan geçen cihaz için geçerlilik süresi.

Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun öncelikle elektronik imzalı veya basılı ıslak imzalı kopyası düzenlendiği tarihten itibaren en az beş yıl, elektronik kopyası ise en az on yıl

boyunca kuruluş ve hizmeti alan sağlık hizmet sunucusu tarafından saklanır.

Kurumun talebi halinde; test, kontrol ve kalibrasyon raporu Kurumun elektronik veri ortamına eş zamanlı olarak kaydedilir.

14.22. Kırmızı ve yeşil reçete mevcut mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.4, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı, TİTCK'nin 2017/1 Sayılı Genelgesi)

17.03.2017 tarihinden itibaren Renkli Reçete Sistemi kullanıma açılmış olup, bu sistem üzerinden uyuşturucu madde ve müstahzarları ile psikotrop madde ve müstahzarları için elektronik reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Bahsi geçen sistem kullanılırken imza kanununa göre yapılan düzenleme kapsamında ıslak imzaya eşdeğer hukuki geçerliliği olan e-imza prosedürü ile imzalanacaktır.

Mezkûr genelgede uyuşturucu madde ve müstahzarları ile psikotrop madde ve müstahzarları için basılı (kâğıt) kırmızı ya da yeşil reçete yazılacak istisnalar aşağıdaki şekilde belirtilmiştir;

- 1) Teknik sebeplerle Renkli Reçete Sisteminin çalışmaması durumunda ve henüz sistem entegrasyonu sağlanamayan sağlık hizmet sunucularında matbu düzenlenen kırmızı ya da yeşil reçete üzerinde "Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenememiştir" ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde bulunan ve bu ibarenin reçeteyi düzenleyen hekim tarafından onaylandığı ıslak imzalı reçeteler,
- 2) Kişiyö özel yurt dışından getirtilen uyuşturucu ya da psikotrop ilaçları içeren reçeteler,
- 3) Veteriner hekimler tarafından düzenlenen uyuşturucu ya da psikotrop ilaçları içeren reçeteler,
- 4) Kontrole tabi madde içeren fakat sistemde bulunmayan majistral reçeteler olarak belirlenmiştir.

Kırmızı ve yeşil reçeteler çalınma, kaybolma vb. olaylara sebebiyet vermeyecek şekilde gerekli tedbirler alınarak muhafaza edilmelidir.



Konu ile ilgili sorunun değerlendirmesinde matbu düzenlenen kırmızı ve yeşil reçetelerin bulundurulma durumunun yanı sıra Renkli Reçete Sisteminin de kontrolünün sağlanması hususlarına bakılacaktır.

14.23. Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların temini ve kullanımına ait kayıtlar tutuluyor mu?

Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların temini ve kullanımına ait kayıtlar mutlaka tutulmalıdır.

14.24. Bakanlıkça özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi sistemleri kullanılıyor mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Bakanlıkça özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi teknolojileri kullanılmalıdır.

14.25. Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 30-31, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Hekim kendisine başvuran kişilerin kişisel sağlık dosyalarını (hasta kayıtları, yapılan tıbbi müdahaleler ve kullanılan ilaçlar) Bakanlıkça belirlenen bilgi sistemlerine (Muayene Bilgi Yönetim Sistemi-MBYS) düzenli bir şekilde kaydetmekle yükümlüdür.

Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri "**Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)**" kullanılarak kayıt altına alınmaktadır.

Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti hekimin sorumluluğundadır.





15. KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ

15.1. Üreme sağlığına yönelik danışmanlık hizmeti veriliyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Ülkemizde kadın ve üreme sağlığı konusunda sunulan sağlık hizmetleri geçici koruma altına alınanlara da aynı şekilde verilir.

Ülkemizde, üreme sağlığı yöntemlerinin verilmesinde bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri çok önemli rol oynamaktadır.

Üreme sağlığı yöntem danışmanlığında amaç; çiftlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları ve çocuk sahibi olamayan infertil çiftlerde bunun nedenlerinin anlaşılması ve tedavisinin yapılabilmesidir.

15.2. Jinekolojik muayene masası, spekulum, muayene ve RİA seti mevcut ve faal mi?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md.24, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Tıbbi müdahale odasında jinekolojik muayene masası, spekulum, muayene ve RİA seti mevcut ve faal olmalıdır.

Kullanımına engel olacak üzerinde ve etrafında eşya ve kişisel malzeme bulundurulmamalıdır.



15.3. Gebeliği önleyici rahim içi araç (RİA) uygulaması yapılıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Göçmen Sağlığı Merkezi Bakanlıkça planlanan programları yürütür.

Başvuran kadınlara gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi verilir ve bu yöntemi seçerse RİA uygulanır.

15.4. Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?

(Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 15.07.2016 tarihli ve 3104 sayılı (2016/10) Genelgesi)

"Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi" sağlık hizmet sunumunun temel esaslarından birisi olup, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Mahremiyete Saygı Gösterilmesi başlıklı 21 inci maddesinde "Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır." ve "Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir." denilmek suretiyle, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekliliği ortaya konulmuştur.

- Polikliniklerde hasta mahremiyetine önem verilmelidir.
- Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
- Polikliniklere ve uygulama alanlarına, kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda, kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.



15.5. Gebeliği önleyici rahim içi araç (RİA) uygulaması ve sonrasında enfeksiyon önleme basamaklarına uyuluyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi)

Enfeksiyonların önlenmesi amacıyla;

- Ellerin yıkanması
- Eldiven kullanımı
- Antiseptik solüsyon kullanılması
- Önlük, gözlük vb. giyilmesi
- Başvuranlara kullanılacak araç-gerecin
 - dekontaminasyonu,
 - yıkanması,
 - sterilizasyonu
- Batıcı/kesici/delici alet yaralanmalarından korunma
- Atıkların zararsız hale getirilmesi gerekmektedir.



15.6. 15-49 yaş kadın izlemleri, protokollerine uygun yapılıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

15-49 yaş "doğurganlık dönemi" gebelik ve doğumla ilgili olay ve istenmeyen sonuçların en fazla yaşandığı dönemdir. Bu nedenle 15-

49 yaş kadın izlemleri hizmet sunumunda önem arz etmektedir. Bu kapsamda ülke genelinde yılda 2 defa 6 ay ara ile 15-49 yaş kadın izlemleri yapılarak; doğurganlık çağındaki kadında riskli durumların tespiti yapılabilmekte, gebelik öncesi danışmanlık verilmekte, erken dönemde gebelik tespiti yapılabilmekte, üreme sağlığı yöntemleri hakkında danışmanlık ve hizmet sunumu verilebilmektedir. Bu izlemlerin zamanında ve yeterli sayıda yapılması kadın sağlığı ve beklenen yaşam süresinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

15-49 Yaş Kadın Risk Değerlendirme Formu ile değerlendirme yapılır. Bu form kadının sosyodemografik özellikleri, cinsel sağlık bilgileri, sistematik hastalıkları, doğurganlık bilgileri, gebelik öyküsü, alışkanlıkları, tetanoz aşı tarihleri, göç ve ölüm hali, izlemlerdeki muayene sonuçları, verilen üreme sağlığı danışmanlıkları, kullandığı gebeliği önleyici yöntem, kullanmama nedeni ve risk durumu gibi bilgilerini içermektedir.

15.7. Gebe izlemleri, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine uygun yapılıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi)

Anne adayının sağlıklı bir gebelik geçirebilmesi, kendisinin ve bebeğinin sağlığını koruyabilmesi, riskli durumların erken dönemde fark edilebilmesi için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine uygun olarak gebelik süresince en az 4 kez doğum öncesi bakım hizmeti alması sağlanmalıdır.

- Birinci izlemin mümkünse gebeliğin ilk 14 haftasında,
- İkinci izlemin 18-24. haftalar arasında,
- Üçüncü izlemin 28 -32. haftalar arasında,
- Dördüncü izlemin 36-38. haftalar arasında yapılması önerilmektedir.

Bu haftalarda gebelik haftasına uygun izlem prosedürleri yerine getirilir. Bu izlemlerde



kalıtsal geçiş gösteren hastalıkların, doğumsal anomalilerin ve bazı enfeksiyonların erken tespit edilmesinde önerilen tarama testleri, bağışıklama, nutrisyonel destek yer almaktadır.



Her izlemde;

1. İletişim
 2. Öykü alma
 3. Fizik muayene
 4. Laboratuvar testleri
 5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler
 6. Bilgilendirme ve danışmanlık
 7. Sevk edilecek durumlar
 8. Yapılan izlemlerin kayıt altına alınması
- konularında "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi"ne uygun olarak izlem yapmaları gerekmektedir.



Rutin uygulamalara ek olarak izlemlerde değerlendirilmesi gerekenler aşağıda özetlenmiştir:

Birinci izlem (Gebeliğin ilk 14 haftası içinde)

1. Vücut Kitle İndeksi (VKİ)
2. Kan basıncı
3. Kan grubu
4. Tam kan sayımı (CBC)
5. İkili kombine tarama testi
6. USG
7. Tam idrar tetkiki (TİT)
8. TSH
9. Gebelikte risk faktörleri
10. Hepatit B testi
11. Gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ise oral glikoz tanı testi (OGTT)
12. D vitamini desteği

İkinci izlem (18-24. haftaları arasında)

1. Üçlü tarama testi
2. Kan basıncı
3. Alfa fetoprotein (AFP)
4. Obstetrik USG
6. D vitamini desteği
7. Demir desteği
8. Tam idrar tetkiki (TİT)
9. Tam kan sayımı (CBC)
10. İdrar kültürü
11. Oral glikoz tanı testi (OGTT)

Üçüncü izlem (28-32. haftaları arasında)

1. Oral glikoz tarama testi (OGTT)
2. Kan basıncı
3. Tam idrar tetkiki (TİT)
4. Tam kan sayımı (CBC)

Dördüncü izlem (36-38. haftaları arasında)

1. Kan basıncı



2. Tam idrar tetkiki (TİT)
3. Vücut Kitle İndeksi (VKİ)
4. USG
5. Tam kan sayımı (CBC)
6. Serviks, vajen, vulva kültürü
7. Gebe okuluna yönlendirilen gebe bakımından değerlendirilmeli,

Ayrıca izlemlerde preeklampsi öngörüsü risk faktörlerinin ve venöz tromboemboli (VTE) için risk faktörlerinin değerlendirilmesi de gerekmektedir.

Her izlemde gebenin hemoglobini ölçülmelidir.

Anemi yoksa 16. gebelik haftasından itibaren demir desteğine başlanmalıdır.

Her izlemde gebenin tansiyonu ölçülmelidir.

Gebe gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ise 75 gr oral glukoz tanı testinin hemen yapılması sağlanmalıdır. Gebe risk grubunda değilse gebeliğin 24-28. haftaları arasında oral glukoz tanı testinin yapılması sağlanmalıdır.

12. haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D Vitamini Preparatı başlanmalıdır.

Tetanoz bağışıklaması gebeliğin 12. haftasından itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilmesi halinde aşının ilk dozu yapılmalı ve aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar uygulanmalıdır.

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında - İlk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Doğurganlık Çağı (15-49 yaş)/Gebe Kadınlarda Tetanoz Aşı Takvimi

Td = Tetanoz (T) - Erişkin Tipi Difteri (d) Aşıları
Hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td aşısı almaları sağlanmalıdır. İkinci doz doğumdan en az iki hafta önce tamamlanmalıdır. Yeterli süre sağlanamadıysa tek doz Td almış gebenin

ve bebeğinin tetanoz hastalığı açısından risk altında olduğu dikkate alınmalıdır. Temiz doğum şartlarının sağlanması ve bebeğin göbek bakımının doğru yapılması daha da önem kazanmaktadır.

Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri "**Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)**" kullanılarak kayıt altına alınmaktadır.

