

SAĞLIK HİZMETLERİ MYO



TIBBİ DOKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PROGRAMI

TDS123-Tıbbi Dokümantasyon ve Arşiv-I

Öğr. Gör. Aysel Arslan

Hasta dosyası ve içerisinde bulunması gereken formlar, özellikleri

*TDS123-Tıbbi Dokümantasyon
ve Arşiv-1*

Hafta-5



Hasta dosyası ve içerisinde bulunması gereken formlar, özellikleri

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün “Hastanın sağlık kurumuna müracaatından itibaren tıbbi müdahale ve işlemlerin her aşamasında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde de belirtilen kayıtların Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi hükümleri doğrultusunda eksiksiz tutularak arşivlenmesi ve kurumda muhafaza edilmesi hususu” önemle belirtilmektedir.



Hasta dosyalarının bilimsel kural ve standartlara uygun olarak toplandığı, düzenlendiği ve hizmete sunulduğu birimlere **hasta dosyaları arşivi** denir.

Hasta dosyasının dış yüzüne her sağlık kuruluşu kendi adını ve logosunu bastırır. Dosyanın ön dış yüzünde yer alan yıllar

a) Hastanın hastaneye ilk kez hangi tarihte geldiğini belirlemek için

b) Dosyanın aktif veya pasif durumda olduğunu anlamak için kullanılmaktadır.

Aktif dosya; hastaneye sürekli gelen hastalara ait dosyaları ifade ederken (örneğin kronik hastalığı olan hasta dosyaları)

Pasif dosya; hasta dosyası açıldıktan sonra sağlık kuruluşuna bir daha başvurmayan veya çok uzun aralıklarla hastaneye başvuran hastalara ait dosyaları ifade etmektedir.

Dosyanın gizli bir yerine güvenlik bandı konularak, hastalar tarafından dışarıya çıkması önlenir.

Bir hasta aynı sağlık kuruluşunda birden fazla hasta dosyasına sahipse bu dosyalara mükerrer dosya adı verilmektedir. Hastanın bir dosya numarası olması gerekir. Eğer hastaya ait mükerrer dosya var ise bu dosyaların tek bir dosya numarası altında birleştirilmesi gerekmektedir.



YÜKSEK ÖĞRETİM
TÜRKİYE YERKÖK ENSTİTUSU
EDİTİM VE ARAŞTIRMA BAKANLIĞI



MERKEZİ TIBBİ KURUŞ ÜNİTESİ
HASTA DOSYASI

M. ADI	
S. ADI	
T. ADI	
...	...

M. 2136/12

- TEŞEKKÜR HASTA DOSYALARI
1. HASTANIN İZLENİMLERİ
2. HASTANIN GİZLİ VE TEŞEKKÜR HASTANIN
3. HASTANIN İZLENİMLERİ
4. İZLENİMLERİNİN SONUÇLARI
5. HASTANIN HASTANIN

...
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

№ 2 136/12

Standart bir hasta dosyasının kapağında (ya da gizlilik nedeniyle belirtilmek istenmezse iç kapağında) bulunması gereken bilgiler:

- 1) Hastanın adı, soyadı,
- 2) Dosya numarası,
- 3) Hastaneye geliş ve çıkış tarihleri, (başvuru sırası dikkate alınarak)
- 4) ICD-10 tanı kodu,
- 5) Yattığı servis, oda numarası,
- 6) Kan grubu,
- 7) Alerjisi olup olmadığı,
- 8) Ayrıca dosyanın üstünde hastanenin adı ve logosunun bulunduğu yer ve hasta dosyasının hastane dışına çıkarılmaması gerektiği ile ilgili uyarı yazısı bulunmalıdır.



Tıbbi Kayıtların Analizi

Niteliksel analiz Tıbbi kayıtların içeriğine yönelik olarak yapılan analizdir.

Temel amacı bakım ve tedavi için yapılan işlem ve müdahalelerin kalitesinin artırılmasıdır. Ve üst düzey amir konumundaki kişilerce de mutlaka denetlenmesi gerekmektedir.

Bu analiz içinde

Hastaneye yatışın uygun olup olmadığı,

Kayıtların tutarlılığı,

Kayıtların düzgün ve kaliteli olup olmadığı,

Zamana uygun işlem yapılıp bunun doğru kayıt altına alınıp alınmadığı incelenir.

Niceliksel analiz ise:

Hasta dosyalarının bulunduğu yerdeki arşiv elemanının, dosyalardaki eksik evrakları tespit etmesi amacıyla yapılır.

Hastanın taburcu işlemi gerçekleştirildikten sonra arşive gelen dosya ve içindeki evraklar tam mı?

Sırası doğru mu?

Raporlar yerli yerinde mi?

Bakılıp kontrol edilir ve eksik tespit edilmesi halinde bunların düzeltilmesi işlemi gerçekleştirilir.



Hasta dosyalarının kullanıcıları ve kullanım alanları şunlardır:

- Devlet hizmetlerinde
- Mahkemelerde, emniyetle ilgili soruşturmalarda
- Sigortacılıkta
- Kredi kurumları
- Akreditasyon kurumlarında
- Halk sağlığı birimlerinde
- Tıp ve sosyal araştırma kurum ve kuruluşlarında
- Eğitim kurumlarında
- Hastane yönetiminde
- İşverenler için
- Hasta
- Hekimler hasta dosyaları kullanılır.



