



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



SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

REHBERİ

2020

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d38970fd-43da-4899-9ff7-c79316fd70a0 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

SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

HAZIRLAYANLAR

Mahmut BİKEÇ
Hülya ANBARYAPAN
Münüre YILMAZ
Ayşegül ÖZĞAN
Yasemin GÜÇTAŞ
Süleyman DALDAL

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

hsgm.izleme@saglik.gov.tr



ÖNSÖZ

Sağlıklı hayat merkezleri, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan ve toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet gösteren çok amaçlı yapılardır.

“Hastalığa değil, sağlığa yatırım yapmak” anlayışını önemseyen Bakanlığımız, **Sağlıklı Hayat Merkezleriyle (SHM)**; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi (sağlık danışmanlığı, radyoloji, laboratuvar hizmetleri gibi), birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psikososyal destek hizmetleri, çocuk gelişimine yönelik hizmetler, fiziksel aktivite danışmanlığı gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmanın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamaktadır.

Tüm sağlık kurum/kuruluşlarımızda olduğu gibi sağlıklı hayat merkezleri ve bu merkezlerde sunulan hizmetlerin yerinde izleme ve değerlendirilmesi; tespit edilen eksiklik/aksaklıkların düzeltici ve geliştirici faaliyetlerle önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Sunulan hizmetin etkinlik, kalite ve verimliliğini arttırmak yerinde izleme ve değerlendirme ile mümkün olacaktır.

Sağlıklı hayat merkezlerinin izleme ve değerlendirmesinde yararlanılacak olan bu rehberin hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Doç. Dr. Fatih KARA
Genel Müdür

Sağlıklı Hayat Merkezi İzleme ve Değerlendirme Rehberi 30.06.2020 tarihi itibariyle g¼nceldir. İzleme ve değerlendirme sırasında değerşen mevzuat ve programlar dikkate alınmalıdır.



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
1. BİNA DIŞI VE ÇEVRESİ	1
2. ENGELLİ VE YAŐILARA YÖNELİK DÜZENLEMELER	5
3. PERSONEL VE YÖNETİM DEĞERLENDİRMESİ	11
4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ.....	13
5. KAYIT VE BEKLEME ALANI	17
6. YANGINA YÖNELİK ÖNLEMLER	21
7. TIBBİ ATIKLARIN TOPLANMASI VE BERTARAF EDİLMESİ	25
8. ARŐIV HİZMETLERİ	29
9. TUVALETLER	31
10. BEBEK BAKIM VE EMZİRME ODASI	33
11. EĞİTİM VE TOPLANTI SALONU	35
12. ACİL MÜDAHALE, ENJEKSİYON VE PANSUMAN HİZMETLERİ	37
13. BESLENME DANIŞMANLIĞI	45
14. FİZİKSEL AKTİVİTE DANIŞMANLIĞI	49
15. KRONİK HASTALIKLARDA DANIŞMANLIK	51
16. KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI	55
17. PSİKOSOSYAL DANIŞMANLIK	59
18. OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ	63
19. BULAŞICI HASTALIKLAR VE BAĞIŞIKLAMA BİRİMİ	65
20. KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI	71
21. SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ	73
22. VEREM SAVAŞ DİSPANSERİ BİRİMİ	75
23. KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ (KETEM)	85
24. LABORATUVAR HİZMETLERİ	93
25. GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	95
SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMU	99





KISALTMALAR

AH	Aile Hekimi
ASİE	Aşı Sonrası İstenmeyen Etki
ATS	Aşı Takip Sistemi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DGT	Doğrudan Gözetimli Tedavi
GGKT	Gaitada Gizli Kan Testi
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
İSM	İl Sağlık Müdürlüğü
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
MBYS	Muayene Bilgi Yönetim Sistemi
RİA	Rahim İçi Araç
SHM	Sağlıklı Hayat Merkezi
TAEK	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
TB	Tüberküloz
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (mülga)
TİTUBB	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TUTSA	Türkiye Ulusal Tüberküloz Sürveyans Araştırması
UTS	Ulusal Tüberküloz Sistemi
VSD	Verem Savaş Dispanseri
VSD 17	Verem Savaş Dispanseri Aylık Çalışma Formu





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. Vatandaşların sağlık kuruluşuna kolaylıkla ulaşmalarını sağlayacak yerlere yeterli sayıda yönlendirme tabelası konulmalıdır.

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, tarif edilen standartlarda hassasiyetle kullanılması, kurumsal bütünlüğümüzün devamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır.



T.C. Sağlık Bakanlığı
SÖKE
SAĞLIKLI HAYAT 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?

Bina girişinde kuruluşun çalışma gün ve saatlerini bildirir tabela olmalı ve merkeze başvuran kişilerin görebileceği şekilde asılmalıdır.

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. Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı mevcut ve faal mi? (HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.

1.10. 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 düzayak 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.

Küpeştelere 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 standartlarına 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 olmalıdır.

2.9. Bina içi dikey dolaşım standartlarına 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.
- İşaretlemeler 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.

İşaretleme (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



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 klozeten kolayca erişilebilecek şekilde konumlandırılmalıdır. Tek el ile kavrama gerektirmeden açılıp kapanabilecek nitelikte olmalıdır.

Engelli tuvaletinde klozeten 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)

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. Sorumlu hekim belirlenmiş mi?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Sağlıklı hayat merkezi (SHM) sorumlu bir hekim tarafından yönetilir. Sorumlu hekim il sağlık müdürlüğü tarafından belirlenir. Sorumlu hekim, SHM'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. SHM'nin yürüttüğü faaliyetlerle ilgili resmi yazışmaların yapılmasını sağlar.

3.4. Sorumlu hekim tarafından SHM'de görevli personelin mesaiye riayetleri kontrol ediliyor mu?
(TSM ve Bağlı Birimler Yönetmeliği)

Çalışma saatlerinin başlangıç ve bitimi ile mesai saatleri içerisinde sorumlu hekim tarafından personel kontrol edilmelidir. Mesai takip çizelgesi düzenlenmelidir.





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)

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 bulundurulması 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. KAYIT VE BEKLEME ALANI

5.1. Bina girişinde kayıt ve danışma birimi oluşturulmuş mu?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

SHM bina girişinde kayıt ve danışma birimi oluşturulur. Tıbbi sekreter veya uygun olan personel danışma ve kayıt biriminde görev alır. SHM'ye gelen vatandaşların kayıt sistemine kayıt yapılması ve ilgili birime yönlendirilmesi işlemleri burada yapılır.



5.2. Uygun büyüklükte bekleme alanı var mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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

Sağlıklı hayat merkezlerinde giriş holü (koridor) yaklaşık 50 m² olarak tasarlanmıştır. Bu kısım sağlık hizmeti için gelen kişilerin ve yakınlarının birlikte bekledikleri alanlardır. Bu alanlarda hasta ve yakınları için ergonomik oturma grupları olmalıdır. Bekleme ve kayıt

alanı; karşılama ve danışma bankosu, güvenlik personeli için kontrol ve bekleme alanı, duyuru panosu, hizmete uygun şekilde tefriş edilmiş bölümlerden oluşmalıdır.



5.3. Bekleme alanlarında yeterli sayıda bekleme koltuğu var mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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.





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

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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



5.5. Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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

5.6. Genel olarak SHM'nin bakım ve temizliği uygun mu?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

SHM'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.

5.7. Sıcaklık 18-27 °C arasında mı?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



5.8. Havalandırma şartları uygun mu?

(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.

5.9. Aydınlatma şartları uygun mu?

(İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik Ek-1 /22-24, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

İşyerlerinin gün ışığıyla yeter derecede aydınlatılmış olması esastır. İşin konusu veya işyerinin inşaa 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.

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

(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 işaretler bulunmalıdır.

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

5.11. Bakanlıkça gönderilen afişler görünür şekilde panoya asılmış mı?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Bekleme alanında Bakanlıkça gönderilen güncel afişler düzenlenmiş panoda asılı olarak bulundurulur, panoda asılmayacak olanlar çerçeveli olarak bulundurulur. Zarar görmüş veya güncelliğini yitirmiş afiş ve broşürler kaldırılmalıdır.

Bakanlık tarafından gönderilen afişlerin haricinde basılı materyal asılmamalıdır.

5.12. Oda tabelaları mevzuata uygun mu?

(Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu)

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



Poliklinik Polyclinic

08

Uzm. Dr. Halid BAYKAL

No. 1903

Söke Sağlıklı Hayat Merkezi

5.13. Yeterli sayıda evsel atık kutusu mevcut mu?

(Atık Yönetimi Yönetmeliği Md. 9)

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

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

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 gelen personel tarafından SHM sorumlu hekimi eşliğinde en geç ayda bir kez açılmalıdır.





5.15. Yeterli sayıda el antiseptiği mevcut mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 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.



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

(Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2017/10 sayılı Genelgesi)

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

1. Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),
2. Engelli hastalar,
3. Hamileler,
4. Hizmetteki TSK, J.Gn.K.İği ve Sahil Güvenlik Komutanlığı (S.G.K.) rütbeli personeli,
5. Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gaziler ile aileleri,
6. 65 yaş üstü yaşlılar,
7. Yedi yaşından küçük çocuklar,
8. Öncelikli olarak garnizon dışından sevkle gelenler olmak üzere, hizmetteki TSK, J.Gn.

K.İği ve S.G.K.İği personeli ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

9. Emekli TSK, J.Gn. K.İği ve S.G.K.İği personeli ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler.

5.17. Tekerlekli sandalye mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Tekerlekli sandalye mevcut ve faal olmalıdır.





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 içindekilere gösterilmek üzere, 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 oluştuğu 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, İNGİTİRMEYİN, 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. 9-22)

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.



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 dosyalandığında 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 dosyalandırılması:

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 bütününe 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 Etiketinde", "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 mevcut mu?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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

Her katta ihtiyaç kadar normal Bay/Bayan tuvaleti planlanmalıdır. Her bir tuvalet asgari 2,5 m² olmalıdır. Ayrıca engelliler için ulaşımı kolay olabilecek bir alana asgari 5 m²'lik bir adet engelli Bay/Bayan tuvaleti planlanmalıdır. Bunlarla birlikte Bulaşıcı Hastalıklar/VSD Birimi içerisinde ayrıca 1 adet Bay/Bayan tuvaleti planlanmalıdır.

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?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Tuvaletlerin zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte olmalıdır.

9.4. Gerekli hijyen şartları sağlanmış mı?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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 düzenli 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?

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







10. BEBEK BAKIM VE EMZİRME ODASI

10.1. Bebek bakım ve emzirme odası veya alanı oluşturulmuş mu?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m²'lik bir emzirme odası veya bölümü olmalıdır.

10.2. Bebek bakım ve emzirme odasında lavabo var mı?
(Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği Ek-1, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nin (Resmi Gazete 20/09/2019 tarihli ve 30894 sayılı) yayımlanmasından sonra ruhsatlandırılan SHM'lerde bebek bakım ve emzirme odalarında lavabo oluşturulması gerekmektedir.

10.3. Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli malzemeler mevcut mu?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



10.4. Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli hijyen önlemleri alınmış mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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



10.5. Bebek bakım ve emzirme odasında emzirmeye yönelik afiş ve broşürler mevcut mu?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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





11. EĞİTİM VE TOPLANTI SALONU

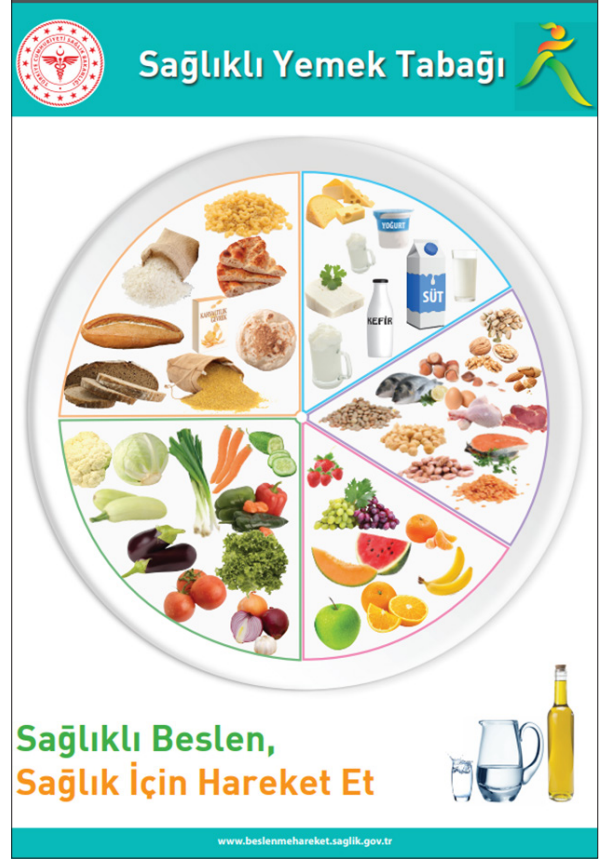
11.1. Uygun oturma düzeni sağlanmış bir eğitim/toplantı salonu var mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Eğitim/toplantı salonu eğitimlerin yapılabilmesi için birimde yeterli havalandırma ve aydınlatmaya sahip olmalıdır. Oturma düzeni eğitim için uygun hale getirilmelidir.



11.2. Eğitim için gerekli malzemeler mevcut mu?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Birimde yapılacak halk eğitimi ya da hizmet içi eğitimlerde kullanılmak üzere gerekli malzemeler (dizüstü bilgisayar, barkovizyon, maket vb.) mevcut olmalı, yapılacak eğitimin hedef grubuna yönelik uygun eğitim materyali (meme maketi, el broşürü, afiş, sunum vb.) bulunmalıdır.