İzleme ve değerlendirme sırasında; MBYS/ kayıtlardan seçilen gebelerin dosyaları incelenerek "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi"ne göre dönemine uygun izlem yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

15.8. Riskli gebelik tespiti yapılıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi)

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde bulunan "Gebelikte Risk Değerlendirme Formu"na göre risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

A-Tıbbi Öykü

1. Kardiyovasküler Hastalıklar
2. Jinekolojik Hastalıklar: Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon vb.
3. Diabetes Mellitus
4. Diğer Endokrin Hastalıklar: Hipotroidi, Hipertroidi, Guatr, Hiperlipidemi vb.
5. Epilepsi
6. Diğer Nörolojik ve Serebrovasküler Hastalıklar: Multipl Skleroz, Anevrizma vb.
7. Psikiyatrik Hastalıklar: Şizofreni, Depresyon vb.
8. Kronik Hipertansiyon
9. Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, KOAH vb.
10. Renal Hastalıklar: Pyelonefrit, Nefrotik Sendrom, Kronik Böbrek Yetmezliği vb.



11. Hematolojik Hastalıklar: Orak Hücreli Anemi, Talasemi, Koagülasyon Bozukluğu vb.
12. Enfeksiyon Hastalıkları: Tüberküloz, Sıtma, HBV, HCV, HIV vb.
13. Romatolojik Hastalıklar: Sistemik Lupus Eritematozus vb.
14. Venöz Tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar: Konjenital Hastalıklar, Kas Hastalıkları, Metabolik Hastalıklar vb.
17. Ortopedik bozukluk: Doğuştan Kalça Çıkıklığı, Skolyoz vb.
18. Akraba Evliliği
19. İlaç Kullanımı ve Zararlı Madde Bağımlılığı: Sigara, Alkol vb.
20. Düşük Sosyoekonomik Durum: İlgili birimlere yönlendirilmelidir.

B-Obstetrik Öykü

1. Geçirilmiş Uterin Cerrahi: Sezaryen, Myomektomi, Metroplasti, Septum Rezeksiyonu vb.
2. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon
3. Tekrarlayan Düşük: 3 ve üzeri
4. Düşük Doğum Ağırlığı 2.500gr. altı
5. Makrozomik Bebek 4.000gr. üstü
6. Ölü Doğum
7. Eklampsi-Preeklampsi
8. Erken Doğum
9. Günaşımı
10. Anomalili Bebek
11. Gestasyonel Diyabet
12. Venöz Tromboemboli
13. Ektopik Gebelik
14. RH/rh Uyumsuzluğu
15. Antepartum kanama
16. Zor ve Müdahaleli Doğum

17. Plasenta Previa
18. Plasenta Dekolmanı
19. Postpartum Kanama
20. Yenidoğan Ölümü

C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi

1. 18 Yaş Altı
2. 35 Yaş Üstü
3. RH/rh Uyumsuzluğu
4. Çoğul Gebelik
5. İki Yıldan Sık Gebelik
6. Sigara, Alkol Kullanımı ve Madde Kullanım
7. Grandmultiparite: 5 ve üzeri doğum
8. Gestasyonel Diyabet
9. Plasenta Previa
10. Venöz Tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-Oligohidramnios
13. Anomalili Fetüs
14. Servikal Yetmezlik
15. Vajinal Kanama
16. Preeklampsi-Eklampsi
17. Gebelikte Cerrahi Müdahale Geçirilmesi: Appendektomi vb.
18. Yatış Gerektiren Hiperemezis Gravidarum
19. Preterm Eylem
20. Gebelikte Travma Geçirilmesi
21. Şiddetli Enfeksiyon
22. Ciddi Anemi: Hb<7 gr/dL
23. Preterm Erken Membran Rüptürü
24. Vücut Kütle İndeksi >30kg/ m²
25. Vücut Kütle İndeksi <18kg/m²
26. İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelik
27. Anormal HPV ve PAP Smear Taraması
28. Tekrarlayan Sistit
29. İntrauterin Gelişme Geriliği



30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu
31. 10-12. haftalardan itibaren el doppleri, 16-20.haftalardan itibaren fetal stetoskop ile fetal kalp seslerinin duyulmaması, 20. haftadan sonra gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi
32. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon yönünden değerlendirilir.

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile "evet" cevabı verilmiş ise gebe mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

Uzman hekimin değerlendirmesi ve önerisi doğrultusunda izlemler, birinci, ikinci veya üçüncü basamakta devam ettirilir.

Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.

15.9. Riskli gebelik izlemleri Riskli Gebelikler Yönetim Rehberine uygun yapılıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi)

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile "evet" cevabı verilir ise, mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler, birinci, ikinci veya üçüncü basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.



15.10. Lohusa izlemleri Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine uygun yapılıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi)

Lohusa izlemlerinde Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi esas alınmalıdır.

Annenin 3 kez hastanede, 3 kez de taburcu olduktan sonra evde veya sağlık kuruluşunda izlemi yapılmalıdır.



- Birinci izlem; hastanede lohusanın doğumu takibeden ilk 0-1 saatleri arasında,
- İkinci izlem; hastanede lohusanın doğumu takibeden ilk 1-6 saatleri arasında,
- Üçüncü izlem; hastanede lohusanın doğumu takibeden ilk 6-24 saatleri arasında,
- Dördüncü izlem 2.-5. günler arasında anne bebeğini topuk kanı almaya getirdiğinde,
- Beşinci izlem 13.-17. günler arasında anne bebeğini üçüncü izlem için getirdiğinde,
- Altıncı izlem 30.-42. günler arasında anne bebeği Hepatit-B aşısının 2. dozu için getirdiğinde yapılmalıdır.

İzlemlerde Annede Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar:

1. Kanama-loşia takibi
2. İdrar problemleri
3. Ağrı



4. Ateş kontrolü
5. Perine muayenesi
6. Dışkılama kontrolü
7. Meme bakımı
8. Annenin psikolojik durumu

Gerekirse hemoglobinin ölçümü, tam idrar tetkiki yapılmalıdır. Oral glikoz tolerans testi (postpartum 6-12. haftalarda gestasyonel diyabet öyküsü varsa) yaptıranın önemi konusunda anne bilgilendirilmelidir.



Annenin psikolojik durumunun değerlendirilmesi: "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği" kullanılarak annenin psikolojik durumu değerlendirilmelidir. 12 ve üzeri değeri alan anneler sevk edilmelidir.

Anneye günlük yaşam, cinsel aktivite, banyo, perine bakımı, duygusal reaksiyonlar, postpartum aile planlaması, lohusalıkta tehlike işaretleri, sıvı alımı ve diyet konularında danışmanlık verilmelidir.

15.11. Gebelere demir desteği uygulanıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Uygulamaları Genelgesi 2020/4)

Gebeliğin 4. ayının başından (ikinci trimestir) itibaren gebelik süresince altı ay ve doğum sonrası üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süreyle demir desteği sağlanmalıdır.

Demir desteği sağlanan gebeye/anneye ilişkin verilerin mevcut sağlık bilgi sistemlerine girişi yapılmalı ve takibi sağlanmalıdır.

15.12. Gebelere D vitamini desteği uygulanıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Uygulamaları Genelgesi 2020/4)

D vitamini desteği uygulaması; 12 haftalıktan itibaren gebelik süresince altı ay ve doğum sonrası altı ay olmak üzere toplam 12 ay süreyle, annelere D vitamini desteği uygulanmalıdır.

D vitamini desteği sağlanan gebeye/anneye ilişkin verilerin mevcut sağlık bilgi sistemlerine girişi yapılmalı ve takibi sağlanmalıdır.

15.13. Anne sütü eğitimi veriliyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 19, Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri)

Doğumdan sonraki ilk hafta içinde yenidoğanın izlemi sırasında anneye emzirme danışmanlığı kapsamında eğitim verilmelidir. Diğer izlemlerde de emzirme durumu hakkında bilgi alışverişi yapılmalıdır.



olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını sağlamak, anne ve baba adaylarına normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konusunda bilgi ve beceri kazandırmak amaçlanmıştır. Katılımcıların mahremiyeti (görüntü/ses) sağlanmalıdır.

Ayrıca gebe bilgilendirme sınıfı ile "Doğum Ağrısıyla Baş Etme Yöntemleri"ne de değinilerek gebelerin kendi fizyolojisine uygun olan normal doğumu yapabileceği güvenini kazandırmak, korku ve kaygılarını gidererek doğum ağrısıyla baş etmenin mümkün olduğu gerçeğini aktarabilmek de amaçlardan bir tanesidir.



15.14. Gebe bilgilendirme sınıfı oluşturulmuş mu?
(Sağlık Bakanlığının 2018/23 sayılı Genelgesi)

Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı ile tüm gebelerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerine ilişkin bilgi sahibi

15.15. Gebe bilgilendirme sınıfında gerekli malzeme, araç-gereç ve eğitim materyali mevcut mu?
(Sağlık Bakanlığının 2018/23 sayılı Genelgesi)

Bilgisayar ve projeksiyon cihazı bulunmalıdır. Projeksiyonu yansıtmak için perde/duvar mevcut olmalıdır. Eğitimcinin oturumda kullanacağı her türlü materyal, araç ve gerecin konulacağı masa olmalıdır. Bilgilendirme broşürleri mevcut olmalıdır. Kâğıt tahtası/yazı tahtası, kalemler, eğitim materyali ve kırtasiye malzemesi bulunmalıdır.



Eğitim çalışmalarında kullanılmak üzere yeterli kadar maket bebek ve bebek bakım araçları bulunmalıdır.



15.16. Gebe bilgilendirme sınıfı eğitim programı panoya asılmış mı?

(Sağlık Bakanlığının 2018/23 sayılı Genelgesi)

Gebe bilgilendirme sınıfında bir pano mevcut olmalı; düzenlenecek eğitimlerle ilgili eğitimin konusu, günü ve saatinin belirtildiği eğitim programı hazırlanmalı ve panoya asılarak bilgilendirme yapılmalıdır.

15.17. Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?

(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Md. 30-31, THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Başvurular ve sunulan hizmetlerle ilgili kayıt ve formlar düzenli olarak tutulmalıdır. Kullanılan bilgi sistemleri ve yazılı kayıtlar kontrol edilmelidir.





16. BEBEK, ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

16.1. Bebek izlemleri, protokollerine uygun yapıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri)

Ülkemizdeki bebek/çocuk ve ergenlere yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleri geçici koruma altına alınanlara da aynı şekilde verilir.

Bebek İzlem Zamanları ve Aralıkları

1. İzlem: Doğumda (hastanede)
2. İzlem: Doğumdan sonraki ilk hafta içinde (1.-10.gün arası)
3. İzlem: 15. gün izlemi (11.-29.gün arası)
4. İzlem: 41. gün izlemi (30.-59. gün arası)
5. İzlem: 2. ay izlemi (60.-89. gün arası)
6. İzlem: 3. ay izlemi (90.-115. gün)
7. İzlem: 4. ay izlemi (120.-150. gün)
8. İzlem: 6. ay izlemi (180.-210. gün)
9. İzlem: 9. ay izlemi (250.-290. gün)



İzlemler, "Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri"ne göre yapılmalı ve veriler MBYS aracılığıyla Ulusal Sağlık Sistemine (USS) gönderilmelidir.

Her izlemde bebek tartılır, baş çevresi ve boyu ölçülerek büyüme eğrilerine işaretlenir.



3-4. Ay izlemlerinde hekim bebeği anemi yönünden değerlendirmelidir.

İzlem protokollerindeki uygun yönergeleri kullanarak; anemisi varsa tedavi dozunda demir başlamalıdır. Anemisi yoksa 4. aydan itibaren profilaktik dozda ücretsiz demir damlası vermelidir.

Doğumdan sonraki ilk hafta izleminde bebeğe ücretsiz D vitamini vermeli ve anneye bilgilendirme yapılmalıdır.

9. Ay izleminde bebeğin anemisini değerlendirmek amacıyla Hb ve/veya Htc ölçümü yapılmalı ve sonucu sisteme kaydedilmelidir.

Çocukluk dönemi aşı takvimine göre aşılama durumu değerlendirilmelidir.



Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri "**Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)**" kullanılarak kayıt altına alınmaktadır.



T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay ³	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I	II				
Suçiçeği ¹						I	II			
KKK						I	II		III	
Hep-A ²							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

¹ 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

² 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

³ 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır.

1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

Hep-B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
KPA: Konjuge Pnömonok Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı
Suçiçeği: Suçiçeği Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

İzleme ve değerlendirme sırasında; MBYS/kayıtlardan seçilen bebeklerin dosyaları incelenerek protokollere göre dönemine uygun izlem yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

16.2. Yenidoğan Tarama Programı (NTP) kapsamında topuk kanı alınıp alınmadığı sorgulanıyor/gereğinde topuk kanı alınıyor mu? (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi 2014/7)

Sağlık Bakanlığı Neonatal Tarama Programı Genelgesi kapsamında ülkemizdeki yenidoğanların;

- Fenilketonüri (FKÜ)
- Konjenital Hipotiroidi (KHT)
- Biotinidaz (BE) ve
- Kistik Fibrozis (KF) yönünden taranması gerekmektedir.

Geçici koruma altındaki yenidoğanlar için de bu tarama programı geçerlidir. Konu hakkında Suriye Uyraklı sağlık personeline eğitim

verilmeli ve aileye bilgilendirme yapılmalıdır.



Oluşacak zekâ geriliği, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz zararların engellenerek, topluma getirdiği ekonomik yükün önlenmesi, akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin artırılması, tanı konan bebeklerde bu hastalıklar nedeniyle oluşacak rahatsızlıkları önlemek amacıyla uygun tedavi başlanması ve böylece belli bir zekâ seviyesine ulaşmalarının sağlanması amaçlanmaktadır.

Yenidoğan taraması için kan örneği, ideal olarak doğumdan sonraki 3.-5'inci günler arası alınmalıdır. Tarama programı kapsamında doğan her bebekten doğumu takiben 48 saat sonra (oral beslenmenin ardından) topuk kanı örneği alınmalıdır. Ancak mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda topuk kanı örneği alınmalıdır. Eğer bu örnek bebek yeterince oral beslenmeden alınmışsa hastaya ilk hafta içinde aile hekimlerine ya da en yakın sağlık kurumuna başvurarak yeni topuk kanı örneği aldırması gerektiği söylenmelidir.

- Doğumdan sonraki 3- 5. gün arasında topuk kanı örneği alınmalıdır.
- Tarama sonucuna göre tekrar kan örneği alınması gereken bebeklerden tekrar topuk kanı örneği alınmalıdır.
- Tarama sonucuna göre ilgili kliniklere yönlendirilmesi gereken bebeklerin uygun sevk kağıdı ile sevk işlemleri gerçekleştirilmelidir.
- Aile ile temasa geçilerek bebeğin ilgili kliniğe gidip gitmediği takip edilmelidir.



- İlgili kliniğe yönlendirilen bebeğe tedavi başlanıp başlanmadığı takip edilmelidir.
- Tedavi başlanan bebeklerin tedavisi izlenmelidir.
- İlgili kliniklere yönlendirilen bebeklerin sonuçları hakkında il sağlık müdürlüğüne bilgi verilmelidir.



Yaşamın ilk 6 ayında saptanan ve daha önce kan örneği alınmamış her bebekten kan örneği alınmalı ve sisteme kaydı yapılmalıdır.

- Bu kan örneği FKÜ ve BE için tarama laboratuvarında çalışılacak ve sonuç yayınlanacaktır.
- KHT için 1 ayını geçen bebeklerde ilde T4-TSH bakılması ve sisteme girilmesi zorunludur.
- KF için bebek 3 aydan büyükse direkt ter testine yönlendirilmelidir.

16.3. Yenidoğan İşitme Tarama Programı (İTP) kapsamında tarama yapılıp yapılmadığı sorgulanıyor/ yapılmadı ise tarama ünitesine yönlendiriliyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Yenidoğan İşitme Taraması Programı Genelgesi 2014/27)

Ülkemizde her yenidoğan bebeğe uygulanmakta olan işitme tarama programı geçici koruma altındaki yenidoğanlar için de geçerlidir. Konu hakkında Suriye Uyruklu sağlık personeline eğitim verilmeli ve aileye bilgilendirme yapılmalıdır.

Tarama programı kapsamında yenidoğan bebeklerin ilk 1 ayda tarama testlerinin tekrarlarla birlikte tümünün, ilk 3 ay içinde tanı testlerinin tamamlanması ve 6. aya kadar da tanı sonrası cihazlama ve rehabilitasyonlarına başlanması gerekmektedir. Testlerden kalan bebekler zaman kaybetmeden mutlaka referans merkezlere yönlendirilmelidir.



Doan her bebeğe, doğumu takiben 72 saat içinde ilk işitme taraması testinin yapılması esastır. Ancak 72 saatten önce taburcu olma durumlarında, mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda tarama testi yapılmalı, eğer sorun varsa ilgili genelge ekinde yer alan akış şemalarına uygun olarak işlemler yürütülmelidir. Tarama Programı mevcut protokoller doğrultusunda yürütülmelidir.

16.4. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) tarama programı kapsamında tarama yapılıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı Genelgesi 2019/13)

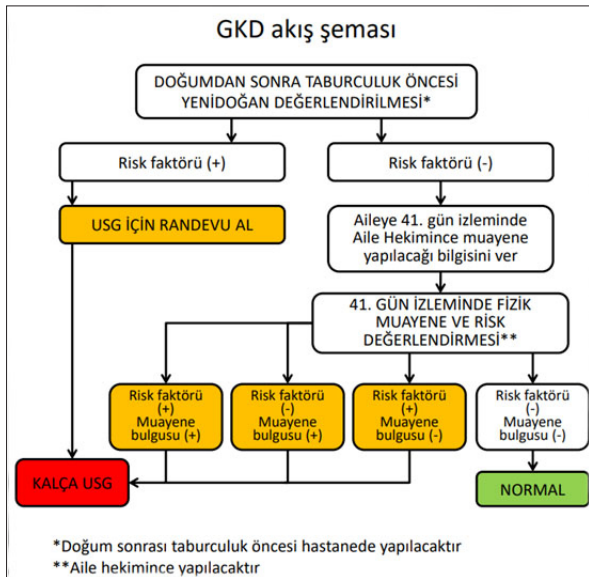
Ülkemizde her yenidoğan bebeğe uygulanmakta olan gelişimsel kalça displazisi tarama programı geçici koruma altındaki yenidoğanlar için de geçerlidir. Konu hakkında Suriye Uyruklu sağlık personeline ve aileye eğitim verilir.



Program 2019/13 sayılı GKD Genelgesi kapsamında aşağıdaki şekilde yürütülmektedir.

Hekim tarafından;

- Tüm bebeklerin, 4. izleminde (41. gün izlemi) GKD açısından fizik muayenesi yapılmalı ve risk faktörleri sorgulanmalıdır.
- Pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi biri var ise ileri tetkik ve muayene için ortopedi ve pediatri kliniğine sevk işlemi yapılmalıdır.
- Bebeğin tanı ve tedavisi ile ilgili süreçler takip edilmelidir.
- Sonuçlar bilgi sistemine kaydedilmelidir.



16.5. Ulusal Görme Tarama Programı kapsamında görme taraması yapılıyor mu?

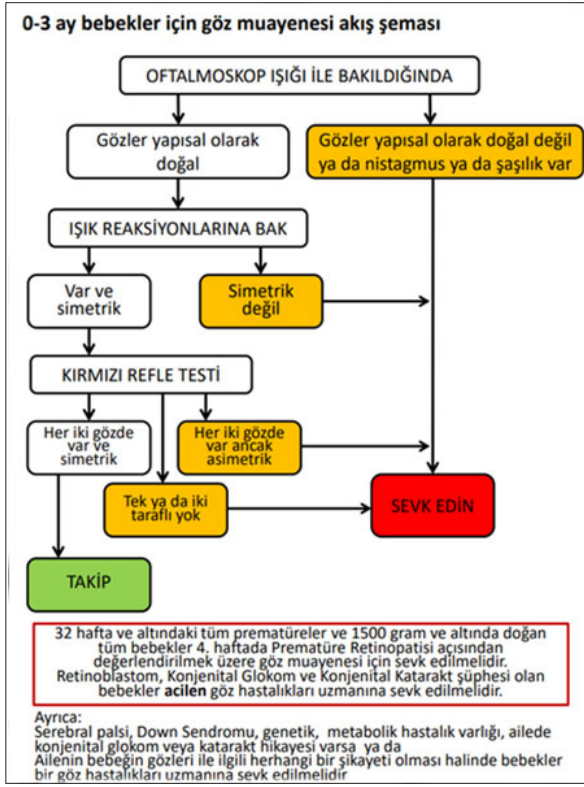
(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri, Ulusal Görme Tarama Programı Genelgesi 2019/17)

Ülkemizde uygulanmakta olan Ulusal Görme Tarama Programı geçici koruma altındaki bebek ve çocuklar için de geçerlidir. Konu hakkında Suriye Uyruklu sağlık personeline ve aileye eğitim verilir. Taramalar, Ulusal Görme Taraması Rehberi doğrultusunda yürütülür.

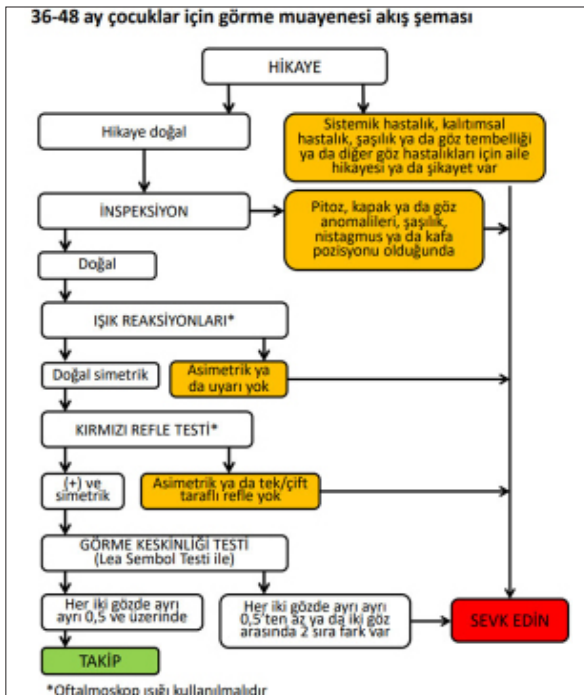
Tarama programının amacı; görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptamak ve yetersiz görmesi olan olguları erken dönemde tanımaktır. Çocuklarda yapılacak göz taramaları ile tanınabilen hastalıkların başında şaşılık, kırma kusurları (sıklıkla hipermetropik izoametropi ve anizometropi şeklindeki) veya katarakt ya da korneal skar gibi deprivasyona yol açan bazı durumlara bağlı olarak gelişebilen ambliyopi (göz tembelliği) gelmektedir. Ayrıca bebeklik döneminde Retinoblastom, Konjenital Glomom ve Konjenital Katarakt gibi doğuştan olan hastalıklar da görülebilmektedir.

0-3 aylık bebeklere "İzlem Protokolleri" kapsamında, hekim tarafından göz muayenesi ve kırmızı refle testi yapılmalıdır.





36-48 aylık çocuklara ve 6 yaş ya da 7 yaş izlemleri içerisindeki (çocuğun ilköğretim 1. sınıfa başlayacağı yıl) çocuklara hekim tarafından göz muayenesi, kırmızı refle testi yapılması ve ebe/hemşire tarafından "LEA Sembol Testi" ile ilgili ailelere eğitim verilmesi, tek göz kapatılarak, 3 metre mesafeden "LEA Sembol Testi" ile görme keskinliği testinin yapılması uygundur.



Teste uyum göstermeyen çocukların, aileleri tarafından evde LEA Sembol Testi çalıştırılarak tekrar test için 1 hafta içinde çağrılmaları gerekir. Hekim tarafından, muayene ve testler sonucunda şüpheli görülen durumlarda veya risk faktörü varlığında, illerinde bulunan Göz Hastalıkları Uzmanlarına, görme taraması sevk belgesi doldurularak sevk edilirler.

