

1. AMAÇ: Acil poliklinikte işleyişi belirlemek, hasta bakım kalitesini arttırmak, görevli personelin çalışma düzeninin ve programını belirlemek, poliklinik kaynaklarının (ilaç, tıbbi malzeme, vb) yerinde ve etkin kullanımını sağlamak, hasta kayıt ve dosya sistemlerinin doğru ve düzenli işleyişini sağlamak, adli olaylarda görev ve sorumlulukları belirlemek, hastaların tedavileri sırasında ihtiyaç duyulan diğer birimlerle koordinasyonu düzenlemek.

2. KAPSAM: Hastanın ilk müracaatından taburculuğuna kadar Acil Servis ile hastane içersindeki tüm faaliyetleri ve görevli personelin sorumluluklarını kapsar.

3. KISALTMALAR :

4. TANIMLAR :

4.1.1 Triaaj: Hastanın ilk değerlendirilmesinin yapıldığı birim.

4.1.2 HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi.

4.1.3 Hasta Kayıt Birimi: Hastanın hastaneye başvurusu sırasında HBYS üzerine tüm kayıt işlemlerinin yapıldığı birim.

4.1.4 Kırmızı Alan: Kırmızı kodlu hastaların muayenesinin ve tedavisinin yapıldığı alan.

4.1.5 Resüsitasyon Odası: Kırmızı kodlu hastanın ilk müdahale ve tedavisinin yapıldığı alan.

4.1.6 Travma Alanı: Travmalı ve müdahale gereken (alçı, atel, sütür, pansuman, vb.) hastaların muayene ve tedavilerinin yapıldığı birim.

4.1.7 Travma Kayıt Alanı: Travma alanına başvuran hastaların HBYS üzerine kayıt işlemlerini yapıldığı birim.

4.1.8 Yeşil Alan: Yeşil kodlu hastanın muayenesinin, tedavisinin ve dışarıdan gelen enjeksiyonların yapıldığı birim.

4.1.9 Sarı Alan: Sarı kodlu hastanın muayenesinin ve tedavisinin yapıldığı birim.

4.1.10 Acil Müşahede: Muayenesi ve tedavisi yapılan hastaların takibinin ve konsültasyon muayenelerinin yapıldığı birim.

Resusitasyon: Yeniden canlandırma

Arrest: Kalp ve solunumun durması

Epikriz: Çıkış özeti

Konsültasyon: Görüş alışverişi

Konsültan Hekim: Görüş alınan hekim

5. SORUMLULAR :

- Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri
- Sorumlu Hemşire ve Teknisyen
- Hemşire, Sağlık Memuru, Ebe, Acil Tıp Teknisyeni

6. FAALİYET AKIŞI :

6.1. ACİL SERVİSİN YAPISAL DÜZENLEMESİ

6.1.1. Acil servis triaj , ilk müdahale , bay- bayan gözlem , reanimasyon ve travma küçük müdahale odalarından oluşmaktadır.

6.1.2. Girişi yapıldıktan sonra triaj alanında vital bulguları bakılan hasta durumuna göre reanimasyon ya da ilk müdahale ye yönlendirilir.

6.1.3. İlk müdahale ve ya reanimasyon takibinden sonra gözlenmesi gereken hastalar bay ya da bayan gözlem odasında takibe alınır.

6.1.4. Sütür, pansuman , alçı gibi ufak müdahaleler travma odasında yapılır.

6.2. ACİL SERVİSE HASTA KABUL SÜRECİ

6.2.1. Acil polikliniğine hasta kendisi, 112 Ambulans ve poliklinikten yönlendirilerek başvurur.

6.2.2. Acil polikliniğine kendi özel araçları ile gelen ve yardıma ihtiyacı olan hastalar veya 112 Ambulans ile başvuran hastalar, acil poliklinik kapı görevlisi tarafından girişte karşılanır.

6.2.3. Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü'ne göre tekerlekli sandalye veya sedyeye alınır.

