

SAĞLIK KURULUŞLARINDA KULLANILAN DOKÜMANLAR



İÇİNDEKİLER

- Tıbbi Dokümanın Tanımı
 - Tıbbi Dokümanların Kullanım Amaçları
- Tıbbi Dokümantasyonun Tanımı
- Form'un Tanımı
- Sağlık Kuruluşlarında Kullanılan Dokümanlar
 - Yataksız Sağlık Kuruluşlarında Kullanılan Tıbbi Dokümanlar
 - Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Kullanılan Tıbbi Dokümanlar
- Tıbbi Raporlar
 - Tıbbi-İdari Raporlar
 - Sağlık Raporları
 - Hastalık Raporları
 - Tıbbi-Bilimsel Raporlar
 - Tıbbi- Adli Raporlar



HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
 - Tıbbi dokümanları tanımlayabilecek,
 - Tıbbi dokümanların kullanım amaçlarını açıklayabilecek,
 - Yataksız sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi dokümanları bilecek,
 - Yataklı sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi dokümanları bilecek,
 - Yataksız ve yataklı sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi dokümanları ayırt edebilecek,
 - Yataksız ve yataklı sağlık kuruluşlarında kullanılan veri toplama ve bildirim formlarının nasıl düzenleneceğini öğrenebileceksiniz.



ATATÜRK
ÜNİVERSİTESİ

ATA-AÖF

TIBBİ DOKÜMANTASYON

Prof. Dr. Gülşen
ERYILMAZ

ÜNİTE

9

GİRİŞ

Yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarına başvuran sağlıklı veya hasta bireylere, kendileri için gerekli olan bazı işlemler uygulanır. Bu işlemler sonucunda bireye ait pek çok veri ortaya çıkar. Bu veriler, standart formlara veya dijital ortama kaydedilir. Sağlık kuruluşlarından elde edilen bu kayıtlar görsel, işitsel, görsel-ışitsel, basılı veya yazılı şekilde olabilir. Bu kayıtlar sağlık kuruluşlarından elde edildiği için tıbbi doküman olarak isimlendirilir.

TIBBİ DOKÜMAN

İnsan ve toplum sağlığı ile ilgili bilgileri düzenli bir şekilde kapsamına alan ve bir düzen içinde gösteren belgelerdir. Tıbbi dokümanlar, sağlık kuruluşlarından yararlanan birey, hekim ve diğer sağlık elemanları arasında bir iletişim ortamı sağlar. Bireyin kayıtlarını inceleyen herkes bu bireye neler yapıldığını görebilir. Tıbbi dokümanlar bir sağlık kuruluşunun en önemli hazinesidir ve içerisindeki bilgiler hasta ile ilgili gerçek durumu yansıtır. Kaybolan bir hasta dosyasındaki tıbbi dokümanlar hiçbir zaman aynı bilgilerle yerine konulamaz.

Tıbbi Dökümanların Kullanım Amaçları

Tıbbi dokümanlar aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda kullanılabilir:

- Hastanın hastalığının şeklini ve tedavi sırasındaki seyrini belgeler.
- Hastayı tedavi eden hekim ile tedavi sürecine katılan tüm birimlerin ve sağlık elemanlarının iletişimini sağlar.
- Hastanın daha sonraki izlemlerinde sağlık çalışanlarına hasta ile ilgili bilgi verir.
- Verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede kullanılır.
- Hastanın, hekimin ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarını korumada (Hukuksal işlemlerde) kullanılır.
- Sağlık çalışanlarının (öğrenci ve asistan) eğitiminde kullanılabilir.
- Tıbbi araştırmalar ve diğer bilimsel çalışmalarda veri kaynağı olarak kullanılır.
- Halk sağlığı çalışmaları için veri kaynağı oluşturur.
- Maliyet ve finansal yönetim politikasını belirlemede kullanılabilir.
- Sigorta ve tazminat işlemlerinde kullanılır.

TIBBİ DOKÜMANTASYON

Tıbbi dokümanların bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin tümüne tıbbi dokümantasyon denir. Bu şekilde düzenlenen ve kaydedilen tıbbi dokümanlara gerektiğinde ulaşılabilir ve hizmete sunulabilir. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) gereği dokümanlar belli bir formata sahip olmalıdır.

Hazırlanan bir tıbbi dokümantasyon belgesinde şu bilgilerin yer alması gerekir. Kurum Adı-Logosu/ Sağlık Bakanlığı Logosu, doküman adı, doküman kodu, revizyon durumu, revizyon numarası, revizyon tarihi, yayın tarihi, sayfa numaraları/ sayfa sayısı, hazırlayan-kontrol eden-onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

Yukarıda bahsedilen tüm bilgiler doküman üzerine format olarak farklı şekillerde konumlandırılabilir.

FORM

İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır. Sağlık kuruluşlarında hastalara ait bilgilerin yer aldığı ve hastalıklara yönelik yapılan tüm girişimlerin kaydedildiği formlar bulunmaktadır. Bu formlar, standart bilgi toplamaya, veri elde etmeye, araştırma yapmaya ve gerektiğinde kanıt olarak kullanılmaya yarar. Bu nedenlerle sağlık alanında kullanılan formlar ve formlardaki bilgiler çok önemlidir.

Sağlık kuruluşunda uygulanan ya da uygulanacak işlemleri içeren bazı bilgileri kaydetmek için oluşturulmuş formların orijinal nüshalarında hazırlayan, kontrol eden ve onaylayan kişinin bilgileri bulunmalıdır. Ancak günlük kullanımda bulunan formlarda hazırlayan, kontrol eden ve onaylayan gibi detaylı bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

SAĞLIK KURULUŞLARINDA KULLANILAN DOKÜMANLAR

Sağlık kuruluşları, yataksız (ayakta sağlık hizmeti) ve yataklı olmak üzere iki şekilde hizmet vermektedir. Yataksız tedavi kurumları (aile hekimliği, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, AÇS ve AP merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, temel sağlık hizmetlerinin verildiği ve halkın ilk başvuru yaptığı sağlık hizmetlerinin birinci basamağıdır.

Yataklı sağlık kuruluşları (ilçe / belde hastanesi, genel hastaneler, özel hastaneleri, özel dal merkezleri, eğitim ve araştırma hastaneleri); hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğumların yaptırıldığı kurumlardır.

Bir hastanede hastaya bakım veren her sağlık elemanı hastanın yakınmalarını, saptadığı bulguları, yaptığı tedavi etkinliklerini zamanında ve titizlikle, hastaya ait tıbbi dokümanlara kayıt etmelidir. Her bakım veren sağlık elemanı bu bilgileri hastalara ait farklı tıbbi dokümanlara kaydeder. Farklı tıbbi dokümanların kullanılması, sistematik kayıt yapılması ve karmaşanın önlenmesi için önemlidir. Tıbbi dokümanlara kayıt edilen bilgilerin saklanması da zorunludur. Verilerin saklanması hukuksal ve yasal açıdan olduğu kadar, akreditasyon açısından da gereklidir.

