



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İLAÇ VE TIBBİ MALZEME PROSEDÜRÜ

Doküman No	İY.PR.01
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.08.2018
Revizyon No	02
Revizyon Tarihi	04.11.2024
Sayfa No	Sayfa 1/6

1. AMAÇ

İlaçların uygulamalarında hasta güvenliğini sağlamaktır.

2. KAPSAM

Kliniklerin tüm sürecini kapsamaktadır.

3. KISALTMALAR

4. TANIMLAR

5. SORUMLULAR

Kurum Yöneticisi, Eczacı, İlaç Yönetim Ekibi, Farmakovijilans Sorumlusu, Hekimler, Hemşireler, Depo Sorumlusu, Hasta Güvenliği Komitesi, ilaç uygulaması yapan tüm sağlık personeli.

İLAÇLARIN TEMİNİ:

İlaç ve tıbbi malzeme birim sorumlusu tarafından birimlerden gelen listeler, stok durumu ve bir önceki yıl yapılan tüketim dikkate alınarak ihtiyaç miktarı belirlenir. İlaç ve tıbbi malzeme birim sorumlusu ihtiyaç listesini hazırlar ve kurum yöneticisi ile değerlendirerek listelerin uygunluğunu kontrol eder.

1. Alımına karar verilen ilaçların istemi E-Belge sistemi üzerinden yapılır.
2. Depo mevcudu olup olmadığı İlaç ve Tıbbi malzeme sorumlusu tarafından araştırılır ve talep uygunsa imzalar.
3. Hastane müdürü/Yardımcısı satın alma mevzuatını ve bütçe durumunu inceler, uygun gördüğü takdirde imzalar. Başhekimin onayına sunar.
4. Başhekim istemi onayladıktan sonra alımın yapılması için ihtiyaç listesini satın alma birimine havale eder.
5. Satın alınan mal veya hizmetin idari ve teknik şartname hükümlerine uygun olup olmadığı, cins ve miktarını kontrol ederek kabul ya da ret etme işlemini Hastane "Muayene ve Kabul Komisyonu" tutanak ile yapar.
6. Bu komisyon hastane müdürlüğü başkanlığında, Taşınır Kayıt Kontrol Görevlisi ve alınan malzeme ve hizmetin özelliğine göre tespit edilen bir ve/veya birkaç uzmanın katılımı ile en az üç kişiden oluşur.
7. Mal / malzeme teslimatının nerede ve nasıl yapılacağı şartnamelerde belirtilir. Alınan ilaç ve sarf malzeme tedarikçi firma tarafından hastanemize getirilir. Gelen ilaçların ve sarf malzemelerin muayene komisyonu tarafından kontrolü yapılır, uygun bulunursa kabul edilir ve onaylanır. Şartnameye uygun olmayanlarla ilgili olarak 2 nüsha tutanak düzenlenerek 1 nüshası firmaya fax çekilir, 1 nüshası eczanede dosyalanır.
8. Gelen ilaç ve sarf malzemeler ile faturada kayıtlı olanların adı ve miktarı karşılaştırılır.
9. Gelen ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilir.

İLAÇLARIN MUHAFAZASI:

1. Adı, ambalajı, okunuşu benzer ilaçlar ve farklı dozları olan ilaçlar ayrı raflara yerleştirilir. Yazılışı, okunuşu ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar listesi kullanım alanlarında bulundurulur.
2. Oda ısısında bekletilmesi gereken ilaçlar (+4) - (+25) °C arasında muhafaza edilir.
3. Buzdolabında saklanması gereken ilaçlar (+2) - (+8) °C arasında muhafaza edilir. Gerektiğinde buzdolabına konulan ilacın özelliğine göre ısı ayarlaması yapılır ve buna göre takibi yapılır. Buzdolabındaki ilaç ve aşılarda özelliklerine uygun bölümde muhafaza edilir.
4. Işıktan korunması gereken ilaçlar, özel kapaklı dolaplarda muhafaza edilir. Ayrıca tüm ilaçlar uygun ısı, ışık ve nem koşullarına uygun olarak saklanmalı ve ölçümler kayıt altına alınmalıdır.