6.2.4. Hasta 112 Ambulans ile getirildi ise triaj uygulanmadan ilgili alana alınır.

6.2.5. Hasta kendi imkanları ile geldiyse kapıdaki karşılama görevlisi yardımı ile triaj alanına alınır.

6.3. TRIAJ UYGULAMASI

6.3.1. Hastalar triaj görevlisi tarafından değerlendirilir. Hastalara, şikayetlerine ve klinik durumuna göre triaj uygular.

6.3.2. Acil Servis Triaj Planı'na uygun olarak hastalara kırmızı, sarı, yeşil kodlar verilir.

6.3.3. Hastaya Acil Servis Hasta Muayene Formu veya Acil Travma Formu düzenlenir. Hastanın durumuna göre vital bulguları alınarak bu forma kaydedilir ve koda uygun alana alır.

6.3.4. Eğer hasta bekleyemeyecek durumda ise hemen kırmızı ve sarı alana alınır, hastanın kaydı formla birlikte hasta yakını tarafından yaptırılır, yakını yoksa hastanın kaydı kayıt görevlisi tarafından yerinde yapılır.

6.3.5. Triaj kodları HBYS kesin kayıt sırasında kaydedilir.

6.4. MUAYENE, MÜDAHALE ,TANI VE KONSÜLTASYON SÜREÇLERİ

6.4.1. Hastanın adli boyutu değerlendirilerek adli ve trafik olanlar hastane polisine bildirilir.

6.4.2. Hastanın kodlanmış olduğu alanda acil doktoru tarafından muayenesi yapılır.

6.4.3. Hastayı muayene eden doktor tarafından Acil Servis Hasta Muayene Formu veya Acil Travma Formu'na hastanın şikayetleri, uygulanacak olan tedavisi varsa istenen tetkikleri (laboratuar, röntgen, tomografi, ultrasonografi, EKG, vb.) kaydedilir.

6.4.4. Yazılan tedavi alanda görevli olan hemşire tarafından yapılır ve kart kaşelenip imzalanır. Alınması gereken tetkikler tedavi sırasında alınır.

6.4.5. Bu esnada hastanın yakını varsa kesin kayıt için kayıt görevlilerine yönlendirilir, yakını yoksa kesin kayıt görevlisi tarafından yerinde yapılır. Kartta yazılı olan tüm bilgi, uygulanan tedavi ve istenen tetkikler HBYS 'ye girilir.

6.4.6. Konsültasyon İşlemleri:

6.4.6.1. Acil polikliniğe başvuran hastalara acil doktoru uygun gördüğünde ilgili branştan konsültasyon ister.

6.4.6.2. Günlük olarak acil poliklinik uzman doktor listesi hazırlanarak ilgili alanlara asılır.

6.4.6.3. Konsültasyon istemi yapacak olan acil doktoru, ilgili uzman doktoru arayarak hasta hakkında bilgilendirme yapar ve hastayı değerlendirmesi için acil polikliniğine çağırır, Acil Servis Hasta Muayene Formu veya Acil Travma Form'larına çağrı zamanını kaydeder.

6.4.6.4. Yapılan konsültasyonlardan sonra konsültan hekim notunu Acil Servis Hasta Muayene Formu veya Acil Travma Form'larına saati belirterek kaydeder, kaşeleyip imzalar.

6.4.6.5. Bu kayıtlar HBYS ye kaydedilir.

6.4.6.6. Konsültan doktorun istemi doğrultusunda hastaya ya yeni konsültan çağırılır, istenen tedavileri yapılır ya da taburcu ,sevk yatış işlemi yapılır.