12. ACİL MÜDAHALE, ENJEKSİYON VE PANSUMAN HİZMETLERİ

12.1. Müdahale odası hastaya tıbbi girişimlerin yapılabilceği büyüklükte mi?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

SHM'ye başvuranların enjeksiyon hizmetlerinin yürütüleceği, gerekli hallerde pansuman ve diğer tıbbi müdahalelerin yapılacağı asgari 16 m², önerilen 20 m² büyüklükte olmalıdır. Ayrıca oda aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun olarak planlanmalıdır.

12.2. Lavabo var mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Odada lavabo bulunmalıdır.

12.3. El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



12.4. Aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası var mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.





12.5. 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.

Hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.

Perde reklam içerikli olmamalıdır.

Odada hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.

Polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.



12.6. Acil müdahale seti mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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 ebatan asgari beş adet),
- Kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske ve benzerleri.).



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

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Oksijen tüpü mevcut ve faal olmalıdır.





12.8. Aspiratör mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Aspiratör mevcut ve faal olmalıdır. Aspiratör aşağıdaki özellikleri taşımalıdır.

- 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 saklanmasına ilişkin olarak dezenfeksiyon usullerine ve kullanım talimatına riayet edilmelidir.

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

12.9. Defibrilatör mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



12.10. EKG cihazı mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



12.11. Negatoskop mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Negatoskop mevcut ve faal olmalıdır.

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



12.12. Pansuman seti mevcut ve faal mi? (HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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



12.13. Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeler mevcut mu? (HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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



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

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz.



12.15. İlaç ve malzeme dolabı mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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





12.16. İlaçların miat ve stoklarının listesi mevcut mu?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



12.17. 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 bulunsa 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.

12.18. Sterilizatör mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



12.19. Tromel mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Tromel mevcut ve faal olmalıdır.





Steril edilen malzemenin paketlenmesine ve saklanmasına özen gösterilir. Sterilizasyon tarihleri takip edilir.

12.20. 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.**

12.21. 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, 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 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.





13. BESLENME DANIŞMANLIĞI

13.1. Beslenme Danışmanlığı hizmeti sunuluyor mu?

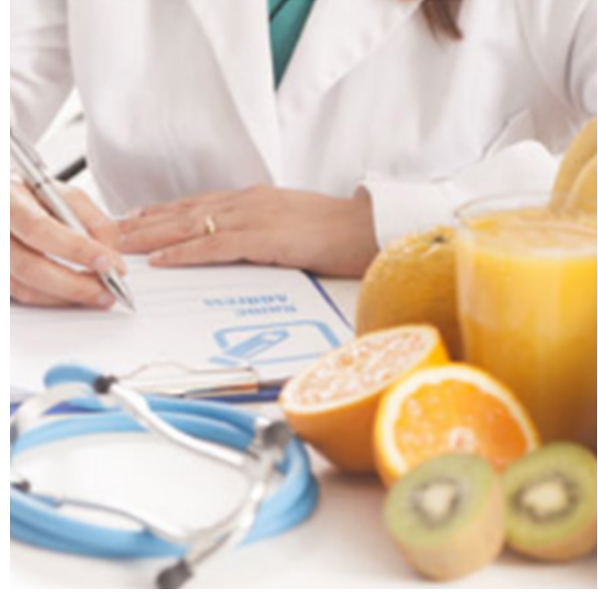
(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Beslenme danışmanlığı hizmetleri kapsamında; Sağlıklı bireylere, kronik hastalığı olan (diyabet, hipertansiyon vb.) bireylere, zayıf/fazla kilolu/obez bireylere, özellikli gruplara (gebe, çocuk, adolesan, yaşlı) bireysel beslenme tedavisi, danışmanlık ve izleme hizmetleri ile grup ve halk eğitimleri hizmetleri sunulmaktadır. Aile hekimi/hekim tarafından yönlendirilen kronik hastalığı olan bireylere sağlıklı beslenme eğitimi verilmektedir.



Beslenme Danışmanlığı Birimi tercihen iki odadan oluşmalıdır. Bir odada; diyetisyen doğrudan danışmanlık hizmeti sunarken, diğer odada; sağlıklı beslenme mutfağı olarak düzenlenip uygulama ve eğitim alanı şeklinde tahsis edilmelidir. Sağlıklı Hayat Merkezinde diyetisyenlerce verilen danışmanlık hizmeti tanı, sağlık durumu, eğitim düzeyi gibi birçok etkene bağlı olmakla birlikte ilk görüşme ve

kontrol olarak iki aşamada değerlendirilebilir. Bu şekilde yaklaşıldığında ilk görüşmenin 30-60 dakika arasında, kontrol görüşmelerinin ise 10-30 dakika arasında sürmesi beklenir. İlk ay için haftada bir, 2-6. ay arasında 15 günde bir, 7-12. aylarda ayda bir yüz yüze görüşme önerilmektedir.



SHM'lerde verilecek beslenme danışmanlığı hizmetinin Bakanlığımızca hazırlanan "Diyetisyenler için Hasta İzlem Rehberi" doğrultusunda planlanması uygun olacaktır.

13.2. Beden Kütle İndeksi (BKİ) ve Antropometrik ölçümler için gerekli araç-gereç var mı?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Diyetisyenin kendisine başvuran kişileri değerlendirebilmesi için Beslenme Danışmanlığı Biriminde; mezura, boy ölçer, tartı (300 kilograma kadar ağırlık ölçebilen) ve vücut kompozisyon analiz cihazı bulunmalıdır.



13.3. Beslenme danışmanlığı hizmetini alan bireylerden gerekli tetkikler (öykü, fizik muayene, laboratuvar vb.) istenmiş mi?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi -2017, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberinde (2017) belirtildiği üzere öncelikle bireyin değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireyin değerlendirmesinin yapılabilmesi için; öykü alınır, fizik muayene yapılır, laboratuvar sonuçlarına bakılır. Bireyin değerlendirilmesi yapıldıktan sonra kişiye özgü beslenme danışmanlığı planlanır ve verilir.

Öykü:

- Beslenme öyküsünün alınması (Besin tüketim sıklığı veya üç günlük besin tüketim kaydı)
- Beslenme alışkanlıklarının öğrenilmesi amacıyla beslenme öyküsünün değerlendirilmesi (Enerji alımı, porsiyon ölçüleri, öğün sıklığı ve zamanları, besin

takviyesi kullanımı, yeme bozukluğu semptomlarının sorgulanması vb.)

- Fiziksel aktivite öyküsü (Ekran karşısında geçen süre, egzersiz sıklığı ve yoğunluğu)
- Kilo alma/verme süreci (Doğum kilosu, çocukluk, okul yılları, gebelik süreci ve sonrası ağırlıkları, son dönemdeki kilo değişimi)
- Obezite ile ilişkili hastalıklarının sorgulanması
- Kullanılan ilaçların değerlendirilmesi
- Kilo vermek için önceden yaptığı (Beslenme, egzersiz, medikal, paramedikal) uğraşlar ve sonuçları.
- Hekim tarafından tanımlanmış olan risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Obezite ile ilişkili aile öyküsü

Fizik muayene:

- Boy ve vücut ağırlığı ölçülerek BKİ belirlenmesi
- Bel çevresi ölçümü
- Gerekli görülmesi halinde kalça çevresi, boyun çevresi gibi diğer antropometrik ölçümler.

Laboratuvar:

Laboratuvar tetkikleri 8-12 saatlik açlık sonrası venöz plazmadan yapılmalıdır

- Açlık kan şekeri ölçümü
- Total kolesterol, HDL, LDL kolesterol ve trigliserid
- ALT ve kreatinin ölçümü
- TSH ölçümü
- Gerekirse eşlik eden hastalıklar için ileri tetkik istenir (Örn.: kortizol, Tam kan vs.).

13.4. Başvuranlarla ilgili kayıtlar düzenli tutuluyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Diyetisyen kendisine başvuran kişilerin kişisel



sağlık dosyalarını (hasta kayıtları, öneriler vb.) tutmak ve Bakanlıkça belirlenen sağlık bilgi sistemine veri girişi yapmakla yükümlüdür.

13.5. Beslenme Danışmanlığı ile ilgili bilgilendirme materyalleri (eğitim rehberi, kitap, afiş, broşür vb.) güncel ve yeterli mi?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Beslenme danışmanlığı ile ilgili yeterli miktarda eğitim rehberi, kitap, afiş ve broşür bulunmalıdır.



13.6. Sağlıklı Beslenme Mutfağı mevcut ve aktif mi?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Sağlıklı beslenme mutfağı beslenme danışmanlığı odasından farklı bir oda olarak ayrılır ve burada besin satın alma, hazırlama, pişirme ve saklama teknikleri, hijyen ve sanitasyon konularında uygulamalı olarak eğitim programları düzenlenir.

Fiziki şartların sağlanamaması durumunda sağlıklı tariflerin sözel olarak gıda ve yiyecekleri temsil eden görsel örnekler aracılığıyla vatandaşlara anlatılması, besinlerin hazırlanma, saklanma ve pişirme ilkelerinin vurgulanması sağlanır.



13.7. Kişiyeye özel beslenme programı listesi oluşturulmuş mu?

(Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi-2017, Diyetisyenler İçin Hasta İzlem Rehberi-2017)

Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi ve Diyetisyenler İçin



Hasta İzlem Rehberine uygun şekilde kişiye özel beslenme programı oluşturulmalıdır.

Sağlıklı bireyler ve hastalar için yaş, cinsiyet ve özel diyet gerektiren durumlara göre (obezite, kronik hastalık gebeler, çocuklar, adolesanlar, yaşlılar vb.) klinik rehberlerden de yararlanarak beslenme programları hazırlanır ve danışmanlık, tedavi (tahlillerle değerlendirilmesi) ve izleme değerlendirme hizmeti sunulur.

13.8. Sağlıklı Beslenme Mutfağı mevcut değil ise sözel olarak bireylere gıda ve yiyecekleri temsil eden görsel örnekler aracılığıyla anlatılması, besinlerin hazırlanması, saklanması, menü örnekleri ve pişirme ilkeleri hakkında bilgi verilmiş mi?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Fiziki şartların sağlanamaması durumunda, sağlıklı tariflerin sözel olarak gıda ve yiyecekleri temsil eden görsel örnekler aracılığıyla vatandaşlara anlatılması, besinlerin hazırlanma, saklanma ve pişirme ilkelerinin vurgulanması sağlanır.



14. FİZİKSEL AKTİVİTE DANIŞMANLIĞI

14.1. Fiziksel aktiviteye ihtiyacı olan bireylere yönelik fiziksel aktivite programı yürütülüyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Fiziksel Aktivite Danışmanlığı kapsamında Fizyoterapistlerden ilk değerlendirmeyi 30 dakikada, izlem değerlendirmesini de 10-15 dakikada yapması beklenmektedir.

Fiziksel Aktiviteye yönelik; sağlıklı bireylerde kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırarak statik ve çalışma postür bozukluklarının oluşmaması için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programları planlanarak uygulanır.

Aile Hekimlerince yönlendirilen ya da doğrudan başvuran 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 sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk kapasitesinin artırılmasına yönelik egzersizler öğretilir.

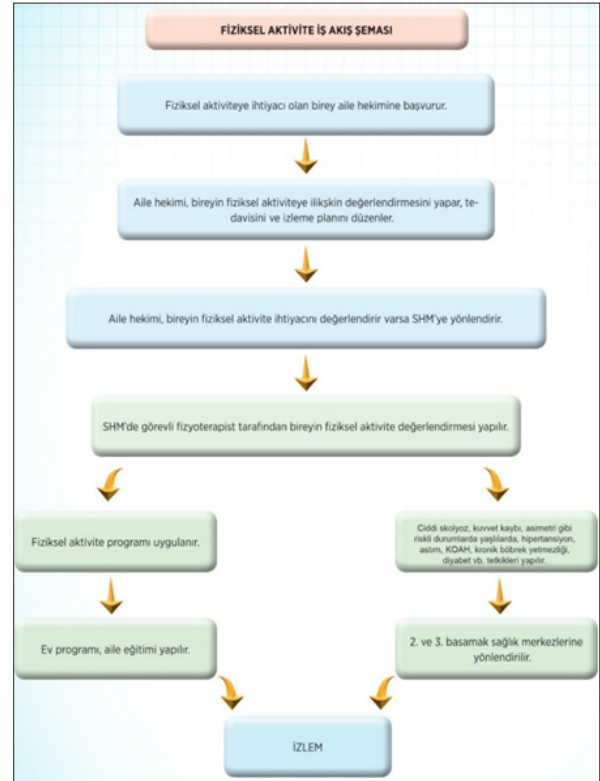


Engelli bireylerin egzersizlerle yaşam kalitesini artırması hedeflenir. Koruyucu ve destekleyici iyileştirme, cihaz ve teknolojilerinin kullanımına

yönelik hasta ve ailesine gerekli eğitimler verilir.

Takip programına alınan bireyler hakkındaki gerekli bilgiler yazılım vasıtası ile ilgili AH ile paylaşılır.

Toplumun ihtiyaç duyduğu konularda hizmet veren diğer danışmanlarla iş birliği halinde görevler yerine getirilir.



14.2. Bay/bayan fiziksel aktivite/egzersiz salonu mevcut mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Fiziksel aktivite/egzersiz salonu olarak kullanılan mekân asgari 40 m² büyüklüğünde olmalıdır.

