

Sıra no	EK-1 HİZMET KALİTESİ STANDARTLARI	Puan	Evet	Hayır	Değerlen dirme dışı
	POLİKLİNİK HİZMETLERİ				
1	Hasta kayıt birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
1.1	Hasta kayıt birimi, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır.	4			
1.2	Hasta kayıt biriminin, her yönden kolayca fark edilebilir ve okunabilir bir tabelası olmalıdır.	4			
1.3	Hasta kayıt birimi, hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde üstü ve etrafı açık (camekan veya benzeri bir bariyerin olmadığı) masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda olmalıdır.	8			
1.4	Hasta kayıt biriminde hastanede verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır.	2			
1.5	Hasta kayıt birimine ilişkin alanlarda yeterli oturma grupları bulunmalıdır.	4			
1.6	Yaşlılar ve engelli vatandaşların öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	4			
1.7	Hasta kayıt biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.	8			
1.8	Hasta kayıt birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmelidir.	4			
1.9	Yaşlılar, engelli vatandaşlar ve sağlık çalışanlarının işlemlerinin öncelikli olarak yapılmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	4			
1.10	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması) hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.	6			

2	Danışma birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
2.1	Danışma, poliklinik alanında, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve gerekli donanımına sahip olmalıdır.	4			
2.2	Danışma biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.	8			
2.3	Danışma birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmelidir.	4			
2.4	Güncel kurum bilgi rehberi (kurum krokisi, sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) danışma biriminde bulundurulmalıdır.	4			
2.5	Danışma görevlileri diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.	6			
3	Hastane, karşılama ve yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunulmalıdır.				
3.1	Poliklinik bekleme alanlarında hastaneye başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen sayıda oturma grupları olmalıdır.	6			
3.2	Poliklinik bekleme alanları dışındaki (röntgen, kan alma ünitesi, servisler vb.) bekleme alanlarında hasta ve yakınları için oturma grupları bulunmalıdır.	4			
3.3	Hastane ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.	4			
3.4	Yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.	4			
3.5	Karşılama ve yönlendirme hizmetleri için görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.	8			
3.6	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevliye uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler konularında hizmet içi eğitim verilmelidir.	6			
3.7	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevli diğer personelden ayırt edilebilen kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.	6			
3.8	Poliklinik girişleri, kat girişleri ve asansör çıkışları karşısında okunabilir boyutta ve ayırt edilebilir renklerde hastane krokileri bulundurulmalıdır.	4			
3.9	Hastane sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmalıdır (web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi).	6			
3.10	Engelliler için düzenlemeler yapılmış olmalıdır (asansörlerde, hastane içi dışı rampalar, engelli tuvaletleri, otopark, vb.).	6			

3.11	Engellilere tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulundurulmalıdır.	4			
3.12	Hastaların hizmet aldığı bölümler(laboratuvar, görüntüleme, kat sekreterliği, numune verme, sonuç verme yerleri, vb) camekan veya benzeri bariyerin olmadığı bir tasarımda olmalıdır.	8			
4	Poliklinik hizmetleri belirlenen sürede verilmelidir.				
4.1	Doktorlar belirlenen poliklinik çalışma saatlerine riayet etmelidir.	6			
4.2	Hasta kayıt biriminde hastanın gün içinde muayene olacağı zaman dilimi belirlenmelidir. Belirlenen zaman dilimi saatlik (en fazla 1 saat) olarak düzenlenmelidir.	12			
4.3	Yaşlılar, engelli vatandaşlar ile sağlık çalışanları için muayene önceliği sağlanmalıdır.	6			
4.4	Kan alma birimlerinde hasta bekleme süreleri Bakanlıkça belirlenen sürelerde olmalıdır.	8			

5	Polikliniklerde hasta mahremiyetine yeterince önem verilmelidir.				
5.1	Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.	4			
5.2	Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.	2			
5.3	Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.	2			
6	Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.				
6.1	Hekim seçme logosu hastane girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.	2			
6.2	Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorlarının listesi ve doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.	6			
6.3	Her klinisyene en az bir muayene odası tahsis edilmelidir.	6			
7	Doktor odaları (muayene odaları) gereken şartları karşılamalıdır.				
7.1	Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.	4			
7.2	Doktorun hastalarını kabul ve muayene edebileceği uygun niteliklere sahip olmalıdır.	6			
7.3	Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.	4			

7.4	Her doktor odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmalıdır.	8			
7.5	Her poliklinikte muayene olacak hastaların ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.	10			
7.6	Her kadın hastalıkları ve doğum poliklinik odası için bir ultrasonografi cihazı tahsis edilmelidir.	8			
7.7	Doktor, hastaların laboratuvar sonuçlarını poliklinikten görebilmelidir.	4			
7.8	Hastaların yazılı olarak laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	4			
7.9	Poliklinik odaları doktor ile hastanın karşılıklı olarak oturabileceği bir düzenlemeye sahip olmalıdır.	4			
8	Hastane, bebek bakımı ve emzirme odası ile ilgili düzenlemelere sahip olmalıdır.				
8.1	Polikliniklerde bebek bakım ve emzirme odası olmalıdır.	4			
8.2	Emzirme odasında masa ve oturma grubu olmalıdır.	4			
8.3	Emzirme odasında emzirme afiş ve broşürü olmalıdır.	2			
8.4	Emzirme odasında alt değiştirme yeri mevcut olmalıdır.	2			
8.5	Kadın doğum servisinde ve emzirme odasında doğru ve yanlış emzirme resimleri olmalıdır.	2			
8.6	“Anne Sütü ve Emzirme” eğitimleri ilgili doktor ve hemşirelerin yıllık hizmet içi eğitim planlarında yer almalıdır.	4			
8.7	Emzirme Odasında Lavabo olmalıdır.	6			