6.5. MÜŞAHADE SÜRECİ

6.5.1. Tetkikleri ve tedavileri devam eden, konsültasyon istemi bulunan hastalar müşahade bölümüne alınır.

6.5.2. Tetkikleri olmayıp gözlem altında tutulması gereken hastalar da müşahade bölümüne alınır. Bay ve bayan olmak üzere hastalar ayrılarak güvenli bir şekilde müşahade alanlarına alınır. (Erkek Müşahade, Bayan Müşahade)

6.5.3. Bu bölüme alınan hastaların tedavi ve tetkikleri bu alanda görevli olan sağlık çalışanı tarafından yapılır ve kayıt altına alınır.

6.5.4. Müşahade bölümüne alınan hastalar acil müşahade defterine kaydedilir. Kimlik belirleyici hasta bilekliği takılır.

6.5.5. Nöbet değişimlerinde hastaların kalış süreleri ve konsültasyonlarla ilgili istatistikler yapılır. Tedavileri devam eden hastalar yerinde yeni ekibe, tetkik ve tedavilerine yönelik bilgilendirme yapılarak teslim edilir. Doktor değişimi varsa belirtilir.

6.5.6. ADLİ-TRAFİK olan hastalar için hastane polisi ile görüşülür.

6.5.7. Acil müşahade de kalış süresi 6 saat olarak belirlenmiştir. Bu süreyi geçen hastalarda acil servis doktoru hastanın kliniğine göre ilgili branş hekimi ile görüşerek hastanın yatışını veya sevkini planlar.

6.5.8. Sosyal endikasyon ve gözlem için bekletilen hastalarda süre 6 saati geçebilir. Aylık istatistik yapıp takip edilerek belirtilen kriterlere uymayan hastalar için düzeltici önleyici formu kayıt altına alınır.

6.6. İLAÇ MALZEME VE CİHAZLARIN YÖNETİMİ

6.6.1. İlaçlar ve malzemeler haftalık stoklar belirlenerek eczaneden ve depodan çekilir. Miad kontrolleri aylık olarak yapılır.

6.6.2. Hastaya kullanılan ilaç ve malzemeler acil servis masraf formuna işaretlenerek stok düşümü yapılır.

6.6.3. Cihazlar kullanım talimatlarına uygun olarak kullanılır. Kalibrasyonları yetkili firma tarafından yapılır ve etiketlenir.

6.7. SEVK ,YATIŞ VE TABURCU İŞLEMLERİ

6.7.1. Sevk edilecek hastalar 112 ile iletişim kurulduktan sonra E sevk formu doldurularak ambulansla nakli sağlanır.

6.7.2. Yatışı yapılacak hastalar yatacağı birime hbys üzerinde yatış işlemi yapılır. Hastane içi transfer kuralına uygun şekilde servise yatışı yapılır.

6.7.3. Taburcu edilecek hastalar reçetesi yazılarak ya da taburculuk bilgisi verilerek taburcu edilir.

6.8. HASTA VE YAKININ BİLGİLENDİRİLMESİ

6.8.1. Hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi hasta ve yakınına doktoru tarafından yapılır. Hastaya ya da yakınına; kendisi ile ilgili tıbbi gerçekler, önerilen tıbbi girişimler, her bir girişimin olası riskleri, yararları ve seçenekleri, tedavi olmaması durumunda gelişebilecek olaylar, tanı, sonuç ve tedavisinin gidişatları doktoru tarafından hastanın anlayabileceği düzeyde anlatılır. Her türlü müdahale için ayrı ayrı rıza alınmalıdır. Genel rıza almak geçerli değildir.