Salonun havalandırması yeterli düzeyde olmalı, yeterli havalandırması olmayan yerlerde mutlaka aspiratör veya fan tipi havalandırma, bodrum konumundaki salonlarda ise özel havalandırma donanımı olmalı, spor salonunda yapılacak çalışma sırasında gürültü, kirlilik gibi nedenlerle çevrenin rahatsız edilmemesine



yönelik önlemler alınmış olmalı, çalışma alanında yaralanma ve kazalara yol açacak direk, sütun ve benzeri engelleyicilerin keskin kenarlarının ve sivri uçların darbeyi emici yumuşak malzemelerle kaplanmış olması gereklidir.

Egzersiz odasının bir duvarında tutunma bantları, uygun yerlerde aynalı duvar olmalıdır. Odanın zemini yumuşak anti bakteriyel döşeme ile kaplı olmalıdır.



14.3. Bay/bayan soyunma odası mevcut mu?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Soyunma odaları fiziksel Aktivite/Egzersiz Salonu içerisinde yer almalıdır. Soyunma kabini olarak kullanılacak oda asgari 5 m² önerilen ise 10 m² büyüklüğünde olmalıdır. Aktivite yapanların mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

14.4. Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

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



15. KRONİK HASTALIKLARDA DANIŞMANLIK

15.1. Kronik hastalıklarda danışmanlık hizmeti sunuluyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde kronik hastalık yönetimindeki yaklaşım; ilgili tüm sağlık çalışanlarının (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, beden eğitimi ve spor öğretmeni, çocuk gelişimcisi ve sosyal hizmet uzmanı vb.) sundukları hizmetle bağlantılı olarak hasta ya da sağlıklı başvurana, talep olmasını beklemeksizin konuya ilişkin danışmanlık vermesi, kronik hastalıkların yönetimine yönelik tavsiye ve motivasyon görüşmeleri yapılması şeklindedir. Bu kapsamda; kronik hastalıkları bulunan bireylere uygulanması gerekli aşilar konusunda eğitimler ve danışmanlık hizmeti verilerek aşilama hizmeti sunulur. Verilen aşilama hizmetinin aile hekimine bildiri yapılır.



15.2. Diyabetli bireylere eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?

(Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi -2017, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

SHM'de diyabetli bireye yönelik beslenme danışmanlığı için Diyetisyenler için Hasta İzlem Rehberinde birinci basamakta diyabetli bireyler için tıbbi beslenme tedavisinin esasları belirlenmiştir.



Bireye özgü hazırlanmış ve bireyin uyması gereken diyet ve fiziksel aktivite programlarına uyum açısından aile ve yakın çevrenin desteğinin sağlanması hedeflenmelidir. Örneğin; ailenin beraber yürüyüşe çıkması, pişirilen yemeklerin sağlıklı öğünler olarak düzenlenmesi konusunda ailenin uyum göstermesi, kabul günlerindeki ikramların daha sağlıklı hazırlanması konusunda arkadaş grubuyla işbirliği yapılması gibi kişinin günlük yaşantısına uygun önerilerde bulunulabilir. Aile üyelerinin motivasyonu düşürücü tutum ve davranışlarının varlığı

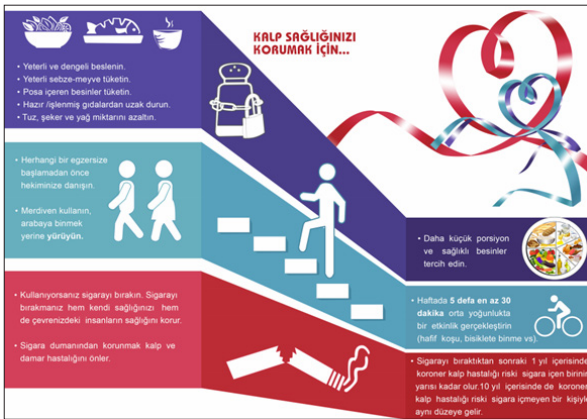


tespit edilirse, aile üyeleriyle de bilgilendirici görüşmeler yapılmalıdır. Diyabet hastalarındaki stres, depresyon ve anksiyete belirtileri için bilgilendirme, diyabete uyum için destek, gevşeme egzersizleri, motivasyonel görüşmeler, stres yönetimi, baş etme becerileri eğitimi ve aile görüşmesi hastanın gereksinimlerine göre uyarlanarak planlanmalıdır.

15.3. Kronik hastalık yönetimi ile ilgili bilgilendirme materyalleri (eğitim rehberi, kitap, afiş, broşür vb.) güncel ve yeterli mi?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Kronik hastalıklarla ilgili güncel eğitim rehberi, kitap, afiş ve broşür bulunmalıdır.



Sağlığınız Kıymetli Kıymetini Bilin!



Sağlıklı beslenmek
Kilo kontrolünü sağlamak
Yeterli fiziksel aktivite yapmak
Tütün ve alkolden uzak durmak

İNME
riskinizi azaltır!

15.4. Sağlıklı yaşlanma danışmanlığı hizmetleri yürütülüyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Sağlıklı yaşlanma danışmanlığı kapsamında yaşlılıkta sık karşılaşılan sorunlar; düşmenin önlenmesi, güvenli fiziksel çevre, depresyon, alzheimer ve demans önleme vb. yaşlıların yararlanacağı konularda farkındalık eğitimleri yürütülür.

Yaşlıların fiziksel ve ruhsal iyilik halini engelleyen fiziksel, psikososyal, ailesel, kültürel faktörlerin ve hizmet sunumuna etki eden engellerin kaldırılması için eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulur.

Yaşlının çevresinden sosyal destek alması amacı ile aile üyeleri arasında iletişimin düzenlenmesi, yaşamı kolaylaştırıcı önlemlerin alınması, ailenin ve diğer sosyal desteklerin sağlanması için gerekli bilgilendirmeler yapılır.

Yaşlının saygınlığını korumak, kendi kararlarını



kendisinin vermesine yardımcı olmak, en üst düzeyde işlevselliğini sağlamak ve mümkün olduğu ölçüde içinde bulunduğu yaşam koşullarının iyileştirilmesi için bilgilendirmeler yapılarak gerekli koordinasyon sağlanır.

Sağlıklı yaşlanma danışmanlığı kapsamında kurum ve kuruluşlar düzeyinde işbirliği çalışmalarına ayrıca önem verilir.

Aşılama hizmetleri konusunda eğitimler ve danışmanlık verilerek aşı uygulamalarının aile hekimine bildirimleri yapılır.



15.5. Sağlık okuryazarlığı danışmanlığı hizmetleri yürütülüyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Diyabet Programı, Kas ve İskelet Sistemi Hastalıklarının Önlenmesi ve Kontrolü Programı vb. kapsamında, bulaşıcı olmayan hastalıklar için sağlıklı bireylere risk gruplarına ve hastalara yönelik eğitimler ve farkındalık çalışmaları yapılır. Sağlık Okuryazarlığı kapsamında kazalardan korunma eğitimleri gerçekleştirilir.

Sigara Bırakma Polikliniğinde görev yapan hekim ve yardımcı sağlık personeli tarafından ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde tütün bağımlılığının önlenmesine yönelik bilgi,

eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulur.

Diyabet, hipertansiyon, bulaşıcı olmayan hastalıklar, hijyen, iç ortam hava kirliliği, yara bakımı (diyabetik ayak vb.), bel-boyun (omurga) sağlığı, özel gün ve haftalara yönelik hasta ve hasta yakınlarına temel eğitimleri verilir.





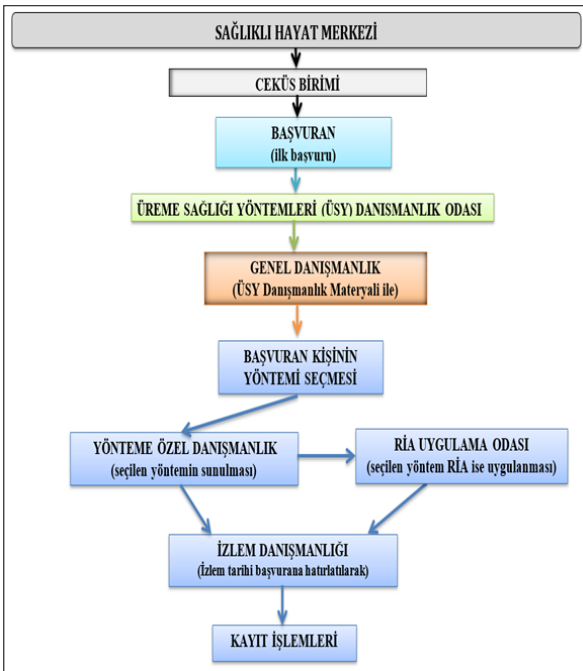


16. KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI

16.1. Üreme sağlığına yönelik danışmanlık hizmeti veriliyor mu?

(Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği Md.6, Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Toplumun temel değeri olan ailenin korunması ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesinde üreme sağlığı konusunda bilinç düzeyinin geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri verilmesi önem arz etmektedir.



16.2. Üreme Sağlığı Polikliniği mevcut mu?

(Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği Md.14, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Üreme sağlığı danışmanlığı ve üreme sağlığı yöntemleri ile ilgili ihtiyaçların karşılanması, istenmeyen gebeliklerin ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, erken yaşta gebeliklerin azaltılması, kadın ve erkeklerin cinsel sağlık konusunda bilgilendirilmesi, gençlerde bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışın özendirilmesi konularında çalışmaların yapılacağı bir oda olmalıdır. Üreme sağlığı polikliniğinin muayene ve müdahale bölümünde demontable bölme duvarla mahremiyet sağlanmalıdır. Polikliniğin lavabosu olmalıdır.

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

(Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği Md.14, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

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

16.4. Jinekolojik muayene masası, spekulum, muayene ve RİA seti ve diğer malzemeler mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Jinekolojik muayene masası, spekulum, muayene ve RİA seti mevcut ve kullanılabilir olmalıdır. **Kullanımına engel olacak üzerinde ve etrafında eşya ve kişisel malzeme bulundurulmamalıdır.**

USG cihazı bulunan SHM'lerde RİA uygulaması sonrası kontrol USG işlemi yapılabilmektedir.



Adet	Demirbaş Listesi
1	Jinekolojik Muayene Masası
1	Döner Tabure
1	Işık Kaynağı
1	Hasta Basamağı
1	Alet Tepsisi
1	Kapaklı Alet Kutusu
1	Tromel
1	Tansiyon Aleti
1	Servis Masası
5	Ria Uygulama Seti
2	Çıkarma Seti
3	Tenekulum
9	Spekulum (3 ayrı boyda, 3'er adet)
1	İlaç Dolabı
1	Sterilizatör
1	Steril Alet Dolabı
1	Plastik Dekontaminasyon Kovası
1	Tıbbi Atık Kovası
1	Evsel Atık Kovası
3	Over Pensi
3	Makas
3	Histerometre
1	Çöp Kovası (pedallı)
2	Antiseptik Solüsyon Kapları
1	Oksijen Tüpü

16.5. RİA Uygulama Eğitim Merkezi var mı?

(Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev Yetki ve Sorumlulukları Yönetmeliği Md. 7)

Üreme Sağlığı Yöntem Danışmanlığı ve RİA uygulaması yapacak sağlık personeline görevlerinin gerektirdiği yeterlilikleri kazandırmak amacıyla bu eğitimler yapılmaktadır.

Eğitim merkezi mevcut ise demirbaş listesinde ZOE Model (pelvik model) ve RİA El Modeli bulundurulmalıdır.

16.6 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,



kontROLSÜZ girişlerin önlenmesi gereken durumlarda, kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.



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

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi)

Enfeksiyonların önlenmesi amacıyla;

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

16.8. Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti veriliyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41)

Evlilik Öncesi Danışmanlık Programı ile; evlilik öncesinde kadın ve erkeklere üreme sağlığı konularında gerekli düzeyde bilgi, tutum, davranış kazandırmak üzere;

- Sağlıklı aile yapısı, üreme sağlığı, gebeliği önleyici yöntemler, bulaşıcı hastalıklar, akraba evliliği ve genetik geçişli hastalıklarla (kalıtsal kan hastalıkları- hemoglobinopati) ilgili danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Kişilerin olası riskler, sonuçları ve korunma yolları konularında bilinçlendirilmesi,
- Gebelik isteği ile başvuran çiftlere de gebelik öncesi danışmanlık verilmesi,
- Anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi açısından, risk oluşturabilecek durumların gebelik öncesinde tespit edilmesi ve erken önlem alınmasının sağlanması amaçlanmıştır.



16.9. Gebe bilgilendirme sınıfı mevcut mu?

(Sağlık Bakanlığının 2018/23 sayılı Genelgesi, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Gebe bilgilendirme sınıfı en az 24 m² büyüklükte olmalıdır. Sınıfta en az 10, en fazla 20 kişinin oturabileceği sandalye/koltuk mevcut olmalıdır. Katılımcıların mahremiyeti (görüntü/ses) sağlanmalıdır.



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

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.



16.10. Gebe bilgilendirme sınıfında gerekli malzeme, araç-gereç ve eğitim materyali mevcut mu?

(Sağlık Bakanlığının 2018/23 sayılı Genelgesi, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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 malzemeleri bulunmalıdır.



16.11. Gebe bilgilendirme sınıfı eğitim programı panoya asılmış mı?

(Sağlık Bakanlığının 2018/23 sayılı Genelgesi, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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

16.12. Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

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



17. PSİKOSOSYAL DANIŞMANLIK

17.1. Çalışan personel Psikososyal Destek Uygulayıcı Programı Eğitimi almış mı?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Sağlıklı hayat merkezlerinde görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimcilere yönelik, birinci basamaktaki psikososyal destek uygulamaları hakkında teorik ve süpervizyon eğitimi düzenlenmektedir. Psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimcilerin bu eğitimi alıp almadıkları sorgulanmalıdır.