- Hastalar verilen hizmeti hakkında bilgi almak ve maddiyatını öğrenmek için
- Hekimler hastanın tanı ve tedavisini planlamak ve diğer meslektaşları ile paylaşmak için
- İşverenlerin, personelin uygun iş koşullarında çalıştırılması aşamasında, işin riski ile ilgili önlem almada ve sigorta planlamasını yapmada
- Hastane yönetimi personel ve kalite konusunda planlama yapma aşamasında
- Eğitim kurumları mevcut programı gözden geçirme ve yapılacak değişiklikler açısından
- Tıp ve sosyal araştırma kurum ve kuruluşlarında epidemiyolojik çalışmalar yapılmasında, önemli olan sağlık problemlerinin tespit edilmesinde ve sağlık hizmetlerinin planlanma aşamasında, eğitim programlarının oluşturulmasında



- Halk sağlığı birimlerinde bölgesel hastalık oluşunu ve etkenlerinin ortaya çıkarılmasında ve bunlara yönelik planlama yapılmasında
- Akreditasyon kurumlarında sağlık kurumlarının hizmet kalitesinin belirlenmesinde, personel eğitim ve denetimlerinin kontrolünde
- Kredi kurumlarında sağlık kuruluşunun kredi ihtiyacını karşılamak amacıyla ödeme gücünün belirlenmesinde
- Mahkemelerde ve emniyet birimlerinde adli vakaların incelenmesi ve verilmesi gereken hükmün tespit edilmesinde
- Devlet hizmetlerinde sağlığa ayrılacak bütçenin belirlenip, planlamanın yapılması aşamasında hasta dosyalarından yararlanılır



Hasta Dosyalarının İçeriği, Sıralanması ve Düzeni

Hasta dosyası  bölümden oluşmaktadırdır:

1. Kimlik bilgisi ile ilgili bölüm
2. Hemřirelerle ilgili olan bölüm
3. Tıbbi iřlemlerle ilgili bölüm



Kimlik bilgisi bölümü: Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yatışına karar verilen hastalar için,

Özel dal hastaneleri ve Üniversite hastanelerinde ise kuruma ilk başvuruyu yaptıkları sırada hasta dosyası çıkartılır.

Dosya hazırlama ve kimlik bilgilerini doldurma görevi tıbbi sekreterindir. Daha önceden çıkartılmış bir dosya varsa “dosya istem fişi” ile birlikte “hasta dosyası arşivinden” istenir.

Hasta dosyasında yer alan “hasta kabul kağıdına” kimlik bilgileri dikkatli bir şekilde işlenir ve dosyanın içine konan tüm formların ilgili kısımlarına kimlik bilgilerinin (hastanın adı, soyadı, dosya no, muayene olduğu bölüm, tarih ve hekimin adı) yazılması görevi tıbbi sekreterindir.



Hemşireler ile ilgili bölüm: kimlik bilgileri doldurulan ve yatışı yapılan hasta ilgili kliniğe gönderilir.

Kliniklerde hastanın vital bulguları ile ilgili gözlemlerin, tedavi ve takiplerin kayıt altına alınacağı **“hemşire gözlem formu”** ve **“hasta izlem çizelgesi”** çıkartılır. Vital bulgular (tansiyon, nabız solunum, ateş gibi) günlük olarak kaydedilir. Ayrıca hastaya verilen tedavi ve takiplerde (kilo, boy, idrar ve dışkı çıkışı, kusma, verilen ilaçlar gibi) hemşirelerce bu kağıtlara işlenir.



- **Tıbbi kayıtlar bölümü** ise,hekimler tarafından doldurulur.Bu bölümde tıbbi tanı ve tedaviye ait bilgiler (hasta hikayesi,muayene bulguları,ön tanı,tıbbi ve cerrahi müdahaleler,doktor gözlemleri,sonuç raporları,çıkış özeti,kontroller,öneriler vb.) ayrıntı olarak yer almak zorundadır.



VEKİL DOSYA

Arşivden çıkarılan dosyaların dosya izleme fişi yardımıyla takip edilmesi amacıyla asıl dosya yerine geçici olarak konan, esas dosyanın aynı boyutlarında olan dosyadır. Biri A4 kağıdı boyutunda diğeri büyük cebin üstünde dosya izleme fişinin koyulacağı şeffaf iki ayrı cebi olan, ilgili forma uygun olarak düzenlenen; araştırma için alınan ve diğer birimlere gönderilen ayrı renkte olduğu plastik dosyayı ifade etmektedir.

Vekil dosya sayesinde hasta dosyaları arşivinden araştırma veya başka amaçlarla çıkarılan hasta dosyasının takibi kolaylıkla yapılmakta ve hasta dosyasının kaybolmasının önüne geçilmektedir. Hasta dosyası hasta dosyası arşivinden çıkarılmadan önce sekreter tarafından 'dosya istek fişi' doldurulur.

Hasta dosyası hasta dosyaları arşivinden çıkarılırken doldurulan bu dosya istek fişi vekil dosyaya yerleştirilir ve hasta dosyasının yerine konulur.