	LABORATUAR HİZMETLERİ				
9	Laboratuvarlar hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
9.1	Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.	8			
9.2	Numunelerin alındığı tarih ve saat ile aynı numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat kayıt altına alınmalıdır.	4			
9.3	Çalışılan tüm testlerin internal kalite kontrolü yapılmalıdır.	6			
9.4	External kalite kontrolleri yapılmalıdır(External kalite kontrolü yapılabilen testler için).	8			
9.5	External kalite kontrol sonuç raporları değerlendirilerek uygunsuz sonuç var ise düzeltici önleyici çalışmalar yapılmalıdır.	10			
9.6	Numunelerin toplanması ve güvenli transferine ilişkin talimat bulunmalıdır.	6			
9.7	Kan alma üniteleri ve laboratuvarında uygun tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.	2			
9.8	Çalışılan parametrelerin panik değer listesi bulunmalıdır.	4			
9.9	Panik değer bildirim talimatı bulunmalıdır.	6			
9.10	Tahlil/tetik sonuçları belirlenen sürelerde verilmelidir (Acil testler tanımlanmalı ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmalıdır).	8			
9.11	Kit verimlilik hesaplaması yapılmalıdır.	6			
9.12	Laboratuvar cihazlarının yönetimine ilişkin talimat bulunmalıdır.	8			
9.13	Buzdolaplarının kalibre edilmiş termometreler aracılığıyla ısı takipleri yapılmalıdır.	2			
9.14	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları bulunmalı ve uygulanmalıdır.	4			
9.15	Laboratuvar bölümlerinde (Eliza, Biyokimya, Hormon vb.) çalışan personele çalışacağı cihazın kullanımı ve testlerin çalışması ile ilgili eğitim verilmelidir.	6			
9.16	Laboratuvarların tüm süreçlerine ilişkin işleşiş prosedürü bulunmalıdır.	8			

9.17	Laboratuvar güvenlik prosedürü bulunmalıdır.	8			
9.18	Hastanede hasta başı test cihazlarının (POCT) kalite kontrol işlemleri yapılarak sonuçları değerlendirilmelidir.	10			
9.19	Laboratuvarlarda kullanılan kitlerin ve sarf malzemelerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.	6			
	GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ				
10	Tetkik sonuçları (CT, MR ve ultrason vb.) için süreç tanımlanmalıdır.				
10.1	CT raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.	4			
10.2	MR raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.	4			
10.3	Ultrasonografi raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.	4			
10.4	CT görüntüleme randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			
10.5	MR görüntüleme randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			

10.6	EKO randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			
10.7	Ultrasonografi randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			
10.8	EEG randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			
10.9	EMG randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			
10.10	Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.	4			
10.11	Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.	4			
10.12	Tüm görüntüleme cihazlarının bakım ve kalibrasyonları bir plan dahilinde yapılmalıdır.	6			
10.13	Tekrar edilen çekim sayıları tespit edilerek, düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır.	6			
11	Radyoloji ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.				
11.1	Radyoloji ünitesinde çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır.	6			
11.2	Radyoloji ünitesinde çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır.	8			
11.3	Radyoloji ünitesinde bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte olmalıdır.	4			
11.4	Radyoloji ünitesinin TAEK lisansı olmalıdır.	4			
11.5	Radyasyon denetimli alanlarda görev yapanların hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.	6			
11.6	Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.	2			

12	Kateter laboratuvarının (koroner anjiyografi ünitesi) hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.				
12.1	Kateter laboratuvarında çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır.	4			
12.2	Kateter laboratuvarında çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır.	4			
12.3	Kateter laboratuvarında bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte olmalıdır.	8			
12.4	Kateter laboratuvarının TAEK lisansı olmalıdır.	4			
12.5	Radyasyon denetimli alanlarda görev yapanların hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.	4			
12.6	Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.	4			
12.7	Girişimsel işlem öncesi kimlik doğrulama yapılmalıdır.	4			
12.8	Girişimsel işlem uygulanacak olan hastanın onayı alınmalı ve onam formu olmalıdır.	4			
12.9	Kateter laboratuvarı temizliği ve sterilizasyonu ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	4			
12.10	Laboratuvarda kullanılan malzemelerin kullanım sonrası bakım ve sterilizasyona hazırlanması ve sterilizasyonu ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	4			
12.11	Kateter laboratuvarına giriş sterilizasyon şartlarına uygun olmalıdır.	4			
12.12	Cihazların bakım ve kalibrasyonu düzenli olarak yaptırılmalı ve kayıtları saklanmalıdır.	6			

AMELİYATHANE HİZMETLERİ					
13	Ameliyathane hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
13.1	Ameliyathanedeki tüm süreçlerin işleyişine ilişkin prosedür bulunmalıdır.	10			
13.2	Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.	6			
13.3	Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.	8			
13.4	Ameliyathane salonu ve yan hacimlerinin bulunduğu steril alanlarında, pencere ve kapılar dış ortama açılmamalı ve bu alanlarda tuvalet bulunmamalıdır.	8			
13.5	Steril, yarı steril alan ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir.	6			
13.6	Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepa filtre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	10			
13.7	Ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizler, elektrik kesintisinde jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak üzere UPS'lerle (eksternal veya internal) beslenmelidir.	8			
13.8	UPS'lerin düzenli olarak bakım ve kontrolü yapılmalıdır.	8			
13.9	Ameliyathanede tıbbi atıklar ve çöpler ayrı şekilde toplanmalı ve depolanmalıdır.	4			
13.10	Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri bekleme alanları bulunmalıdır.	8			
13.11	Ameliyathanede kullanılan tüm ilaçların ve anestezi ajanlarının kritik stok seviyeleri ve miad takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.	10			
13.12	Ameliyathanede kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miad takipleri yapılmalıdır.	6			

KLİNİKLER					
14	Kliniklerde Kardiy Pulmoner Resüsitasyon uygulaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	10			
15	Acil ilaç arabalarında bulunması gereken ilaçların ve miktarlarının bir listesi olmalı, düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.	8			
16	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar için güvenlik düzenlemeleri yapılmalıdır.				
16.1	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.	4			
16.2	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslim kayıtları doğrulanarak yapılmalıdır.	6			
17	Klinik/Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır.				
17.1	Klinikte yer alan tüm tuvalet ve banyoların temizlikleri düzenli olarak kontrol edilmeli ve temizliklerinin yapıldığına dair kontrol çizelgeleri olmalıdır.	4			
17.2	Lavabo, tuvalet ve banyolarda sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu gibi materyal bulundurulmalıdır.	8			