6.8.2. Bilgilendirilmesi Yapılacak Riskli Girişimsel İşlemler;

6.8.2.1. Cerrahi işlemler öncesinde,

6.8.2.2. İlaçlı tomografi, MR, röntgen çekimleri öncesinde,

6.8.2.3. Yatarak tedavi verilecek hastalara,

6.8.2.4. Cildiye de yapılacak işlemler öncesinde,

6.8.2.5. Anestezi verilmesi gerektiren durumlarda,

6.8.2.6. Endoskopi ve kolonoskopi yapılacak hastalar,

6.8.3. Riskli Girişimsel İşlemler Öncesinde Bilgilendirmenin Ve Rıza Alınmasının Önemi ;

6.8.3.1. Hasta ile iletişim güçlenir,

6.8.3.2. Hasta ile paylaşım artar,

6.8.3.3. Hasta ile sorumlulukların paylaşılması sağlanır,

6.8.3.4. Hastanın tepkisi azalır,

6.8.3.5. Fiziksel şiddeti önlemede en etkili aracın oluşması sağlanmış olur,

6.8.3.6. Hukuki sorumluluktan kurtarılmış olunur,

6.8.3.7. Vatandaşın gözünde sağlık personeli algısını değiştirerek olumsuzluk önyargısını önlemiş oluruz.

6.8.4. Hastadan Rıza Alınması

Hastanın ve hasta sahibinin bilgilendirmesi aşağıdaki konuları kapsamalıdır.

6.8.4.1. Hastalığın seyri,

6.8.4.2. Teşhis ve tedavi uygulama yöntemleri,

6.8.4.3. Faydaları ve muhtemel riskleri,

6.8.4.4. Tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar,

6.8.4.5. Tedavinin nerede, kim tarafından yapılacağı hakkında bilgi içermelidir.

6.8.4.6. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası hastanın yapması gereken konuları da kapsamalıdır.

6.8.4.7. Anlatım basit ve sade olmalıdır.

6.8.4.8. Mümkün olduğunca tıbbi terimler kullanılmamalıdır.

6.8.4.9. Tereddüt ve şüpheye yer bırakmayacak şekilde olmalı,

6.8.4.10. Anlatım hem yazılı hem sözel olarak hastanın ruhsal durumuna uygun bir şekilde olmalıdır.

6.8.5. Nereye Kadar Bilgilendirme

6.8.5.1. Hastanın kararını etkileyebilecek her şey genel hatlarıyla Hasta/Hasta yakınına anlatılmalıdır.

6.8.5.2. Detaylı bilgilendirme sadece hastaların talebi üzerine olmalıdır.

6.8.6. Bilgilendirmenin Altın Kuralı

6.8.6.1. Zamanında ve yeterli bilgiyi aktarmak

6.8.6.2. Etkili ve sürekli iletişim kurmak

6.8.6.3. Benimsemek ve benimsetmek

6.8.7. Kimler Bilgilendirilir

Hasta;

Küçük veya kısıtlı hasta bakımında velisi veya vasisinin tayin edilmesi durumunda

6.8.7.1. Hasta yakını

6.8.7.2. Her hastaya özel bilgilendirme yapılmalıdır.

6.8.7.3. Rızanın herhangi bir şekli ve bağlılığı yoktur.

6.8.7.4. İspat kolaylığı bakımından yazılı olmalıdır.

6.8.7.5. Bilgilendirme yapıldığını ispat yükümlülüğü sağlık çalışanına aittir.

6.8.7.6. Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişiye (örneğin tercüman) yapılır.

6.8.8. Hukuken Kabul Görmeyen Rızalar

6.8.8.1. Sözlü olarak bilgilendirmeden yazılı olarak rızanın alınması,

6.8.8.2. Etik ilkelere ve yasalara aykırı olan rızalar,

6.8.8.3. Ötenazi için verilen rızalardır.

6.8.9. Bilgilendirmenin Aranmadığı Durumlar

6.8.9.1. Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapması halinde teşhis saklanabilir.

6.8.9.2. Hastanın sağlık durumu hakkında kendisinin kendisine veya yakınına bilgi verilmemesini istemesi.

6.8.9.3. Acil durumlar karşısında. Ölmek üzere olan hastalar için acılarının artmaması için bilgilendirme ön görülmez.

6.9. ZEHİRLENME VAKALARI

6.9.1. Zehirlenme tanısıyla gelen hasta acil serviste değerlendirilir

6.9.2. Vakanın durumu Sağlık Bakanlığı Zehirlendirme Tanı ve Tedavi Rehberindeki bilgiler doğrultusunda değerlendirilir. Gerek görülürse doktor tarafından 114 tel no.bildirilir.