Hasta dosyalarının numaralandırılması

1. Alfabetik sistem
2. Nümerik sistem
 - a. Seri numaralama
 - b. Ünite numaralama
 - c. Seri ünite numaralama



A)Alfabetik sistem hasta sayısı az olan hastanelerde uygulanabilir. Kişinin soyadına göre dosyalar alfabetik olarak sıralanır.Benzerlik hallerinde ikinci,üçüncü ve diğer harfler veya bir hece ya da bütün bir kelime sıralama için kullanılır.

B)Nümerik sistem

Seri numaralama: hastanın hastaneye her başvurusu için başka bir dosya ve dosya numarasının olması esasına dayanır. Hastanın her bir dosyası arşivde sıralanırken, sahip olduğu dosya numarasına göre farklı bir rafta sıraya dizilir.Karışıklığa yol açması son derece normaldir.

Ünite numaralama: hastanın ilk başvurusunda bir dosya açılır ve sonraki her başvurudaki işlemler bu dosyanın içinde saklanır. Hangi polikliniğe başvurursa vursun hekim hastanın bütün tıbbi özgeçmişini bu dosyadan öğrenme fırsatı bulmuş olur. İleride elektronik hasta kayıt sistemine geçilmek istenirse işlemler daha kolaylaştırılmış olur.Ayrıca,açılan dosya sayısı azalır,yer sıkıntısı yaşayan arşivin daha optimal kullanımına olanak sağlanır.

Seri ünite numaralama: adından da anlaşılacağı gibi seri ve ünite numaralama sistemini birlikte kullanır. Hastanın her başvurusu seri numaralamada ki gibidir ama en sonunda hepsi tek bir dosyada toplanır.

En çok tercih edilmesi gereken ve en uygun olan sistem zaman ve finansal kazançlar açısından **ünite numaralama** sistemidir.



HASTA DOSYASINDA BULUNMASI GEREKEN BELGELER

Yataklı tedavi kurumları tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri yönergesine göre hasta dosyasının içerisinde aşağıda yer alan belgeler bulunmalıdır:

- a) Hasta kabul kağıdı (Form 60),
- b) Tıbbi müşahade ve muayene kağıdı (Form 62),
- c) Derece kağıdı (Form 61),
- d) Hasta tabelası (Form 51),
- e) Röntgen istek kağıdı ve raporları (Form 64),
- f) Laboratuvar istek kağıdı ve tetkik raporları (Form 65),
- h) Ameliyat kağıdı (Form 63),
- ı)Çıkış özeti (Form 67).
- i) Uygulanacak tedavinin kabul edildiğine dair olan ve 1/8/1998 tarihli 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesi uyarınca alınmış rızayı gösteren muvafakat formu.



Üniversite Hastanelerindeki Dosyaların İçinde

1. Hasta kabul ve yatırma kağıdı
2. Doktor istem ve gözlem formu
3. Hemşire izlem formu
4. Laboratuvar bulguları formu
5. Çıkış özeti (epikriz)



Hasta Dosyalarının Standardizasyonu

Hasta Dosyalarını Oluşturan Formlar

FORM 60 :Hastane Kabul Kağıdı (Hastane Giriş Kağıdı)

Hastane giriş kağıdı : Bu form hastaların yatarak tedavi edilmelerine karar verilmesi durumunda, ilgili poliklinik hekimi tarafından doldurulur. Bu formda hastaya ait kimlik bilgileri, yatışı ile ilgili ön tanı, öyküsü, fizik bulguları, sınıfı, ücret durumu ile ilgili bölümler bulunmaktadır. Ayrıca hastanın yattığı sürede hastane kurallarına uyacağını kabul ettiğine dair hasta veya yakınlarının imzaladığı bir bölüm de bulunmaktadır. Bu bilgilere ilaveten gerektiğinde başvurulacak hasta yakınının adresi ve telefon numarasının yazılacağı bir bölüm de bulunur. Bu formda hastanın yatacağı klinik, hastayı yatıran doktorun adı, soyadı ve imza yeri ile yapılacak tıbbi işlemler için hastaneye izin verdiğine dair kendisi veya velisi tarafından imzalanan taahhüt bölümü de bulunmaktadır.

Formun arka yüzünde hastanın, hasta kabul ünitesine bıraktığı eşyalarının teslim alınıp verilmesiyle ilgili bir bölüm de bulunmaktadır. Hasta taburcu olurken imza karşılığı eşyalarını hasta kabul ünitesinden tekrar geri alır.



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Diyarbakır Devlet Hastanesi

Form No:60
Arşiv No:

Başvuru Tarihi:

HASTANE GİRİŞ KÂĞIDI

Poliklinik:
Poliklinik Kayıt No:
Muayene Tarihi:

Adı, Soyadı :
Baba Adı :
İşi :
Doğum yeri ve tarihi :
Geldiği yer :
Kimin tarafından gönderildiği :
Nüfus adresi :
Son oturduğu yerin adresi :
Hasta yakınının adresi ve tlf. No

Kısa öyküsü:

Fiziki bulgular:

Tanı:

Yattığı takdirde alınacak önlemler:

Yatırılacak bölüm:

Hastayı yatıran doktorun adı soyadı:

... .. Sınıf ücreti
... .. Ücretsiz

İmza

Yattığı Saat:

Klinikteki yetkilinin adı, soyadı:

İmza

Benim veya hastamın hastanede yattığı sürece, hastane içi kurallarındaki maddeleri bilerek, ona uymak zorunda bulunduğumu, gereken tıbbi ve cerrahi tedavileri, kabul ettiğimi, herhangi bir nedenden hastane kurallarına aykırı bir harekette bulunmayacağımı bildiren bu belge hastane yönetimine tarafımdan imza edilerek verilmiştir.