16.6. Çocuk izlemleri, protokollerine uygun yapıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri)

Çocuk İzlem Zamanı ve Aralıkları;

1. İzlem: 12. ay izlemi (365.-394. gün)
2. İzlem: 18. ay izlemi (17.-19. ay)
3. İzlem: 24. ay izlemi (23.-25. ay)
4. İzlem: 30. ay izlemi (29.-31. ay)
5. İzlem: 36. ay izlemi (35.-37. ay)
6. İzlem: 48 ay izlemi (45.-51. ay)
7. İzlem: 60. ay izlemi (57.-63. ay)



- 13-36 ay arası çocuk izlemlerinde;
- Çocuk tartılmalı,
- Baş çevresi ve boyu ölçülmeli,
- Solunumu ve kalbi değerlendirilmeli,
- İşitmesi kontrol edilmeli,
- 3 yaşındaki çocuğun kan basıncı ölçülmeli,



- Çocuğun görmesi değerlendirilmeli,
- Üreme organları muayene edilmeli,
- İdrar yolu enfeksiyonu sorgulanmalı,
- Çocuğun yürümesi gelişimsel kalça displazisi açısından değerlendirilmeli,
- Çocuk anemi yönünden değerlendirilmeli,
- Çocukluk dönemi aşı takvimine göre aşılama durumu değerlendirilmeli ve eksik aşılar tamamlanmalıdır.

4-6 yaş arası çocuk izlemlerinde;

- Çocuk tartılmalı,
- Boyu ölçülmeli,
- Solunumu ve kalbi değerlendirilmeli,
- İşitmesi kontrol edilmeli,
- Kan basıncı ölçülmeli,
- Görmesi değerlendirilmeli,
- İdrar yolu enfeksiyonu sorgulanmalı,
- 5. yaş izleminde anemi yönünden değerlendirmek için Hb ve/veya Htc ölçümü yapılmalı ve sisteme kaydedilmeli,
- Çocukluk dönemi aşı takvimine göre aşılama durumu değerlendirilmeli ve eksik aşılar tamamlanmalıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay ¹	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçegi ¹						I				
KKK									II	
Hep-A ²						I	II			
DaBT-İPA									R	
Td										R

¹ 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

² 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

³ 1 Temmuz 2016 tarihinde doğarlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır.

⁴ 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılama formlarında uygulanacaktır.

Hep-B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı
Suçiçegi: Suçiçegi Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
Td: Erşkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri “**Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)**” kullanılarak kayıt altına alınmaktadır.

İzleme ve değerlendirme sırasında; kullanılan MBYS/kayıtlardan seçilen çocukların dosyaları incelenerek protokollere göre dönemine uygun izlem yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

16.7. Annelere anne sütü, bebek beslenmesi ve bakımı konusunda eğitim veriliyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri)

Annelere gebelikleri süresince emzirme, emzik ve biberon kullanma konularında eğitim verilir. Anne sütü her bebek için en doğal besindir. İlk 6 ay tek başına başka hiçbir besin ya da içecek (su, ayran, çay, meyve suyu, hazır mama ya da inek sütü gibi) olmaksızın anne sütü verilmelidir. Bununla birlikte 6. aydan sonra anne sütünün yanı sıra tamamlayıcı besinlerin verilmeye başlanması gereklidir.

Hamamın bakımı

Çocukları temiz tutmak için banyo yapın. Bulaşık ve çamaşırın temiz olmasına dikkat edin. Çocuğun banyo yaparken güvenliğini sağlayın. Çocuğun banyo yaparken güvenliğini sağlayın. Çocuğun banyo yaparken güvenliğini sağlayın.

Emzirme

Emzirmeye başlamak için anne sütüyle beslenmelidir. Emzirmeye başlamak için anne sütüyle beslenmelidir. Emzirmeye başlamak için anne sütüyle beslenmelidir.

Emzirmenin önemi

Emzirmenin önemi, bebeğin sağlığını korumaktır. Emzirmenin önemi, bebeğin sağlığını korumaktır. Emzirmenin önemi, bebeğin sağlığını korumaktır.



Bebeğin büyüme ve gelişmesi izlenerek yeterli büyüme ve gelişmesini sağladığından ve sağlıklı olduğundan emin olduktan sonra, hangi besinin, ne miktarda ve ne sıklıkta verileceği belirlenmelidir.

Doğru beslenme yöntemleri, besin değeri yüksek gıdaların kullanımı, oyun ve uyarının sağlanması için aile desteklenmeli ve uygun aralıklarla izlenmelidir. Bir kez beslenme bozukluğundan geçen bir çocuğun tekrar malnutrisyona girebileceği unutulmamalıdır.

16.8. Bebeklere/çocuklara D Vitamini desteği uygulanıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı)

Ülkemizde her bebeğe uygulanmakta olan D vitamini desteği geçici koruma altındaki bebekler için de geçerlidir. Konu hakkında Suriye Uyruklu sağlık personeline ve aileye eğitim verilir.

Hayatın ilk haftasından itibaren beslenme tarzı ne olursa olsun (Formüla veya anne sütü fark etmez) tüm bebeklere en az bir yaşına kadar, tercihen 3 yaşına kadar 400 ünite/gün D vitamini (günde 3 damla D vitamini) yıl boyunca sürekli verilmelidir.

16.9. Bebeklere/çocuklara demir desteği uygulanıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8, Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, Demir Gibi Türkiye Programı)

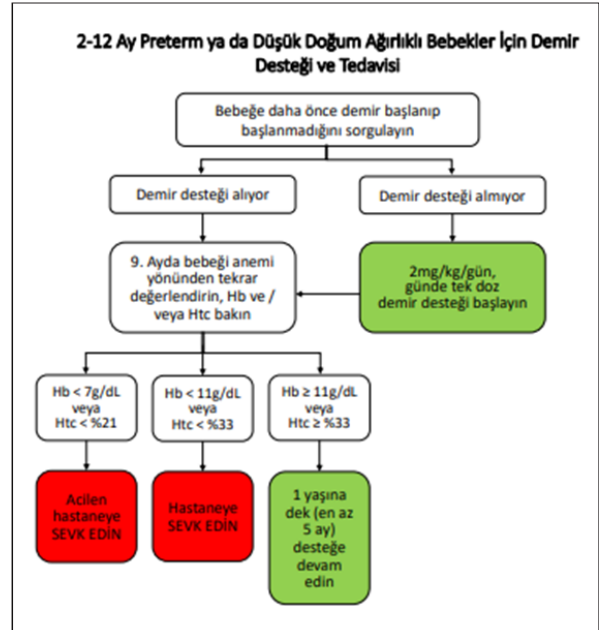
Ülkemizde her bebeğe uygulanmakta olan demir desteği geçici koruma altındaki bebekler için de geçerlidir. Konu hakkında Suriye Uyruklu sağlık personeline ve aileye eğitim verilir.

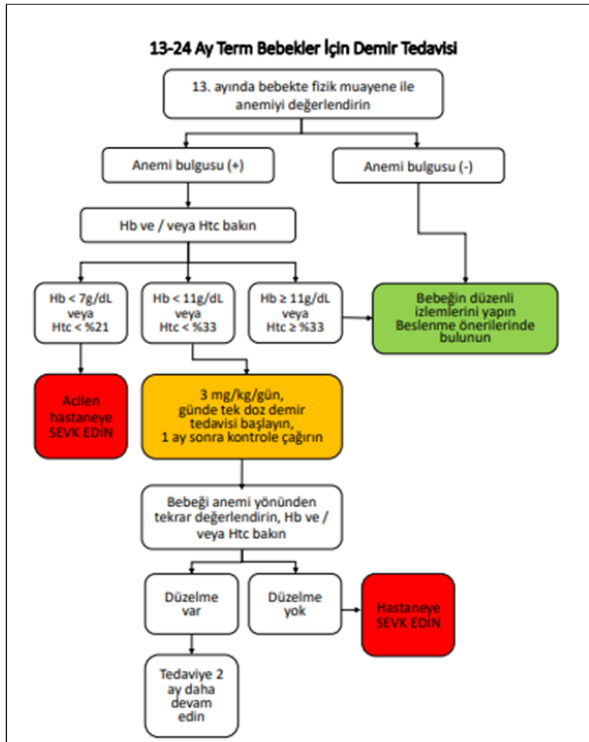
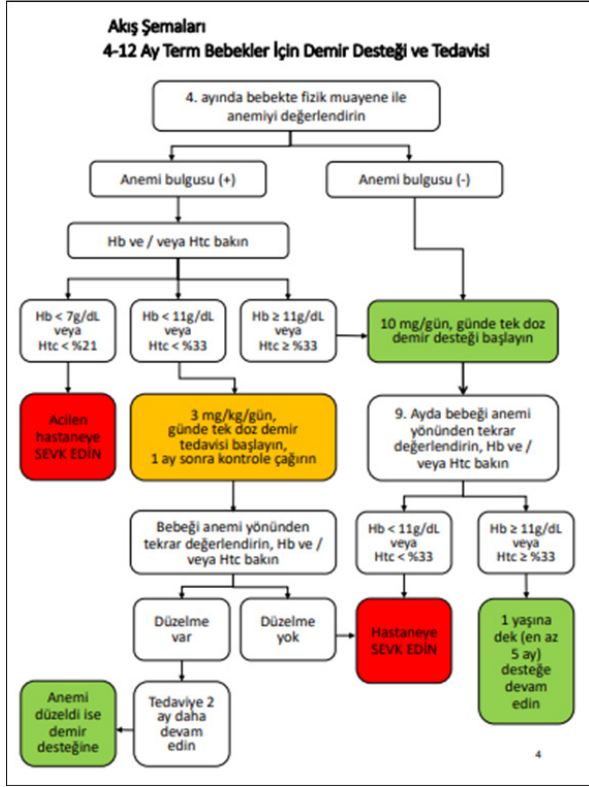
Terminde doğan bebeklere 4. ayda, prematüre doğan bebeklere ise 2. ayda profilaktik demir desteği başlanmalıdır. Ailelere demir eksikliği,, D vitamini eksikliği ve olumsuz sonuçları

hakkında bilgi verilmelidir.

Demir eksikliği anemisi olan bebeklere rehber doğrultusunda tedavi dozu verilmelidir.

Demir eksikliği açısından bebekler 9. ay izleminde, çocuklar ise 16. izleminde (5 yaş) hemoglobin ve hematokrit değerleri bakılarak değerlendirilmelidir.







17. KANSER TARAMALARI

17.1. Meme kanseri taraması için yönlendirme yapılıyor mu?

(Meme Kanseri Tarama Programı
Ulusal Tarama Standartları)

Meme kanserini erken evrede yakalayabilmek için, topluma yönelik tarama programı uygulanmaktadır. Ulusal Programda meme kanseri taraması, 40 yaşında taramaya başlanması ve 69 yaşına kadar (40 ve 69 yaşlar dahil edilecektir) her iki yılda bir tarama yapılması şeklindedir. Meme kanseri taraması için Mamografi çekimi her iki yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taraması yapılan bireyler kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır.

Göçmen sağlığı merkezine başvuran tarama yaş aralığındaki kadınlara ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlık verilmeli, meme kanseri ve mamografi çekimi konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalı, danışmanlık ve muayene yapılan kişiler kayıt edilmeli ve taramayı kabul eden kişiler belirlenen merkezlere gönderilmelidir.