Yataklı ve yataksız tedavi kuruluşlarında kullanılan tıbbi dokümanlar, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan standart formlar kullanılarak elde edilmektedir. Bu nedenle bütün sağlık kuruluşlarında üretilen tıbbi dokümanlar aynı standart bilgileri içerir. Sadece formların sol üst köşesinde ilgili sağlık kuruluşunun adı ve amblemi yer almaktadır. Sağ üst köşesinde ise Sağlık Bakanlığı'nın amblemi bulunmaktadır. Standart formların kullanılması ile hizmetin standardizasyonu, takibi ve denetim kolaylığı sağlanmaktadır.

Yataksız (Ayaktan Sağlık Hizmeti Sunan/Birinci Basamak) Sağlık Kurumlarında Kullanılan Tıbbi Dokümanlar

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında (yataklı olmayan tedavi kuruluşlarında) kullanılan tıbbi dokümanların sayısı ve türü yataklı tedavi kurumlarında kullanılanlara göre daha azdır. Aile Hekimlikleri ve Toplum Sağlığı merkezlerinde hasta tedavi ve takibinde yaygın olarak kullanılan bazı belgeler vardır. Bu belgelerin çeşidi Sağlık Bakanlığı'nın istek ve çalışma önceliğine bağlı olarak yıllara göre değişiklik göstermektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi dokümanlar şunlardır:

Ev halkı tespit form: Sağlık merkezine bağlı bölge nüfusunun kaydı ve nüfus hareketlerinin (doğum, ölüm ve göç gibi) saptanması için kullanılır. Bu formdan yararlanılarak nüfusun sayısı, özellikleri, yaş, cinsiyet dağılımı, öğrenim durumu, medeni hâli, demografik hareketler ve meskene ilişkin bilgiler elde edilir.

0-4 Yaş (0-59 ay) aşı kayıt form: Çocukların doğum tarihleri ve aşı takvimine göre aşılarda uygulama tarihleri gün-ay-yıl olarak bu forma kaydedilir.

5 Yaş üzeri aşı kayıt form: Bu form esas olarak, ilköğretim 1-5. sınıf ve lise 1. sınıf öğrencilerinin TT (Tetanoz Toksoidi) aşılama kayıtları ve ilköğretim 1.-5. ve lise 3. sınıf öğrencilerinin BCG (tüberküloz) aşılama kayıtları, PPD (Tüberküloz için) cilt testi sonuçları ve ilköğretim 1. sınıf difteri tetanoz aşısı ve polio aşısı kayıtları için kullanılır. Ayrıca 15-49 yaş gebe ve gebe olmayan kadınlara uygulanan TT aşısı kayıtları için de bu form kullanılır.

15-49 Yaş kadın izlem formu: Sağlık kuruluşu bölgesinde bulunan 15-49 yaş grubu kadınların (evli, bekâr, dul vs.) kaydedildiği bir formdur. Kadınlar, Ocak-Haziran döneminde bir kez ve Temmuz-Aralık döneminde de bir kez olmak üzere yılda iki kez izlenir ve elde edilen bilgiler bu forma kaydedilir. Bu formda kadınların medeni durumu, annelik bilgileri, son gebeliğine ait bilgiler ile aile planlaması yöntemi kullanma durumuna ait bilgiler yer alır.

Gebe-lohusa izlem formu: Bu form hem gebelik hem de lohusalık dönemindeki izlemlerde kullanılır. Ebeler tarafından doldurulur. Her gebelik için ayrı bir form doldurulur. Bu formda kimlik bilgileri, gebenin öz ve soy geçmişi ile ilgili bilgiler yer alır. Bu formda obstetrik anamnez ve genel tıbbi anamnez bilgileri de kaydedilir. Ayrıca kadının pelvisinin durumu, kadının ve eşinin kan grupları da kaydedilir.

Kartın arka yüzünde tetanoz aşısı ile ilgili bilgileri içeren bölüm vardır. Yapılan ya da daha önce yapılmış olan tetanoz aşısı bu bölüme kaydedilir.

Bebek ve çocuk izlem formu: Bu formun ön yüzünde adres, kimlik bilgileri, anneye ait bilgiler ve bebeğin doğumu ile ilgili bilgiler yer alır. Bebeğin doğum ağırlığı ve doğumdaki boyu, kartın ilgili bölümlerine kaydedilir. Riskli durumlar bölümüne, doğum sırasında karşılaşılan riskler, bebeğin doğumdan sonra saptanan riskli durumları not edilir. Bu formun arka yüzünde bebek ve çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlenmesine yönelik bölümler yer alır.

Gebe-bebek-çocuk psikososyal izleme formu: Bu formla sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal boyutları bir bütün olarak değerlendirilir. Gebenin ve çocuğun sağlığı, onu etkileyebilecek aile ve çevre koşullarıyla birlikte ele alınır. Bu görüşme formu; giriş bölümü, gebelik dönemi, 0-6 yaş çocukluk dönemi ve baba görüşmesi olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır.

Diyabet hasta izlem kartı: Diyabet hastalarının bilgilendirilmesi, takibi, kullanılan ilaçlar ve bu ilaçlara dair önerilere yönelik bilgileri içeren bu form, tüm uygulamaların bir bütün olarak görülebilmesini ve değerlendirilebilmesini sağlar.

Bildirimi zorunlu hastalıklar formu: Bu formda hastanın kimlik bilgileri ile hastalık durumunu (kesin ya da şüphe) içeren bilgiler yer almaktadır.

Bildirimi zorunlu hastalıklar tespit form: Bu formda bildirimi zorunlu (Aids, sifiliz vb) hastalığa sahip olan kişilerin listesi yer alır. Listedeki hastaların aşılama ve hastalığın seyrine ait bilgiler bulunur.

Ruh sağlığı bilgi formu: Bu form hastanelerden taburcu edilen psikolojik rahatsızlığı olan ve “*ruh hastalıkları hastanesinden çıkışta kullanılan bilgi formu*” ile toplum sağlığı merkezine bildirilen hastaların tespit ve takibinde kullanılır.

Ölüm belgesi formu: Ölüm belgesi formu, ölümlerin Türkiye İstatistik Kurumu’na (TÜİK) bildiriminde kullanılan bir formdur. Her ilin bağlı olduğu TÜİK’e, Sağlık Müdürlüğü tarafından ayda gönderilir. Aile hekimine bağlı olan nüfusta gerçekleşen doğal ölümlerde, ölümün gerçekleştiği yere giden aile hekimi, ölüm belgesinin tamamını doldurmakla yükümlüdür. Ölüm belgesi üç nüsha olarak doldurulur. Ölen kişinin yakınına sadece ölüm belgesinin yeşil renkli olan 2. nüshası teslim edilir. Bu ölen kişinin yakınları tarafından defin ruhsatnamesi olarak kullanılır. Form içerisinde ölen kişinin bilgileri, ölümün şekli, ölünün ölüm tarihi, yeri, otopsi, ölüm nedeni gibi bilgiler yer alır.