.../.../...

Hasta veya velisi
Adı, soyadı, imza

Emanet Eşya Torba No:

EŞYA		ADET	EŞYA	ADET	EŞYA	ADET
1	Pantolon		9		17	
2	Entari		10		18	
3	Gömlek		11		19	
4	İç Çamaşır		12		20	
5	Çorap		13		21	
6	Ayakkabı		14		22	
7	Çeket		15		23	
8			16		24	

Emanet Eşya Defteri No:

.../.../...

Bu kâğıtta yazılı emanet eşyayı teslim aldık.

Bölümün Sorumlu Hemşiresi Hasta emanet eşya Hasta veya
Adı Soyadı ve İmzası Depo Sorumlusu Yakının
İmzası

Teslim edenlerin İmzası Beraberindekilerin imzası

Hasta

Bu kâğıtta yazılı emanet eşyayı teslim ettik.

Bölümün Sorumlu Hemşiresi Hasta emanet eşya Hasta veya
Adı Soyadı ve İmzası Depo Sorumlusu Yakının
İmzası

Teslim alan:

Hastane Giriş Kâğıdı (Arka yüz)



FORM 62: Tıbbi Müşahade ve Muayene Kâğıdı

Form 62 hekim tarafından doldurulmaktadır ve hastaya ait kimlik bilgileri ,hastanın hastaneye başvuru sayısı,yakınmaları,soygeçmişi,özgeçmişi ve solunum,sindirim,dolaşım,ürogenital,sinir sistemleri ile ilgili sorgulamalar ve hastanın öyküsü gibi ayrıntıları içermektedir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DİYARBAKIR DEVLET HASTANESİ

TIBBİ MÜŞAHADE VE MUAYENE KÂĞIDI

Arşiv No	:	Bölüm Kayıt No	:
Hasta Kabul No	:	Giriş tarihi	:
Bölümü	:	Çıkış Tarihi	:
Hastanın Adı Soyadı	:	Mesleği	:
Yaşı:	Adresi:		
Tanı:		SONUÇ	:
Bölüm Sorumlusu	:	Asistan	:
Giriş (kaçıncı olduğu)	:	1.	2.
		3.	4.
		5.	5.+

Esas Yakınması :

Soy Geçmişi :

Öz Geçmiş :

Sistemlerin Sorgulanması:

Baş :

Göz :

K.B.B. :

Solunum :

Kalp ve Dolaşım :

Sindirim :

Ürojenital :

Ruh ve Sinir :

Metabolizma :

Sosyal Durum :

Öyküsü :



FİZİKİ İNCELEME BULGULARI			
Ateş:	Nabız:	Kan Basıncı:	Solunum:
Genel Durum	:		
Göz	:		
Ağız-K.B.B.	:		
Boyun	:		
Solunum	:		
Kalp ve Dolaşım	:		
Karın	:		
Sinir Sistemi	:		
Kol ve Bacaklar	:		
Lenta Sistemi	:		
Ön Tanı:			



FORM 61: Derece kağıdı

Klinikte yatan her hasta için günlük solunum, nabız, ateş, tansiyon, idrar ve dışkı, aldığı sıvı miktarı ve kusmasının olup olmadığının günlük olarak hemşire tarafından takip edilip işaretlendiği bir formdur. Hemşireler tarafından doldurulmaktadır.

Formun üst tarafında ki kısma yine hastanın kimlik bilgileri, yattığı servis, oda numarası ve takibi yapan doktorun ismi yazılmaktadır.



Adı Soyadı : Yatığı Bölüm : Tedavi Eden Hekim :
Baba Adı : Bölüm Kayıt No. : Oda ve Yatak No :
Cinsiyeti : Nakledilen Bölüm :
Yaşı : Bölüm Kayıt No. : Oda ve Yatak No :

TARİH			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
Yatığı Günler																													
Sol. Nab. Der.																													
70	160	41																											
60	140	40																											
50	120	39																											
40	100	38																											
30	80	37																											
20	60	36																											
10	40	35																											
Kan Basıncı																													
Dişleri																													
İdrar																													
Kusma																													
Açlık																													
Aldığı Sıvı																													



Hemşire Gözlem Kağıdı

- Bu form, kliniğe kabul edildiği andan taburcu oluncaya kadar hemşire tarafından hastaya günlük olarak yapılan bazı rutin uygulamaları kayıt altında tutmak ve kontrolünü pekiştirmek amacıyla hazırlanmıştır. Formum bir yüzünde, tarih, saat, ateş, nabız, solunum sayısı, kan basıncı, santral venöz basıncı (CVP) kan şekeri, idrar sonuçlarının ve verilen ilaçların, uygulanan tedavilerin ve hastanın diyetinin kayıt edildiği sütunlar vardır. Formun diğer yüzünde, yapılan hemşirelik uygulamalarının kayıt edildiği bölüm vardır. Form birden fazla gün için kullanılacak şekilde düzenlenmiştir.