17.2. Psikososyal destek hizmetleri sunan personelin kendine ait bir odası var mı?

(HSGM'nin 01/02/2020 tarihli ve 60 sayılı yazısı)

SHM Rehberinde yer alan mahal alan planlarına uygun her bir personelin kendine ait bir odası bulunmalıdır. Çocuk Gelişimcilerin içi içe iki odasının olması gerekmektedir.

17.3. Çalışan personel Davranışsal Bağımlılıklarla Mücadele Programı Danışmanlık Rehberi kapsamında danışan takip ediyor mu?

(HSGM'nin 13/09/2019 tarihli ve 279 sayılı yazısı)

Sağlıklı hayat merkezlerinde bilişim teknolojileri ve internetin bilinçli, güvenli, etkin kullanımı konusunda toplumayönelik koruyucu ve önleyici farkındalık faaliyetleri gerçekleştirilmekte aşırı ve zararlı kullanıma yönelik danışmanlık hizmeti sunulması sağlanmaktadır. Davranışsal Bağımlılıklarla Mücadele Programı Eğitimi (DBMPE) ile teknoloji ve internetin aşırı ve problemli kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar konusunda sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerini geliştirerek, bu konuda sunulan sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda eğitim almayan psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimcilerin eğitimi alıp,

almadıkları sorgulanmalıdır.

Bireysel görüşmeler için ideal süre 40 dakikadır. İlk görüşmelerde bu süreler bir buçuk saate kadar uzayabilir. Aile görüşmelerinin 45 ila 90 dakika arasında sürmesi beklenmektedir.

Psikososyal Destek Birimlerinde bireysel görüşmeler, aile görüşmeleri ve grupla görüşmeler gerçekleştirilebilmektedir. Danışmanlar danışana, danışma sürecine başlamadan önce ve süreçte ilişkiyi etkileyebilecek amaçlar, hedefler, teknikler, psikososyal destek sürecinin kuralları ve sınırlılıkları ile ilgili danışanın anlayacağı biçimde bilgi verir. Bilgilendirilmiş onamını mutlaka alır. Danışma ilişkisi ile ilgili her türlü bilgi, özel durumlar haricinde, gizli tutulur.

17.4. 0-18 yaş arası tipik/atipik gelişim gösteren veya risk altında olan çocuklar ve ailelerine gelişim değerlendirme, izlem ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı kapsamında aşağıdaki faaliyetler yürütülür:

- 0-18 yaş arası tipik/atipik gelişim gösteren veya risk altında olan çocuklar ve ailelerine yönelik olarak gelişim değerlendirme, izlem ve danışmanlık hizmeti sunmak,





- Gerekli durumlarda birimde bulunan diğer meslek elemanları ve/veya ilgili kurum ve kuruluşlar ile işbirliği halinde ev ziyaretleri gerçekleştirilerek, gelişim değerlendirme, izlem ve danışmanlık hizmetleri sunmak ve ihtiyaçlar doğrultusunda diğer destek hizmetlerinin sunulmasını sağlamak,
- Gebelik döneminden itibaren anne-babalara yönelik eğitimler (aile eğitim programları/anne-baba okulu/gebe sınıfı vb.) düzenlemek ve destek programları kapsamında planlanan hizmetleri (gelişimi destekleyici ebeveynlik beceri ve davranışları) sunmak.



17.5. Hizmet bölgesinde bulunan okulların rehberlik servisleri ile işbirliği yapılıyor mu? (HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Danışmanlık birimi, hizmet bölgesinde bulunan okulların rehberlik servisleri ile işbirliği yapmalı, ailelerin ve çocuk alanında çalışan meslek elemanlarının (öğretmen, ebe, hemşire vb.) gereksinimleri doğrultusunda eğitimler, grup çalışmaları vb. düzenlemelidir.

17.6. Sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullananlara ve yakınlarına psikososyal destek/danışmanlık hizmeti sunuluyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Bu danışmanlık biriminde, sigara kullanan kişilerin, alkol ve uyuşturucu madde kullanan kişilerin ve yakınlarının yaşadığı biyo-psiko-sosyal sorunların çözümü amacıyla müdahalelerde bulunulur. Bu kapsamda ileri tedavi hizmetlerine ihtiyacın olması hallerinde ya da sosyal, ekonomik, hukuki veya güvenlikle ilgili konularda destek alınması gerektiği düşünüldüğünde danışmanlık verilen kişinin uygun dış kurumlara yönlendirmesi ve takipleri sağlanır. Kişi ile görüşme yapılır alkol/madde kullanımına ilişkin risk düzeyi belirlenir ve ihtiyacına göre motivasyonel görüşme/kısa müdahale ve diğer uygulamalar yapılır.



Benzer şekilde danışmanlık verilen kişinin ihtiyaç duyduğu diğer konularda, sağlıklı hayat merkezinde hizmet sunan ilgili diğer danışmanlık birimleriyle iş birliğine geçilmesi sağlanarak sorunların çözümü için gerekli müdahaleler yapılır. Böylece kişi ve yakını için



vaka değerlendirme ve izlem süreci başlatılır.

17.7. Uyuşturucu bağımlılığına yönelik danışmanlık alan kişilerin takip görüşmeleri yapılıyor mu?

(2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı)

Danışanlara verilecek takip randevularının aralığı psikososyal destek hizmeti sunan personel tarafından belirlenir. Ancak 1. ay, 3. ay, 6.ay ve 12. ayda danışanlarla muhakkak yüz yüze takip görüşmeleri yapılır ve özellikle madde bırakma durumlarına ilişkin (temiz kalma) takipleri yapılır. Ayrıca tedavi merkezine yönlendirilen danışanların da tedaviye başlama durumu muhakkak takip edilir ve sistemine işlenir.



Uyuşturucu bağımlılığına yönelik müracaat eden danışanların tedavi motivasyonunu yitirmemeleri etkili bir şekilde sürecin takip edilebilmesi için onam alındığı takdirde sistem entegrasyonu ile belirli aralıklarla ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı tarafından aranacaklardır. Bu sebeple danışma hattı tarafından aranmaya onay veren danışanların sistemde yer alan onam formunun çıktısı alınarak imzalatılması ve tekrar sisteme yüklenmesi gerekir.



17.8. Uyuşturucu bağımlılığına yönelik danışmanlık alan kişilerin aileleri ile süreç hakkında görüşmeler yapılıyor mu?

(Bağımlılıkla Mücadele Rehberi)

Madde kullanımı sadece bireyi etkileyen bir durum değildir. Aynı zamanda kişinin ailesini, sosyal çevresini de etkilemektedir. Bağımlılık bir aile hastalığıdır ve süreçte aile ile görüşmeler yapılması bağımlılığa ilişkin bilgi almalarını sağlayarak desteklerini güçlendirmekte, danışmanlık ve tedavinin etkililiğini artırmaktadır. Bu kapsamda danışanların aileleriyle de görüşme randevuları planlanıp görüşmelerin yapılması gerekir.

17.9. Psikososyal destek haritası/ rehberi hazırlanmış ve güncelleniyor mu?

(HSGM'nin 01.02.2019 tarihli ve 60 sayılı yazısı)

Her SHM'nin bölgesine ait psikososyal destek haritasını ve rehberini hazırlaması, aile hekimleri ve ilgili kurumlarla paylaşması, ihtiyaca göre güncellenmesi gerekmektedir.



17.10. Aylık vaka değerlendirme toplantıları yapılıyor mu?

(HSGM'nin 01.02.2019 tarihli ve 60 sayılı yazısı)

Psikososyal destek biriminde görevli psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimcilerin aylık olarak vakalarını bir arada ele alıp birlikte değerlendirdikleri toplantılardır. Bu toplantılara bu alanlarda uzman süpervizörler ve sorumlu hekim katılabilir.

17.11. Danışan kayıtları düzenli tutuluyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Uyuşturucu madde bağımlılığına yönelik danışanlar HSYS içinde modül olarak eklenen uyuşturucu ile mücadele yazılımına kayıt edilir ve daha sonraki randevuları da bu sisteme işlenir. Bahsi geçen web tabanlı kayıt sistemi hem kişiye yönelik verilecek danışmanlığın daha sistematik olmasını sağlar hem de kişiyle yapılacak diğer takip görüşmelerinde kişiye yönelik yapılan uygulama ve yönlendirmelerin görülmesini sağlar.

17.12. 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.

Görüşmelerde tutulan mesleki notların kilitli dosya dolaplarında tutulması gerekmektedir.



18. OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ

18.1. Okul sağlığı çalışmaları kapsamında bölgesindeki okulların değerlendirilmesi amacıyla plan hazırlanmış mı?
(HSGM'nin 22/03/2017 tarihli ve 267 sayılı yazısı)

Okul sağlığı hizmetleri; öğrenciler ve okul personelinin aileleri ile birlikte sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi için yapılan çalışmalardır. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı kapsamında uygulama kılavuzuna uygun olarak okul değerlendirmeleri planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir.



18.2. Plana uygun okul değerlendirmeleri yapılmış mı?
(HSGM'nin 22/03/2017 tarihli ve 267 sayılı yazısı)

Planlamaya ve uygulama kılavuzuna uygun olarak bölgesindeki okulların değerlendirilmesi ve sisteme (HSYS üzerinden Okul Sağlığı Takip Sistemi) veri girişi yapılmalıdır.

18.3. Bölgesindeki ilköğretim 1. sınıfların işitme taramalarını gerçekleştirmek için planlama yapılmış mı?
(HSGM'nin 22/03/2017 tarihli ve 5679.67096 sayılı yazısı)

İlköğretim okullarında 1. sınıf çocukların işitme taramalarını yapmak üzere ilgili yazıda yer alan talimatlar doğrultusunda planlaması yapılarak çocukların iş uygun olarak taramaları gerçekleştirilmelidir.



18.4. Plana uygun olarak öğrencilerin işitme taraması yapılmış mı?
(HSGM'nin 22/03/2017 tarihli ve 5679.67096 sayılı yazısı)

İlköğretim okullarında 1. sınıf çocukların işitme taramalarını belirlenen iş akışlarına uygun olarak taramaları yapılmalı ve cihazlardaki verilerin sisteme (Ulusal İşitme Tarama Programı-UİTP web sistemi) sistemine aktarımı yapılmalıdır. Ayrıca sistemde kayıt aktarımı yapılamayan verilerin düzeltme işlemleri yapılmalıdır.





19. BULAŞICI HASTALIKLAR VE BAĞIŞIKLAMA BİRİMİ

19.1. Bulaşıcı hastalıklar ve korunma konularında eğitim ve danışmanlık hizmeti sunuluyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Bulaşıcı hastalıklar ve korunma konularında halk eğitimleri ve okul eğitimleri yapılır. Bulaşıcı hastalıklar konusunda danışmanlık hizmeti verilir. Bulaşıcı hastalıklar konusunda özel günler ve haftalar kapsamında etkinlikler düzenlenir. Hac ve umreye gidecek vatandaşlara sağlık riskleri ve korunma yöntemleri konularında eğitimler verilir.

Yıllık eğitim planı ve raporu kontrol edilmelidir.

19.2. Gerekli durumlarda saha inceleme ve salgın inceleme çalışmaları yapılıyor mu?

(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Saha incelemesi/filyasyon kaynağın ve etkenin belirlenmesine yönelik çalışma yapılması ve/veya temaslılar dâhil koruma ve kontrol önlemlerinin alınmasıdır.

Salgın incelemesi; salgın olarak tanımlanmış bir olayın kaynağının, etkeninin, bulaşma yolunun bulunması, gerekli halk sağlığı önlemlerinin alınması ve ileride oluşabilecek benzer salgınların önlenmesi gibi amaçlarla epidemiyolojik yöntemler kullanılarak araştırılmasıdır. Tek vakanın salgın kabul edildiği durumda hastalık ile ilgili vaka bilgi formunun doldurulması da gereklidir.

Gerekli durumlarda saha inceleme ve salgın inceleme çalışmalarında sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar birimine destek verilir.

19.3. Belli yaş ve nüfus gruplarına (hac ve umre, tarım işçileri, göçmenler vb) yönelik aşılama çalışmaları İSM/TSM/ASM işbirliği içerisinde yürütülüyor mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

SHM, belli yaş ve nüfus gruplarına uygulanan; hac ve umre, hareketli nüfus (tarım işçileri, göçmenler gibi) ve riskli bölgede salgın kontrolü aşılama çalışmaları dâhil destek aşılama çalışmalarını İSM ve İlçe SM/TSM ile işbirliği içerisinde yürütür.

Okul çağı, hac ve umre, hareketli nüfus (tarım işçileri, göçmenler gibi) ve riskli bölgede salgın kontrolü aşılama çalışmaları dâhil destek aşılama çalışmalarını aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içerisinde yürütür.

19.4. Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirimi yapılıyor 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:

1. Aşı yan etkisi
2. Program uygulama hataları (aşının üretim, dağıtım ve uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek hatalar)
3. Enjeksiyon reaksiyonu
4. Rastlantısal
5. 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.



19.5. Aşı dolabı (sadece aşılardan ve antiserumlar için) mevcut ve faal mi?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17, HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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

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

19.6. Aşı dolabı uygun konumlandırılmış mı?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Aşıların saklandığı buzdolabı aşırı soğuk ve sıcaklığa 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.

19.7. Aşılar aşı dolabına donmaya karşı hassasiyetlerine göre yerleştirilmiş mi?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

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.