18	Hasta odaları hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
18.1	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. Hasta başı paneli bulunmayan odalarda iki hasta yatağı başına bir adet düşecek şekilde seyyar gaz tüpleri bulundurulmalıdır.	8			
18.2	Hasta odalarında lavabo bulunmalıdır.	8			
18.3	Hasta odalarında banyo ve tuvalet bulunmalıdır.	10			
18.4	Klinik/servislerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalıdır.	8			
18.5	Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb.) bulunmalıdır.	4			
18.6	Yatakbaşı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.	8			
18.7	Boş yataklar her an kullanıma hazır şekilde bulundurulmalıdır.	4			
18.8	Hastane yataklarının kullanımı (hasta yatışları) ile ilgili bir prosedür olmalıdır.	10			
19	Refakatçi ve hasta yakınları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.				
19.1	Refakatçilerin hasta odalarında istirahat edebilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	6			
19.2	Hasta ziyaretlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	4			

20	Hasta ve yakınlarının eğitimine dair bir sistem oluşturulmalıdır.				
20.1	Hastalara, tedavi sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacakları ilaçlar, beslenmeleri, egzersizleri gibi dikkat etmeleri gereken konular hakkında eğitim verilmelidir.	6			
20.2	Hasta eğitimlerini organize etmek için bir ekip oluşturulmalıdır.	4			
21	Servis/clinige yatan sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi (broşür, afiş, yüz yüze eğitim vb.) uygulanmalıdır.	10			
22	Kliniklerdeki tıbbi cihazların (defibrilatör, EKG, tansiyon aleti, vb.) kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.	10			
	YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ				
23	Yoğun bakım üniteleri hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
23.1	Yoğun bakım süreçlerine ilişkin işleyiş prosedürü hazırlanmalıdır.	10			
23.2	Yoğun bakım üniteleri için hasta kabul kriterleri tanımlanmış olmalıdır.	6			
23.3	Yatak başı tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli çalışır durumda olmalıdır.	6			
23.4	Yoğun bakım ünitesindeki teşhis, tedavi, müdahale, ölçme ve izleme cihazları (ventilatörler, monitörler, defibrilatörler vb.) için bakım ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.	8			
23.5	Yoğun bakım üniteleri, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.	8			
23.6	Yoğun bakım ünitelerinde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	10			
23.7	Yoğun bakım ünitelerinde tüm yüzeyler kolay silinebilir, dezenfekte edilebilir ve bakteri tutmayan nitelikte olmalıdır.	8			
23.8	Yoğun bakım üniteleri, hastaların görevli sağlık personeli tarafından sürekli gözetim ve izlenmesine uygun olarak düzenlenmelidir.	6			

23.9	Yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler (perde, paravan) bulunmalıdır.	6			
23.10	Hasta yakınları için uygun şartları taşıyan bekleme alanları bulunmalıdır.	6			
23.11	Hasta yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik bir talimat hazırlanmalı ve hasta yakınlarının görebileceği yerlere asılarak bilgilendirme yapılmalıdır.	6			
23.12	Yoğun bakım ünitelerinde izolasyon odası(ları) bulunmalıdır.	10			
23.13	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki ekipman çalışır durumda bulunmalıdır.	6			
24	Organ bağış birimi oluşturulmalıdır.				
24.1	Hastanede organ bağışını teşvik edecek etkinlik, afiş, broşür, vb çalışmalar yapılmalıdır.	4			
24.2	Hasta ve yakınlarına organ bağışı konusunda eğitimler verilmelidir.	6			
25	Beyin ölümleri bölge koordinasyon merkezine bildirilmelidir(Yoğun Bakım bulunan hastanelerde sorgulanacaktır).	6			

DİYALİZ HİZMETLERİ					
26	Diyaliz ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
26.1	Diyaliz hastaları için nakil hizmeti verilmelidir.	8			
26.2	Diyaliz makinalarının dezenfeksiyon işlemleri her diyaliz seansı sonrasında yapılmalıdır.	6			
26.3	Personel her hasta ile temas öncesi gerekli koruyucu önlemleri almalıdır.	4			
26.4	Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere hasta giyinme ve soyunma bölümü ile dolapları bulunmalıdır.	4			
26.5	Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere özürülerin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş hasta tuvaleti ve lavabo bulunmalıdır.	4			
26.6	Tuvalette sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, kağıt havlu ve poşetli çöp kutusu bulunmalıdır.	6			
26.7	Taşınabilir monitörlü elektrokardiyografi cihazı, ambu ve airway de içeren tam donanımlı acil müdahale seti bulundurulmalıdır.	6			
26.8	Diyaliz tedavisi gören hastaların ayda en az bir defa tıbbi muayeneleri Hemodiyaliz Sorumlu Uzman Tabibi tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	8			
26.9	Diyaliz tedavisi gören hastalara tedavinin gerektirdiği hususlarda eğitimler verilmelidir.	4			
26.10	Her ayın başında diyaliz hastalarının kt/v veya URR değerleri hesaplanmalıdır.	4			
26.11	Hastalar sorumlu tabip tarafından; tedavi seansı sırasında tıbbi yönden izlenmeli, her diyaliz seansında hastanın dosyasına günlük gözlem notu kaydedilmelidir.	4			
26.12	Hemodiyaliz merkezleri kullandıkları suların, arıtma sonrası örneklerinin üç ayda bir bakteriyolojik ve altı ayda bir kimyasal analizlerini ilgili mevzuata göre ruhsatı bulunan kamu ya da özel laboratuvarlarda yaptırmalı ve analiz sonuçlarının Avrupa Birliği farmakopedansına uygun olduğu belgelenmelidir.	6			
26.13	Diyaliz merkezlerinde çalışan personel altı ayda bir rutin olarak HCV antikoru, Hbs Ag ve Hbs Ab, HIV 1+2 antikoru tayin testleri ve diğer benzer bulaşıcı hastalıklar taramasından geçirilmeli; gerekli koruyucu tedbirler alınmalı, gerektiğinde tedavileri yaptırılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.	6			
26.14	Diyaliz merkezinde enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir program olmalı ve bu konuda personele eğitim verilmelidir.	6			
26.15	Hbs Ag(+) hastaları ayrı oda ve ayrı makinelerde, HCV Ab(+) hastalar ise ayrı makinelerde hemodiyalize alınmalıdır.	8			