Bu formlara ilaveten birinci basamak sağlık kuruluşlarında aşı kayıt defteri, risk değerlendirme formu, anne ölümü il bildirim formu, gebelerde D vitamini destek programı aylık takip formu, evde bakım hizmet formu, elverişsiz hava ve yol koşullarında risk altındaki gebeleri tespit formu, kadına yönelik aile içi şiddeti takip formu ve evlilik öncesi danışmanlık formu gibi formlar da kullanılmaktadır. Bu formlar ile yataksız tedavi kuruluşlarından elde edilen veriler İl Sağlık Müdürlüğüne ve Halk Sağlığı Birimine gönderilmektedir.

Yataklı Tedavi Kuruluşları (İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında) Kullanılan Tıbbi Dokümanlar

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları yataklı tedavi kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarda, tetkik ve tedavisi yapılan hastalara ait bilgiler, çeşitli formlara kaydedilir ve bildirilmesi gereken bilgiler, uygun aralıklarla ilgili kurumlara bildirir.

Yataklı tedavi kuruluşlarında kullanılan tıbbi dokümanların sayısı ve çeşidi birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki tıbbi dokümanlara göre daha fazladır. Bu formlar hastaneden hastaneye veya hastane içindeki birimlere göre farklı sayı ve türde olabilir.

Yataklı sağlık kuruluşlarında kullanılan veri toplama ve bildirim formları şunlardır:

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.

Tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı : Hastaneye yatan her hasta için-hastayı yatıran doktor tarafından doldurulan formlardan biridir. Müşahede-muayene kâğıdı, hastanın kurumda saptanan tüm müşahede ve yapılan tüm muayene sonuç ve bulguların, tedavilerin ve günlük değişikliklerin kaydedildiği bir formdur. Bu formda hastanın kimlik bilgileri, yattığı bölüm, dosya no, hastaneye giriş-çıkış tarihleri ile kaçınıcı girişinin olduğunu gösteren bölümler yer alır. Hastanın şikâyeti, ön tanısı, soy ve öz geçmişine ait bilgiler, vücut sistemlerinin sorgulanması, fiziki inceleme bulguları (ateş, nabız, kan basıncı, solunum vb.), yapılan müdahaleler ile hastada gözlenen ve saptanan değişiklikler günlük gözlem bölümüne tarih sırasıyla ayrıntılı bir şekilde yazılır.

Derece kâğıdı: Hastanın sabah ve akşam alınan hayati belirtilerinin, (derece, nabız, solunum) kaydedildiği grafik şeklinde bir formdur. Hemşire tarafından doldurulur. Formun üst bölümünde hastanın kimlik bilgileri, yattığı klinik, oda ve yatak numarası ile tedaviyi takip eden doktorun isminin ve hastanın hastanede yattığı günlerin tarih ve sayısını gösteren sütun yer alır. Formun alt bölümünde ise kliniğe yatan hastanın günlük ateş, solunum sayısı ve nabız, kan basıncı ölçümü ile hastanın çıkardığı dışkı, idrar, kusma, vücut ağırlığı ve aldığı sıvı miktarının yazılacağı bölümler bulunur. Derece kağıtları genellikle 25 gün kullanılacak şekilde hazırlanmıştır.



Hasta tabelası,
istatistiksel işlemler
için temel bir formdur.

Hasta tabelası: Hastaneye yatan her hasta için bu form düzenlenir.

Hastanede yatarak tedavi olan hastalara hastane eczanesinden veya hastane eczanesinde olmadığı için dışardan getirtilerek hastaya verilen tüm ilaçların, hastaya kullanılan malzemelerin, tedavi ile ilgili bilgilerin ve önerilerin kaydedildiği bir formdur.

Hasta tabelasının sol üst kısmında tedavi yapan hekim ile hastanın kimlik bilgileri yer alır. Sağ üst kısımda servis/ bölüm, bölüm kayıt numarası, hasta kabul numarası, yatış tarihi, tanı, yapılan ameliyat (büyük, orta, küçük ameliyat gibi...), hastalığın sonu (tam iyileşti, kısmen iyileşti, değişiklik yok, hastalık ilerledi, yaşamını yitirdi), doğum (normal, müdahaleli doğum) ve hastanın hastaneden çıkışı ile ilgili bilgiler bulunur. Formda bulunan “yapılan ameliyat bölümü”, hasta ameliyat olmuşsa doldurulur.

Formun alt kısmında, hastanın günlük ağızdan alacağı ilaçlar, dışarıdan kullanılacak ilaçlar ve yemek çeşitlerinin yazılması için geniş bir alan bulunur.

İlaç tabelasında dört sütun vardır. Bunlar: Birinci sütun, tarih, ikinci sütun, verilen ilaç veya ilaçlar, üçüncü sütun, tedavi ile ilgili öneriler veya yapılacak müdahaleler ve hazırlıklar, dördüncü sütun ise hasta diyetinin belirtildiği bölümdür.

Forma, Kesin tanısı konulan hastanın hastalık kodu (ICD -10), yapılan ameliyat durumu, hastalığın sonu ve hastanın ücretli veya ücretsiz yattığı ile ilgili bilgiler de kaydedilir. Hasta tabelası aynı zamanda istatistiksel işlemlere temel olan bir formdur.

Röntgen istek kâğıdı: Poliklinik ve klinik doktorları teşhis ve kontrol amacıyla hastalardan röntgen tetkikleri isteyebilir. Röntgen tetkikleri istemi için bu form doldurulur. Bu formda hastanın kimlik bilgileri, tanı, istenen inceleme ve incelemeyi isteyen doktorun adı, soyadı ve imzasıyla ilgili bölüm bulunur. Formun altında veya arkasında röntgen sonucunun yazılacağı bir bölüm de bulunur. Günümüzde elektronik kayıtlar yaygınlaştığı için bu form kullanılmamaktadır.

Laboratuvar istek kâğıdı: Hastadan biyokimya, hematoloji, patoloji, bakteriyoloji vb. laboratuvarlarda yaptırılması istenen tetkikler için kullanılan bir formdur. Laboratuvara gönderilecek muayene materyalleri, ilgili poliklinik veya klinik doktorları tarafından usulüne uygun olarak doldurulan Laboratuvar İstek Kâğıdı ile birlikte ilgili laboratuvara gönderilir. Formun ön yüzünde hastanın kimlik bilgileri ve tetkiki isteyen doktorun adı, soyadı ve imzası ile ilgili bölüm bulunur. Arka yüzünde tetkik sonuçlarının yazılacağı ve incelemeyi yapan laboratuvar uzmanının adı, soyadı ve imzasıyla ilgili bölümler bulunmaktadır.