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İLAÇ VE TIBBİ MALZEME PROSEDÜRÜ

Doküman No	İY.PR.01
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.08.2018
Revizyon No	02
Revizyon Tarihi	04.11.2024
Sayfa No	Sayfa 2/6

5. Soğuk zincir kurallarına uygun saklanması gereken ilaçlar ilaç muhafazası için ayrılmış buzdolabında kalibrasyonlu termometrelerle takibi yapılarak saklanır. Isı takip çizelgelerine günlük olarak kaydedilir.
6. İlaçların depolara yerleştirilmesinde ilaç ambalajı üzerinde bulunan üst üste azami istifleme kurallarına mutlaka riayet edilir. İlaç kolileri hemzemin yerleştirme yapılmaz.
7. İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler bulundurulmamalıdır.
8. İlaç depolarına yetkisiz kişilerin erişimi engellenmelidir.
9. İlaçların miat takibi BYS üzerinden yapılmalıdır.
10. İlaçların stok seviyesi, kritik ve maksimum stok seviyeleri BYS sistemi üzerinde belirlenmeli ve stok seviyeleri takip edilmelidir.
11. Belirlenmiş ilaç stok düzeylerinde sapma olması durumunda kullanıcılar için BYS üzerinde uyarıcı bilgilendirme yapılır ve buna yönelik gerekli önlemler alınır.
12. Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik BYS 'de miad ile ilgili bilgilendirme yapılır ve buna yönelik gerekli önlemler alınır.
13. İlaçların miat takipleri ilgili bölümde manuel olarak aylık takip edilir.
14. Satın alınan ilaç özelliklerine uygun saklama koşullarında depoya yerleştirilir ve maksimum stok, kritik stok ve minimum stok miktarları otomasyon sistemine kaydedilir.
15. İlaç ve tıbbi malzemelerin son kullanma tarihleri otomasyon sistemi üzerinden kontrol edilir. Miadları yakın olan ilaç ve tıbbi malzemeler, hekimlere yazılı olarak bildirilerek hastane içinde miadları sonlanmadan tüketilmesi sağlanır. İlaçların miad kontrolü sorumlu tarafından yapılarak servislere gönderilir. Kontrol edilen ilaçların miadları kutu ve ampul üzerinde yazılıdır. İlgili kliniklerden yapılan isteme göre son kullanma tarihi en yakın olan ilaç öncelikli olarak verilir.
16. Bölümlerde miadının bitmesine 3 ay kalan ilaçlar birim sorumlusu tarafından ilaç ve tıbbi malzeme sorumlusuna bildirilir.
17. Miadından önce tüketilemeyecek olan ilaç ve tıbbi malzemeler şartname kurallarına göre 3 ay önceden satın alınan firmaya bildirilerek yeni miadlı olan aynı ürünle değiştirilmesi sağlanır.
18. Tüm önlemlere rağmen miadı geçen malzemeler hastane başhekimliğine bildirilir. Yönetici, ilgili birimin sorumlusu hemşire/Hekim, İlaç ve tıbbi malzeme sorumlusu tarafından tutanak altına alınıp Atık Yönetim Planına göre imha edilir.
19. İlaçlar, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluk bırakılarak yerleştirilmelidir.
20. İlacın cinsine uygun olarak yerleştirme yapılmalıdır.
21. Depolara ait ilaç yerleşim planları kolay ulaşılabilir alanlara yerleştirilmeli, kullanılabilir nitelikte olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.
22. İlaçların buzdolaplarına yerleştirilmesi Buzdolabında **Saklanması Gereken İlaç Yerleşim Planı ve İlaç Listesine** uygun olarak yapılır.
23. Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

6. FAALİYET AKIŞI

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimi:

1. Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınarak miat kontrolleri yapılır.
2. Teslim alınan ve miat kontrolleri yapılan ilaçlar hastanın hekimi tarafından kontrol edilerek uygulama konusundaki devamlılığa karar verir.