26.16	Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.	8			
	ACİL SERVİS HİZMETLERİ				
27	Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				
27.1	Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler bulunmalıdır.	4			
27.2	Acil servis giriş tabelası, hastane dışından görülebilir olmalı ve ambulans veya diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir girişi bulunmalıdır.	4			
27.3	Acil servis girişinin üstü kapalı olmalıdır.	4			
27.4	Acil servis girişi, engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşımalıdır.	4			
27.5	Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.	4			
27.6	Acil servis süreçlerinin işleyişine ilişkin prosedür hazırlanmalıdır.	10			
27.7	Acil serviste, çalışır durumda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır.	4			
27.8	Aynı bir resüsitasyon odası bulunmalıdır.	8			
27.9	Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır; bu şart karşılanmadığı takdirde her iki yatağa bir tane düşecek şekilde mobil oksijen tüpleri ve vakum cihazları bulunmalıdır.	4			
27.10	Muayene, müdahale ve müşahede odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenleme bulunmalıdır (perde, paravanla ayırma gibi).	6			
27.11	Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.	4			
27.12	Acil müdahale ekipmanının bulunduğu etejer/el arabası hazırlanmalıdır.	4			
27.13	Müşahede yataklarında hastanın rahatlıkla ulaşabileceği çağrı zili/düğmesi bulunmalıdır.	4			
27.14	Acil serviste çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeline CPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi verilmeli ve bu eğitim yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır.	8			
27.15	Acilde çalışan personelin unvan ve iletişim (unvan, telefon, adres, vb) bilgileri kayıtlı olmalıdır.	4			

27.16	Acil serviste icapçı ve diğer uzman doktorların iletişim bilgilerini içeren dosya bulunmalıdır.	4			
27.17	24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır.	4			
27.18	Yazılı olarak tanımlanmış ve etkili olarak uygulanan bir triaj sistemi bulunmalıdır.	4			
27.19	Zehirlenmiş hastaların yönetim süreci (danışmanlık, tedavi vb.) tanımlanmış olmalıdır.	4			
27.20	Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalar için acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler hakkında bilgi veren hasta nakil notları verilmelidir.	4			
27.21	Müşahade odalarında hasta kalış sürelerine ilişkin kayıtlar tutularak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.	10			
27.22	Kritik hastaların acil serviste kaldığı süre boyunca izleminin yapılabileceği monitorize bir alan bulunmalıdır.	4			
27.23	Acil servise müracaatları sonucunda yatış kararı verilen hastaların acil serviste bekleme süreleri kayıt altına alınmalıdır.	4			
27.24	Bulunması gereken temel ilaçlar listesi oluşturulmalı; kritik stok seviyeleri ve miad takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.	10			
27.25	Acil serviste kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miad takipleri yapılmalıdır.	6			
27.26	Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.	6			
27.27	Tuvaletler temiz tutulmalı ve tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu olmalıdır.	6			
27.28	Acil serviste danışma birimi nitelik ve konum olarak hizmet vermeye uygun olmalıdır.	4			
27.29	Acil çalışılan tetkik/tahlil işlemlerinin sonuçlanma süreleri tespit edilmeli ve acil servis panosuna asılmalıdır.	4			
27.30	Hastaların tetkik sonuçları elektronik ortamda gönderilmeli; gönderilemeyenler ise ilgili personel tarafından doktora ulaştırılmalıdır.	4			
27.31	Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene, tedavi ve bakımına yönelik talimat bulunmalıdır.	4			
27.32	Müşahede altına alınan hastalar için Ordera; ilaç adı, dozu, zamanı, uygulama şeklini içerecek biçimde okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılmalıdır.	4			
27.33	Müşahede altına alınan hastalar için Orderı alan, uygulayan sağlık personeli kendi ad-soyadı, orderı aldığı tarih ve saatini yazarak imzalamalıdır.	4			
27.34	Her hastadan sonra hasta yataklarında yastık, çarşaf ve nevresim temizi ile değiştirilmeli, yataklar temiz ve düzenli tutulmalıdır.	4			

27.35	Acil servislerde boyunluk/boyunluklar bulundurulmalıdır.	4			

AMBULANS VE AMBULANS HİZMETLERİ					
28	Ambulans hizmetleri gerekli şartları karşılamalıdır.				
28.1	İlaçlar ve tıbbi malzemeler düzenli bir şekilde araç içine yerleştirilmelidir.	2			
28.2	Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde belirlenen ilaç listesindeki ilaçlar araçta bulundurulmalı ve günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4			
28.3	İlaç listesi ve ilaç temini ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	2			
28.4	İlaçların kritik stok seviyesi belirlenmelidir.	2			
28.5	Sarf malzemesi ve ilaçların son kullanım tarihlerinin takibi yapılmalı ve ambulansın ihtiyaç bildirdiği ilaç ve sarf malzemesi anında karşılanmalıdır.	4			
28.6	Bütün tıbbi ekipman çalışır durumda olmalıdır.	6			
28.7	Tıbbi ekipmanların kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır.	4			
28.8	Her nöbet devrinde araç kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	2			
28.9	Ambulansın ve tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.	2			
28.10	Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.	2			
28.11	Ambulansdaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerinin listesi olmalıdır.	2			
28.12	Ambulansdaki canlandırma teçhizatı ve malzemeleri yetişkinlere, çocuklara ve bebeklere yapılacak müdahaleler için uygun olmalıdır.	4			
28.13	Ambulansdaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerin günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4			
28.14	Personele, acil durumlarda tehlikeli atık ve malzemelerin depolanması, taşınması ve uzaklaştırılması için alınması gereken önlemler konusunda eğitim verilmelidir.	4			
28.15	Ambulansda yangın söndürme tüpü bulunmalı ve 3 ayda bir düzenli olarak kontrol edilmelidir.	2			
28.16	Ambulansda kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalıdır.	2			
28.17	Sedye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	4			