Mamografi Tarama Süreci Algoritma



Meme Kanseri

20 yaş üzeri :

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi
- 2 yılda bir sağlık kuruluşunda meme muayenesi

40 - 69 yaş :

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi
- Yılda bir sağlık kuruluşunda meme muayenesi
- 2 yılda bir Mamografi



17.2. Serviks kanseri taraması kapsamında HPV testi için numune alınıyor mu?

(Serviks Kanseri Tarama Programı
Ulusal Tarama Standartları)

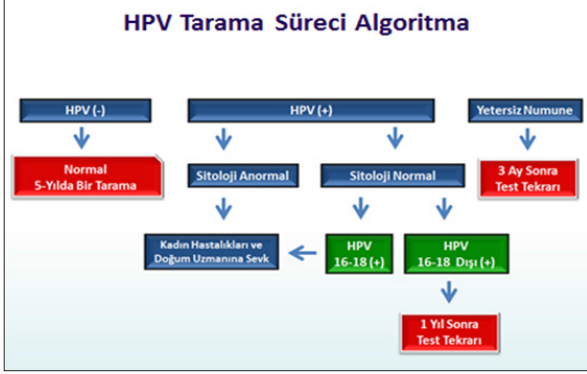
Serviks Kanseri Taraması kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten (30 ve 65 yaşlar dahil edilecektir) toplum tabanlı taramadır. Beş yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap-smear testi ile tarama yapılmaktadır.

HPV veya Pap-smear testi için numune almak amacıyla kit temini yapılmalıdır. Kitler uygun koşullarda muhafaza edilmeli ve miat kontrolleri yapılmalıdır. Jinekolojik muayene masası bulunan ayrı bir oda düzenlenmeli ve hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.

Göçmen sağlığı merkezine başvuran tarama yaş aralığında olan kadınlara sağlık personeli



tarafından serviks kanseri hakkında bire bir eğitim verilir ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır. Bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından uygulama yapılır.



Alınan numuneler il sağlık müdürlüklerince toplanıncaya kadar oda ısısında güneş görmeyen kapalı bir dolapta muhafaza edilip belirlenen merkezlere inceleme için uygun tespit koşullarında gönderilir ve gerekli takipler yapılır.

17.3. Kolorektal kanser taraması için Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT) yapılıyor mu?

(Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Tarama Standartları)

Kolorektal kanseri erken evrede teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir bir hastalıktır. Tarama programında gaitada gizli kan testi yapılmaktadır.

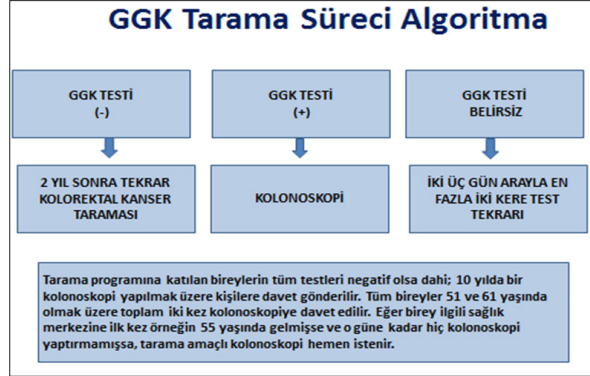
50-70 yaş arası (50 ve 70 yaş dahil edilecek) tüm erkek ve kadınlara iki yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi uygulanması önerilmektedir. Göçmen sağlığı merkezine başvuran tarama yaş aralığındaki bireylere gaitada gizli kan (GGK) testi uygulanır.

GGK Testi için numune almak amacıyla kit temini yapılmalıdır. Kitler uygun koşullarda muhafaza edilmeli ve miat kontrolleri yapılmalıdır.

Test sonuçları (+) pozitif olan hastalar teşhis merkezine yönlendirilmelidir.

Başvuran kişilere; uygulanacak olan prosedürle ilgili olarak yapılacak bilgilendirme sonrasında tüm prosedürler (mamografi, HPV-DNA/ smear ve GGK testi) için ayrı olacak şekilde HSGM

Kanser Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan onam formu imzalatılmalıdır.





18. EĞİTİM HİZMETLERİ

18.1. Uygun oturma düzeni sağlanmış bir eğitim salonu var mı?

Eğitimin yapılabilmesi için birimde yeterli havalandırma ve aydınlatmaya sahip, oturma düzeni yapılacak eğitim için uygun eğitim salonu olmalıdır.



18.2. Eğitim için gerekli malzemeler mevcut mu?

Birimde yapılacak halk eğitimi ya da hizmet içi eğitimlerde kullanılmak üzere gerekli malzemeler (dizüstü bilgisayar, projeksiyon cihazı, maket vb.) mevcut olmalı, yapılacak eğitimin hedef grubuna yönelik uygun eğitim materyali (el broşürü, afiş, sunum vb.) bulunmalıdır.



18.3. Hizmet içi eğitimler yapıyor mu?

Çalışan personele yönelik uyum ve geliştirme eğitimleri yapılmalıdır. Eğitimlerle ilgili kayıtlar kontrol edilmelidir.

18.4. Sağlıkla ilgili önemli gün ve haftalarda halka yönelik eğitimler yapıyor mu?

Dünya Tüberküloz Günü, Kansere Haftası, Kalp Sağlığı Haftası, Dünya Hipertansiyon Günü vb. sağlıkla ilgili önemli gün ve haftalarda halkı bilinçlendirmek amacıyla eğitimler düzenlenmelidir. Eğitimlerle ilgili kayıtlar kontrol edilmelidir.







19. SAĞLIKLI BESLENME, OBEZİTE, DİYABET VE FİZİKSEL AKTİVİTE DANIŞMANLIĞI

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR SAĞLIKLI BESLENME, OBEZİTE, DİYABET VE FİZİKSEL AKTİVİTE DANIŞMANLIĞI BİRİMİ OLAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

19.1. Malnütrisyon ve obezitenin önlenmesinde, sağlıklı beslenme ve hareketli hayatın teşvik edilmesi kapsamında danışmanlık hizmeti veriliyor mu?

(Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Ulusal Standartları)

Bu programda malnütrisyon ve obezite ile mücadelede yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına yönelik önlemlerin yanı sıra toplumda düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi de yer almaktadır. Bu kapsamda göçmen sağlığı merkezine başvuran bireylerin hekime yönlendirilmeden önce sağlık personeli tarafından boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçümleri yapıp sisteme kaydedilir.

- Vücut ağırlığının kg cinsinden değerinin, boy uzunluğunun metre cinsinden değerinin karesine bölünerek Beden Kütle İndeksi hesaplanmalıdır.
- Bel çevresi ölçülmelidir.
- Beslenme alışkanlıkları; sorgulanmalı ve cevaplar işaretlenmeli, boşluklar doldurulmalıdır.
- Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunulmalıdır.
- Fiziksel aktivite; durumu sorgulanmalı ve verilen cevaplar orta şiddetli ve şiddetli fiziksel aktiviteyi içermiyorsa yetersiz fiziksel aktivite olarak değerlendirilmeli ve cevaplar işaretlenmelidir.
- İzlem; elde edilen veriler sisteme kaydedildikten sonra hasta takibe alınır.
- “Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi” bireye verilerek hekime yönlendirilir.

- Hekim, “Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi” ile birlikte gelen bireyi muayene bulgularıyla değerlendirir, hastanın bilgilerini sisteme kaydeder.
- Değerlendirme sonucunda hekim malnütrisyon tanısı olanları değerlendirir, tanı ve takibine karar verir, obezite tanısı olanlar ise “Fiziksel Aktivite Açısından Kardiyovasküler Risk Değerlendirme Kriterleri” ve “Obezite Değerlendirme Kriterleri” broşürüne göre sevk kriteri olmayan bireylere Örnek Yürüyüş Programını vererek bireyleri izleme alır. Hekim göçmen sağlığı merkezlerinde bulunan Sağlıklı Beslenme ve Obezite Danışma- Obezite ve Diyabet/Beslenme Danışmanlığı Birimlerinde görevli diyetisyen ile işbirliği içinde sağlıklı beslenme ve ağırlık yönetimi takibi yapabilir.





19.2. Diyabet tanısı alan kişilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında; diyabetli kişilere öz bakım konusunda bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?

(Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Ulusal Standartları)

Bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde diyabet, her yaş grubu için tehdit oluşturan bir klinik tablo olarak öne çıkmaktadır. Daha yaygın ve sıklıkla erişkin yaşlarda görülen tip 2 diyabetin adeta salgın tarzında artmasının yanında birçok toplumda tip 1 diyabet sıklığının da arttığı ve bu artışın okul öncesi çağlarda daha belirgin olduğu bildirilmektedir. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamının diyabet müdahalelerini içerecek şekilde genişletilmesi, tüm sağlık sistemini güçlendirme girişimlerindeki en önemli hususlardan biridir. Göçmen sağlığı merkezlerinde bulunan Sağlıklı Beslenme ve Obezite Danışma, Obezite ve Diyabet/Beslenme Danışmanlığı Birimlerinde görevli diyetisyen ile işbirliği içinde diyabetli hasta takibi yapılabilir.



19.3. Obezite, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, diyabete ilişkin ve erken teşhisine yönelik danışmanlık ve düzenli hizmet içi eğitim veriliyor mu?

(Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı ve Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı Ulusal Standartları)

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlık otoriteleri toplumun her kesimine ulaşmalı, etkin ve yaygın eğitim çalışmalarının hızla yaşama geçirilmesi konusunda bilinçli ve istekli bir çaba içinde olmalıdır.

19.4. Fiziksel aktiviteye ihtiyacı olan bireylere yönelik fiziksel aktivite programı yürütülüyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programları planlanarak uygulanır. Kilo fazlası olan bireylerin fiziksel hareket danışmanlığı yapılır.

Egzersiz ve fiziksel aktivite alışkanlığının erken dönemde kazandırılması ve davranış değişikliği oluşturulması için çocukluktan yaşlılığa kadar tüm yaş dönemlerinde fiziksel aktivitenin önemi konusunda eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları yapılır.

Büyüme çağı çocukları başta olmak üzere tüm yaş gruplarına sağlıklı ilgili fiziksel uygunluk kapasitesinin artırılmasına yönelik egzersizler öğretilir.

Engelli bireylerin egzersizlerle yaşam kalitesini artırması hedeflenir.

19.5. Tedavi programı belirlenerek yönlendirilen hastalara fizyoterapi programı uygulanıyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Fizyoterapist, uzman tabip ve tabiplerin ilgili teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı



olarak hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapar.

Koruyucu ve destekleyici iyileştirme, cihaz ve teknolojilerinin kullanımına yönelik hasta ve ailesine gerekli eğitimler verilir.



19.6. Başvuranlarla ilgili kayıtlar düzenli tutuluyor mu?

(THSK'nin 03/09/2015 tarihli ve 906 sayılı yazısı)

Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri "**Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)**" kullanılarak kayıt altına alınmaktadır.

Diyetisyen ve fizyoterapist kendisine başvuran kişilerin kişisel sağlık dosyalarını (hasta kayıtları, öneriler vb.) tutmak ve MBYS'ye veri girişi yapmakla yükümlüdür.

İzleme ve değerlendirme sırasında; MBYS/ kayıtlardan hasta dosyaları incelenerek değerlendirilmelidir.





20. PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ SUNULAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

20.1. Psikososyal destek hizmetleri sunuluyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

GSM'lerde görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimciler tarafından birinci basamaktaki psikososyal destek uygulamaları gerçekleştirilir.

Geçici koruma altına alınanlar arasında madde bağımlılığı veya psikolojik sorunları olduğu tespit edilenler hakkında, sağlık kurumuna nakli de içerebilecek şekilde gerekli tedbirler alınır.



20.2. Hasta kayıtları düzenli tutuluyor mu?

(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri "Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS)" kullanılarak kayıt altına alınmaktadır. Psikososyal destek

hizmetleri ile ilgili kayıt ve formlar da düzenli olarak tutulmalıdır

20.3. Hasta kayıtlarının mevzuat çerçevesinde gizliliği sağlanmış mı?

(Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Md. 6, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik Md. 6)

Kişisel sağlık verilerinin, Kanunun 6 ncı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan istisnai amaç ve koşullar kapsamında işlenebilmesi için ilgili kişinin açık rızası aranmaz.