Aşıların donmaya karşı hassasiyetleri (en hassas olandan başlayarak);

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

Aşı flakonları, aralarında yeterli hava akımı dolaşacak şekilde yerleştirilmelidir.

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

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

Dolap kapağına hiç bir şey konulmamalıdır.

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

Aşılar buzuğa konulmamalıdır.

Buzlukta aralıklı olarak dizilmiş buz aküleri bulundurulmalıdır.

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

Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı



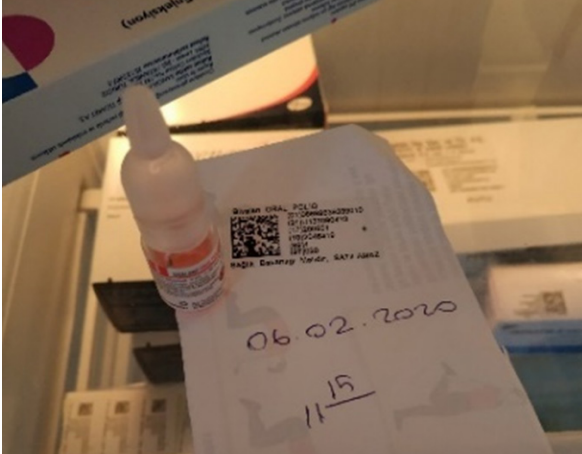
ısısı düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekirse buzluktaki buz aküleri buzdolabı kapağına yerleştirilmeli ve kapak sık sık açılmamalıdır. İzolasyonu iyi bir buzdolabında bu yolla genellikle 24 saat süre ile ısı korunur. Daha uzun süreli kesintilerde acil durum planı uygulanmalıdır.

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

19.8. Açılan çoklu aşı flakonlarına açılış tarihi ve saati yazılmış mı?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Açılan çoklu aşı flakonlarına açılış tarihi ve saati yazılmalıdır.

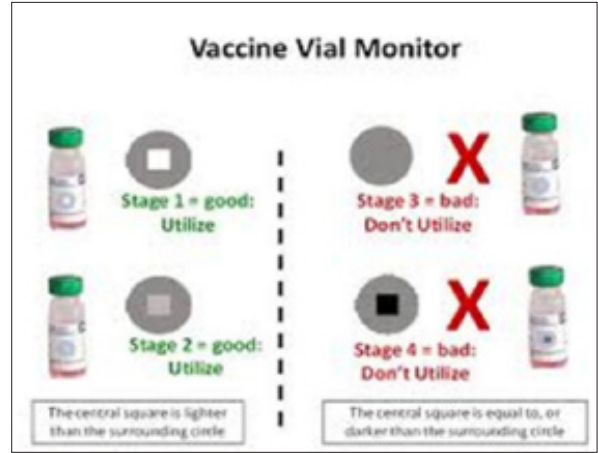
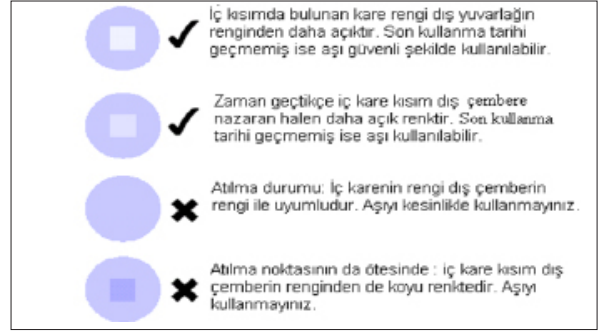


19.9. Aşılarda son kullanma tarihi ve aşı flakon izlemcisi kontrolü yapılıyor mu?

(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 (VVM) kullanılmaktadır.



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

(THSK'nın 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, aşılar kurulumun yapılmış olduğu dolapta bulunmalıdır.



19.11. Karekod okuyucu mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 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.



19.12. 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.

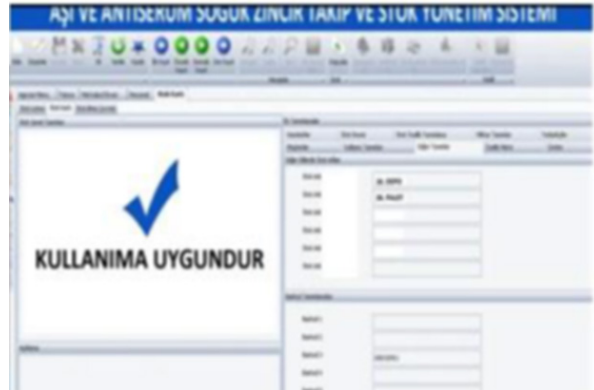
19.13. Aşı dolabında bulunan aşı ile ATS stok miktarı birbirini tutuyor mu?

(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.

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

İzleme ve değerlendirme sırasında anlık olarak kontrolü sağlanmalıdır.



19.14. 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 kapağına bir ısı izlem çizelgesi yapıştırılarak



dolabın ısı sabah ve akşam bu çizelgeye kaydedilmelidir. Isı izlem çizelgesinin altında soğuk zincir sorumlusu ve yedeğinin adı, soyadı ve imzası bulunmalıdır.

19.15. Aşı dolabının üzerinde acil durum planı mevcut mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı ısı 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.

19.16. Aşı nakil kabı mevcut mu?

(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 gereken hallerde, aşı naklinde yalnızca uzun

ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır.

İllerden kurumlara aylık olarak yapılan aşı sevklerinde 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 çalıştırdıktan 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.

19.17. 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, akıtıp akıtmadığı kontrol edilmelidir.



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

Buz aküleri en az 24 saat dondurulmalıdır.



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

Aşılamadan sonra buz aküleri tekrar donması için buzluğa yerleştirilmelidir.

19.18. Soğuk zincir sorumlusu belirlenmiş mi?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşular, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi/ilçe sağlık müdürlüğü/entegre ilçe hastanesi tarafından sağlıklı hayat merkezine ulaştırılır. Sağlıklı hayat merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirler alınır. Bir hekim ve bir yardımcı sağlık personeli soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir.

19.19. Soğuk zincir kırılması yaşandığı takdirde bildirim yapılıyor mu?

(Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17)

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

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

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

İlçe SM/TSM bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirler; müdürlük tarafından tedarik edilen aşı, ilaç, antiserum ve diğer malzemeleri usulüne uygun olarak saklar. İl sağlık müdürlüğü ile koordineli olarak bunların bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına dağıtımının yapılmasını sağlar.



20. KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI

20.1. Diş üniti mevcut ve faal mi?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Muayene ve koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları için diş üniti bulunmalıdır.



20.2. Koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları yapılıyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Bebğin ve/veya çocuğun ilk diş hekimi muayenesinde ağız ve diş sağlığı detaylı olarak değerlendirilerek koruyucu uygulama ve kontrol randevuları planlanır.



Plak boyayıcı ajanlarla ağızdaki mevcut plak hastalara gösterilir ve uygun diş fırçalama yöntemi öğretilir, gerekli ise diş plağı polisaj işlemi ile uzaklaştırılır.

Diş çürüğünü önlemek için topikal florür (jel, cila), pit ve fissür örtücü (invaziv olmayan) uygulanır.

Yetişkinler için verilecek ağız ve diş sağlığı hizmeti ile ağız ve diş sağlığının detaylı olarak değerlendirilerek koruyucu uygulama ve kontrol randevuları planlanır,

Öğrencilerin ağız diş muayenelerini gerçekleştirir

%50'sinden fazlasında daimi dişlenme başlamış olması nedeniyle, 60 ayını doldurmuş anasınıflı öğrencilerinden başlanarak, her yıl sisteme dâhil olan öğrencilere ilköğretim 4. sınıfın sonuna kadar yılda iki kez, florürlü vernik uygulanması,

SHM'ye başvuran kişilere, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilir, tedavi gereksinimi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilir.

20.3. Koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı hizmeti veriliyor mu?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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.

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri kapsamında aşağıdaki hizmetler sunulur:

- Sağlıklı bireylere, dişleri çürümeden, hatta dişleri çıkmadan ulaşılır.
- SHM'ye başvuran bireyler ağız ve diş sağlığı ve korunması konusunda bilgilendirilir, farkındalık oluşturulur.

Hamile adayları, hamileler, ebeveyn, yaşlılar, engelliler, bebekler ve çocuklar çürük ve periodontal (diş eti ve hastalıkları) hastalığına neden olan etkenler açısından bilgilendirilir.



Sık görülen sistemik hastalıkların (diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, vb.) ağız hastalıkları ile ortak olan risk faktörleri (diş eti hastalıkları, diyet, tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi) hakkında bilgilendirir ve eğitim verir.

Mekanik (diş fırçalama, diş ipi kullanımı) ve kimyasal plak uzaklaştırma yöntemleri (Ağız bakım/çalkalama suyu, gargara vb.) hakkında bilgilendirir.

Florür ve klorheksidin içeren preparatlar (diş macunu, gargara vs) önerir.

Ebeveynleri okullarda uygulanan koruyucu florür uygulamaları hakkında bilgilendirir ve teşvik eder.

Ağız sağlığının genel sağlık üzerine, genel sağlığın da ağız sağlığı üzerine etkisi hakkında bilgilendirir.

Ebeveynlere, bebeklerinin ve kendilerinin ağız temizliğini etkin bir şekilde sağlayabilmeleri için detaylı ve uygulamalı (çene maketi/modeli) ağız hijyeni eğitimi verir.

Ağız ve diş sağlığının korunması ve teşvikine ilişkin çene maketi/modeli, diş fırçası ve diş ipi gibi gereçler bulundurur.

Öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik farkındalık eğitimleri yapar.

Danışmanlık ve muayene hizmeti sunulan vatandaşlar için koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin her birini kapsayacak nitelikte eğitim sunumları oluşturulur. Gerekli eğitim materyali hazır bulundurulur.

20.4. Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

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



21. SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ BULUNAN SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

21.1. Sigara Bırakma Polikliniğinde görev yapan hekim/hekimler "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında eğitim almış mı?
(Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Sağlıklı Hayat Merkezi bünyesindeki bu poliklinik, "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet sunar. Bu yönetmelik gereği, sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan zararlı olan tütün ve tütün ürünleri hakkında halkın bilinçlendirilmesi faaliyetlerini yürütür. Sigara kullanan ve bırakmak isteyen vatandaşların başvurularını değerlendirir ve bilimsel geçerliliği olan tedavi protokollerine göre tedavi ve eğitimlerinin yapılmasını sağlar. Bu poliklinikte hizmet sunacak hekimin "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında düzenlenen uzaktan ve yüz yüze eğitimi başarıyla tamamlamış olması ve katılım belgesine sahip olması gerekmektedir.



21.2. Sigara bırakma hizmetleri rehberlere uygun sunuluyor mu?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Sigara Bırakma Polikliniğinde görev yapan hekim, sigara bırakma hizmetlerini rehberlere uygun olarak sunar.

- Bilimsel geçerliliği olan tedavi protokollerine göre hastalara tedavi uygular, hastaları tıbbi yönden izler, tedavi seansları ile ilgili hastanın dosyasına gözlem notlarını kaydeder,
- Sigara bırakma sürecinde hastaya psiko-sosyal destek sağlar,
- Halk eğitimlerinde ve toplu yaşam alanlarında belirlenmiş program kapsamında çalışmalarda yer alır,
- İlde yürütülecek sigara bırakma kampanyalarına katkı sağlar.



Sigarayı bırakmak için ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı aracılığıyla randevu alan veya polikliniğe doğrudan başvuran kişilerin değerlendirilmesi kapsamında her başvuran için en az 20 dakika süre ayrılır.



Hastayla yapılan ilk görüşmede kişinin anamnezi alınır, Fagerstrom Bağımlılık Testi uygulanarak kişinin bağımlılık düzeyi belirlenir, fizik muayenesi yapılır ve tüm bulgular Tütün Bağımlılığı Tedavisi ve İzlem Sistemi'ne (TUBATİS) kaydedilir.

Yapılan karbonmonoksit ölçümü ve ihtiyaç duyulan diğer tetkiklerin değerlendirilmesi sonucunda kişinin psikososyal destek tedavisi ve uygun olgularda psikososyal destek tedavisine ilave farmakolojik tedavisi planlanır.

21.3. Tedavisi başlanan hastalar onam vermesi halinde ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı aracılığıyla izleniyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Tedavisi başlanan her hastanın onam vermesi halinde ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı aracılığıyla belli periyotlarda geri dönüş aramaları yapılarak izlemi sağlanır. ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı tarafından hasta için belirlenen sigara bırakma gününden sonraki 7. günde, 1.ayda, 2.ayda, 3.ayda, 6.ayda ve 12.ayda hasta aranır ve sigarayı bırakma süreci izlenir. Ayrıca Sigara Bırakma Polikliniği hekimi tarafından da ilk 15 günde en az bir kez, 3 aya kadar ayda1 kez, yılsonuna kadar 3 ayda bir 1 kez olacak şekilde yüz yüze görüşme için de çağrılır ve kişinin izlemi yapılır.



21.4. Hasta kayıtları düzenli tutuluyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Hastaların tüm bulguları Tütün Bağımlılığı Tedavisi ve İzlem Sistemi'ne (TUBATİS) kaydedilir. Başvurular ve sunulan hizmetlerle ilgili kayıt ve formlar düzenli olarak tutulmalıdır.

İzleme ve değerlendirme sırasında kullanılan bilgi sistemleri ve yazılı kayıtlar kontrol edilmelidir.