28.18	Hasta sedyeyle ambulansa alındıktan sonra sedye kızaklarının sabitlenmesine yönelik bir talimat olmalıdır.	4			
28.19	Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale durumlarında kişisel koruyucu ekipman (koruyucu elbise, eldiven, dezenfektan ve yüz maskesi) bulunmalıdır.	4			
28.20	Ambulans personeline hastaya tıbbi müdahale ile ilgili olarak İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nden temel eğitim, ileri kardiyak(yaşam), pediatrik ve travma yaşam desteği konusunda yılda en az bir defa eğitim aldırılmalıdır.	6			
	ECZANE HİZMETLERİ				
29	İlaçlar buldukları birimde, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.				
29.1	İlaçların saklandığı alanlar uygun fiziki koşullara sahip olmalıdır.	6			
29.2	Işıktan korunması gereken ilaçların saklandığı raflar ve bölmeler olmalıdır.	4			
29.3	İlaçların muhafaza edildiği oda veya bölümlerde ısı ve nem kontrolü yapılmalıdır.	4			
30	Buzdolabında kalibrasyonlu termometre ile ısı takibi yapılmalıdır.	6			
31	Eczane deposundaki kritik stok seviyeleri belirlenmelidir.				
31.1	İlaçların kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.	10			
31.2	İlaç ve sarf malzeme grupları için periyodik miad kontrolleri yapılmalıdır.	8			
31.3	Birimlere gönderilen ilaçların son kullanma tarihleri belirtilmelidir (ambalajı üzerinde miadı bulunanlar hariç).	6			
31.4	Taburcu edilen hastalardan kalan ilaçların eczaneye iadesi ve bu ilaçların değerlendirilmesi ile ilgili bir talimat bulunmalıdır.	8			

32	Narkotik ilaçlar için gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.				
32.1	Yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.	6			
32.2	Eczanelerde servislere gönderilecek ilaçların hazırlanma ve nakil usüllerine dair yazılı talimatname bulunmalıdır	4			

ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ					
33	Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrolü ve önlemeye yönelik bir düzenleme olmalıdır.				
33.1	Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.	10			
33.2	Enfeksiyon kontrol ve önleme programının sorumluları bulunmalıdır.	4			
33.3	İhtiyaç duyulan hallerde ve yerlerde çalışan personel için kişisel koruyucu ekipman ve malzeme (sabun, dezenfektan, vb.) bulunmalıdır.	4			
33.4	Kirli çamaşırların toplanması ve çamaşırhaneye transferine ilişkin talimat bulunmalıdır.	4			
33.5	Hizmet içi eğitim programında enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili bir eğitim yer almalıdır.	6			
33.6	Hangi hastaların izole edilmesi gerektiğini belirleyen bir talimat bulunmalıdır.	6			
33.7	Damlacık ve hava yolu ile temas izalasyonu için talimat bulunmalıdır.	6			
33.8	Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin içinde bir antibiyotik kontrol ekibi oluşturulmalıdır.	8			
33.9	Antibiyotik Kontrol Ekibi tarafından "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksisi Prosedürü" hazırlanmalıdır .	10			
33.10	Hastanede 'Kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi' uygulamaya geçirilmelidir.	10			
33.11	Hastane için hazırlanan temizlik, sterilizasyon ve dezenfeksiyon talimatları enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmalıdır .	6			
33.12	Hastanedeki tüm alanların temizliklerinin düzenli olarak yapıldığı kontrol edilmelidir.	6			
33.13	Hastanedeki özel alanların (ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar, küvez içi, hasta odası vb.) temizlik talimatları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.	6			
34	Sterilizasyon ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.				

36	Güvenli cerrahi uygulamaları için önlemler alınmalıdır.				
36.1	Anestezi öncesi, ameliyat edilecek doğru bölge ve taraf işaretlenmeli ve bu işlem hastaya da doğrulmalıdır.	10			
36.2	Ameliyat odasında sesli olarak doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem doğrulaması yapılmalıdır.	10			
36.3	Cerrahi güvenlik kontrol listesine göre doğrulama yapılmalıdır.	20			
37	Enfeksiyon riskinin azaltılması için gerekli önlemler alınmalıdır.				
37.1	Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı ve analizi yapılmalıdır.	8			
37.2	Bölmelere göre hastane enfeksiyon oranları ve hızları izlenerek raporlanmalıdır.	8			
38	Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları tanımlanmalıdır.	10			
39	İlaç güvenliği talimatı hazırlanmalıdır.				
39.1	İlaçların güvenli uygulamasına yönelik bir prosedür bulunmalıdır.	10			
39.2	Hastane yönetimi; adı, ambalajı, birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve farklı uygulama formu bulunan ilaçların kullanımı ve yönetimi konusunda bir politika belirlemelidir.	8			
39.3	Yüksek riskli ilaçların (konsantre elektrolit çözeltileri, intravenöz antikoagülanlar, insülin, antineoplastik ajanlar, opioidler, narkotikler vb.) üzerine kırmızı uyarı etiketi yapıştırılmalıdır.	10			
39.4	Servislerde/ Ünitelerde adı, ambalajı birbirine benzeyen ve pediatrik dozdaki ilaçlar ayrı raflarda depolanmalıdır.	8			
39.5	Hastanede kullanılan ilaçlar için ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşim listeleri oluşturulmalıdır.	8			