Bunların dışında kalan amaçlar kapsamında kişisel sağlık verilerinin işlenebilmesi için ilgili kişinin, Kanunun 10 uncu maddesinde öngörülen aydınlatma yükümlülüğü uyarınca bilgilendirilmesi ve açık rızasının alınması gerekir.

İzleme ve değerlendirme sırasında; kullanılan sağlık bilgi sistemi/kayıtlardan hasta dosyaları incelenerek değerlendirme yapılmalıdır.



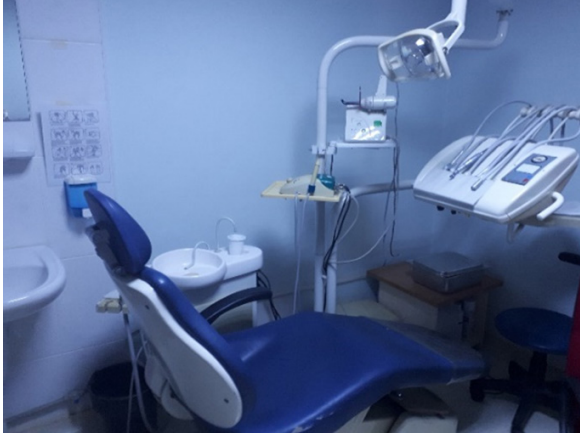


21. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ SUNULAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

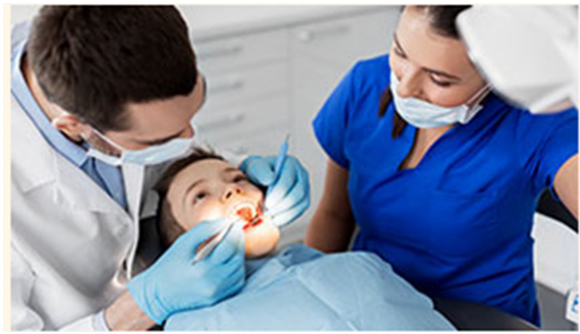
21.1. Diş üniti mevcut ve faal mi?
(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Klinik uygulama gerektiren hallerde diş üniti varsa uygulama yapılır, yoksa ADSM'ye yönlendirilir.



21.2. Poliklinikte ağız ve diş muayenesi yapılıyor mu?
(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Klinik uygulama gerektirmeyen koruyucu hekimlik uygulamaları yapılır.



21.3. Koruyucu ve tedavi edici uygulamalar yapılıyor mu?
(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Klinik uygulama gerektirmeyen koruyucu hekimlik uygulamaları yapılır.

Klinik uygulama gerektiren hallerde diş üniti varsa uygulama yapılır, yoksa ADSM'ye yönlendirilir.

21.4. Dental radyoloji ve görüntüleme sistemleri mevcut ve faal mi?
(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Dental radyoloji ve görüntüleme sistemleri mevcut ve faal olmalıdır.

21.5. Ağız ve diş sağlığı eğitimi veriliyor mu?
(Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Md. 8)

Göçmen sağlığı merkezine başvuran kişilere ağız ve diş sağlığı eğitimi verilir. Doğumdan itibaren diş hekimi-aile işbirliğini sağlayarak çocuklara henüz dişleri çürümeden (hatta dişler sürmeden ve ek gıda başlamadan önce) ulaşmak, beslenme alışkanlıkları ile temel alışkanlıkların kazanıldığı bu erken dönemde sağlıklı alışkanlıklar kazanılmasına rehberlik etmek, sık yapılan yanlışların önüne geçmek ve çocukları diş çürüksüz büyütme için çalışmalar yapılmalıdır.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri; toplumda ağız ve diş sağlığı bilincinin geliştirilerek herkesin kendi sağlığını koruma noktasına gelmesini, koruyucu diş hekimliği



uygulamalarının bir yaşam tarzı olarak kabul görmesinin sağlanmasını, ülke bazında var olan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi suretiyle diş çürüğü ve diş tedavisi oranının en aza indirilmesinin sağlanmasını amaçlar.



22. İÇ HASTALIKLARI UZMANI

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR İÇ HASTALIKLARI UZMANI BULUNAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

22.1. İç hastalıkları uzmanı hasta sıra sistemine dahil mi?

Elektronik sıra takip sisteminde ayrı bir buton konulmuş olmalıdır.

22.2. Hastalar göçmen sağlığı birimlerinden sevkli geliyor mu?

Hastalar uzman hekimlere mutlaka pratisyen hekimlerce sevk edilmelidir.

22.3. Kronik hastalıkların takibi yapılıyor mu?

Kronik hastaların kontrol randevusu, ilaç raporu, ilaç doz ayarlaması, laboratuvar takibi vb. yapılmalıdır.







23. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANI

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANI BULUNAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

23.1. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı hasta sıra sistemine dahil mi?

Elektronik sıra takip sisteminde ayrı bir buton konulmuş olmalıdır.

23.2. Muayene odası uygun şekilde düzenlenmiş mi?

Çocuklara yönelik görseller, muayene masası, renk seçimleri vb. uygun olmalıdır.



23.3. Hastalar göçmen sağlığı birimlerinden sevkli geliyor mu?

Hastalar uzman hekimlere mutlaka pratisyen hekimlerce sevk edilmelidir.

23.4. Çocukluk çağı hastalıklarının takibi yapılıyor mu?

Kontrol randevusu, ilaç raporu, ilaç doz ayarlaması, laboratuvar takibi vb. yapılmalıdır.





24. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI BULUNAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

24.1. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hasta sıra sistemine dahil mi?

Elektronik sıra takip sisteminde ayrı bir buton konulmuş olmalıdır.

24.2. Hastalar göçmen sağlığı birimlerinden sevki geliyor mu?

Hastalar uzman hekimlere mutlaka pratisyen hekimlerce sevk edilmelidir.

24.3. Riskli gebelerin takibi yapılıyor mu?

(Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi)

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde bulunan "Gebelikte Risk Değerlendirme Formu"na göre risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile "evet" cevabı verilmiş ise, mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

Uzman hekimin değerlendirmesi ve önerisi doğrultusunda izlemler, birinci, ikinci veya üçüncü basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.

24.4. Jinekolojik muayene masası mevcut ve faal mi?

Jinekolojik muayene masası mevcut ve faal olmalıdır.



24.5. USG cihazı ve problemleri mevcut ve faal mi?

USG cihazı ve problemleri mevcut ve faal olmalıdır.

24.6. Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?

(Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 15.07.2016 tarihli ve 3104 sayılı (2016/10) Genelgesi)

"Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi" sağlık hizmet sunumunun temel esaslarından birisi olup, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Mahremiyete Saygı Gösterilmesi başlıklı 21 inci maddesinde "Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır." ve "Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir." denilmek suretiyle, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekliliği ortaya konulmuştur.



- Polikliniklerde hasta mahremiyetine önem verilmelidir.
- Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
- Polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenir.



25. GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ SUNULAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

25.1. Faal röntgen cihazı mevcut mu?

(Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 5)

Merkezlere kullanılmak üzere tedarik edilmiş ve dağıtımı yapılmış bulunan ekipman ve malzemenin yerinde bulunup bulunmadığının tespiti yapılmalıdır. Bu kapsamda, ekipman ve malzemeye ilişkin demirbaş kayıtları kontrol edilmeli, kayıtların tam ve eksiksiz olması sağlanmalıdır.

İdare, tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının teslim alınması, bulundurulması, çalıştırılması, kullanılması ve radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların bertaraf edilmesine ilişkin idari ve teknik düzenlemeleri ilgili mevzuat doğrultusunda yerine getirmekle yükümlüdür.



25.2. Röntgen cihazının TAEK Lisansı mevcut mu?

(Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Md. 50)

Kullanılan röntgen cihazlarının Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) tarafından verilen lisansı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Lisans

tarihinin süresi lisans belgesi üzerinden kontrol edilmelidir.



25.3. Röntgen teknisyenleri koruyucu giysi ve teçhizat kullanıyor mu?

(Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 8, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Md. 22)

İdare, personelin sağlığını korumak, doz aşımına maruz kalmasını önlemek ve iş güvenliğini sağlamak için işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizatı eksiksiz bulundurmak ve ilgili Yönetmelik hükümlerini yerine getirmekle; personel de gerekli korunma tedbirlerine uymakla yükümlüdür.

Yapılan işin niteliğine uygun koruyucu giysi



ve teçhizat kullanılmalı, buna ek olarak denetimli alanlar içinde koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini gösteren uyarı işaretleri bulunmalıdır.

Koruyucu giysinin cinsi ve giysinin kurşun kalınlığı yapılan radyoloji uygulamasına uygun şekilde seçilmelidir. Röntgen cihazları ile çalışılıyor ise kullanılan koruyucu giysi kalınlığı en az 0,25 mm, girişimsel radyoloji çalışmalarında ise en az 0,5 mm kurşun kalınlığında olmalıdır. Girişimsel radyoloji uygulamalarında, tiroidin ayrıca korunması gerekir. Kurşun önlükler kullanılan enerjiye bağlı olarak radyasyonu ortalama %90-95 oranında durdurmaktadır.

25.4. Koruyucu giysi ve teçhizat uygun şartlarda muhafaza ediliyor mu? (Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği)

Röntgen odasında bulunması gereken kurşun yelekler katlanılmadan, taşıma kapasitesi yeterli askılarda asılarak kullanıma hazır halde tutulmalıdır.



25.5. Koruyucu giysi ve teçhizatın sızdırmazlık testleri düzenli olarak yapılıyor mu?

(Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Md. 73, Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 8)

Kurşun yelek ve benzeri koruyucu malzemelerin sızdırmazlık testlerinin yapılıyor olması gerekir.

25.6. Röntgen teknisyenleri kişisel dozimetre kullanıyor mu?

(Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Md. 21, Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 8)

Fiilen çalışan röntgen teknisyeninin dozimetresinin olup olmadığı ve üzerinde taşıyıp taşımadığı ve dozimetrenin son değişim tarihi kontrol edilmelidir.



25.7. Kişisel dozimetrelerin ölçümleri düzenli olarak yaptırılıyor mu?

(Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 8)

Kullanılan dozimetrelerin düzenli aralıklarla TAEK ya da TAEK tarafından yetkilendirilmiş firmalara gönderilerek ölçümlerinin yaptırılması



yaptırılmadığı sorgulanmalıdır. Gönderildiğine dair yazışmalar kontrol edilmelidir.

25.8. Radyasyon güvenliğine yönelik uyarı levha ve işaretleri mevcut mu?

(Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Md. 15-Ek 3)

Hizmet alan hastaların kolayca göreceği uygun bir yere radyasyon güvenliği ile ilgili Türkçe ve Arapça bilgilendirme levhaları asılmış olmalıdır.



25.9. Çalışanların sağlık taramaları düzenli olarak yapılıyor mu?

(Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 8)

Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri yönetmelik ekindeki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır.

Birimde çalışan personelin en az yılda bir defa sağlık taraması yapılması gerekmektedir. Sağlık taraması kayıtları kontrol edilmelidir.





26. LABORATUVAR HİZMETLERİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR LABORATUVAR HİZMETLERİ SUNULAN GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

26.1. Laboratuvar hizmeti sunulan alanların fiziki şartları yeterli mi?
(Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği Md. 13)

Tıbbi laboratuvarlar, sınıflarına uygun fiziki şartları yerine getirecek şekilde yapılandırılır:

Basit hizmet laboratuvarında, teknik alan en az 10 metrekare büyüklüğünde olmalıdır. Tıbbi laboratuvar destek ve ofis alanları toplamı 10 metrekareden küçük olamaz.

Tıbbi laboratuvar, hizmetin sürekliliğini sağlamak üzere gerekli enerji, güç kaynağı, su, iletişim, bilişim gibi ortam destek sistemlerini içerecek şekilde yapılandırılır.

Tıbbi laboratuvar teknik alanlarının kapıları, acil durumda çıkışa engel olmayacak şekilde otomatik kayar kapı veya dışarı doğru açılabilen kapılar olmalıdır. Tıbbi laboratuvara yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılır.