22. VEREM SAVAŞ DİSPANSERİ BİRİMİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR VEREM SAVAŞ DİSPANSERİ (VSD) BİRİMİ BULUNAN SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

22.1. VSD Biriminin ayrı bir girişi var mı?
(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

İlin ihtiyaçlarına göre Sağlıklı Hayat Merkezi içinde veya müstakil hizmet binalarında enfeksiyon kontrol önlemlerine dikkat edilmesi koşuluyla VSD Birimi planlanabilir. VSD biriminin girişi ayrı olmalıdır.

Birim için ayrılan kısma iki ayrı girişin olması tercih sebebidir. Bu sağlanamıyorsa; girişte mutlaka hasta tiriyağı yapılarak ve tüberküloz hastaları havalandırma hijyeni/izolasyonu sağlanması koşuluyla aynı girişi kullanabilirler.

22.2. Hasta kayıtları düzenli tutuluyor mu?
(Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi)

Birimde yapılan tüm işlemler (muayene, koruma tedavisi, TB hasta işlemleri, radyoloji vb.) Ulusal Tüberküloz Sistemine (UTS) de kayıt edilmelidir.

Bildirimi yapılan tüm TB hastalarına ulaşılarak dosya açılır. Öyküsü (semptomları, temas öyküsü, ek hastalıkları, aile öyküsü), fizik bulguları (kilo, boy ve vücut kitle indeksi) kaydedilir.

Hasta bilgileri elektronik kayıt sistemine de (UTS) girilir. UTS, web tabanlı bir program olup, tüm TB hastalarının kayıtları ve bildirimleri bu sistem üzerinden yürütülür.

Tüberküloz hastalarının dosyaları tam olarak doldurulmalıdır. Bu dosyalarda hasta iletişim bilgileri, gözetmen bilgileri, tedavi takipleri, temaslı kontrolleri, akciğer tüberkülozu olgularında bakteriyolojik incelemeler özellikle kontrol edilmelidir.

22.3. Uygun büyüklükte bekleme alanı var mı?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Birimde asgari 30 m² bekleme alanı olmalıdır. Bekleme alanında enfeksiyon kontrol önlemleri alınmalıdır.

Yeterli sayıda bekleme koltuğu bulunmalıdır. Bekleme koltuğu kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olmalıdır. Bekleme koltuğunda yırtılma, kırılma veya yıpranma olmamalıdır. Bekleme koltuğunun malzemesine göre boya, cila ve bakımı yapılmış olmalıdır.

22.4. Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

Yerler ve duvarların kaplanmasında imkanlar dahilinde yıkanabilir, kimyasal maddelere dayanıklı, mikrop vb. zararlı maddelerin tutunamayacağı düzgün yüzeyli malzemeler tercih edilmelidir. (örneğin epoksi boya, derz aralığı olmayan fayans vd. dayanıklı/uygun boya ve malzemeler kullanılmalıdır.)

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

22.5. Hastalar ve sağlık personeli için yeterli maske mevcut mu?
(Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi)

Kişisel koruyucu önlemler kapsamında VSD Biriminde TB şüpheli hastalar ve bulaştırıcı dönemdeki TB hastaları için tıbbi maske, sağlık personeli için solunum maskesi (N95/FFP3 vb.) bulunmalıdır.



22.6. Genel olarak VSD biriminin bakım ve temizliği uygun mu?

(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

VSD biriminin 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.

22.7. Çalışma ortamının havalandırma şartları uygun mu?

(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

Hasta ve personel tarafından aktif olarak kullanılan odalarda mutlaka havalandırma sağlanmalıdır. Hizmet odalarının ve çalışan personel konumlarının dikkate alınarak aktif (aspiratör vb. cihazlarla içerideki havanın dışarı atılması veya dışarıdan içeriye temiz hava akışının sağlanması) ve/veya pasif (kapı-pencere açılması gibi sürekli doğal havalandırmanın sağlanması) havalandırma yöntemleri birlikte kullanılarak birimde sürekli/kesintisiz çalışan bir havalandırma sistemi kurulmalıdır.

DGT Odası, PPD odası, poliklinikler, bekleme salonu, vb. gibi hastalar tarafından aktif olarak kullanımı olan her odanın penceresi olması gerekir.

22.8. Çalışma ortamının aydınlatma şartları uygun mu?

(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

Tüberküloz kontrol hizmetlerine ayrılan hizmet odaları güneş gören ve tam açılabilir camı olan odalarda konuşlandırılmalıdır. Tüberküloz basiline güneş görmeyen ortamlarda uzun süre canlı kalabilmesi sebebiyle bodrum katlarda ve güneş görmeyen odalara planlama yapılmamalıdır.

22.9. VSD Biriminde korumalı (kapaklı) ultraviyole (UV) lamba var mı?

(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

Tüberküloz enfeksiyon kontrolünün sağlanabilmesi için muayene, laboratuvar, röntgen odaları ve bekleme salonlarına binanın fiziki durumu ve havalandırma koşulları/hava akımı dikkate alınarak, UV lambaları (azami özellikleri ilgili şartnameye ve UV kullanım önerilerine uygun olmak kaydıyla) mutlaka takılmalıdır.

Ayrıca laboratuvar planlaması yapılan binalarda Ulusal Tüberküloz Referans Laboratuvarı tarafından yayımlanmış talimatlara uygun önlemler alınmış olmalıdır.



22.10. Ultraviyole (UV) lambalarının bakım ve kontrolü yapılıyor mu?

(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

UV lambaların takılma tarihi ve her ay alkolle temizlendiğini gösteren bakım çizelgesi kayıt altına alınmalıdır. UV lambaların etkinliği UV metre ile en az yılda bir kez ölçülmelidir.

22.11. Birimde görev yapan hekim/ hekimler "Verem Savaşı Sertifikalı Eğitimi"ni almış mı?

(Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi)

Birimde görev yapan hekimlerin "Verem Savaşı Sertifikalı Eğitimi" belgesi olup olmadığı sorgulanmalıdır. Sertifikaların birer örneği birimde özel bir dosyada saklanmalıdır. Eğitim almayanlar için gerekli başvurunun yapılması sağlanmalıdır.



22.12. Birimde görev yapan hemşire/ebe/ sağlık memuru "Sağlık Çalışanları Verem Savaş Eğitimi"ni almış mı?
(Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi)

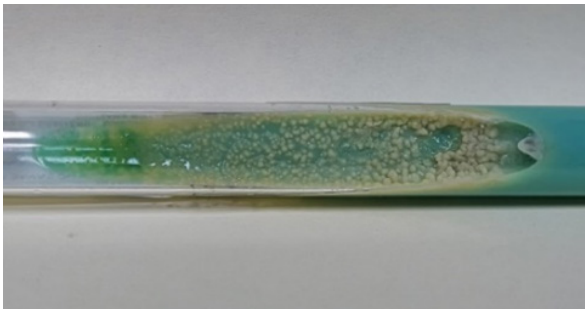
Birimde görev yapan hemşire, sağlık memuru ve ebelerin "Sağlık Çalışanları Verem Savaş Eğitimi" alıp almadığı sorgulanmalıdır. Katılım belgelerinin birer örneği birimde özel bir dosyada saklanmalıdır.

22.13. Birimde çalışanların sağlık taramaları (TB taraması ve çalışan sağlığı muayeneleri) düzenli yapılıyor mu?
(Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi)

Ülkemizde sağlık çalışanlarında TB insidansının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının işe giriş ve periyodik taramalarının yapılması ve sonuçların kaydı gereklidir. Taramada tüberkülin deri testi (TDT) yapılır, AC grafisi çekilir ve semptom sorgulaması yapılır.

22.14. Balgam ve kan numunelerinin toplandığı laboratuvar odası mevcut mu?
(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

Balgam örneği verme odası varsa (bahçeli VSD birimlerinde balgam açık havada çıkartılabileceğinden ihtiyaç olmayabilir); tüberküloz şüpheli kişinin veya hastanın balgamını çıkartması için kullanılacağından bu odada enfeksiyon kontrol önlemleri alınmalıdır (odanın UV lambalarının 24 saat çalıştırılması, tam açılabilir penceresinin olması, havalandırmasının bağımsız olması, temizlik ve bakımının düzenli yapılması vb.).



22.15. Balgam numuneleri için ayrı buzdolabı var mı?
(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

Balgam numunelerinin saklanması için ayrı bir buzdolabı olmalıdır.

22.16. Tüberküloz hastalarına Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulanıyor mu?
(Sağlık Bakanlığı'nın 2009/51 sayılı Genelgesi)

TB hastasının tedavisini düzenli olarak sürdürmek ve tamamlamak, tüberkülozun kontrolünde en önemli görevlerden birisidir. Tedavi başarı oranı, doğrudan gözetimli tedavi (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 yaklaşımıdır.

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 dispanserlerinde 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 gözetimine 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 dispanserinde kontrol edilmelidir.

22.17. İlaçlar uygun ortamda muhafaza ediliyor mu? (HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

Hazırlanan ilaçların kayıtları güncel olarak tutulmalıdır. Talepler yapılırken güncel depo mevcuduna dikkat edilmelidir. İlaçların tüketiminde "İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulacak Ürünler ile İlgili İyi Dağıtım ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu"nda yer alan "ilk giren ilk çıkar" ilkesine uygun hareket edilmelidir. Miadı dolmasına en yakın olan ilacın depodan ilk önce çıkışı yapılmalıdır.

İlaç deposu; VSD birimi personeli, hekimi, TSM sorumlu hekimi ve/veya müdürlüğün izleme-değerlendirme ekipleri tarafından düzenli olarak kontrol edilmelidir.

İlaçların, prospektüslerinde belirtilen kurallara uygun olarak; uygun oda sıcaklığında, güneş ışığı görmeyen, ısı ve nem takibinin yapıldığı (nem ölçer ve termometre bulunmalıdır) depolarda, mümkünse kilitli dolaplar içinde saklanmasına özen gösterilmelidir. İlaçların saklandığı koliler, yerle direkt temas halinde bulundurulmamalıdır. İlaç paketlerinin su

baskını vb. olumsuz koşullardan etkilenmemesi için koliler yerden en az 50 cm yükseklikte, tercihen yanmaz raflarda muhafaza edilmelidir.

22.18. Hasta başına en az 8 temaslı taraması yapılmış mı? (HSGM'nin 31/12/2019 tarihli ve 576 sayılı yazısı)

Temaslı; bulaştırıcı TB hastası ile aynı havayı paylaşan ve TB basiline maruz kalan kişidir. Temaslı muayenesinin amacı:

- Kaynak vakayı,
- Hastanın basil bulaştırdığı kişileri,
- Hasta ile aynı kaynaktan basil alıp hastalanmış kişileri belirlemektir.

Tüberküloz kontrolü ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün End TB (Tüberkülozu Bitirme) Hedefleri çerçevesinde ülkemizde ulaşılmaması gereken hedefler belirlenmiştir. Buna göre; hasta başına temaslı muayenesinde hedef 8 ve üzeri kişinin taranmasıdır.





22.19. Yeni tanı almış Tüberküloz hastalarının bildirim yapıyor mu?

(Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi)

Bildirim, kesin tanı konulmuş TB hastasının 24 saat içinde TSM/ ilçe sağlık müdürlüğüne Form 014 ile bildirilmesidir. Raporlama ise dispanserde kayıtlı TB hastasının bilgilerinin sürveyans açısından il sağlık müdürlüğü aracılığıyla Tüberküloz Daire Başkanlığı'na standart form ile ya da dijital ortamda iletilmesidir. TB, bildirim zorunlu A grubu bir hastalıktır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 113 ve 115. maddelerinde; TB hastalığından ölenlerin, hastalığa yakalandığı tespit edilenlerin ve başka bir bölgeye nakledilenlerin bildirimlerinin yapılması zorunlu tutulmuştur.

Bildirimde 014-Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu kullanılır. Bu formla sadece kesin olgular bildirilir. Bakteriyolojik tetkikler ile TB tanısı konulan ya da bakteriyolojik olarak doğrulanamasa bile klinisyen kararı ile TB tedavisi başlanan hasta kesin vakadır.

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.

BİLDİRİM ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR BİLDİRİM EKRANI

BİLDİRİM YAPAN KURUM		BİLDİRİM YAPAN KİŞİ	
İLİ	Sistemden alınacak	AD	Sistemden alınacak
İLÇESİ	Sistemden alınacak	SOYADI	Sistemden alınacak
KURUM ADI	Sistemden alınacak	ÜNVANI	Sistemden 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	BUCAK	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*	Mutiyane alınmazda girilen tanı kodu ve adı. Sistemden otomatik olarak getirilir.	ADRES TİPİ	Adres tipi seçin (1-6)
TANI KODU*	Mutiyane alınmazda girilen tanı kodu ve adı. Sistemden otomatik olarak getirilir.	İL	
VAKA TİPİ*	<input type="radio"/> Şüpheli Vaka <input type="radio"/> Olas Vaka <input type="radio"/> Kesin Vaka	İLÇE	
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ*	.../.../20...	BUCAK	
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

il genelinde TB tanısı konulan hastaların bildirim formları dosyalanmalı, bildirim defterine kayıtları yapılmalıdır.

22.20. Tüberküloz konusunda hizmet içi eğitim ve halk eğitimi yapıyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Tüberküloz hastalığı konusunda hasta ve temaslılarına eğitimler verilir. Verem Haftası ve Dünya Tüberküloz Günü etkinlikleri kapsamında halk eğitimleri düzenlenir, aile hekimlerine ve diğer sağlık personeline tüberküloz hakkında eğitim verilir veya verilmesi sağlanır.