40	Güvenli Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu uygulamaları için gerekli düzenleme yapılmalıdır.				
40.1	Kan transfüzyonu uygulanacak hastadan kan örneği alınırken hastanın kimlik bilgileri dosyasından, kol bandından ve kendisinden teyid edilmeli ve numunenin üzerine numune alındığı anda etiket yapıştırılmalıdır.	6			
40.2	Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilmelidir.	6			
40.3	Kan bankası/merkezi işleyişi ile ilgili prosedür hazırlanmalıdır.	8			
40.4	Kan bankasında yapılan tarama testleri için uygun metotlar kullanılmalıdır.	4			
40.5	Kan ve komponent saklama dolapları ve ortamlarının (kan saklama dolabı, derin dondurucu, inkübatör veya soğuk odalar) ısı takibi yapılmalıdır.	8			
40.6	Kan ve komponentlerinin hastane içinde transferi ve ürün iadesi uygun koşullarda gerçekleşmelidir.	8			
40.7	Donör seçim kriterlerini içeren bir talimat hazırlanmalıdır.	4			
40.8	Kan merkezi personeli kan bankacılığı ve transfüzyon tıbbına yönelik eğitim almış olmalıdır.	4			
41	Çalışan güvenliği için düzenlemeler yapılmalıdır.				
41.1	Çalışan güvenliği plan/programından sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.	4			
41.2	Kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik düzenleme yapılmalı ve meydana gelen yaralanmalar takip edilmelidir.	8			
41.3	Riskli bölümlerde çalışan personelin sağlık taramaları düzenli olarak yapılmalıdır.	8			
41.4	Kemoterapi hazırlama-uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliklerini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	8			
41.5	Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman (nem bariyerli elbise, eldiven, yüz maskesi) bulundurulmalıdır.	6			
42	El hijyeni programı uygulanmalıdır.				
42.1	El hijyeni için program hazırlanmalıdır.	14			

42.2	Sağlık hizmeti verilen alanlarda el antiseptik solüsyonu bulunmalıdır.	14			
42.3	Personelin görebileceği alanlarda el hijyeni uygulamasını anlatan bilgilendirici materyal (resimli tabela, grafik, yazı, talimat vb.) bulunmalıdır.	10			

KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ					
43	Hastane, hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.				
43.1	Hasta hakları birimi görülebilecek ve kolaylıkla ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.	8			
43.2	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerini ve önerilerini kolaylıkla ulaştırabilmesini sağlayacak şikayet kutuları veya benzeri uygulamalar bulunmalıdır.	6			
43.3	Hasta ve hasta yakınlarının öneri ve şikayetleri değerlendirilip iyileştirme faaliyeti yapılmalıdır.	6			
44	Hastane idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik değerlendirme toplantıları yapmalıdır.				
44.1	Hastane idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik her dönem tüm birimlerle değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.	8			
44.2	Hastane idaresi acil servis sorumluları ile aylık değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.	8			
45	Personelin tanıtım (yaka) kartları olmalıdır.				
45.1	Hastane yönetimi tarafından düzenlenmiş standart bir dizayna sahip personel tanıtım kartı bulunmalıdır.	4			
45.2	Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.	4			
46	Hasta memnuniyet anketleri usulüne uygun gerçekleştirilmelidir.	10			
47	Hastanenin web sayfasında doktorlara ait bilgilendirme (uzmanlık dahil ve ilgilendiği alanlar) yapılmalıdır.	6			
48	Mevzuatça belirlenmiş komite ve kurul vb. birimler etkili çalışmalıdır. (Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Performans ve Kalite Birimi vb.)				

48.1	Kurulların veya birimlerin oluşturulduğunu gösteren onaylar bulunmalıdır.	2			
48.2	Hastane yönetimi tarafından bu birim veya kurulların çalışma usul ve esasları yazılı olarak belirlenmelidir.	6			
48.3	Mevcut mevzuat ve hastanenin niteliğine göre bulunması gereken kurul, komite veya birimlerin çalışmalarını gösteren toplantı tutanakları bulunmalıdır.	6			
49	Hastane, çalışanların görüş ve önerilerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.				
49.1	Personelin görüş ve önerilerini hastane yönetimine iletebilmesi için bir sistem (dilek kutuları, mail adresi vb) bulunmalıdır.	8			
49.2	Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.	8			
49.3	Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar bulunmalıdır.	4			
49.4	Çalışan memnuniyeti anketleri usulüne uygun olarak gerçekleştirilmelidir.	10			

50	Personelin mesleki ve kişisel gelişimine katkı sağlayacak hizmet içi eğitimler verilmelidir.				
50.1	Personelin eğitim durumu (lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans vb.), sertifikaları, hizmet içi eğitim belgeleri, yabancı dil bilgisi ve diğer niteliklerinin yer aldığı dosyaların bulunduğu personel bilgi sistemi bulunmalıdır.	8			
50.2	Personel eğitimleri planlanmalı ve düzenlenen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.	6			
50.3	Uyum eğitimi konularını içeren oryantasyon rehberi hazırlanmalıdır.	10			
50.4	Göreve yeni başlayan her bir meslek grubu için uyum eğitimleri verilmelidir	6			
50.5	Kurum ve birim bazında hedefler belirlenerek çalışanlar bilgilendirilmelidir.	10			
50.6	Personelin görebileceği bir yerde ilan ve bilgilendirme panosu/panoları bulundurulmalıdır.	6			
51	Poliklinik binasındaki tuvaletlerin temizliği yeterli olmalıdır.				
51.1	Tuvaletlerin sürekli temiz kalması sağlanmalıdır.	10			
51.2	Tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu vb. olmalıdır.	10			