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İLAÇ VE TIBBİ MALZEME PROSEDÜRÜ

Doküman No	İY.PR.01
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.08.2018
Revizyon No	02
Revizyon Tarihi	04.11.2024
Sayfa No	Sayfa 3/6

İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler:

1. İlaçların kullanımına ilişkin olarak ilgili personele gerekli bilgilendirmeler görev başında uygulamalı yapılır.
2. İlacı hazırlayan hemşire mutlaka uygulamayı da kendisi yapmalıdır.
3. Tedavi planı hekim tarafından yazılır, kaşe ve imzalanır. Tedavi planı ilacın tam adı, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içerir.
4. Uygulamada **ilaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.**
5. Kurumumuza müracaat eden ve konsültasyon formu / kararı sonucunda, ilaç kullanımı gereken hastaların ilacı (narkotik, antihipertansif, antibiyotik vb.) ilgili hekim tarafından reçete edilir ve hasta tarafından temin edilir. Belirtilen dozda ilgili sağlık çalışanları tarafından uygulanır. Kullanılmayan ilaç hastaya geri verilir.
6. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da sorumlu diş hekimi gözetiminde yapılır.
7. Hasta ilaç uygulama sürecinin aktif bir parçası olarak kabul edilerek güvenli ilaç kullanımı konusunda eğitilir; endişeleri açıklanarak soru sorma konusunda cesaretlendirilir. İlaç ve besin etkileşimi konusunda bilgilendirilir.
8. Enjeksiyon uygulamada aseptik kurallara mutlaka uyulur. Hazırlık sırasında enjektör ve ilacı kontamine etmemeye dikkat edilir, derinin dezenfeksiyonu sağlanır.
9. IM enjeksiyon için hastaya doğru pozisyon vermek ve doğru bölgeye ilacı uygulamak çok önemlidir. Gergin kasa enjeksiyon yapmak ağrı verir.
10. IM ve subkutan enjeksiyonlar sırasında iğnenin damarda olmadığından emin olunmalıdır. Yine ilaç doku içine verilirken yavaş yavaş verilmelidir. Bu hem ağrıyı azaltır, hem de ilacın doku içine yayılımını ve emilimini kolaylaştırır. Çok miktarda ilaç, ağrı yapar ve yerel doku yıkımı yapabilir. Bu nedenle her bölgeye yapılabilecek ilaç miktarı bilinmelidir.
11. IV enjeksiyonların uygulanma sırasında iğnenin damarda olup olmadığına dikkat edilir. İlacın özelliğine göre erken komplikasyonlar gözlenir.
12. Aerosollar iyice çalkalandıktan sonra, öksürükle balgamı çıkarılmış hava yoluna uygulanmalıdır.
13. Doku tahriş edici veya büyük hacimli ilaçların sc verilmesi o bölgede nekroz, ağrı ve abselere neden olabileceğinden bu hususlara dikkat edilmeli ve her enjeksiyonda bölgeler sırayla değiştirilmelidir.
14. Sinir ve kemiklere zarar vermemek için, enjeksiyonlar anatomik olarak sinirlerden uzak güvenli bölgelere yapılmalıdır. Ayrıca irritasyon, inflamasyon ve enjeksiyon olan bölgeler kullanılmamalıdır. Skar dokusu ve ödemli dokulara da enjeksiyon yapılmaz. Aksi halde doku yıkımı arttığı gibi verilen ilacın emilimi de yetersiz olur.
15. Miat kontrolleri yapılır. İlaçların miatlarının dolmasına 90 gün kala bilgisayarda BYS sistemi üzerinde uyarı verir ve bu ilaçlar ilgili firmaya bildirilip değişimi sağlanır. Kırılan ilaçlar Atık Yönetimi Planına göre atıkların kontrolüne ilişkin olarak imhası için uygun alana alınır. İmha yapacak personele mevzuat uyarınca uygun kıyafet ve uygun yöntemlerle teslim edilir.
16. Kritik stok seviyesi olan ilaçlar bölümünden bu ilaçlar kontrol edilir.
17. İlaçların bozulmasını engellemek için, ilaçların saklandığı oda ve depoların ısısı sürekli kontrol edilerek **Isı ve Nem Takip Formuna** kaydedilir.
18. Acil müdahale setindeki ilaçlar **CRASH** kartında belirtilmiştir. Acil müdahale setinde bulunması gerekenleri her bölüm kendi hasta profiline göre belirleyebilir. İlaç, malzeme ve adetlerinin takibi CRASH kart ile yapılır.
19. Defibrilatör'ün bulunduğu bölüm yönetimce belirlenir.
20. İlaç, anestezi ajan, kit, kalibratör, kontrol serumları vb. malzemelerin düzenli takiplerinin yapılabilmesi için tüm malzemeler sınıflarına göre tasnif edilerek depolanmalı, depolarda malzemelere ait edvanter bulundurulmalıdır ve depo planı bulunmalıdır.