Günümüzde sadece patoloji tetkikleri için laboratuvar istek formu kullanılmaktadır. Biyokimya, hematoloji ve bakteriyolojik istemler için elektronik belgeler kullanılmaktadır.

Hemşire izlem formu: 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.

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 (poliklinik, acil veya yoğun bakım), birime geliş şekli (yürüyerek, sedye ile, tekerlekli sandalye ile vb.), ilaç alerjisi, kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, kullandığı protezler (diş protezi, kalp pili, gözlük, işitme cihazı), alışkanlıkları (sigara, alkol, madde, ilaç), izolasyon durumu (var, yok), daha önce hastaneye yatma ve ameliyat olma durumu, daha önce kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı, transfüzyona bağlı alerji gelişip gelişmediği, bilinç durumu (açık, kapalı, konfüze), fiziksel gereksinimleri (bağımlı ve yarı bağımlı gibi) 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 (kahvaltı saati, ziyaret saatleri, tuvalet banyo kullanımı, hemşire çağrı sistemi, hekimin günlük vizitleri) yanında getirdiği ilaçlar, emanet eşya teslim alınma durumunun işaretleneceği alanlar bulunur.

Bu formun arka yüzünün en üst bölümünde hastanın adı soyadı protokol no ve doğum tarihinin yazılacağı bir alan bulunur. Bunun hemen altında ise hastanın sistemlere göre fiziksel değerlendirmesinin yazılacağı geniş bir alan bulunur. Bunun hemen altında ise ağrı tanılama ölçeği yer alır. Formun en alt kısmında ise değerlendirmeyi yapan hemşire ile görüşme yapılan hasta veya yakınının isim, soy isim, tarih, saat ve imzalarının atılacağı bölüm yer alır.



Düşme riski yüksek olan hasta odalarının kapısına
“Dört Yapraklı Yonca”
figürü asılır.

İtaki düşme riski ölçeği (Erişkinler için): 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. Geliştirilen bu forma ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî ‘nin adı verilmiş ve ölçeğin adı “İtakî Düşme Riski Ölçeği” olarak belirlenmiştir. Ölçek 18 yaş ve üzeri hastaların düşme riskinin ölçülmesinde kullanılan bir rehberdir.

İtakî düşme riski ölçeği formunun üst kısmında hastanın adı, soyadı, yattığı bölüm ve risk değerlendirme tarihi yer almaktadır. Formun alt kısmında ise değerlendirmeyi yapan hemşirenin adı, soyadı ve imzasının yer aldığı bir bölüm bulunmaktadır. Ayrıca bu formda “**bilgilendirme tablosu**” bölümü de bulunmaktadır. Bu bölümde düşmeye neden olabilecek kronik hastalıkların, hasta bakım ekipmanlarının ve riskli ilaçların neler olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır.

Geliştirilen **itakî düşme riski ölçeği** hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini içerecek şekilde, toplam 19 risk faktöründen oluşmaktadır. Risk faktörleri majör ve minör olarak kategorize edilmiş olup minör risk faktörlerine 1 puan, majör risk faktörlerine ise 5 puan verilmiştir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenmiştir. Yüksek riskli hastaları ayırt etmek ve gerekli önlemleri almak için düşme riski yüksek hastalarda “**Dört Yapraklı Yonca**” figürü kullanılmaktadır.

Düşük düşme riski: Ölçekten, 5’in altında puan alan hastaların, düşme riskinin az olduğunu gösterir.

Yüksek düşme riski: Ölçekten 5 ve üzerinde puan alan hastaların, düşme riskinin fazla olduğunu gösterir. 18 yaş ve üzeri erişkin hastaların “İtaki düşme riski” ölçeğine göre aldıkları puan, 5 ve 5’in üzerindeyse, yüksek riskli olarak kabul edilirler ve söz konusu hastaların odalarının kapısına Dört Yapraklı Yonca Figürü hemşire tarafından asılır. Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda, yüksek düşme riski olan hastayı tanımlamak için, dört yapraklı yeşil yonca figürü hastanın bulunduğu odalarda, yatak başına da ayrıca asılır.

Harizmi düşme riski Ölçeği (Çocuklar için): Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde kullanılmak üzere çocuk hastaların düşme riskini değerlendirmek için **bir ölçek** geliştirmiştir. Ölçeğe matematik ve astronomi alanında ünlü bir bilim adamı olan Harizmi’nin adı verilmiş ve ölçeğin adı “**Harizmi Düşme Riski Ölçeği**” olarak belirlenmiştir. Çocuk hastalar için geliştirilmiş olan bu ölçek, anlaşılır ve uygulanması kolay bir formdur. Ölçek, 9 sorudan oluşur ve 0-16 yaş aralığındaki pediatrik yatan hastaların düşme riskini belirlemek için kullanılır.

Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenmiştir. Hasta düşme riski değerlendirmesi sonucunda 15 puanın altında puan alan hastalar, düşük riskli hastalardır ve düşük riskli hastalar için gereken standart önlemler alınır. Düşme riski değerlendirmesi sonucunda toplam 15 ve üzerinde puan almış hastalar, yüksek riskli hastalardır. Bu hastalar için standart önlemlerin yanı sıra yüksek düzey risk önlemleri alınır.

Değerlendirme sonucunda, tespit edilen (var olan) risk faktörlerine göre de önlem alınır. Ölçekten 15 ve üzeri puan alan hastalarda düşme riskinin yüksek olduğunun belirtilmesi amacıyla “**Dört Yapraklı Yonca**” sembolü kullanılmaktadır. Dört Yapraklı Yonca sembolü hasta odasının giriş kapısında bulundurulmalıdır.

Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda, yüksek düşme riski olan çocuk hastayı tanımlamak için, bu figür hastanın yatak başına da asılır. Yoğun bakım bölümlerinde yatan tüm çocuk hastalar yüksek riskli kabul edilir, ancak dört yapraklı yonca sembolü *kullanılmaz*.

İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar ve 0-3 yaş arası bebek ve çocuklar düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemler alınır.

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, allerji 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 (doktor order) olarak kullanılan formlarda belirtir. İlaç hastaya uygulamaktan sorumlu olan (hemşire/ebe/ATT vb.) kişiler, doktor istemindeki ilaç tedavisi planına göre uygulama yaparlar. Yazılı istem olmadan ilaç uygulamak yasal olarak yasaktır. Ancak özel birimler için belirlenmiş kurum politikaları uygulanır. Sözel ilaç uygulama talepleri acil durumlarda yerine getirilir. Ancak ilk fırsatta doktorun bu istemi kayda geçirmesi gerekir.



Doktor istemi
olmadan ilaç
uygulamak yasal
değildir.

Doktor istem formunda, hastanın adı, soyadı, yatış tarihi, tanısı, istemin verildiği tarih ve saat, uygulanacak ilacın ismi, ilacın dozu, ilacın uygulanma yolu, ilacın veriliş süresi, uygulamanın zamanı ve sıklığı, istemi veren doktorun imzası ve kaşesi ile ilgili bilgiler bulunur. Doktor istem formu her gün yeniden yazılmalıdır. Doktor istem formu birden fazla gün için kullanılacak şekilde düzenlenmiştir.