Hemşire Gözlem Kâğıdı

.....Devlet Hastenesi Adı Soyadı :
HEMŞİRE GÖZLEM Dosya No :
Hastanın Bölümüne kabul edildiği saat dak. Bölümü :

Şekil 3.11: Hemşire Gözlem Kâğıdı

Tarih	Saat	Ateş	Nabız	Sol	K.B.	İdrar	Dışkı	Verilen ilaç ve Diyet



..... HASTANESİ

Adı Soyadı :

Bölümü :

Doruy/ Bilgiayar No:

HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

Tanı/ Hastalık Kodu:

Oda No :

Yaş :

YAŞAM BULGULARI

ALDIĞI İLAÇLAR

TARİH	SAAT	ATEŞ	NABİZ	KAN BASINCI	SOLUNUM	VERİLEN DİYET İLAÇ VE NOTLAR	HEMŞİRE İMZA



FORM 51: Hasta Tabelası

Hastanın kimlik bilgileri,tanısı,yapılan cerrahi müdahale,hastalık kodu,alerji durumuna ilişkin bilgiler,hastaya verilen ilaçlar,ilaç dozları,hastaya uygulanan diyet türü(her gün için) kayıt altına alınmaktadır.

Hastanın yatışı sürecinde uygulanacak ilaçlar, ilgili hekim tarafından hasta tabelasına yazılır.


Yatarak tedavi olan hastalara hastane eczanesi ya da dışarıdan getirilen tüm ilaçların, kullanılan malzemelerin kaydedildiği formdur. Ayrıca hastaya verilen yemeklerinde kaydedildiği bir bölüm vardır.

Tabelada yazılı ilaç tedavilerini hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak Hemşire Defterine kaydederler. Kliniğe yatan hastanın gerekli tedavi şekli Hasta Tabelasına kaydedilir. Forma, en son tanı, hastalık kodu, yapılan ameliyat durumu, hastalığın sonu ve hastanın ücretli veya ücretsiz yattığı ile ilgili bilgiler de kaydedilir.

Hastaneye yatan her hasta için düzenlenen 'Hastalık Kodu'na göre ilgili 'Hastalık İstatistik Fişini doldurarak, hasta tabelasından gerekli bilgileri bu fişe aktarır. Hasta tabelası aynı zamanda istatistiksel işlemlere temel olan bir formdur.

İyileşen veya hastanede yatmasında fayda görülmeyen hastaların dosyaları servis şefi veya uzmanı tarafından Hasta tabelasına teşhis,çıkış tarihi,hastalığın istatistik kod numarası ve çıkarılmasına ilişkin gerekli açıklama yazılıp imzalandıktan sonra çıkış işlemleri için (ücretli yattı ise hastane masraflarını ödemek için veya sosyal güvencesi olan hastaların Döner Sermaye işlemleri için) idareye gönderilir.Hasta tabelası aynı zamanda istatistiksel işlemlere temel olan bir formdur.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞIDevlet Hastanesi		HASTA TABELASI		Bölüm: Kayıt No: Kabul No:	
Tedaviyi Yapan Hekim: Hastanın Kimliği		Tanı (En Son Tanı Yazılacak)		Hastalık Kodu	
Adı: Soyadı: Cinsiyeti: Yaşı: Mesleği: Oturduğu yerin adresi:		Yapılan Ameliyat:		Büyük: Orta: Küçük:	
İli:		Hastalığın Sonu:		Tam iyileşti: Kısmen İyileşti: Değişlik Yok: Hastalık ilerledi: Yaşamını Yitirdi:	
		Doğum:		Normal: Müdahaleli:	
		Ücretli veya ücretsiz yattığı	 Sınıf Ücretli: Ücretsiz:	
Hastalık İstatistik Fişine İşlendi İstatistik Memuru (İmza)		Hasta Kayıt Defterine İşlendi Hasta Kabul Memuru (İmza)			
Dikkat: Alerji Yapıyor.(Kırmızı kalemle yazılacak.)					
Tarih		Verilen İlaçlar		Tedavi ile ilgili öneriler veya yapılacak müdahale ve hazırlıklar	
				Yemekler	
.Form 51 Hasta Tabelası (Ön yüz)					
					

Dikkat: Alerji Yapıyor.(Kırmızı kalemle yazılacak.)

Tarih

Verilen İlaçlar

**Tedavi ile ilgili
öneriler veya
yapılacak
müdahale ve
hazırlıklar**

Yemekler

Form 51 Hasta Tabelası (Arka yüz)



FORM 64: Röntgen İstek Fişi

Hastadan görüntüleme veya laboratuvar tetkiki istenildiğinde ilgili hekim tarafından röntgen ve laboratuvar istek kağıdı doldurulmaktadır. Ancak son dönemlerde hastanelerde tam otomasyon sistemleri olduğu için genellikle röntgen ve laboratuvar istemleri bilgisayar üzerinden gerçekleştirilmekte ve bu formların kullanılmasına gerek kalmamaktadır.

Digital görüntüleme sistemi olan PACS sayesinde röntgen, MR, tomografi gibi görüntüleme işlemlerinin sonuçları ve raporları yine bilgisayar ekranından ilgili hekim tarafından takip edilmektedir. Laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarına da online olarak hem hekim tarafından hem de hasta tarafından erişilmesine imkan tanınmıştır.



