**HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ GÖREV TANIMI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| saglik-bakanligi-log-6dcef7a4e70da8cff952.jpg | **T.C.**  **SAĞLIK BAKANLIĞI**  **SİLOPİ DEVLET HASTANESİ** | | | |
| **KODU:**  **SDH.GT.KU.58** | **YAYIN TARİHİ: 12.06.2018** | **REVİZYON NO: 001** | **REVİZYON TARİHİ:10.12.18** | **SAYFA NO: 1/1** |

# OLUŞUMU:

Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

# 2.GÖREVLERİ:

* 1. Hastaların doğru kimliklendirilmesi sağlanması
  2. Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
  3. İlaç güvenliğinin sağlanması
  4. Transfüzyon güvenliğinin sağlanması
  5. Radyasyon güvenliğinin sağlanması
  6. Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
  7. Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
  8. Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
  9. Hasta mahremiyetinin sağlanması
  10. Hastaların güvenli transferi
  11. Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
  12. Bilgi güvenliğinin sağlanması
  13. Enfeksiyonların önlenmesi
  14. Laboratuvarda hasta güvenliğinin sağlanması
  15. Hazırlanan planın onaylanmasından sonra, hasta güvenliği yönetimi uygulamaları konusunda gerekli çalışmaları başlatır,
  16. Hasta güvenliği uygulama sürecinde gerekli gördüğü hususlara müdahale ederek iyileştirilmesini sağlar,
  17. Hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin çalışmalardan elde edilen ve hasta ve çalışan güvenliği komitesi tarafından onaylanan sonuçları standartlaştırarak uygulama alanında kullanıma hazır hale getirir.
  18. Alınan toplantı kararlarını kalite birimine iletir,
  19. Hasta güvenliği için yapılan çalışmaları değerlendirir ve tespit edilen eksikliklere yönelik girişim planlar
  20. Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatır ve takip eder,
  21. Kurumun hasta güvenliği çalışmalarına ilişkin kayıtlarını tutar. Uygulama sonuçlarına göre dokümanları güncelleştirir,
  22. Kuruma yönelik yapılan çalışma sonuçlarına göre hastane yönetimine tekliflerde bulunur.

# 3.TOPLANTI SÜRESİ:

Hasta güvenliği ekibi her 3 ay da bir olmak üzere kalite yönetim direktörü başkanlığında toplanır. Toplantı duyuruları kalite birimi tarafından **SDH\YÖN.FR\080** Toplantı Çağrı Formu ile yapılır.

# 4. DENETİM:

Komite 6 ayda bir hizmet kalite standartlarına yönelik denetleme faaliyetinde bulunur. Denetleme sonucu üst yönetime bildirilmek üzere kalite birimine gönderilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAYLAYAN** |
|  | ***Kalite Direktörü*** | ***Hastane Yöneticisi Başhekim*** |