Hasta ve ailesi eğitim kayıt formu: Bu formun üst bölümünde hastaya ait bilgilerin yazıldığı bir bölüm ve bunun altında eğitim öncesi değerlendirme sorularını içeren bir bölüm bulunur. Ayrıca bu formda eğitim başlıkları adı altında bir bölüm de bulunmaktadır. Bu bölümde hastanın kullanacağı ilaçlar, tıbbi cihazlar, beslenme, egzersiz, ameliyat, ameliyat öncesi ve sonrası dönemle ilgili bilgiler, pansuman ve yara bakımı, girişimsel işlemler, anne sütü ve emzirme eğitimi, akılcı ilaç kullanım eğitimi, taburculuk eğitimi, hijyen ve enfeksiyon gibi eğitim başlıkları bulunur. Formun alt kısmında verilen eğitimle ilgili bilgilerin yer aldığı bir bölüm bulunur.

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.

Bilgilendirilmiş hasta onam (rıza) formu: Hastanın bilgilendirilmesi hastanın kendisine yapılacak tüm işlemleri anlayabileceği bir dilde, hastaya açıklama ve onun bu işlemlere onay veya reddine kendi özgür iradesiyle karar vermesini sağlar. Bu bilgilendirmeden sonra hasta veya velisi hastaya uygulanacak hem tanı hem de tedavi için yapılacak işlemler hakkında karar verir. Hastanın kararı olumlu ise hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınır. Bilgilendirilmiş hasta onam formu, hastaya uygulanacak tedavi ve müdahalelerin hasta ya da velisi tarafından kabul edildiğini gösteren bir belgedir. Bu formun hasta veya hasta yakınlarına imzalatılması zorunludur. Bu belge, aynı zamanda işlemi yapacak kurum çalışanı tarafından da imzalanır. Yapılacak işlemin türüne göre çok sayıda bilgilendirilmiş hasta onam formu bulunmaktadır. Yapılacak her işlem için özel hazırlanmış farklı bilgilendirilmiş hasta onam formları kullanılır.



Hastaya yapılacak işlemin türüne göre bilgilendirilmiş hasta onam formu farklılık gösterir.

Rıza belgelerinde: Hastanın adı, soyadı ve imzası, işlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası bulunur. Ayrıca yapılacak işlemlerin niteliği, işlemde beklenen faydalar, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, varsa işlemin alternatifleri, riskleri ve komplikasyonları, tahmini süresi, rızanın alındığı tarih ve saat 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 listesinde dört bölüm vardır. Her bölüm için belirlenen ayrı bir kontrol sorumlusu bulunmaktadır. Bu liste kontrol edildikten sonra ilgili kişiler tarafından imzalanması gerekir. Bu kontrol listesindeki belirlenmiş alanları hemşire, anestezi uzmanı ve cerrah doldurmalıdır. Güvenli cerrahi kontrol listesindeki her bir alanın usulüne uygun doldurulduğunu kontrol etmek için de bir koordinatör görevlendirilir. Bu koordinatör bir hemşire, ameliyata katılan herhangi bir klinisyen ya da sağlık görevlisi olabilir. Kontrol Listesi koordinatörü her evrede, ekibin listede belirtilen görevleri tamamlayıp tamamlamadığını değerlendirir ve görev tamamlanmışsa bir sonraki evrenin geçişine izin verir.

Güvenli cerrahi kontrol listesinin sağ üst köşesinde hastanın adı, soyadı, ameliyat bölgesi ve ameliyat tarihinin kayıt edildiği bir bölüm bulunmaktadır. Güvenli cerrahi kontrol listesi, cerrahi tedaviyi, her bir girişimin normal seyrine özgü zaman dilimine karşılık gelen dört ayrı aşamada değerlendirir.

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.

Cerrahi invaziv işlem doğrulama formu: Cerrahi müdahalelerin süreçlerini kontrol altına almak ve işlem sırasını doğru şekilde izlemek amacıyla oluşturulmuş bir form örneğidir. Bu form cerrahin, anestezi uzmanının ve hemşirenin dolduracağı üç bölümden oluşur. Formda cerrahi girişimin uygulanacağı tarafın silinmez mürekkepli kalem ile işaretlenmesinin cerrah tarafından bizzat yapıldığını gösteren bir bölüm vardır. Bu bölümde ayrıca operasyon bilgilerinin uygun alanlara işaretleneceği yerler bulunur. Ör: çok parçalı, el veya ayak parmakları veya vertebral spinal bölge gibi.

Formda ikinci olarak anestezi uzmanının hastayı değerlendirdiği ve cerrahi bölgenin işaretlendiğinin doğrulanması ve hasta veya yakınına, cerrahi girişim uygulanacak tarafın veya bölgenin onaylatıldığı bir bölüm vardır. Cerrahi bölge ve tarafın işaretlendiğinin hemşire tarafından doğrulandığını gösteren bir bölüm de bulunur.

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 güvenlik kontrol listesi: Her hastanenin kendisine göre

anestezi takip fişi adı altında anestezi formları vardır. Aralarında bazı farklılıklar olmakla beraber hepsi hastaya yapılan uygulama ile ilgili genel bilgileri içerir. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi:

- Anestezi öncesi hastayı değerlendirmeyi,
- Anestezi cihazı kontrolünü,
- Anestezik ilaç ve malzemelerin kontrolünü içerir. Bu listenin ameliyat öncesinde anestezi ekibince kontrol edilmesi gereklidir.

Yukarıdaki bilgileri içeren anestezi güvenlik kontrol listesi her vakadan önce doldurulmalıdır. Bu kontrol listesinin bir parçası olarak hastanın zor entübasyon/aspirasyon riski değerlendirilmesinde kullanılan bir bölüm bulunur. Bu formda aspirasyon riski, bilinen bir alerjinin varlığı, ilaç kullanım öyküsü, ek hastalık öyküsü ve anormal muayene bulgularının kayıt edildiği bölümler de vardır.

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, preoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, ameliyatın yeri, türü, süresi, anestezi ve cerrahın isimleri, anestezinin türü, premedikasyon ve anestezide kullanılan ilaçlar, hastanın pozisyonu, hayati fonksiyonları, aldığı sıvıların kaydedildiği bölümler ile laboratuvar sonuçlarının kaydedildiği bölümler yer alır.

Ameliyat raporu: Ameliyat olan her hastanın dosyasında bu form bulunur.

Raporun üst kısmında ameliyatı yapan cerrah ve varsa asistanların adı, soyadı, ameliyat hemşiresinin adı, soyadı, ameliyatın tarihi, ameliyatın seyri ve türü yer alır. Postoperatif tanı mutlaka yazılır. Ameliyat raporu, ameliyattan hemen sonra en kısa sürede yazılmalıdır. Bu formda, cerrahi işlemle ilgili detaylı bilgiler, normal ve anormal bulgular, incelenen organlar, uygulanan işlemler, kullanılan sütürler ve malzemeler yer alır. Cerrahi girişim esnasında oluşan komplikasyonlar ve ek durumlar (yapısal anomaliler) belirtilmelidir.