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İLAÇ VE TIBBİ MALZEME PROSEDÜRÜ

Doküman No	İY.PR.01
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.08.2018
Revizyon No	02
Revizyon Tarihi	04.11.2024
Sayfa No	Sayfa 4/6

21. Depolarda malzemeler için yerleşim planı bulunmalıdır. Söz konusu plan, "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olmalıdır.

22. Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır ve istifleme tavandan en az 40 cm aşağıda olmalıdır.

23. Malzemelerin stok takibi BYS sistemi üzerinden yapılır. Malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli (% 20'nin altına düşmeyecek şekilde), kritik stok seviyesinin altına düşülmesi durumunda BYS sisteminde uyarıcı bir düzenleme bulunmalıdır. Stok takibi periyodik kontrolleri her 30 günde bir, kontrol sorumlusu tarafından yapılmalı ve yapılan kontroller kayıt altına alınmalıdır.

Kritik stok seviyesinin altına düşen malzemeler için E-Belge üzerinden istek yapılmalıdır.

1. Malzemelerin miatları BYS sistemi üzerinden takip edilmeli, miadı yaklaşan ilaçlar için BYS sisteminde uyarıcı bir düzenleme bulunmalıdır. Depoda bulunan malzemelerin miat tarihi kontrolleri periyodik olarak her 30 günde bir kontrol sorumlusu tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

2. Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalı ve söz konusu risklere yönelik **koruyucu önlemler alınmalıdır** (Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler ve önlemleri)

3. Depoda, bulunan malzemelerin niteliğine göre, ısı ve nem takibi yapılmalıdır. Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır. Bu amaçla bir çizelge hazırlanmalı ve depo sorumlusu tarafından periyodik olarak kontrol edilip imzalanmalıdır (**Isı ve nem takip ve kontrol formu**).

4. Son kullanma tarihine 3 ay kalan ilaçlar ilgili firmaya geri iade edilir ve yenisiyle değiştirilmelidir.

YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLAR:

1. Hangi ilaçların yüksek riskli olduğunun belirlenmesi için eczacı tarafından yüksek riskli ilaçlar listesi hazırlanmalıdır.

2. Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan ayrı bir alanda muhafaza edilmelidir.

3. Yüksek riskli ilaçların konulduğu dolaplara ve raflara belirtici etiket yapıştırılır.

4. Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan tüm yüksek riskli ilaçlar için etiketi yapıştırılır.

Yüksek Riskli İlaç

5. Yüksek hata potansiyeli yüksek riskli ilaçlar listesinde yer alan ilaçlar için Sözel /Telefon talimat kabul edilemez.

6. Mesai saatleri dışında Yüksek riskli ilaçlar; hekimin gelemeyeceği durumlarda ilgili hekim tarafından nöbetçi uzman hekimi bilgilendirmesi sonrasında yüksek riskli ilacın order edilmesi halinde uygulanır.

7. Order edilen yüksek riskli ilaç grubunda yer alan narkotik ve psikotrop ilaçlar order edildikten sonra otomasyon sisteminden istenir ve sağlık çalışanı Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi İlaç Formu ile imza karşılığı eczaneden teslim alır.

8. Teslim alınan narkotik ve psikotrop ilaçlar kullanıma açık olmayan alanlarda, yeri sabit, kilit altında ve anahtarın devir teslimi ile muhafaza edilir.

9. Narkotik ve psikotrop ilaçlar yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar **kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların teslim/takip formu** ile teslim edilir, hemşire hasta bakım ve takip formu ile ilacın hangi hastaya, hangi tarihte, kaç adet kullanıldığı, ilacı kimin uyguladığına dair bilgiler kayıt edilerek imza altına alınır.

10. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaç kırılması durumunda; 2 nüsha tutanak tutularak iki sağlık çalışanı tarafından imzalanır. Tutanağın biri eczacıya verilir diğeri ise yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaç formu doldurularak muhafaza edilir. Eczacı kırılan ilacı Atık Yönetim Planına göre imhasını sağlar.

11. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaç kaybolması durumunda tutanak tutulur, yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaç formuna imzalı tutanağın bir nüshası iliştilir, diğer nüsha eczaneye teslim edilir. Eczacı kaybolan ilaç tutanağı ile ilgili üst yönetime bilgi verir.



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İLAÇ VE TIBBİ MALZEME PROSEDÜRÜ

Doküman No	İY.PR.01
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.08.2018
Revizyon No	02
Revizyon Tarihi	04.11.2024
Sayfa No	Sayfa 5/6

12. Narkotik ve psikotrop ilaç uygulama sonrası artan dozun imhası 2 sağlık çalışanı tarafından yapılır. 2 sağlık çalışanı ve ilgili hekim imzaları ile kayıt altına alınır. Form 2 nüsha halinde doldurulur eczacının imzası alınarak formun bir nüshası eczanede bir nüshası hasta dosyasında muhafaza edilir. Artan ilaç farmakovijilans sorumlusuna teslim edilir ve Atık Yönetim Planına göre imha edilir.

13. Genel anestezi uygulanacak hastalara kullanılan narkotik ilaçlar anestezi doktoru tarafından günlük olarak eczaneden çekilir.

İlaçların Hazırlanması

Polikliniklerde hastaya tüm ilaçlar klinik hekimi tarafından uygulanır. Hekim işlem öncesi uygun gördüğü ilacı/anestezik maddeyi enjektöre çekerek hastaya uygular. Uygulama sonunda kullanılan enjektör ucu kesici delici alet kutusuna atılır.

- Anestezik ilaçların güvenliği için Anestezik solüsyonlar birden fazla hazırlanmaz, hastaya kullanılacağı an tedavi sırasında enjektöre çekilmelidir.
- Hazırlanan anestezik solüsyon tedavi masasına bırakılmamalı, hekime teslim edilmelidir.
- Tedavi masasında başka enjektör olmamasına dikkat edilmelidir.
- Kullanım sonunda enjektör kesici delici alet atık kutusuna atılmalıdır.
- Antiseptik solüsyonlar hastaya kullanılacağı anda enjektöre çekilerek, çekilen enjektörün üzerine içindeki antiseptik maddenin ayrımını sağlayan renkli bir etiketle etiketlenmelidir.
- Oksijenli su enjektöre çekildiğinde **mavi** renkli kalem/etiket ile işaretlenir, Oksijenli su orijinal ambalajında muhafaza edilir.
- % 2,5'luk Sodyum hipoklorit enjektöre çekildiğinde **kırmızı** renkli kalem/etiket ile işaretlenir, % 2,5'luk Sodyum hipoklorit orijinal ambalajında muhafaza edilir.
- Serum Fizyolojik enjektöre çekildiğinde **Yeşil** renkli kalem/etiket ile işaretlenir.
- Enjektörler kullanıldıktan sonra tıbbi atık enjektör çöpüne atılır.
- Antiseptik solüsyon çekilip kullanılmış enjektörlere tekrar anestezik solüsyon çekilmez.
- Tüm işlemlerde kullanılan enjektörler tek kullanımlıktır.

1. İlaç Hazırlama ve Onay Süreci

1. Servislerden gelen ilaç istemleri eczacı tarafından incelenir. Bu inceleme sırasında ilacın dozu, verilmiş yolu ve diğer ilgili detaylar değerlendirilir.
2. Uygunsuzluk tespit edilmezse, eczacı istemi onaylar.
3. Uygunsuzluk tespit edilmesi halinde, eczacı ilgili servisi bilgilendirir ve düzeltme talep eder.
4. Onaylanmış ilaçlar için döküm listesi hazırlanır ve ilaç etiketleri Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) üzerinden alınır.
5. İlaçlar hasta bazlı olarak hazırlanır ve etiketlenir. Etiketlerde ilacın adı, formu ve son kullanma tarihi (SKT) yer alır.
6. Büyük hacimli ilaçlar (örneğin serumlar, mamalar) hazırlama işleminin en son aşamasında hazırlanır.
7. Soğuk zincir gerektiren ilaçlar önceden hazırlanmaz ve bekletilmez.
8. Uyuşturucu ilaçlar servis kutularına konulmaz.
9. İlaçları hazırlayan eczane görevlisi, çıktı üzerine parafını atar.
10. Hazırlığı tamamlanan ilaçlarla ilgili olarak, ilgili birim telefonla bilgilendirilir ve ilaçların teslim alınması sağlanır.