Tıbbi laboratuvarda yeterli aydınlatma sağlanır ve çalışan sağlığını olumsuz etkileyen gürültü düzeyini aşmayacak önlemler alınır.



26.2. Numune kabul ve test sonuçları ile ilgili kayıtlar tutuluyor mu?
(Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği Md. 12)

Tıbbi laboratuvarda tutulan kayıt defterleri, elektronik ortamda da tutulabilir. Hastaların sağlık bilgilerine ait gerekli kayıtların elektronik ortamda saklanması, değiştirilmesinin ve silinmesinin önlenmesi ve gizliliğin ihlal edilmemesi için fiziki, manyetik veya elektronik müdahalelere ve olası suistimallere karşı gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınması halinde, yazılı kayıt şartı aranmaz. Bu konudaki gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınmasından ve periyodik olarak denetlenmesinden mesul müdür sorumludur. Elektronik ortamdaki veriler, güvenli yedekleme sistemiyle düzenli olarak yedeklenir. Elektronik ortamdaki kayıtların, denetim veya başkaca resmî amaçla istendiğinde, bilgisayar ekranında izlenen verilerle daha önceki çıktılarının tutarlılık göstermesi zorunludur. 15/1/2004 tarihli ve 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre elektronik imza ile imzalanmış tıbbi kayıtlar, Resmi kayıt olarak kabul edilir ve ilgili mevzuata göre yedekleme ve arşivlemesi yapılır.

26.3. Tıbbi cihazların envanteri güncel olarak tutuluyor mu?
(Taşınır Mal Yönetmeliği Md. 5,6)

Kamu idarelerine ait taşınırların muhafazası ile görevli olan veya kendilerine kullanılmak üzere taşınır teslim edilen kamu görevlileri bu taşınırları en iyi şekilde muhafaza etmek, gerekli bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırmak, veriliş amacına uygun bir şekilde kullanmak ve görevin sona ermesi veya görevden ayrılma halinde iade etmek zorundadırlar. Bu hüküm gereği taşınır mal kaydı tutulmak zorundadır.





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

FORMU

Göçmen Sağlığı Merkezi Adı

ÇKYS Kodu

Tarih



GENEL BİLGİLER

TARİH	
İL/İLÇE	
ÇKYS KODU	
GSM ADI	
ADRES	
TELEFON	
E-POSTA ADRESİ	
BİNA MÜLKİYETİ	
AKTİF BİRİM SAYISI	
GSM SORUMLUSU	

PERSONEL SAYILARI

İç Hastalıkları Uzmanı		Hemşire	
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı		Ebe	
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı		Laboratuvar Teknisyeni	
Pratisyen Tabip		Röntgen Teknisyeni	
Diş Tabibi		Hasta Yönlendirme Personeli	
Psikolog		Tıbbi Sekreter	
Sosyal Çalışmacı		Evde Sağlık Bakım Elemanı	
Diyetisyen		Hizmetli	
Çocuk Gelişimci		Güvenlik Görevlisi	
Fizyoterapist		Şoför	
Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sorumlusu		Diğer Personel (Unvan belirtilmelidir)	





1.	BİNA DIŞI VE ÇEVRESİ	Evet	Hayır
1.1.	Bina dışı yönlendirme tabelası var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.	Bina müstakil mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.	Mevzuata uygun dış tabela var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.	Çevre düzenlemesi yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.	Binanın dış cephesi ve boyası, tam, temiz ve bakımlı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.	Binanın iç ve dış giydirmesi uygun mesajlar içeriyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7.	Bina girişinde kuruluşun çalışma gün ve saatlerini bildirir tabela var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8.	Türk Bayrağı ve Sağlık Bakanlığı flaması mevzuata uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9.	Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM) girişinde T.C. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği (AB)'nin desteğini gösteren "pirinç levha" var mı? (SIHHAT Projesi kapsamında faaliyet gösteren GSM'lerde sorgulanacaktır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10.	Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11.	Bina girişinde dumansız hava sahasını belirten alan var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	ENGELLİ VE YAŞLILARA YÖNELİK DÜZENLEMELER	Evet	Hayır
2.1.	Bahçe içi düzenlemeleri uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.	Otopark alanları engelli mevzuatına uygun şekilde düzenlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.	Bina girişlerinde engelli düzenlemeleri yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4.	Rampalar standartlara uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.	Merdiven ve basamakları standartlara uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.	Merdiven-rampa korkuluk ve küpeştelere standartlara uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7.	Engelli polikliniği standartlara uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8.	Bina içi yatay dolaşım standartlara uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9.	Bina içi dikey dolaşım standartlara uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10.	Yönlendirme tabelaları ve işaretler standartlara uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11.	Acil durumlar için engellilere yönelik gerekli tedbirler alınmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12.	Standartlara uygun engelli tuvaleti mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	PERSONEL VE YÖNETİM DEĞERLENDİRMESİ	Evet	Hayır
3.1.	Personel görevine uygun önlük veya forma giyiyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.	Personel yaka kartı takıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.	GSM Sorumlusu belirlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3.	PERSONEL VE YÖNETİM DEĞERLENDİRMESİ	Evet	Hayır
3.4.	GSM Sorumlusu tarafından çalışanların mesaiye riayetleri kontrol ediliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5.	Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sorumlusu var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6.	Mobil sağlık hizmeti sunuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.	Yönetim Karar Defteri mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8.	Yönetim Karar Defterine yönetim süreçleri ile ilgili işlemler kaydedilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ	Evet	Hayır
4.1.	İşyerinin tehlike sınıfı belirlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.	Tehlike sınıfına uygun saatler kadar işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve (gerekli ise) diğer sağlık personeli görevlendirilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.	İşyerinin tehlike sınıfına uygun aralıklarda risk değerlendirmesi yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.	Acil durum planı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.	Yangınla mücadele tatbikatı yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6.	Tehlike sınıfına uygun sayıda ilkyardımcı belirlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7.	Tahliye planları var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8.	İş kazası ve meslek hastalıklarının kayıt ve bildirim yapıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9.	Çalışanların işe giriş muayeneleri yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10.	Çalışanların uygun aralıklarda periyodik sağlık muayeneleri yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11.	Çalışanlar işin niteliğine uygun kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12.	Çalışanların sağlık gözetimi kapsamında bağışıklama programlarına uyuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13.	Çalışanların sağlık kayıtları tutuluyor ve saklanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14.	Çalışanlara tehlike sınıfına uygun aralıklarda Temel İSG Eğitimi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15.	İSG Kurulu toplanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	BEKLEME ALANI	Evet	Hayır
5.1.	Göçmen Sağlık Merkezi girişinde danışma ve yönlendirme bölümü var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.	Danışma bölümünde arka planda ya da girişte kolaylıkla görülebilecek bir noktada ve GSM içindeki muhtelif noktalarda SIHHAT Projesi Kırangıcı var mı? (SIHHAT Projesi kapsamında faaliyet gösteren GSM'lerde sorgulanacaktır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5.	BEKLEME ALANI	Evet	Hayır
5.3.	Uygun büyüklükte bekleme alanı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.	Bekleme alanlarında yeterli sayıda bekleme koltuğu var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.	Hasta bilgilendirme ekranlarında tanıtıcı sunum/video vb. gösterimi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.	Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7.	Genel olarak GSM'nin bakım ve temizliği uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8.	Sıcaklık 18-27 °C arasında mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9.	Havalandırma şartları uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.	Aydınlatma şartları uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.	Gerekli yönlendirme ve uyarı işaretleri uygun bir biçimde konumlandırılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.	Muayene sırası alabilmek için uygun elektronik sıra takip sistemi bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13.	Bakanlıkça gönderilen afişler görünür şekilde panoya asılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14.	Oda tabelaları mevzuata uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15.	Yeterli sayıda evsel atık kutusu mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.16.	Dilek ve öneri kutusu ile malzemeler (kağıt, kalem) mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.17.	Yeterli sayıda el antiseptiği mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.18.	Hizmet sunumunda öncelikli gruplara yönelik uyarıcı yazılar mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.19.	Tekerlekli sandalye mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.20.	Bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülendiği kamera sistemi mevzuata uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	YANGINA YÖNELİK ÖNLEMLER	Evet	Hayır
6.1.	Acil durum yönlendirme işaretleri mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.	Kaçış güvenliği esaslarına uyuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3.	Yeterli sayıda ve tipte taşınabilir söndürme cihazı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4.	Taşınabilir söndürme cihazlarının konumlandırılması uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.	Taşınabilir söndürme cihazlarının periyodik kontrolü ve bakımı yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6.	Acil durum ekipleri oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7.	Acil durum ekipleri eğitim almış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



7.	TIBBİ ATIKLARIN TOPLANMASI VE BERTARAF EDİLMESİ	Evet	Hayır
7.1.	Tıbbi atıklar mevzuata uygun toplanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2.	Tıbbi atıklar mevzuata uygun depolanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3.	Mevzuata uygun tıbbi atık konteyneri mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4.	Tıbbi atık konteynerinin konumlandırılması uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5.	Tıbbi atık konteyneri kapalı ve kilitli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6.	Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7.	Tıbbi atık yönetim planı hazırlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8.	Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personele eğitim verilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9.	Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgiler düzenli olarak kayıt altına alınıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.	ARŞİV HİZMETLERİ	Evet	Hayır
8.1.	Standart dosya planı uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2.	Yangın, hırsızlık, rutubet, sıcaklık, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahribatına karşı gerekli tedbirler alınmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3.	Elektronik ortamda teşekkül eden ve/veya depolanan belgeler için gerekli güvenlik önlemleri alınmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.	TUVALETLER	Evet	Hayır
9.1.	Hastaların kullanabileceği tuvalet var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2.	Havalandırma şartları uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3.	Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.	Gerekli hijyen şartları sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5.	Temizlik çizelgesi mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6.	Temizlik düzeyi yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7.	Acil çağrı butonu mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.	DEMİRBAŞ MALZEME DURUMU (SIHHAT Projesi kapsamında faaliyet gösteren GSM'lerde sorgulanacaktır)	Evet	Hayır
10.1.	Demirbaş listesi mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2.	SIHHAT Projesi kapsamında temin edilmiş olan demirbaşlar işaretlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3.	Tüm ekipman ve malzeme üzerinde amblem ve demirbaş numarasını gösterir barkod bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10.	DEMİRBAŞ MALZEME DURUMU (SIHHAT Projesi kapsamında faaliyet gösteren GSM'lerde sorgulanacaktır)	Evet	Hayır
10.4.	Demirbaş listesindeki demirbaş numarası ile ekipman/malzeme üzerindeki barkodda yer alan demirbaş numarası birbirini tutuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5.	Çalınan/kaybolan/ihhtiyaca binaen başka sağlık kuruluşlarına gönderilen ekipman ve malzemeye ilişkin kayıtlar ve teslim/tesellüm evraklarının birer örneği GSM'de mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6.	SIHHAT Projesi kapsamında tedarik edilmiş bulunan ekipman ve malzemeye ilişkin geçici kabul evrakları ve garanti belgelerinin birer örneği GSM'de mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7.	SIHHAT Projesi kapsamında tedarik edilen ekipman ve malzemenin yüklenici firması, cihazları kullanacak olan personele ilgili tedarik sözleşmesinde öngörülen eğitim ya da eğitimleri vermiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.8.	Bozulan ürünlerle ilgili, yüklenici firma akdedilen tedarik sözleşmesinin garantiye ilişkin hükümlerinde öngörülen iş ve işlemleri gerçekleştirmiş vebire-bir değişim olmuş ise taşınır işlem birimince kayıtlara girilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	TIBBİ MÜDAHALE ODASI	Evet	Hayır
11.1.	Tıbbi müdahale odası hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2.	Lavabo var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3.	El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4.	Aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5.	Acil seti mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6.	Defibrilatör mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7.	EKG cihazı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8.	Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.9.	Aspiratör mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.10.	Nebülizatör mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.11.	Sterilizatör mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.12.	Küçük cerrahi seti mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.13.	Pansuman seti mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.14.	Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.15.	Tromel mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.16.	Tıbbi müdahale için kullanılan malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu yapıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11.	TIBBİ MÜDAHALE ODASI	Evet	Hayır
11.17.	Seyyar lamba mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.18.	Kesici-delici atık kabı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.19.	Santrifüj cihazı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.20.	Glikometre mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.21.	Diapozon seti mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.22.	Spirometre veya Peakflowmeter mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.23.	Tartı aleti (bebek ve erişkin boy) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.24.	Boy ölçer (bebek ve erişkin boy) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.25.	Termometreler mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.26.	İlaç ve malzeme dolabı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.27.	Bakanlık tarafından belirlenen ve bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilaçlar mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.28.	Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.29.	İlaçların miat ve stoklarının listesi mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.30.	İlaçlar ve sarf malzemeler uygun şartlarda saklanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.31.	Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonları yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.	BEBEK BAKIM VE EMZİRME ODASI	Evet	Hayır
12.1.	Bebek bakım ve emzirme odası veya alanı oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2.	Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli malzemeler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3.	Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli hijyen önlemleri alınmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4.	Bebek bakım ve emzirme odasında emzirmeye yönelik afiş ve broşürler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.	BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ	Evet	Hayır
13.1.	Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılar ve antiserumlar mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2.	Aşı dolabı (sadece aşılar ve antiserumlar için) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3.	Aşı dolabı uygun konumlandırılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4.	Aşılar aşı dolabına donmaya karşı hassasiyetlerine göre yerleştirilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5.	Karekod okuyucu mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6.	Aşı uygulamadan önce ATS'den onay alınıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