“Anestezi güvenlik kontrol listesi” her ameliyat öncesi anestezi ekibi tarafından mutlaka kontrol edilmelidir.



Epikriz, bir sağlık raporu değildir.

Çıkış özeti (Epikriz): Yatarak tedavi olan hastalara taburcu olduklarında veya bir kurumdan diğer kuruma sevk edildiklerinde verilen bir formdur. Sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastanın poliklinik tedavisinden başlayan ve klinik tedavisinin seyrini belirleyen rapordur. Hastaya konulan teşhis, yapılan tedavi ve çıkıştan itibaren izlenecek işlemler, uygulanacak tedavi şekli ve diğer bilgiler bu forma kaydedilir. Çıkış özeti (epikriz) formunun aslı, dosyada kalır ve bir örneği de hastaya verilir.

Epikriz resmî olarak geçerli bir sağlık raporu değildir. Bilgilendirme amaçlı olarak düzenlenen bir belgedir. Epikriz, hekim tarafından doldurulur.

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.

Yeni doğan tespit formu: Kadın doğum kliniği olan hastanelerde kullanılan bir formdur. Kadın doğum servisi görevlileri tarafından hazırlanır. Haftalık olarak hastanenin istatistik birimine bildirimi yapılır. Form içerisinde yeni doğan bebeklere ait kimlik bilgileri yer alır.

Periton diyalizi merkezi aylık çalışma formu: Formda böbrek yetmezliği olgu sayıları, kronik böbrek yetmezliği hasta sayıları, periton diyaliz türüne göre dağılımı, hepatit ve HIV enfeksiyonlarına ait alanlar bulunur. Düzenlenen form, her ayın 5'inde Sağlık Müdürlüğünde olacak şekilde gönderilir.

Ruh hastalıkları hastanesinden çıkışta kullanılacak bilgi formu: Hastanın, hastaneden taburcu olması aşamasında veya ayaktan tedavi olanların hastaneden ayrılışı sırasında, Ruh Hastalıkları Hastanesi tarafından doldurulur ve hastanın ikamet ettiği il ya da ilçedeki Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Sağlık Müdürlüğü de bu formları, hastaların evlerinde takip edilebilmeleri için ilgili Sağlık Merkezine gönderir.

Ruh hastalıkları hastanesinden sağlık Bakanlığına gönderilen bilgi formu: Bu formda tanı kodu, cinsiyet, yaş grupları, eğitim durumu ve tedavi süreleri yer alır. Ayrıca bölge hastanelerinden gelen hastaların ve **Ruh hastalıkları hastanesinden çıkışta kullanılacak bilgi formu** ile kendi bölgelerine gönderilen hastaların bilgileri de yer alır.

Diğer Formlar: Sağlık kuruluşlarından Sağlık müdürlüğüne sağlık kuruluşunda yapılan işlemler ve hizmetin gereği olarak bilgiler gönderilirken bazı standart formlar kullanılmaktadır. Bu formlar;

Ruh hastalıkları hastanesine hasta sevk formu: Bu form, Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulur ve Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine sevk edilen hastalar için kullanılır.

Hastalık istatistik formu: Resmî ve özel hastaneler tarafından her 3 ayda bir tanzim edilmesi gereken ve dönem içinde taburcu olan hastaların yatış nedenlerine ve cinsiyetlerine göre dağılımını gösteren bir formdur.

Hasta ve yatak izleme formu: Yataklı tedavi kurumlarında personel ve hasta hareketlerinin izlenmesi, kurumun ve servislerin hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Üç aylık ve yıllık olarak 3 nüsha hâlinde hazırlanır. Bu form zamanında ve eksiksiz olarak doldurularak Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Bir örneği istatistik arşivinde saklanır.

Laboratuvar çalışmaları formu: Bu form ile hastanelerin biyokimya, bakteriyoloji, immünoloji, kardiyoloji, genetik, gastroenteroloji, radyoloji, patoloji, fizik tedavi laboratuvar çalışmalarına ait bilgiler, ayrıntılı olarak her ay ve 3 ayda bir istatistik birimine gönderilir.

İntihar girişimleri kayıt formu: Bu form intihar girişimi sonucunda acil kliniğine başvuran hastalar için Sosyal Hizmet Uzmanı tarafından doldurulur. Acil servisten gelen bilgilerden yararlanılarak aylık olarak dökümü yapılır.

Form içinde, kimlik bilgileri, kişisel bilgiler, intihar şekli, intihar nedeni, daha önceki intihar girişimleri, daha önceki psikiyatrik tanı, son altı ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapılıp yapılmadığı, uygulanan tıbbi tedavi şekli, psikiyatrik konsültasyon yapılıp yapılmadığına ait bilgiler yer alır.

Kalıtıl kan hastalıkları bildirim formu: Hemoglobino patilerin takibi, kontrolü ve önlenmesi için her basamakta hasta ve taşıyıcıların tespitine ve yapılan faaliyetlere yönelik kayıtları için bu form kullanılır. Tüm basamaklardaki kayıtlar, bu form ile aylık olarak Sağlık Müdürlüklerine bildirilir.

Formun üst kısmında bulunan bölüme, formu gönderen ilin adı, ildeki toplam evlilik sayısı, evlilik öncesi tarama yapılan kişi ve çift sayısı, evlilik öncesi taramada her ikisi de taşıyıcı olarak tespit edilen çift sayısı, evlilik öncesi tarama şekli (çift-tek), toplam tarama sayısı kaydedilir.

Formun alt kısmında bulunan bölüme, baba adı, taşıyıcı ya da hastanın adı ve soyadı, cinsiyeti, doğum yeri, doğum tarihi gün, ay, yıl olarak yazılır. Aynı bölüme hastalığın tanısı kodlanır.

Kanser kayıt bilgi formu: Hastanede, yeni kanser tanısı konmuş her vaka için bu formun doldurulması ve bildirim zorunludur. Hastanın kimlik bilgileri, adresi, hastalığı ile ilgili tüm bilgileri, tanı yöntemi, tanı tarihi, tedavi durumu, soy geçmişe ait bilgiler formda belirtilen yerlere yazılır ve onaylanır. Bu form, kanser kayıt birimi tarafından doldurulur ve aylık olarak bildirilir. Bildirimler, özel kişisel bilgileri içerdiklerinden dolayı kapalı zarfla posta yoluyla yapılır. Ayrıca elektronik ortamda da bildirim yapılır.

Organ nakli formları: Bu form organ nakli merkezleri tarafından her ay 3 nüsha olarak hazırlanıp ayın ilk haftası içinde Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Sağlık Müdürlükleri ilde bulunan bütün organ nakli merkezlerinden gelen formları değerlendirip dökümünü yaparak Sağlık Bakanlığı'na gönderir.