22.21. Tüberkülozla ilgili güncel afiş, broşür ve rehberler mevcut mu?

(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 sayılı yazısı)

Tüberkülozla ilgili güncel afiş ve broşürler kullanılmalıdır. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi ile Verem (Tüberküloz) Bilgilendirme Rehberi ve Verem Hastalarının Hak ve Sorumlulukları kılavuzu bulunmalıdır.





Tüberküloz hizmetlerinin yürütülmesinde esas "Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi"dir. Bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının, tüberküloz hastalarına yaklaşımında, tanı ve tedavilerine ilişkin uygulamalarda; 'Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi'ne uyma zorunluluğu vardır.

TB tanısı konulan tüm hastalara verem savaş dispanserleri veya tanının konulduğu hastanede "Verem (Tüberküloz) Bilgilendirme Rehberi ve Verem Hastalarının Hak ve Sorumlulukları" kitapçığı verilmelidir.

22.22. Tüberkülin Deri Testi (TDT-PPD), BCG gibi test ve aşı solüsyonlarının saklandığı buzdolabında Aşı Takip Sistemi (ATS) kurulmuş mu?

(HSGM'nin 19/12/2019 tarihli ve 552 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.

TDT (PPD), BCG gibi test ve aşı solüsyonlarının saklandığı buzdolaplarında ATS (Aşı Takip Sistemi) kurulu olmalı ve Bakanlıkça belirlenen mevzuata uygun kullanılmalıdır.



22.23. 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.

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

22.24. Aylık ve yıllık raporlar (VSD 17, TUTSA, DGT Formu gibi) düzenli olarak hazırlanıyor ve gönderiliyor mu?

(Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi)

VSD 17, verem savaş dispanseri aylık çalışma formudur.

TUTSA, Türkiye Ulusal Tüberküloz Sürveyans Araştırmasıdır.

DGT izlem formu: Her ilaç içirmede DGT izlem formuna hasta ve gözetmen imzası atılır. Bu form, basit bir imza formu olmayıp hastanın tedavisinin düzenli sürdürüldüğünü gösteren en önemli belgedir. İleride tedavide çıkabilecek sorunlarda önemli bir tıbbi bilgi kaynağıdır.

Tüm formların bilgisayar ortamında ve/veya dosyalarda bulunduğu kontrol edilmelidir.

22.25. Faal röntgen cihazı mevcut mu?

(Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Md. 5)

Verem savaş dispanserlerinde radyolojik tanı



hizmetlerinde kullanılan cihazların, her türlü servis, bakım onarım, kalibrasyon, yedek parça, işçilik, yazılım güncelleme gibi iş ve işlemler "VSD Röntgen Cihazları Bakım Onarım İşlemleri ve TAEK Lisans Belgeleri" konulu resmi yazı kapsamında yürütülmelidir.



22.26. 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.



22.27. 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.

22.28. 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.



22.29. 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.

22.30. 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.



22.31. 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 yaptırılıp yaptırılmadığı sorgulanmalıdır. Gönderildiğine dair yazışmalar kontrol edilmelidir.

22.32. 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 bilgilendirme levhaları asılmış olmalıdır.





22.33. Radyasyon kaynağı ile 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.

22.34. Tüm tüberküloz hastalarının dosyaları süresiz olarak saklanıyor mu?

(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Tüberkülozlu hasta dosyaları, koruma dosyaları, tüberkülozlu hasta kayıt defteri ve ilaçla koruma defteri süresiz olarak birimde saklanır.





23. KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ (KETEM)

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR KETEM BİRİMİ BULUNAN SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

23.1. Kayıt birimi oluşturulmuş mu?
(THSK'nın 27.07.2015 tarihli ve 864 sayılı yazısı)

Kayıt birimi, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır. Kayıt biriminde KETEM'de verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır. Kayıt birimi görevlisi KETEM hizmet süreçleri, çalışma prosedürü ve çalışanlar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

23.2. Ulusal Kanser Tarama Programları hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?
(Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Md. 41, HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı, Meme, Serviks ve Kolorektal Kanser Tarama Programları Ulusal Standartları)

Merkez büyüklüğü ve donanımı göz önüne alınarak kanser tarama, danışmanlık ve eğitim faaliyetleri yürütülür. Bu faaliyetler için hedef nüfus göz önüne alınarak yıllık faaliyet planı hazırlanır. Hedef nüfusa yönelik; korunma ve erken tanı öncelikli olmak üzere grup ve birebir halk eğitimi çalışmaları yapılır.

Aile hekimlerince yönlendirilen bireyler dışında hedef nüfusun taramalara etkin katılımı için aktif çaba sergilenir. Doğrudan iletişim araçları ve medya yoluyla vatandaş hizmete yönlendirilir.

Danışmanlık hizmetleri KETEM de toplu halde verilmekte olup birebir danışma için ortalama süre 15 dakikadır.

Tarama sonucu kanser tespit edilen vatandaşların bilgilendirilmesi ve desteklenmesi sürecine yönelik gerekli hassasiyet gösterilmelidir. Faaliyetlerin yürütülmesi esnasında kişisel verilerin gizliliğine riayet edilir.

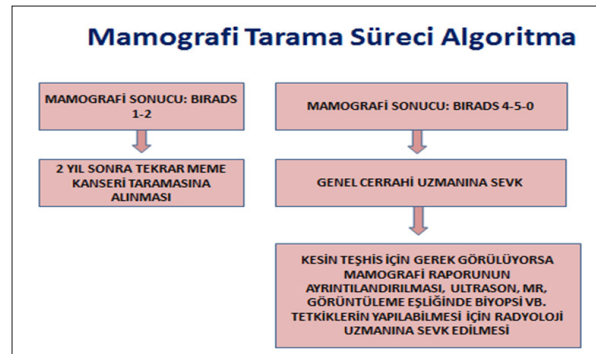
Gerektiğinde hasta ve hasta yakınlarına sosyal, ruhsal ve tıbbi konularda yönlendirme yapılır.

23.3. Faaliyet planı ve raporu mevcut mu?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

KETEM'in bir önceki yıl faaliyet raporu ve o dönem/yılda gerçekleştirilmesi gereken faaliyetleri içeren plan kontrol edilmelidir.

23.4. Mamografi cihazı mevcut değil ise meme kanseri taraması için yönlendirme yapılıyor mu?
(Meme Kanser Tarama Programı Ulusal 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.



SHM'ye 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 ve taramayı kabul eden kişiler belirlenen merkezlere gönderilmelidir.

23.5. 20 yaş üzeri kadınlara kendi kendine meme muayenesi danışmanlığı yapılıyor mu? (HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Meme kanseri, Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olup kadınlarda en sık rastlanan kanserdir. Meme kanserini erken evrede yakalayabilmek ve mortaliteyi azaltmak için 20 yaş üzeri kadınlarda kendi kendine meme muayenesi önem arz etmektedir.

SHM'ye başvuran tarama yaş aralığındaki kadınlara ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlık verilmeli ve hizmet verilen kişiler kayıt edilmelidir. Meme kanseri ve mamografi çekimi konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalı ve taramayı kabul eden kişiler belirlenen merkezlere gönderilmelidir.



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

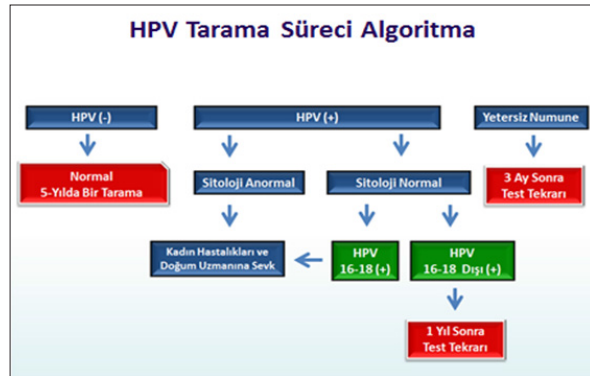




23.6. Serviks kanseri taraması için HPV-DNA/smear testi yapılıyor mu? (Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Tarama Standartları)

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.

SHM'ye 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.

23.7. HPV-DNA veya Pap-smear testi için numune almak amacıyla ayrı bir oda düzenlenmiş mi?
(HSGM'nin 01/11/2017 tarihli ve 1286 sayılı yazısı)

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.



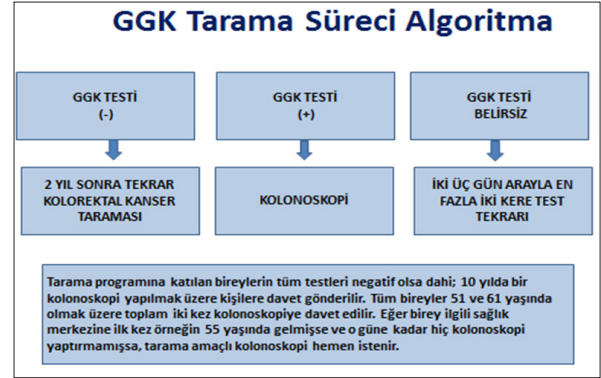
23.8. Kolorektal kanser taraması için Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT) yapılıyor mu?
(Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları)

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. SHM'ye 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.



23.9. Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

Kanser taramaları Bakanlıkça belirlenen sağlık bilgi sistemine kaydedilmeli ve kişisel verilerin gizliliğine azami dikkat edilmelidir.

23.10. Uygulanacak girişimler için kişilere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılıyor mu?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

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.

23.11. Faal mamografi cihazı mevcut mu?
(HSGM'nin 14/02/2020 tarihli ve 255 sayılı yazısı)

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. Mamografi çekimi için mevcut olan cihaz çalışır durumda olmalıdır.



23.12. Mamografi 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.

23.13. Mamografi cihazının bakım, onarım ve kalibrasyonu 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 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.



23.14. 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.

23.15. 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.



23.16. 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.

23.17. 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.



23.18. 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 yaptırılıp yaptırılmadığı sorgulanmalıdır. Gönderildiğine dair yazışmalar kontrol edilmelidir.

23.19. 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 bilgilendirme levhaları asılmış olmalıdır.



23.20. 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.

23.21. Mamografi odasının uygun havalandırması ve kurşunlaması var mı?

(Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği)

Mamografi cihazının modeline göre optimal çalışma sıcaklığının sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilmelidir.

Mamografi çekim odasında bulunan havalandırma sistemi çalıştırılarak faal olup olmadığı kontrol edilmelidir.





24. LABORATUVAR HİZMETLERİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR LABORATUVAR HİZMETLERİ SUNULAN SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNDE SORGULANACAKTIR.

24.1. 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.



24.2. 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.

24.3. 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.





25. GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

BU BÖLÜMDEKİ SORULAR LABORATUVAR HİZMETLERİ SUNULAN SAĞLIKLI HAYAT 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)

Merkezlerde 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 yaptırılıyor



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 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.





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

FORMU

Sağlıklı Hayat Merkezi Adı

ÇKYS Kodu

Tarih



GENEL BİLGİLER

TARİH	
İL/İLÇE	
ÇKYS KODU	
SHM ADI	
ADRES	
TELEFON	
E-POSTA ADRESİ	
BİNA MÜLKİYETİ	
SHM SORUMLUSU	

PERSONEL SAYILARI

Uzman Tabip		Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı)	
Tabip		Sağlık Memuru (Laboratuvar)	
Diş Tabibi		Sağlık Memuru (Röntgen)	
Psikolog		Tıbbi Sekreter	
Sosyal Çalışmacı		Vaka Koordinatörü	
Diyetisyen		VHKİ	
Çocuk Gelişimci		Hizmetli	
Fizyoterapist		Şoför	
Hemşire		Diğer Personel (Unvan belirtilmelidir)	
Ebe			





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.	Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10.	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 küpeşterleri 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.	Sorumlu hekim belirlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.	Sorumlu hekim tarafından SHM'de görevli personelin mesaiye riayetleri kontrol ediliyor mu?	<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.	KAYIT VE BEKLEME ALANI	Evet	Hayır
5.1.	Bina girişinde kayıt ve danışma birimi oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.	Uygun büyüklükte bekleme alanı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.	Bekleme alanlarında yeterli sayıda bekleme koltuğu var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.	Hasta bilgilendirme ekranlarında tanıtıcı sunum/video vb. gösterimi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.	Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.	Genel olarak SHM'nin bakım ve temizliği uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7.	Sıcaklık 18-27 °C arasında mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8.	Havalandırma şartları uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9.	Aydınlatma şartları uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.	Gerekli yönlendirme ve uyarı işaretleri uygun bir biçimde konumlandırılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5.	KAYIT VE BEKLEME ALANI	Evet	Hayır
5.11.	Bakanlıkça gönderilen afişler görünür şekilde panoya asılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.	Oda tabelaları mevzuata uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13.	Yeterli sayıda evsel atık kutusu mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14.	Dilek ve öneri kutusu ile malzemeler (kağıt, kalem) mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15.	Yeterli sayıda el antiseptiği mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.16.	Hizmet sunumunda öncelikli gruplara yönelik uyarıcı yazılar mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.17.	Tekerlekli sandalye mevcut ve faal mi?	<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.	BEBEK BAKIM VE EMZİRME ODASI	Evet	Hayır
10.1.	Bebek bakım ve emzirme odası veya alanı oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2.	Bebek bakım ve emzirme odasında lavabo var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3.	Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli malzemeler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4.	Bebek bakım ve emzirme odasında gerekli hijyen önlemleri alınmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5.	Bebek bakım ve emzirme odasında emzirmeye yönelik afiş ve broşürler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	EĞİTİM VE TOPLANTI SALONU	Evet	Hayır
11.1.	Uygun oturma düzeni sağlanmış bir eğitim salonu var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2.	Eğitim için gerekli malzemeler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.	ACİL MÜDAHALE, ENJEKSİYON VE PANSUMAN HİZMETLERİ	Evet	Hayır
12.1.	Müdahale odası hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2.	Lavabo var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3.	El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4.	Aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5.	Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