13.	BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ	Evet	Hayır
13.7.	Açılan çoklu aşı flakonlarına açılış tarih ve saati yazılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8.	Aşılarda son kullanma tarihi ve aşı flakon izlemcisi kontrolü yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9.	Aşı dolabına Aşı Takip Sistemi (ATS) kurulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.10.	Aşı dolabında bulunan aşı ile ATS stok miktarı birbirini tutuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.11.	Aşı dolabının üzerindeki ısı izlem çizelgesi düzenli dolduruluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.12.	Aşı dolabının üzerinde acil durum planı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.13.	Aşı nakil kabı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.14.	Yeterli miktarda kullanıma hazır buz aküsü mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.15.	Soğuk zincir sorumlusu belirlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.16.	Soğuk zincir kırılması yaşandığı takdirde bildirim yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.17.	Bağışıklama programı veya kampanyalar kapsamında ihtiyaç duyulan aşilar İlçe SM/TSM tarafından ulaştırılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.18.	Aşilar uygun periyotlarda yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.19.	Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirim yapıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.20.	Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıkların bildirim yapıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.21.	Tüberküloz hastalarına Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uyguluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.	MUAYENE ODALARI	Evet	Hayır
	<i>Bu bölümdeki sorular tüm muayene odaları için ayrı ayrı sorgulanacak, herhangi birinde bulunan bir eksiklik izleme ve değerlendirme formunda hayır olarak işaretlenecek ve açıklamalar kısmında soru kodu ile belirtilecektir.</i>		
14.1.	Oda genişliği mevzuata uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2.	Lavabo var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3.	El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4.	Muayene masası mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5.	Paravan, perde vb. mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6.	Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.7.	Termometre mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.8.	Ortam sıcaklığı 20-27 °C arasında mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.9.	Stetoskop mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.10.	Tansiyon aleti (çocuk) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.11.	Tansiyon aleti (erişkin) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14.	MUAYENE ODALARI	Evet	Hayır
	<i>Bu bölümdeki sorular tüm muayene odaları için ayrı ayrı sorgulanacak, herhangi birinde bulunan bir eksiklik izleme ve değerlendirme formunda hayır olarak işaretlenecek ve açıklamalar kısmında soru kodu ile belirtilecektir.</i>		
14.12.	Otoskop mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.13.	Oftalmoskop mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.14.	Işık kaynağı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.15.	Dil basacağı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.16.	Refleks çekici mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.17.	Mezura mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.18.	Fetal el doppleri mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.19.	Snellen eşeli mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.20.	LEA Sembol Testi mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.21.	Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonları yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.22.	Kırmızı ve yeşil reçete mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.23.	Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların temini ve kullanımına ait kayıtlar tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.24.	Bakanlıkça özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi sistemleri kullanılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.25.	Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ	Evet	Hayır
	<i>(Mevcut bilgi sistemi ve kayıtlar kontrol edilmelidir)</i>		
15.1.	Üreme sağlığına yönelik danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2.	Jinekolojik muayene masası, spekulum, muayene ve RİA seti mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3.	Gebeliği önleyici rahim içi araç (RİA) uygulaması yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4.	Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5.	Gebeliği önleyici rahim içi araç (RİA) uygulaması ve sonrasında enfeksiyon önleme basamaklarına uyuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6.	15-49 yaş kadın izlemleri, protokollerine uygun yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7.	Gebe izlemleri, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine uygun yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8.	Riskli gebelik tespiti yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.9.	Riskli gebelik izlemleri Riskli Gebelikler Yönetim Rehberine uygun yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



15.	KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ (Mevcut bilgi sistemi ve kayıtlar kontrol edilmelidir)	Evet	Hayır
15.10.	Lohusa izlemleri, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine uygun yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.11.	Gebelere demir desteği uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.12.	Gebelere D vitamini desteği uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.13.	Anne sütü eğitimi veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.14.	Gebe bilgilendirme sınıfı oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.15.	Gebe bilgilendirme sınıfında gerekli malzeme, araç-gereç ve eğitim materyali mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.16.	Gebe bilgilendirme sınıfı eğitim programı panoya asılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.17.	Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	BEBEK, ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ (Mevcut bilgi sistemi ve kayıtlar kontrol edilmelidir)	Evet	Hayır
16.1.	Bebek izlemleri, protokollerine uygun yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2.	Yenidoğan Tarama Programı (NTP) kapsamında topuk kanı alınıp alınmadığı sorgulanıyor/gereğinde topuk kanı alınıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3.	Yenidoğan İşitme Tarama Programı (İTP) kapsamında tarama yapılıp yapılmadığı sorgulanıyor/yapılmadı ise tarama ünitesine yönlendiriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4.	Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) tarama programı kapsamında tarama yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5.	Ulusal Görme Tarama Programı kapsamında görme taraması yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6.	Çocuk izlemleri, protokollerine uygun yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.7.	Annelere anne sütü, bebek beslenmesi ve bakımı konusunda eğitim veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.8.	Bebeklere/çocuklara D Vitamini desteği uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.9.	Bebeklere/çocuklara demir desteği uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	KANSER TARAMALARI	Evet	Hayır
17.1.	Meme kanseri taraması için yönlendirme yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2.	Serviks kanseri taraması kapsamında HPV testi için numune alınıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3.	Kolorektal kanser taraması için Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT) yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18.	EĞİTİM HİZMETLERİ	Evet	Hayır
18.1.	Uygun oturma düzeni sağlanmış bir eğitim salonu var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.2.	Eğitim için gerekli malzemeler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.3.	Hizmet içi eğitimler yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.4.	Sağlıkla ilgili önemli gün ve haftalarda halka yönelik eğitimler yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.	SAĞLIKLI BESLENME, OBEZİTE, DİYABET VE FİZİKSEL AKTİVİTE DANIŞMANLIĞI	Evet	Hayır
<i>(Bu bölümdeki sorular sağlıklı beslenme, obezite, diyabet ve fiziksel aktivite danışmanlığı birimi olan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.)</i>			
19.1.	Malnütrisyon ve obezitenin önlenmesinde, sağlıklı beslenme ve hareketli hayatın teşvik edilmesi kapsamında danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2.	Diyabet tanısı alan kişilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında; diyabetli kişilere öz bakım konusunda bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3.	Obezite, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, diyabete ilişkin ve erken teşhisine yönelik danışmanlık ve düzenli hizmet içi eğitim veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4.	Fiziksel aktiviteye ihtiyacı olan bireylere yönelik fiziksel aktivite programı yürütülüyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.5.	Tedavi programı belirlenerek yönlendirilen hastalara fizyoterapi programı uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.6.	Başvuranlarla ilgili kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.	PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ	Evet	Hayır
<i>(Bu bölümdeki sorular psikososyal destek hizmetleri sunulan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.)</i>			
20.1.	Psikososyal destek hizmetleri sunuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2.	Hasta kayıtları düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3.	Hasta kayıtlarının mevzuat çerçevesinde gizliliği sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.	AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ	Evet	Hayır
<i>(Bu bölümdeki sorular ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunulan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.)</i>			
21.1.	Diş ünitesi mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2.	Poliklinikte ağız ve diş muayenesi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3.	Koruyucu ve tedavi edici uygulamalar yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4.	Dental radyoloji ve görüntüleme sistemleri mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.5.	Ağız ve diş sağlığı eğitimi veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22.	İÇ HASTALIKLARI UZMANI <i>Bu bölümdeki sorular iç hastalıkları uzmanı bulunan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.</i>	Evet	Hayır
22.1.	İç hastalıkları uzmanı hasta sıra sistemine dahil mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.	Hastalar göçmen sağlığı birimlerinden sevkli geliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3.	Kronik hastalıkların takibi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANI <i>Bu bölümdeki sorular çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.</i>	Evet	Hayır
23.1.	Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı hasta sıra sistemine dahil mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2.	Muayene odası uygun şekilde düzenlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3.	Hastalar göçmen sağlığı birimlerinden sevkli geliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4.	Çocukluk çağı hastalıklarının takibi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI <i>Bu bölümdeki sorular kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulunan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.</i>	Evet	Hayır
24.1.	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hasta sıra sistemine dahil mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.2.	Hastalar göçmen sağlığı birimlerinden sevkli geliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.3.	Riskli gebelerin takibi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.4.	Jinekolojik muayene masası mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.5.	USG cihazı ve problemleri mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.6.	Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ <i>Bu bölümdeki sorular görüntüleme hizmetleri sunulan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.</i>	Evet	Hayır
25.1.	Faali röntgen cihazı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.2.	Röntgen cihazının TAEK Lisansı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.3.	Röntgen teknisyenleri koruyucu giysi ve teçhizat kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.4.	Koruyucu giysi ve teçhizat uygun şartlarda muhafaza ediliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.5.	Koruyucu giysi ve teçhizatın sızdırmazlık testleri düzenli olarak yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.6.	Röntgen teknisyenleri kişisel dozimetre kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.7.	Kişisel dozimetrelerin ölçümleri düzenli olarak yaptırılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.8.	Radyasyon güvenliğine yönelik uyarı levha ve işaretleri mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.9.	Çalışanların sağlık taramaları düzenli olarak yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



26.	LABORATUVAR HİZMETLERİ	Evet	Hayır
	<i>(Bu bölümdeki sorular laboratuvar hizmetleri sunulan göçmen sağlığı merkezlerinde sorgulanacaktır.)</i>		
26.1.	Laboratuvar hizmeti sunulan alanların fiziki şartları yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2.	Numune kabul ve test sonuçları ile ilgili kayıtlar tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.3.	Röntgen teknisyenleri koruyucu giysi ve teçhizat kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AÇIKLAMALAR

(GSM İzleme ve Değerlendirme Rehberinde belirtilen hususlarla ilgili tespit edilen değerlendirmeler, birim bazında ve soru kodu ile belirtilmelidir.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



MERKEZE ÖZEL TESPİTLER

(GSM İzleme ve Değerlendirme Rehberinde bulunan hususlara ek olarak izleme ve değerlendirme ekibi tarafından tespit edilen hususlar belirtilmelidir.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GENEL DEĞERLENDİRME

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

İzleme ve Değerlendirme
Ekip Başkanı
Adı Soyadı
İmza

İzleme ve Değerlendirme
Ekip Üyesi
Adı Soyadı
İmza

Göçmen Sağlığı Merkezi
Sorumlusu
Adı Soyadı
İmza



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/izlemedegerlendirme-anasayfa>

hsgm.izleme@saglik.gov.tr