Organ nakli formu organ nakli yapılanlar, organ nakli bekleyenler, verici (donör) kaynağı ve nakil öncesi bekleme, nakil reddi ve ölenlerin zaman gruplarına göre dağılımları olmak üzere dört bölümden oluşur.

Organ nakli yapılanlar; Yapılan organ nakilleri, nakli yapılan organa, cinsiyete ve yaş grubuna göre sınıflanarak kaydedilir.

Organ nakli bekleyenler; Organ nakli yapılmak üzere bekleyen hastaların sayısı, nakil için bekledikleri organ türüne, cinsiyete ve yaş grubuna göre sınıflanarak kaydedilir.

Verici kaynağı; Yapılan organ nakilleri için bulunan organların temin edildikleri kaynaklara göre sınıflaması yapılarak kaydedilir. Canlı vericiden alınan organ nakillerinde vericinin alıcıya olan akrabalık derecesi de belirtilir.

Nakil öncesi bekleme, nakil reddi ve ölenlerin zaman gruplarına göre dağılımı, Bu tabloda formun ait olduğu ay içinde, organ nakli yapılan hastaların, nakilden önce bekleme sürelerine göre sınıflaması, varsa organ reddi (rejeksiyon), nakilden sonra hangi dönem içinde olduğu, ölenler varsa, nakilden sonra hangi dönem içinde öldüğü belirtilir.

Ölüm istatistik formu: Ölümü gerçekleştirmiş 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.

Diyaliz bilgi formu: Diyaliz ünitesi çalışmalarının sayısal verilerinin yazıldığı formdur. Bu form, 3 nüsha olarak doldurulur. İki nüshası Sağlık Müdürlüğü'nün istatistik şubesine gönderilir. İstatistik şubesine gelen formlar, her ay sonunda düzenlenerek Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Bir örneği istatistik arşivinde saklanır.

Diyaliz bilgi formu; Böbrek yetmezliği vaka sayıları, hasta sayısı, seans, ölümlerin nedenlerine göre dağılımı, diyaliz cihazları, alternatif hemodiyaliz tedavileri, sosyal güvence durumuna göre hastaların dağılımı, personel durumu, hepatit ve HIV, anemi bölümlerinden oluşur.

Aylık kan çalışmaları formu: Hastanelerin kan merkezinde yapılan çalışmaların bildirildiği formdur. Bu form içerisinde ay içinde temin edilen ve tüketilen kan ve kan ürünleri, yapılan testler ve kanın gruplara göre dağılımı bulunur. Bu formlar aylık, üç aylık ve yıllık olarak hazırlanır.

Bu formlardan başka, kurumların ve kliniklerin özelliklerine göre Sağlık Bakanlığının izni ile uzmanlarca gerekli görülen ve baştabiplikçe kabul edilen formlar da kullanılabilir.

Yataklı ve yataksız tedavi kurumlarında standart formların kullanılmadığı, kişilerin sağlığı veya hastalığı ile ilgili raporlar da düzenlenmektedir. Bunlar tıbbi raporları oluşturur.

TIBBİ RAPORLAR

Tıbbi raporlar: Hekimin, bir kişinin sağlığı, bedeni ve akli durumu veya bir soruşturma ile ilgili muayene ve inceleme sonucunda düzenlediği yazılı bir sonuç bildirisi. Tıbbi raporlar sağlık raporu, hastalık raporları, idari raporlar, adli raporlar, doğum ve ölüm raporları şeklinde olabilir.

Tıbbi raporlar, kullanılacağı yere ve veriliş amacına göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Tıbbi raporlar tek hekim tarafından verilebileceği gibi birden fazla hekim tarafından ortak olarak verilen “sağlık kurulu raporları” şeklinde de düzenlenebilmektedir. Sağlık kurulu raporları sadece yataklı tedavi kuruluşlarında düzenlenmektedir. Tıbbi raporlar, Resmi Sağlık Kuruluşu veya özel bir sağlık kuruluşu tarafından düzenlenebilmektedir. Tıbbi raporlar tıbbi idari raporlar, tıbbi-bilimsel raporlar ve adli raporlar olmak üzere üç grupta düzenlenebilmektedir.

- **Tıbbi-İdari Raporlar:** Tıbbi konularda bir hekim ya da kurul tarafından düzenlenen sağlık ve hastalık durumunu belirleyen idari amaçlı raporlardır.
 - **Sağlık raporları:** İşe giriş raporları, sigorta raporları, evlenme raporları
 - **Hastalık raporları:** İstirahat raporları, ilaç ve tıbbi malzeme kullanım raporları, tedavi raporları, özürlü raporları
- **Tıbbi-Bilimsel Raporlar:** Değişik tıbbi-bilimsel konularda inceleme ve araştırmalar sonucunda düzenlenir. Klinik muayene ve gözlem sonuçlarını ya da laboratuvar incelemeleri sonuçlarını içeren ve hekimlerin yararlanması için düzenlenen raporlardır. Radyoloji, biyokimya, elektrokardiyografi-EKG, elektroensefalografi-EEG, manyetik rezonans-MR, ultrason, biyopsi ve patoloji raporları bu tür raporlara örnektir.
- **Tıbbi-Adli Raporlar:** Adli nitelik kazanmış vakalarda, adli makamlarca hekimden istenen ve kişinin durumu ile ilgili tespitleri içeren, sorulan soruları yanıtlayan, hekimin görüş ve kanaatini bildiren raporlardır. Dava dosyasında yer alır ve delil niteliğindedir. Bu raporla kişinin akıl-beden sağlığı, zararın varlığı ve ağırlığı ortaya konur. Adli tıp raporları daima Cumhuriyet Savcılıkları, Mahkemeler, Polis ve Jandarma Karakolları gibi resmî makamların isteği üzerine düzenlenir. Adli raporlar: Yaralanma raporları, cinsel suçlarla ilgili raporlar, psikiyatrik raporlar veya yaş tayini raporları şeklinde olabilir.