12.	ACIL MÜDAHALE, ENJEKSİYON VE PANSUMAN HİZMETLERİ	Evet	Hayır
12.6.	Acil müdahale seti mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7.	Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8.	Aspiratör mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.9.	Defibrilatör mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.10.	EKG cihazı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.11.	Negatoskop mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.12.	Pansuman seti mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.13.	Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.14.	Kesici-delici atık kabı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.15.	İlaç ve malzeme dolabı mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.16.	İlaçların miat ve stoklarının listesi mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.17.	İlaçlar ve sarf malzemeler uygun şartlarda saklanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.18.	Sterilizatör mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.19.	Tromel mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.20.	Tıbbi müdahale için kullanılan malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.21.	Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonları yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.	BESLENME DANIŞMANLIĞI	Evet	Hayır
13.1.	Beslenme Danışmanlığı hizmeti sunuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2.	Beden Kütle İndeksi (BKİ) ve Antropometrik ölçümler için gerekli araç-gereç var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3.	Beslenme danışmanlığı hizmetini alan bireylerden gerekli tetkikler (öykü, fizik muayene, laboratuvar vb.) istenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4.	Başvuranlarla ilgili kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5.	Beslenme Danışmanlığı ile ilgili bilgilendirme materyalleri (eğitim rehberi, kitap, afiş, broşür vb.) güncel ve yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6.	Sağlıklı Beslenme Mutfağı mevcut ve aktif mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7.	Kişiyi özel beslenme programı listesi oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8.	Sağlıklı Beslenme Mutfağı mevcut değilse sözel olarak bireylere gıda ve yiyecekleri temsil eden görsel örnekler aracılığıyla anlatılması, besinlerin hazırlanması, saklanması, menü örnekleri ve pişirme ilkeleri hakkında bilgi verilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14.	FİZİKSEL AKTİVİTE DANIŞMANLIĞI	Evet	Hayır
14.1.	Fiziksel aktiviteye ihtiyacı olan bireylere yönelik fiziksel aktivite programı yürütülüyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2.	Bay/bayan fiziksel aktivite/egzersiz salonu mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3.	Bay/bayan soyunma odası mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4.	Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	KRONİK HASTALIKLARDA DANIŞMANLIK	Evet	Hayır
15.1.	Kronik hastalıklarda danışmanlık hizmeti sunuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2.	Diyabetli bireylere eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3.	Kronik hastalık yönetimi ile ilgili bilgilendirme materyalleri (eğitim rehberi, kitap, afiş, broşür vb.) güncel ve yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4.	Sağlıklı yaşlanma danışmanlığı hizmetleri yürütülüyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5.	Sağlık okuryazarlığı danışmanlığı hizmetleri yürütülüyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI	Evet	Hayır
16.1.	Üreme sağlığına yönelik danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2.	Üreme Sağlığı Polikliniği mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3.	Gebeliği önleyici rahim içi araç (RİA) uygulaması yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4.	Jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti ve diğer malzemeler mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5.	RİA Uygulama Eğitim Merkezi var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6.	Hasta mahremiyeti sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.7.	Gebeliği önleyici rahim içi araç (RİA) uygulaması ve sonrasında enfeksiyon önleme basamaklarına uyuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.8.	Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.9.	Gebe bilgilendirme sınıfı oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.10.	Gebe bilgilendirme sınıfında gerekli malzeme, araç-gereç ve eğitim materyali mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.11.	Gebe bilgilendirme sınıfı eğitim programı panoya asılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.12.	Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	PSİKOSOSYAL DANIŞMANLIK	Evet	Hayır
17.1.	Çalışan personel Psikososyal Destek Uygulayıcı Programı Eğitimi almış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2.	Psikososyal destek personelinin kendine ait bir odası var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17.	PSİKOSOSYAL DANIŞMANLIK	Evet	Hayır
17.3.	Çalışan personel Davranışsal Bağımlılıklarla Mücadele Programı Danışmanlık Rehberi kapsamında danışan takip ediyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4.	0-18 yaş arası tipik/atipik gelişim gösteren veya risk altında olan çocuklar ve ailelerine gelişim değerlendirme, izlem ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.5.	Hizmet bölgesinde bulunan okulların rehberlik servisleri ile işbirliği yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.6.	Sigara alkol ve uyuşturucu madde kullananlara ve yakınlarına psikososyal destek/danışmanlık hizmeti sunuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.7.	Uyuşturucu bağımlılığına yönelik danışmanlık alan kişilerin takip görüşmeleri yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.8.	Uyuşturucu bağımlılığına yönelik danışmanlık alan kişilerin aileleri ile süreç hakkında görüşmeler yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.9.	Psikososyal destek haritası/rehberi hazırlanmış ve güncelleniyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.10.	Aylık vaka değerlendirme toplantıları yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.11.	Danışan kayıtları düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.12.	Hasta kayıtlarının mevzuat çerçevesinde gizliliği sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ	Evet	Hayır
18.1.	Okul sağlığı çalışmaları kapsamında bölgedeki okulların değerlendirilmesi için plan hazırlanmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.2.	Plana uygun okul değerlendirmeleri yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.3.	Bölgedeki ilköğretim 1. sınıfların iştirme taramalarını gerçekleştirmek için planlama yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.4.	Plana uygun olarak öğrencilerin iştirme taraması yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	BULAŞICI HASTALIKLAR VE BAĞIŞIKLAMA BİRİMİ	Evet	Hayır
19.1.	Bulaşıcı hastalıklar ve korunma konularında eğitim ve danışmanlık hizmeti sunuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2.	Gerekli durumlarda saha inceleme ve salgın inceleme çalışmaları yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3.	Belli yaş ve nüfus gruplarına (hac ve umre, tarım işçileri, göçmenler vb) yönelik aşılama çalışmaları İSM/TSM/ASM işbirliği içerisinde yürütülüyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4.	Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirimi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.5.	Aşı dolabı (sadece aşılarda ve antiserumlar için) mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.6.	Aşı dolabı uygun konumlandırılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



19.	BULAŞICI HASTALIKLAR VE BAĞIŞIKLAMA BİRİMİ	Evet	Hayır
19.7.	Aşılar, aşı dolabına donmaya karşı hassasiyetlerine göre yerleştirilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.8.	Açılan çoklu aşı flakonlarına açılış tarih ve saati yazılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.9.	Aşılarda son kullanma tarihi ve aşı flakon izlemcisi kontrolü yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.10.	Aşı dolabına Aşı Takip Sistemi (ATS) kurulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.11.	Karekod okuyucu mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.12.	Aşı uygulamadan önce ATS'den onay alınıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.13.	Aşı dolabında bulunan aşı ile ATS stok miktarı birbirini tutuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.14.	Aşı dolabının üzerindeki ısı izlem çizelgesi düzenli dolduruluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.15.	Aşı dolabının üzerinde acil durum planı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.16.	Aşı nakil kabı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.17.	Yeterli miktarda kullanıma hazır buz aküsü mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.18.	Soğuk zincir sorumlusu belirlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.19.	Soğuk zincir kırılması yaşandığı takdirde bildirim yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.20.	Bağışıklama programı veya kampanyalar kapsamında ihtiyaç duyulan aşilar İlçe SM/TSM tarafından ulaştırılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI	Evet	Hayır
20.1.	Diş ünitesi mevcut ve faal mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2.	Koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3.	Koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.4.	Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ (Sigara bırakma polikliniği bulunan SHM'lerde sorgulanacaktır.)	Evet	Hayır
21.1.	Sigara Bırakma Polikliniğinde görev yapan hekim/hekimler "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında eğitim almış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2.	Sigara bıraktırma hizmetleri rehberlere uygun sunuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3.	Tedavisi başlanan hastalar onam vermesi halinde ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı aracılığıyla izleniyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4.	Hasta kayıtları düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22.	VEREM SAVAŞ DİSPANSERİ BİRİMİ (Verem savaş dispanseri (VSD) birimi bulunan SHM'lerde sorgulanacaktır.)	Evet	Hayır
22.1.	VSD Biriminin ayrı bir girişi var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.	Hasta kayıtları düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3.	Uygun büyüklükte bekleme alanı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.4.	Zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.5.	Hastalar ve sağlık personeli için yeterli maske mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.6.	Genel olarak VSD birimin bakım ve temizliği uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.7.	Çalışma ortamının havalandırma şartları uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.8.	Çalışma ortamının aydınlatma şartları uygun mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.9.	VSD Biriminde korumalı (kapaklı) ultraviyole (UV) lamba var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.10.	Ultraviyole (UV) lambalarının bakım ve kontrolü yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.11.	Birimde görev yapan hekim/hekimler "Verem Savaşı Sertifikalı Eğitim"ni almış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.12.	Birimde görev yapan hemşire/ebe/sağlık memuru "Sağlık Çalışanları Verem Savaşı Eğitimi"ni almış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.13.	Birimde çalışanların sağlık taramaları (TB taraması ve çalışan sağlığı muayeneleri) düzenli yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.14.	Balgam ve kan numunelerinin toplandığı laboratuvar odası mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.15.	Balgam numuneleri için ayrı buzdolabı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.16.	Tüberküloz hastalarına Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.17.	İlaçlar uygun ortamda muhafaza ediliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.18.	Hasta başına en az 8 temaslı taraması yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.19.	Yeni tanı almış tüberküloz hastalarının bildirimini yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.20.	Tüberküloz konusunda hizmet içi eğitim ve halk eğitimi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.21.	Tüberkülozla ilgili güncel afiş, broşür ve rehberler mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.22.	Tüberkülin Deri Testi (TDT-PPD), BCG gibi test ve aşı solüsyonlarının saklandığı buzdolabında Aşı Takip Sistemi (ATS) kurulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.23.	Aşı dolabında bulunan aşı ile ATS stok miktarı birbirini tutuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.24.	Aylık ve yıllık raporlar (VSD 17, TUTSA, DGT Formu gibi) düzenli olarak hazırlanıyor ve gönderiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.25.	Faal röntgen cihazı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.26.	Röntgen cihazının TAEK lisansı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.27.	Röntgen teknisyenleri koruyucu giysi ve teçhizat kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



22.	VEREM SAVAŞ DISPANSERİ BİRİMİ (Verem savaş dispanseri (VSD) birimi bulunan SHM'lerde sorgulanacaktır.)	Evet	Hayır
22.28.	Koruyucu giysi ve teçhizat uygun şartlarda muhafaza ediliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.29.	Koruyucu giysi ve teçhizatın sızdırmazlık testleri düzenli olarak yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.30.	Röntgen teknisyenleri kişisel dozimetre kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.31.	Kişisel dozimetrelerin ölçümleri düzenli olarak yaptırılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.32.	Radyasyon güvenliğine yönelik uyarı levha ve işaretleri mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.33.	Radyasyon kaynağı ile çalışanların sağlık taramaları düzenli olarak yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.34.	Tüm tüberküloz hastalarının dosyaları süresiz olarak saklanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.	KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ (KETEM) (KETEM birimi bulunan SHM'lerde sorgulanacaktır.)	Evet	Hayır
23.1.	Kayıt birimi oluşturulmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2.	Ulusal Kanser Tarama Programları hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3.	Faaliyet planı ve raporu mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4.	Mamografi cihazı mevcut değilse meme kanseri taraması için yönlendirme yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.5.	20 yaş üzeri kadınlara kendi kendine meme muayenesi danışmanlığı yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.6.	Serviks kanseri taraması için HPV-DNA/smear testi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.7.	HPV-DNA veya Pap-smear testi için numune almak amacıyla ayrı bir oda düzenlenmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.8.	Kolorektal kanser taraması için Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT) yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.9.	Kayıtlar düzenli tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.10.	Uygulanacak girişimler için kişilere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.11.	Faal mamografi cihazı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.12.	Mamografi cihazının TAEK lisansı mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.13.	Mamografi cihazının bakım, onarım ve kalibrasyonu yapılmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.14.	Röntgen teknisyenleri koruyucu giysi ve teçhizat kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.15.	Koruyucu giysi ve teçhizat uygun şartlarda muhafaza ediliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.16.	Koruyucu giysi ve teçhizatın sızdırmazlık testleri düzenli olarak yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



23.	KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ (KETEM) (KETEM birimi bulunan SHM'lerde sorgulanacaktır.)	Evet	Hayır
23.17.	Röntgen teknisyenleri kişisel dozimetre kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.18.	Kişisel dozimetrelerin ölçümleri düzenli olarak yaptırılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.19.	Radyasyon güvenliğine yönelik uyarı levha ve işaretleri mevcut mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.20.	Çalışanların sağlık taramaları düzenli olarak yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.21.	Mamografi odasının uygun havalandırması ve kurşunlaması var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.	LABORATUVAR HİZMETLERİ (Laboratuvar hizmetleri sunulan SHM'lerde sorgulanacaktır.)	Evet	Hayır
24.1.	Laboratuvar hizmeti sunulan alanların fiziki şartları yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.2.	Numune kabul ve test sonuçları ile ilgili kayıtlar tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.3.	Tıbbi cihazların envanteri güncel olarak tutuluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ (Görüntüleme hizmetleri sunulan SHM'lerde sorgulanacaktır.)	Evet	Hayır
25.1.	Faal 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"/>



AÇIKLAMALAR

(SHM İzleme ve Değerlendirme Rehberinde belirtilen hususlarla ilgili tespit edilen değerlendirmeler soru kodu ile belirtilmelidir.)



MERKEZE ÖZEL TESPİTLER

(SHM 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

Sağlıklı Hayat 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