İlaçların Taşınması ve Teslimi

1. İlaçların ilgili birime 10-15 dakika içerisinde ulaştırılması önerilir.
2. Taşıma işlemi, ilaçların ilgili birim sorumlusuna eksiksiz olarak teslim edilmesiyle tamamlanır.
3. Toplu çıkış yapılan ilaçlar için döküm çıktısı, taşıma görevlisi ve teslim alan birim görevlisi tarafından karşılıklı olarak imzalanır.

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ İLAÇ VE TIBBİ MALZEME PROSEDÜRÜ	Doküman No	İY.PR.01
		Yürürlüğe Gir.Tar.	01.08.2018
		Revizyon No	02
		Revizyon Tarihi	04.11.2024
		Sayfa No	Sayfa 6/6

4. Hasta bazlı çıkış yapılan ilaçlarda, sadece teslim alan birim görevlisi çıktıyı imzalar.
5. Herhangi bir eksiklik veya fazlalık tespit edilirse, durum çıktı üzerinde belirtilir ve aynı gün içinde gerekli düzeltme yapılır.
6. Yüksek riskli ve uyuşturucu ilaçlar için “Teslim/Takip Formları” doldurulur ve hem eczacı hem de birim sorumlusu tarafından imzalanarak teslim gerçekleştirilir.

İlaçların Transferi ve Taşıma

Transfer esnasında ilaçların kaybolma, kırılma vb. önlemek için ilaçlar orjinal ambalajlarında transfer edilir. İlaçlar güvenliğinin sağlanması amacıyla ilaç taşıma kutuları/sepetleri vb. donanımlarla taşınır.

İlaçla ilgili istenmeyen reaksiyon gelişmesi ve ilaç güvenliği ile ilgili hataların gerçekleşmesi durumunda:

1. Bir ilacın uygunsuz kullanımına ve hastaya zarar vermesine neden olan/olabilecek tüm olaylar ilaç hatası olarak tanımlanır.
2. İlaç verilmeye devam ediliyorsa ise hemen sonlandırılır ve hastanın hekimine haber verilir.
3. Hekimin direktifi doğrultusunda uygun tedavi yapılır.
4. Gelişen reaksiyonun sebepleri araştırılır.
5. Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler Farmakovijilasyon sorumlusuna bildirilir.
6. Gelişen reaksiyon sonucu ilaç yönetimi ekibine bildirilir. Bildirimden sonra 15 gün içerisinde faks veya posta yoluyla TÜFAM’ a bildirim yapılır.
7. İlaç güvenliği ile ilgili hatalar **İstenmeyen Olay Bildirim Formu** ile kalite birimine bildirilir.
8. İlaçla ilgili istenmeyen reaksiyon geliştiğinde; hemşire derhal doktora haber verir, ilaç hemen kesilir. Acil müdahale gerekiyorsa acil müdahale seti hastanın yanına getirilir. Müdahaleye başlanır. Solunum ve kardiyak arrest durumunda Mavi Kod durumu başlatılır. Mavi kod ekibi gelene kadar müdahaleye devam edilir. Ekip geldikten sonra ekibe bilgi verilir ve yardım edilir. Sevk edilmesi gerekiyorsa sevk işlemleri yapılır. Advers Etki Formu hekim tarafından doldurulup Farmakovijilans sorumlusuna bildirilir.

SÜREKLİ İYİLEŞTİRME: Mevzuat değişiklikleri ve ihtiyaç durumlarına karşılık yıllık olarak değerlendirme yapılmakta ve gerekli durumlarda iyileştirmeler yapılmaktadır.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

1. Isı ve nem takip ve kontrol formu
2. CRASH kart takip formu
3. İlaç ve malzeme miad stok kontrol formu
4. Buzdolabı ısı takip ve kontrol formu
5. İstenmeyen Olay Bildirim Formu
6. Kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların teslim/takip formu
7. Hemşire hasta bakım ve takip formu
8. Advers Etki Formu
9. Atık Yönetim Planı