Özet

- Sağlık kuruluşlarına başvuran sağlıklı veya hasta bireylere kendileri için gerekli olan bazı işlemler uygulanır. Bu işlemler sonucunda bireye ait pek çok veri ortaya çıkar. Bu veriler Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan standart formlara kaydedilir ve saklanır. Her sağlık kuruluşunda kullanılan formların sayı ve çeşidi farklılık gösterir. Hatta aynı sağlık kuruluşunun farklı bölümlerinde, bir birinden farklı formlar kullanılmaktadır. Böylece sağlık kuruluşlarında çok sayıda tıbbi doküman ortaya çıkmaktadır. Bu tıbbi dokümanların bazıları, ilgili sağlık kuruluşlarında muhafaza edilirken bazıları ise Sağlık Müdürlükleri aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'na gönderilmektedir.
- Yataklı ve yataksız tedavi kurumlarında kişilerin sağlığı veya hastalığı ile ilgili tıbbi raporlar da düzenlenmektedir. Tıbbi raporlar tek hekim tarafından verilebileceği gibi birden fazla hekim tarafından ortak olarak verilen “sağlık kurulu raporları” şeklinde de düzenlenebilmektedir. Tıbbi raporlar tıbbi idari raporlar, tıbbi-bilimsel raporlar ve adli raporlar olmak üzere üç grupta düzenlenebilmektedir.
- Sağlık kuruluşlarında üretilen tıbbi dokümanlardaki bilgilerin sınıflandırılması ve birleştirilmesiyle yıllık istatistikler ve yapılan işlemlerin kalitesi ve miktarı belirlenebilmektedir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Hangisi tıbbi dokümanların kullanım amaçlarından değildir?
 - A) Hasta ile hekim arasındaki iletişimi sağlar
 - B) Verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede kullanılır
 - C) Hastanın daha sonraki izlemlerinde hasta ile ilgili bilgi verir
 - D) Hastalığın tedavi sırasındaki seyrini belgeler
 - E) Maliyet ve finansal yönetim politikasını belirlemede kullanılabilir
2. Ruh ve sinir hastalıkları hastanesinden taburcu edilen hastalar aşağıdaki formlardan hangisi ile Sağlık Bakanlığı'na bildirilir?
 - A) Form RS 10
 - B) Form RS 20
 - C) Form RS 30
 - D) Form RS 40
 - E) Form RS 50
3. Toplum sağlığı merkezine, ruh hastalığına sahip olduğu bildirilen bireylerin tespitinde aşağıdaki formlardan hangisi kullanılır?
 - A) Form RS 10
 - B) Form RS 20
 - C) Form RS 30
 - D) Form RS 40
 - E) Form RS 50
4. Yataklı tedavi kurumlarında tedavi gören hastalarda düşme riskinin olduğunu göstermek için aşağıdaki sembollerden hangisi kullanılır?
 - A) Sarı Yaprak
 - B) Gelincik çiçeği
 - C) Mavi Çiçek
 - D) Dört yapraklı yonca
 - E) Kırmızı Yıldız
5. Aşağıdaki formlardan hangisi sadece hemşireler tarafından doldurulan bir formdur?
 - A) Order Formu
 - B) Derece kâğıdı Formu
 - C) Epikriz Formu
 - D) Müşahade Formu
 - E) Yanlış taraf cerrahi formu

6.Çocuk hastalarda düşme riskini değerlendirmek için aşağıdaki formlardan hangisi kullanılır?

- A) Harizmi Düşme Riski Ölçeği Formu
- B) İtakî Düşme Riski Ölçeği formu
- C) VAS ölçeği formu
- D) Müşahede formu
- E) Hemşire izlem formu

7. Ameliyat olacak hastaların aşağıdaki formlardan hangisini imzalamaları zorunludur?

- A) Hasta yatış formu
- B) Ameliyat Kâğıdı formu
- C) Bilgilendirilmiş onam formu
- D) Müşahede formu
- E) Yanlış taraf cerrahi formu

8. Hazırlanan bir tıbbi dokümantasyon belgesinde aşağıdaki bilgilerden hangisinin yer alması gerekli değildir?

- A) Kurum adı ve logosu
- B) Dokümanın hazırlandığı yerin adı
- C) Dokümanın adı
- D) Dokümanın kodu
- E) Dokümanın sayfa numaraları

9. Yanlış taraf cerrahisi önleme formu nerede doldurulmalıdır?

- A) İlk muayene yapılan poliklinikte
- B) Hasta bilgilendirme biriminde
- C) Ameliyathanede
- D) Hastanın yattığı serviste
- E) Hasta hakları biriminde

S.10. Hastaya yapılması gereken özel bakım, diyet, tedavi ve ilaçların dozu, veriliş zamanı ve ilaçların veriliş yollarının belirtildiği form aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Konsültasyon kâğıdı
- B) Epikriz
- C) Müşahade kâğıdı
- D) Ameliyat kâğıdı
- E) Order Formu

Cevap Anahtarı:

1) A, 2) E, 3) C, 4) D, 5) B, 6) A, 7) C, 8) B, 9) D, 10) E

YARARLANILAN VE BAŞVURULABİLECEK KAYNAKLAR

- Ataklı, A. (2016). Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, Ankara, Güneş tıp Kitabevleri.
- Ceylan, F.(2011). Tıbbi Yazım Teknikleri Ders Notları, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Bursa, (Güncellenmiş Üçüncü Baskı)
- Güler, H., Öztürk, A., Tarhan, D., Gökmen Kavak, D., Azarkan, N. ve Saluvan, M. (2015) Doküman Yönetimi Rehberi, T .C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (Versiyon 2.0; Revizyon 00) 2.Baskı, Ankara,
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Sekreterliği (2011), Yataksız Sağlık Kurumları Formları, 346SBI037 Ankara.
- Berkem, G., Kimya, T., Sürücü, H., Berkem N. Tüzgen F. ve Özmen R. (2015). Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı Görüşme Rehberi, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Sekreterliği (2011). Dosya Oluşturma I 346SBI031, Ankara.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı (2011). Anestezi Ve Reanimasyon, Formlar, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi II. Faz. (2008). TCHEALTH Bilgi teknolojileri Ltd. şti.
- Güler, H., Öztürk A., Tarhan, D., Gökmen Kavak, D., Azarkan, N. ve Oktay, K. (2015). Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi (Versiyon 2.0; Revizyon 00), Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2. Baskı: Ankara.
- Şencan, İ., Ünal, D., Demir, M., Güler, H., Öztürk, A. ve Tarhan, D. (2016). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (Versiyon-5; Revizyon-01) 1. Revizyon, 2. Baskı, Ankara,
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Sekreterliği, (2011). Yataklı Sağlık Kurumları Formları, 346SBI038, Ankara.
- Özbabalık, D., Arslantaş, D., Arslantaş, A., Adapınar, B., DüNDAR, E., Çetinkaya, F., (2012). Hasta Dosyaları, Özbabalık, D. (Eds.). Tıbbi Dökümantasyon, 1. Baskı, Eskişehir: Web-Ofset, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını no: 2495, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1466.
- Daştan, S. (2015) Tıbbi Dökümantasyon Ders Notları, Tıbbi Dökümantasyon Ve

Sekreterlik Sertifika Programı, RTE Üniv. Sürekli Eğitim Araştırma Ve
Uygulama Merkezi Müdürlüğü.

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/belge/001_ev_halki_tespit_fisi_aciklamasi.pdf Erişim Tarihi: 27.05.2016

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/belge/form12a_aciklamasi.pdf Erişim Tarihi: 27.05.2016

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/belge/form12b_aciklamasi.pdf Erişim Tarihi: 27.05.2016

<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/belge/005aciklama.pdf> Erişim Tarihi: 27.05.2016