HASTANE BİLGİ SİSTEMİ					
52	Hastane bilgi sistemi hasta kayıt, merkezi yatış, poliklinik, vezne, eczane, depo, laboratuvar, faturalandırma işlemlerini entegre bir biçimde gerçekleştirmelidir.	4			
53	Hastane Bilgi Sistemi, bilgi yönetimi, istatistik ve raporlama işlemlerini gerçekleştirmelidir.				
53.1	Muayene ve girişimsel işlemlere ait istatistiklerin raporlanması sağlanmalıdır.	8			
54	Bilgi işlem destek hizmetleri kesintisiz (24 saat) vermelidir.				
54.1	Hastane bilgi sistemi bakım ve destek hizmetleri kesintisiz olarak sağlanmalıdır. Bunun için 24 saat boyunca ulaşılabilecek teknik destek personeline ait telefon numaraları mesai saatleri dışında nöbetçi ekip tarafından bilinmelidir.	4			
55	Stok takip, satın alma ve demirbaş işlemleri aktif olarak bilgi sistemine kayıt etmelidir. (MKYS)				
55.1	Sistem üzerinden MKYS sistemine taşınırların giriş ve çıkışları zamanında yapılmalıdır.	4			
56	Döner sermaye, muhasebe ve finansman işlemleri kayıtları düzenli ve zamanında tutmalıdır. (TDMS)				
56.1	Hastanenin finansal durumu sistem üzerinden izlenmeli ve mali analizler yapılmalıdır.	6			
56.2	Hastane mali durum değerlendirme toplantısı yapılmalıdır.	6			
57	Hastane otomasyon sisteminde sadece yönetici yetkileri ile ulaşılabilen, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hataları ile ilgili kayıtları tutan, salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.	6			

58	Hastane bilgi yönetim sistemine erişimde, yetkilendirme yapılması sonucu, verilere sadece ulaşması gereken kişilerin ulaşması sağlanarak hastalar ile ilgili mahrem bilgiler yetkisiz erişimlere karşı güvence altına alınmalıdır.				
58.1	Hastaya verilen hizmetlerin ve yapılan işlemlerin kayıtlarına önceden belirlenmiş yetki düzeyleri tarafından ulaşılabilmesine imkan veren yazılıma sahip olmalıdır.	4			
59	Personel işlemleri uygun veri tabanı üzerinde aktif olarak yapılmalıdır. (İKYS)				
59.1	İKYS sistemine personel hareketleri ile ilgili veri girişleri zamanında yapılmalı ve sistemdeki bilgiler güncel olmalıdır.	4			
60	Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi aktif olarak kullanılmalıdır. (on-line randevu sistemi)				
60.1	Aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinin hastane bilgi sistemi üzerinden randevu alabilmelerini mümkün kılacak düzenlemeler bulunmalıdır.	8			
61	Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi üzerinden düzenli geri bildirim yapılmalıdır.				
61.1	Aile hekimliğine geçilen illerde söz konusu hastanenin bilgi sistemi üzerinden aile hekimlerine gerekli bilgi aktarımı yapılabilmesine imkan veren düzenleme bulunmalıdır.	6			
62	Aile hekimliği uygulanan illerde hastanede tespit edilen gebeler ilgili aile hekimine bildirilmelidir.	6			
63	Hastane bilgi sistemindeki verilerin yedeklenmesi her gün düzenli olarak server haricinde bir ortama yapılmalıdır.	4			
64	Hastane bilgi formları aylık olarak düzenli doldurulmalıdır.	8			

65	Performans yönetimine ilişkin web tabanlı sistemlere veri aktarımı düzenli olarak yapılmalıdır.	14			
66	Hastane yönetimi mevcut branşlar(acil servis, yoğun bakım ve diğer servisler) ve bu branşların boş yatak durumlarına ilişkin bilgileri (günde 2 defa) İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezine otomasyon sistemi üzerinden vermelidir.	10			
HASTA KAYITLARI VE DOSYASI					
67	Kurum hasta dosyalarının usulüne uygun doldurulduğunu kontrol eden bir düzenlemeye sahip olmalıdır.				
67.1	Yatan hasta dosyalarının, içerik (hastanın muayene sürecinden çıkış aşamasına kadar yapılan tüm işlemler) bakımından eksiksiz olmasını sağlamak üzere kontrol talimatı bulunmalıdır.	4			
67.2	Ameliyat raporları doktor tarafından aynı gün içerisinde kayıt altına alınmalıdır.	10			
67.3	Hastanın hastalığına ve tedavisine yönelik bilgilendirme ve onay formu doldurulmalıdır.	8			
67.4	Hasta çıkartılırken, hastanın başvuru nedeni, önemli bulguları, konulan teşhis, uygulanan tedaviler, verilen ilaçlar, hastanın çıkartılırken ne durumda olduğu, dışarıda kullanacağı ilaçlar, acil durumlarda aranacak telefon numaraları ve takip talimatlarının bulunduğu taburculuk özeti iki nüsha olarak hazırlanmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı bir nüshası ise hastaya verilmelidir.	8			
67.5	Hastaların kendi laboratuvar tetkik ve tahlil sonuçlarına internet üzerinden güvenli ve mahremiyet kurallarına uygun bir biçimde ulaşabilmesi için gerekli düzenleme yapılmalıdır.	10			

ARŞİV					
68	Arşiv bölümü hizmet sunumu için mevzuata uygun şartları taşımalıdır.				
68.1	Devlet arşiv hizmetleri hakkında yayınlanmış olan yönetmeliğin koruma yükümlülüğünü taşımalıdır.	4			
68.2	Dosyaların ne şekilde kabul edileceği ve dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir.	6			
68.3	Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.	4			
68.4	Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.	6			
68.5	Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.	4			
68.6	Yatarak tedavi olan her hasta için sabit bir dosya numarasını taşıyan arşiv sistemi olmalıdır.	6			
TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK					
69	Hastane yerleşkesinde çevre düzenlemesi yapılmalıdır.				
69.1	Hastane yerleşkesinde oturma bankları bulunmalıdır.	4			
69.2	Araç trafiği (park, geliş-gidiş vb.) için gerekli düzenleme yapılmalıdır.	4			
69.3	Çevre temizlik talimatı bulunmalıdır.	4			
70	Hastanenin tesis güvenlik planı bulunmalı ve sorumluları belirlenmelidir.				
70.1	Yangın çıkış levhaları hastane içinde uygun yerlere ve görülebilecek şekilde yerleştirilmelidir.	4			
70.2	Yangın çıkış kapılarına erişim kolay olmalı ve çıkış kapılarında herhangi bir engel bulunmamalıdır.	4			