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Diyarbakır Devlet Hastanesi

Tarih .../.../...

RÖTGEN İSTEK FİŞİ

Adı :
Yaşı :
Has. Kabul No :
Yattığı Bölüm :

Soyadı :
Cinsiyeti :

Tanı:

Verilecek Gerekli Bilgiler:

İstenen İnceleme:

İncelemeyi isteyen Doktorun Adı-Soyadı:

İmzası:

Form: 64

RÖNTGEN RAPORU:

Tarih .../.../...

Raporu Hazırlayan Doktorun Adı-Soyadı:

İmzası:

Form 64 Röntgen İstek Fişi

FORM 65: Laboratuvar İstek Fiş

Fişin ön yüzünde hastanın kimlik bilgileri ile tetkiki isteyen doktorun adı, soyadı ve imzası ile ilgili bölüm bulunur. Arka yüzünde tetkik sonuçlarının yazılacağı ve laboratuvar uzmanının adı, soyadı ve imzasıyla ilgili bölümler bulunmaktadır. Laboratuvar istek fiş, hastadan biyokimya, hematoloji, patoloji vb. laboratuvarlarda yaptırılması istenen tetkik için kullanılan bir fiştir. Laboratuvarlara gönderilecek

muayene materyalleri, doktor tarafından usulüne uygun olarak doldurulmuş Form 65 Laboratuvar İstek

Kâğıdı ile birlikte gönderilir. Tetkik sonuçları ile birlikte bu form hastanın dosyasında saklanır.



.../.../...

T.C.

Sağlık Bakanlığı
Diyarbakır Devlet Hastanesi

LABORATUVAR İSTEK FİŞİ

Gönderen Yer : Servis/Polikliniği:
Hastanın Adı Soyadı :
Servis Protokol veya
Poliklinik Kayıt sıra no :
Teşhisi :
Gönderilen Materyal :
İstenen Tetkikler :

Form No:65

İsteyenin
Adı-Soyadı-İmzası

TETKİK SONUÇLARI: (Formun Arka Yüzü)

Laboratuvar Uzmanının
Adı Soyadı-İmzası



FORM 63: Ameliyat Kâğıdı

Ameliyat kararı verilen hastalar için doldurulmaktadır. Ameliyat kağıdında hastanın kimlik bilgileri, ameliyat öncesi tanısı, ameliyat sonrası tanısı, gerçekleştirilen ameliyet, ameliyatta hastaya uygulanan anestezi türü yer almaktadır. Form 63'de ameliyatı gerçekleştiren hekimin, ameliyatta bulunan hemşirenin ve anestezi hekiminin imzası bulunmaktadır.



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DİYARBAKIR DEVLET HASTAHANESİ**

Form No:63

AMELİYAT KÂĞIDI

Adı Soyadı :

Ameliyat Öncesi Tanı

Yaşı :

Hasta Kabul No :

Yapılan Ameliyat :

Asistan :

Operatör :

Asistan :

Asistan :

Narkozitör

Ameliyatın Evresi :

Hemşire :

Hemşire :

Ameliyat Sonrası Tanı:

Narkoz (türü, seyri, yan etkileri, alınan önlemler) :

**Ameliyatı Yapan Doktorun
Adı Soyadı-İmzası**

**Narkozu verenin
Adı Soyadı-İmzası**

Not: Hasta dosyasında saklanacaktır.



FORM 66: Çıkış Özeti (Epikriz)

Yatarak tedavi olan hastalara taburcu olduklarında ‘Çıkış Özeti’ verilir. Çıkış Özeti hastaya konulan teşhisin, yapılan tedavinin ve çıkıştan itibaren izlenecek hususların, uygulanacak tedavi şeklinin ve diğer gerekli bilgilerin kaydedildiği bir formdur. Çıkış özetlerinde standart bir terminoloji kullanmak, farklı anlama gelebilecek sözcüklerin kullanımından kaçınmak gereklidir. Çıkış özeti taburcu işleminden sonra en kısa sürede yazılmalıdır. Hastanın bir başka sağlık kuruluşuna transferi/nakli durumunda hastanın aldığı tedavilerle ilgili bilgiler gönderilmelidir.

Çıkış özeti hastanın başka bir sağlık kuruluşuna müracaatında, daha önceki sağlık durumu hakkında bilgi verdiği için önemlidir.

Çıkış özeti çift nüsha düzenlenerek biri hastaya verilmeli diğeri hasta dosyasında saklanmalıdır.



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Diyarbakır Devlet Hastanesi

Hasta Kabul No:

ÇIKIŞ ÖZETİ

Hastanın Adı Soyadı
Yattığı Bölüm :
Yaşı :

Giriş Tarihi:
Çıkış Tarihi:

Yakınması :

Öyküsü (Kısaca)

Klinik Bulgular (Kısaca):

Röntgen Bulguları

(FORMUN ARKA YÜZÜ)
Laboratuvar Bulguları

Çıkış Durumu ve Bulgular:

Kesin Tanı :
Oneriler

Doktorun adı Soyadı:

İmzası:

Not: Çift nüsha düzenlenecek biri hastaya verilecek, diğeri dosyasında saklanacaktır.



Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam, iyi hekimlik uygulaması önkoşullarından biridir ve tıp etiğinin temel ilkelerinden olan özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik, bir kişi ya da topluluğun kendisine ilişkin konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermek ve bunları uygulamak üzere eylemlerde bulunma olanağı olarak tanımlanabilir.

Aydınlatılmış Onamın Temel Bileşenleri:

- 1.Bilginin hastaya açıklanması,
- 2.Bilginin hasta tarafından anlaşılması,
- 3.Onamın gönüllü olması,
- 4.Hastanın onam vermeye yeterli olması.
- 5.Anladığının bilgilendirmeyi yapan tarafından denetlenmesi ve yetkilendirme



- **Hemşirelik süreci hasta tanılama formu:** İki taraflı olan bu formun ön yüzünün üst bölümünde hastaya ait bilgiler, yattığı servis ve oda numarası, ön tanısı, kesin tanısı, yatış saati ve tarihi yer alır. Bu bölümün hemen altında hastanın yaşam bulguları, geldiği yer, birime geliş şekli, ilaç alerjisi, kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, kullandığı protezler, alışkanlıkları , izolasyon durumu, daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, daha önce kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı, transfüzyona bağlı alerji gelişip gelişmediği, bilinç durumu, fiziksel gereksinimleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı bölüm bulunur. Bu bölümde ayrıca güvenli çevreyi sağlama açısından hasta odasının tanıtılması, hasta bilekliğinin takılması, yatak başı düzeninin sağlanması, yatak kenarlıklarının yükseltilmesi, oksijen sistemi, pencereler ve yatak frenleri ile ilgili bilgilerin kayıt edildiği boşluklar bulunur. Formun bu yüzünün en alt kısmında hastanın servise kabulünde hasta yakınına yapılan bilgilendirmeler yanında getirdiği ilaçlar, emanet eşya teslim alınma durumunun işaretleneceği alanlar bulunur.



- **Düşme riski ölçeği formu:** Bu ölçek Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite geliştirme Daire Başkanlığı tarafından kamu, özel ve üniversite hastanelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ölçek, Hastane Hizmet Kalite Standartları kapsamında, hasta güvenliği uygulamalarının bir parçası olan hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik olarak geliştirilmiştir. Ölçek, ülkemize özgü, anlaşılır, uygulanması kolay ve basit bir formdur.
- Düşme riski yüksek olan hasta odalarının kapısına “Dört Yapraklı Yonca” figürü asılır.
- **Doktor günlük gözlem formu:** Bu form, hastayı tedavi eden hekim tarafından doldurulur. Hasta yatağına yattıktan itibaren taburcu oluncaya kadar hekim tarafından hastanın günlük gelişimi ile ilgili gözlemlerin ve hastaya yapılan tüm işlemlerin kronolojik bir sıra içinde yazıldığı formdur.



- **Konsültasyon istek formu:** Sistemlere ait hastalıkların tanısında, alerji varlığında, ameliyat öncesi durumun tespitinde, anestezi süresince komplikasyon oluşturabilecek sorunların tespitinde konsültasyon istenir. Konsültasyon istek kağıdı, hastayı takip eden hekim tarafından doldurulur. Ne amaçla konsültasyon istendiği belirtilir. Konsültan hekim hastayı muayene ettikten sonra kendi görüş ve önerilerini bu formun ilgili bölümüne kaydeder.
- **Doktor istem formu (Order formu):** Hastalara uygulanacak ilacı ve tedavi şeklini belirlemek doktorun sorumluluğundadır. Doktor, hastaya yapılması gereken özel bakım, diyet, tedavi ve ilaçların dozu, zamanı, veriliş yollarını doktor istemi olarak kullanılan formlarda belirtir. İlacı hastaya uygulamaktan sorumlu olan kişiler, doktor istemindeki ilaç tedavisi planına göre uygulama yaparlar. Yazılı istem olmadan ilaç uygulamak yasal olarak yasaktır.



- **Hasta ve hasta yakını bilgilendirme formu:** Hastaların ve ailelerinin tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında bilgilendirilmesini ve eğitilmesini sağlamak amacı ile hazırlanan bir formdur. Bu eğitimden sorumlu olan kişiler, eğitim komitesi üyeleri, eğitim hemşiresi, doktor, hemşire ve ebedir. Formda hasta ve hasta yakınlarının uyması gereken kuralları, hastanın hakları, ziyaret saatleri ve kuralları ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Ayrıca formda, telefon kullanımı, hasta yatağı kullanımı, hemşire çağrı sistemi, tuvalet ve banyo kullanımı, hekim vizit saatleri, televizyon kullanımı, pozisyon verilebilir koltuk kullanımı, acil durum planı gibi konuları içeren bilgiler yer almaktadır. Formun alt kısmında bilgilendirme yapan ve teslim eden çalışanın bilgileri ile bilgilendirilen ve teslim alan hasta veya hasta yakınına ait bilgiler yer alır.