6.9.3. Hastanın tetkik ve tedavisine başlanır.

6.9.4. Zehirlenme formu (Gıda Zehirlenme Vaka Bildirim Formu ve İntihar Girişim Formu, vb.) doldurulur aylık olarak bu formlar istatistik birimine gönderilir.

6.9.5. Hastanın durumuna göre müşahedede takip edilir. Eğer takip ve tedavi 4 saat geçerse ilgili servise yatışı düzenlenir. Anestezi konsültasyonunda yoğun bakım ihtiyacı olan veya olabilecek vakalara yoğun bakım yatağı ayarlanarak sevk edilir.

6.10. ADLİ VAKALAR

6.10.1.Adli vakalar girişı yapılıncı mutlaka polis memuruna bildirilir.

6.10.2. Adli raporu doktor tarafından düzenlenir.

6.10.3. Adli vaka olana hastanın eşyaları polis memuru tarafından teslim alınır.

6.11. ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ

6.11.1. Afet durumlarında birimin tahliyesi Acil Servis Tahliye Talimatı'na göre uygulama yapılır.

6.11.2. Afet durumlarında hastane afet planına uygun hareket edilir.

6.12. SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA DİĞER KURUM VE KURULUŞLARLA KOORDİNASYON SÜREÇLERİ

6.12.1. Hasta sevk edileceği süreçte 112 komuta ile bağlantıya geçilir hasta hakkında bilgi verilir .

6.12.2. 112 hastaya uygun hastanede yer bulunduğunda telefon yoluyla geri dönüş yapar ve sevk prosedürü izlenir.

6.13. ACİL SERVİSTE RİSK YÖNETİMİ

6.13.1. HASTA GÜVENLİĞİ

6.13.1.2. Hastanın düşmesini önlemeye yönelik Düşme Riski Önleme talimatı uygulanır.

6.13.1.3. Hasta güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde güvenlik raporlama sistemi bildirim formu doldurulur.

6.13.1.4. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik işlemler kalibrasyon laboratuvarı ve klinik işbirliği ile belirlenen dönemde yapılır.

6.13.2. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

6.13.2.1. Kişisel koruyucu ekipmanlar kullanım planı'na uygun olarak kullanılır.

6.13.2.2. Çalışan Sağlık Tarama Programı'na göre çalışanların sağlık taramaları yapılır. Yapılan tarama sonuçları Kişisel Sağlık Bilgi Formu'na doldurulup, birimde saklanır.(Kişisel bilgileri içerdii için kilit altında tutularak bilgi güvenliği sağlanır).

6.13.2.3. Çalışanların karşılaştığı veya karşılaşacağı olası şiddet, taciz vb. olaylarda, çalışan güvenliğini sağlamak için Beyaz Kod Uygulama Talimatı'na göre davranılır, olay gerçekleşti ise Beyaz Kod Olay Bildirim Formunu olaya müdahale eden güvenlik görevlileri tarafından doldurulur. Şiddete uğrayan çalışan Şiddet Bildirim Formu' nu doldurduktan sonra kalite yönetim birimine teslim eder.

6.13.2.4. Çalışan güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde, olayın türüne göre aşağıdaki formlar doldurulur;

– Kesici-Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu,

– İş Kazası Bildirim Formu

– Kan ve Vücut Sıvıları Sıçramasına Maruz Kalma Bildirim Formu

6.13.3. ATIK YÖNETİMİ

6.13.3.1.Atıkların toplanmasında ve ayrıştırılması Hastane Atık Yönetimi Planı'na göre yapılır.(Döküman yönetimi – plan)

6.14. KBRN TEHDİT VE TEHLİKELERE KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER , MARUZ KALAN HASTALARA YÖNELİK UYGULAMALAR