70.3	Yangın söndürücülere erişim kolay olmalı ve düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.	4			
70.4	Yangın tatbikatları periyodik olarak yapılmalı (en az yılda bir kez) ve görüntü kayıtları bulunmalıdır.	10			
70.5	Hastane, acil durumlara, salgınlara, doğal/diğer afetler için ilgili mevzuat ve düzenlemeler çerçevesinde bir eylem planı hazırlamalıdır.	6			
70.6	Sıkıştırılmış gaz konteynırları sabitlenmiş olmalıdır.	4			
70.7	Elektrik, medikal gaz ve atık su sistemlerinin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.	6			
70.8	Güvenlik hizmetleri bakımından, beklenmedik durumlara (Adli vb. olaylar) dair tedbirleri içeren talimat hazırlanmalıdır.	4			
70.9	Elektrik şebekesi dışında hastanenin elektrik ihtiyacını karşılayacak jeneratör bulunmalıdır.	8			
70.10	Asansörlerin bakımları bakım planı çerçevesinde düzenli olarak yapılmalıdır.	6			
71	Atık yönetimi için gerekli düzenleme bulunmalıdır.				
71.1	Tıbbi atık deposu bulunmalıdır.	4			
71.2	Tıbbi atık deposunun temizliği periyodik olarak yapılmalıdır.	4			
71.3	Tıbbi ve diğer atıkların kaynağında ayrıştırılarak (mavi, siyah, kırmızı çöp torbaları, iğne atık kutuları vb) toplanması, taşınması ve depolanması sağlanmalıdır.	4			
72	Hastane bina turları yapılmalıdır.				
72.1	Bina turlarını yapacak sorumlular belirlenmelidir.	4			
72.2	Bina turlarının nasıl yapılacağına dair düzenleme bulunmalıdır.	4			
72.3	Hastane yönetimi tarafından hastanedeki işleyişin denetimiyle ilgili bina turları yapılmalıdır.	4			
72.4	Bina turları sonucunda tespit edilen sorunların (bakım, onarım vb.) giderilmesi amacıyla bir faaliyet planı yapılmalıdır.	8			

72.5	Hastanenin havalandırma sisteminin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.	4			
72.6	Hastanedeki tüm birimlerin genel temizliği kontrol edilmelidir.	4			
73	Tehlikeli maddelerle (kimyasallar, kemoterapötik ajanlar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.				
73.1	Tehlikeli maddelerin kullanımı ve kontrolüne yönelik talimat olmalıdır.	6			
73.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve transferine yönelik talimat olmalıdır.	6			
73.3	Tehlikeli madde ve atıkların envanteri bulunmalıdır.	4			
74	Şebeke suyundan hariç olmak üzere hastane su ihtiyacını karşılamak için gerekli düzenlemeye sahip olmalıdır.				
74.1	Hastanenin su deposu olmalıdır.	10			
74.2	Su depolarının bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.	6			
74.3	Su numune kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır.	6			
75	Hastane yönetimi dışarıdan aldığı hizmetlerin ilgili mevzuatı çerçevesinde denetlendiğine dair kayıtları kontrol edilmelidir (Temizlik, Güvenlik, Yemek, Laboratuvar, Görüntüleme vb.) .				
75.1	"Hastane Temizlik Komitesi" kurulmuş olmalı ve temizlik hizmetlerini denetlemelidir.	6			
75.2	Hastane yönetimi tarafından dışarıdan alınan hizmetlere yönelik bir denetim sistemi oluşturulmalıdır.	10			

DEPOLAR					
76	Ana ve ara depolarla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.				
76.1	Depolarda bulunan malzeme ve cihazlara ait envanter bulunmalıdır.	4			
76.2	Depolarda malzemeler için yerleşim planı bulunmalıdır (Malzemelerin plana uygun yerleştirildiği kontrol edilir).	6			
76.3	Depolara gelen ilaç ve malzemelerde "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olan yerleşim planı olmalıdır.	4			
76.4	Depoda bulunan malzemelerin kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.	10			
76.5	Stok uyarı seviyesi altına düşen malzemelerin takibi ve zamanında temini için bir düzenleme bulunmalıdır.	4			
76.6	İlaç ve malzemeler, kullanım talimatlarında belirtilen şartlarda (ısı, nem, ışık,vb.) muhafaza edilmelidir.	8			
76.7	Depoda bulunan malzemeler uygun şekilde istiflenmelidir.	8			
MUTFAK					
77	Mutfakla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.				
77.1	Mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerleri ayrı olmalı, yiyecek depolarının ısı, ışık ve nem kontrolleri yapılmalıdır.	6			
77.2	Mutfakta çalışan personel maske, eldiven ve bone kullanmalıdır.	6			
77.3	Mutfak taban ve duvarları, hijyenik şartlarda yıkamaya ve dezenfeksiyona elverişli olmalıdır.	8			

	ÇAMAŞIRHANE				
78	Çamaşırhane ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.				
78.1	Çamaşırhanenin taban ve duvarları yıkamaya elverişli olmalıdır.	8			
78.2	Çamaşırları yıkama talimatı bulunmalıdır.	6			
78.3	Kirli çamaşırlar kapalı saklama kabında taşınmalıdır.	6			
	MORG				
79	Morg ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.				
79.1	Soğuk hava düzeni bulunan çelik, paket tipi ölü muhafaza dolabı bulunmalıdır.	6			
79.2	Sıcak su imkanı sağlanmalıdır.	6			
79.3	Ex olmuş kişinin muhafaza edildiği ve/veya yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.	6			
79.4	Morg çıkışı hastanenin ana ve acil girişinden ayrı olmalıdır.	4			
	Açıklama: Her bir sorunun puan değeri karşısında belirtilmiştir. Sorunun karşılığı "EVET" ise tam puan "HAYIR" ise sıfır (0) puan olarak değerlendirilir.				
	Hizmet Kalite Katsayısı = Verilen Toplam Puan/(Toplam Puan-Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)				