- **Tedavi kabul ret formu:** Bu formun üst bölümünde hastanın adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, tanısı, yattığı servise ait bilgilerin yazıldığı bir bölüm bulunur. Bu bölümün altında tedaviden sorumlu olan hekimin hastaya hastalığı ve yapılacak tedavi hakkında bilgi verdiğini, hastanın sorularının yanıtlandığını, hastalığın ve tıbbi durumun hasta tarafından anlaşıldığının belirtildiği bir bölüm bulunur. Bu bölümün altında ise hastanın “ Bana önerilen tedavi planını kabul etmiyorum veya bana önerilen tedavi planını kabul ediyorum” seçeneklerinin bulunduğu bölüm yer alır. Bu bölümün altında tarih ve saat, hasta adının, soyadının yazıldığı ve imzasının atılacağı bir boşluk bulunur. Formun en alt bölümünde ise tedaviden sorumlu olan hekimin ve hemşirenin adı, soyadı ve imzasının yer aldığı bir alan bulunmaktadır.



- **Güvenli cerrahi kontrol listesi/formu:** Ameliyatların güvenliğini artırmak, cerrahi ölümleri ve komplikasyonları azaltmak için hazırlanmış bir formdur. Bu form, hasta ameliyathaneye gelmeden önce daha klinikte iken doldurulmaya başlanır.

- **Güvenli cerrahi kontrol listesi/formu:**
Form dört bölümden oluşur. Bu bölümler farklı zamanlarda doldurulur:
 - ❖ Klinikten ayrılmadan önceki periyot (klinikten ayrılmadan önce)
 - ❖ Anestezinin verilmesinden önceki periyot (anestezi vermeden önce)
 - ❖ Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki periyot (ameliyat kesisinden önce)
 - ❖ İnsizyon yerinin kapanması süreci ya da insizyon yerinin kapanmasından hemen sonra, hastanın ameliyathaneden çıkarılmasından önceki periyot (ameliyattan çıkmadan önce)



- **Yanlış taraf cerrahisi önleme formu:** Cerrahi işlemlerin doğru hastaya doğru şekilde uygulanmasının ve cerrahi işlemlerde hasta güvenliğinin sağlanmasını amaçlayan bir formdur. Bu form serviste doldurulur. Formun sol üst bölümünde hastanın kimlik barkodunun yapıştırılacağı bir alan bulunur. Sağ üst bölümünde ise hastanın tanısı, yapılacak ameliyatın adı, ameliyatın sağ, sol, bilateral veya total olup olmadığının işaretleneceği alanlar vardır. Formda bayan ve erkek resimlerinin ön ve arkadan görünüşünün bulunduğu, sağ ve sol tarafın işaretlendiği çizimler mevcuttur. Hasta serviste iken hemşire ve hekim tarafında ameliyat bölgesi, şekil üzerinde işaretlenmelidir.



- **Hemşirelik süreci ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip formu:** Bu formda hastanın adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, dosya no, bölümü, oda numarası, tanısı ve hastalık kodu ile ilgili bilgilerin kayıt edildiği bölümler vardır. Hastanın sürekli kullandığı ilaçların mevcudiyeti, bulaşıcı hastalığı, kan grubu, alerji durumunun, sürekli kullandığı cihazların olup olmadığına ait bilgilerin kaydedildiği yerler bulunmaktadır. Bu formda ameliyattan önceki akşam, ameliyat günü sabahı ve ameliyattan hemen önce yapılan hemşirelik girişimlerinin saatinin kayıt edildiği bölümler vardır. Ayrıca ameliyat yatağının hazırlanması, ameliyat sonrası erken dönem ve ameliyat sonrası geç dönemde yapılan hemşirelik faaliyetleri ile ilgili bilgilerin kayıt edileceği bölümler de bulunmaktadır.



- **Anestezi takip formu:** Her hastanenin kendine göre “Anestezi Takip Formu” adı altında anestezi formları vardır. Aralarında bazı farklılıklar olmakla beraber hepsi, hastaya yapılan uygulama ile ilgili genel bilgileri içerir. Anestezi takip formunda, ameliyat olacak hastanın adı soyadı, tarih, protokol numarası, yaşı, cinsiyeti, fiziki durumu, pre operatif ve post operatif komplikasyonlar, ameliyatın yeri, türü, süresi, anestezi ve cerrahın isimleri, anestezinin türü, pre medikasyon ve anestezi de kullanılan ilaçlar, hastanın pozisyonu, hayati fonksiyonları, aldığı sıvıların kaydedildiği bölümler ile laboratuvar sonuçlarının kaydedildiği bölümler yer alır.



- **Hasta taburcu eğitim formu:** Bu form taburcu olacak hastalara taburcu olmadan önce doldurulur. Bu formun üst bölümünde hastaya ait bilgilerin yazıldığı bir bölüm bulunur. Bu bölümün hemen alt kısmında hastanın, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi ve taburcu olduktan sonrası için bilgilerin bulunduğu alan vardır. Formun en alt kısmında ise eğitimi veren ve formu dolduran hemşirenin adı, soyadı, eğitim tarihi ve imzasının yer aldığı bir bölüm bulunur.



- **Ölüm istatistik formu:** Ölümü gerçekleşmiş kişiler için morg tarafından günlük olarak doldurulur. Buna göre aylık ölüm listesi hazırlanır. Formda ölüm yeri, ölene ait kişisel bilgiler, ölümün meydana geldiği ay, ölüm sebebi, ölüm sebebini tespit eden kurum yazılır.

