



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

İLAÇ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: İY.PR.01

Yayın Tarihi:21/09/2017

Revizyon Numarası:02

Revizyon Tarihi:03.08.2026

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4

1. **AMAÇ:** Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesinde ilaçların temininden saklanmasına, isteminden hazırlanmasına, uygulanmasından izlenmesine kadar geçen tüm süreçlerde hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, ilaç hatalarını önlemek ve ilaç yönetimine ilişkin standart uygulama esaslarını belirlemektir.

2. **KAPSAM:** Bu prosedür Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesinde görev yapan hekimleri, hemşireleri, sağlık teknikerlerini, depo sorumlularını ve ilaç yönetim sürecinde görev alan tüm çalışanları kapsar.

3. KISALTMALAR:

TÜFAM: Türkiye Farmakovijilans Merkezi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

4. TANIMLAR:

İlaç Yönetimi: İlaçların temini, muhafazası, istemi, hazırlanması, uygulanması, izlenmesi ve gerektiğinde imhasını kapsayan süreçtir.

Sözel İstem: Hekimin yazılı istem düzenleyemediği zorunlu durumlarda tedavi istemini sözlü veya telefon aracılığıyla yetkili sağlık çalışanına iletmesidir.

Advers Etki: Bir ilacın normal dozlarda kullanımı sırasında ortaya çıkan zararlı ve istenmeyen etkidir.

İlaç Hatası: İlacın istemi, hazırlanması, saklanması veya uygulanması sürecinde hastaya zarar verebilecek önlenemez hatadır.

Yüksek Riskli İlaç: Kullanım hatası durumunda hastada ciddi zarara yol açma potansiyeli bulunan ilaçlardır. **Fakültemizde yüksek riskli ilaç bulundurulmamaktadır.**

5. **SORUMLULAR:** Hekimler, Hemşireler, Depo Sorumlusu, Satın Alma Birimi, Hasta Güvenliği Komitesi, İlaç Yönetiminde Görev Alan Tüm Sağlık Çalışanı

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. İlaç Temini

6.1.1. Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimi:

6.1.1.1. Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar, hemşire tarafından teslim alınarak son kullanma tarihi ve fiziki uygunluğu kontrol edilir.

6.1.1.2. Kontrolleri tamamlanan ilaçlar, hastanın sorumlu hekimi tarafından değerlendirilir ve tedavide kullanılmasına veya kullanımının sürdürülmesine karar verilir.

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

İLAÇ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: İY.PR.01

Yayın Tarihi:21/09/2017

Revizyon Numarası:02

RevizyonTarihi:03.08.2026

Sayfa No/SayfaSayısı:1/4

6.1.2. Kurumun Temin Ettiği İlaçlar: Fakültemizde lokal anesteziik flakonlar ve topikal anesteziik spreyler bulundurulmakta ve tedavi süreçlerinde kullanılmaktadır. Metilprednizolon ampul ise gerekli görülen durumlarda sorumlu hekim tarafından reçetelendirilerek temin edilmekte ve yetkili sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

6.2. İlaçların Muhafazası

6.2.1. İlaçlar fakülte deposunda depo planında belirtilen alanlarda muhafaza edilir. Depo sadece sorumlu personel tarafından kontrol altında tutulur.

6.2.2. İlaçların bozulmasını engellemek için, ilaçların saklandığı oda ve depoların ısısı sürekli kontrol edilerek Oda Isı Nem Takip Formuna kaydedilir.

6.2.3. Soğuk zincire tabi ilaçlar, 2-8 °C sıcaklık aralığında muhafaza edilir ve buzdolabı sıcaklık kayıtları günlük olarak takip edilerek kayıt altına alınır. Fakültemizde soğuk zincire tabi ilaç bulunmaması nedeniyle bu uygulama halihazırda yürütülmemektedir. Soğuk zincire tabi ilaç temin edilmesi durumunda ilgili süreç bu prosedür doğrultusunda uygulanır.

6.2.4. Kritik stok seviyesindeki ilaçlar, "Kritik Stok Seviyesi Olan İlaçlar" bölümünden düzenli olarak kontrol edilir.

6.2.5. İlaçların miat kontrolleri düzenli olarak yapılır. Miadının dolmasına 90 gün kalan ilaçlar için HBYS üzerinden otomatik uyarı verir. Miadı dolan ilaçlar, Atık Yönetimi Prosedürü doğrultusunda uygun şekilde ayrıştırılarak geçici atık alanına alınır. Bu ilaçlar, ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde imha edilmek üzere yetkili personele, uygun kişisel koruyucu ekipman kullanılarak ve uygun taşıma yöntemiyle teslim edilir.

6.2.6. İlaçların miatları, altı aylık aralıklarla düzenli olarak manuel yöntemle de takip edilir.

6.3. İlaçların İstemi

6.3.1. İlaçlar, ilgili birim tarafından hazırlanan ilaç listesine istinaden, talep edilen miktarda fakülte deposundan depo sorumlusu tarafından ilgili birime teslim edilir.

6.3.2. İlaç isimleri mümkün olduğunca jenerik isimleriyle yazılır.

6.4. Sözel İstem

6.4.1. Sözel istem yalnızca yazılı istem verilmesinin mümkün olmadığı acil ve zorunlu durumlarda uygulanır.

6.4.2. Sözel istem sırasında; ilacın adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı, veriliş amacı açık olarak belirtilir.

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

İLAÇ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: İY.PR.01

Yayın Tarihi:21/09/2017

Revizyon Numarası:02

RevizyonTarihi:03.08.2026

Sayfa No/SayfaSayısı:1/4

6.4.3. Sözel istem **Dinle-Yaz-Geri Oku-Onay Al** yöntemiyle doğrulanır.

6.4.4. Alınan tüm sözel istemler mümkün olan en kısa sürede yazılı hale getirilerek istemi veren hekim tarafından imzalanır.

6.4.5. Yüksek riskli ilaçlar için sözel istem uygulanmaz.

6.5. Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar, Simgeler ve Semboller

6.5.1.Hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla Fakültemiz tarafından hazırlanan **Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar, Simgeler ve Semboller Listesi** kullanılır. Bu listede yer alan ifadeler; ilaç istemlerinde, hasta kayıtlarında, tedavi formlarda, reçetelerde, diğer tüm tıbbi kayıtlarda kullanılmaz.

6.6.İlaç Dozlarının Güvenli Yazılımı

6.6.1.İlaç istemlerinde; **0,5 mg** şeklinde baştaki sıfır yazılır.

6.6.2.**5 mg** şeklinde gereksiz son sıfır kullanılmaz.

6.6.3.Doz birimleri açık olarak belirtilir.(mg, g, ml vb.)

6.6.4.Yanlış anlaşılmaya neden olabilecek sembol ve kısaltmalar kullanılmaz.

6.7.İlaçların Hazırlanması, Transferi ve Uygulanması

6.7.1.İlaçların güvenli kullanımına ilişkin gerekli bilgilendirmeler, ilgili personele göreve başlama sürecinde uygulamalı olarak yapılır.

6.7.2.Lokal anestezipler ve diğer ilaçlar, hekim istemi doğrultusunda hazırlanır ve uygun aseptik koşullarda uygulanır.

6.7.3.Intravenöz ilaç uygulanması gereken durumlarda ilaç, yetkili sağlık personeli tarafından hazırlanır ve hasta kimliği doğrulanarak uygulanır.

6.7.4.Hekim istemi okunaklı, eksiksiz ve anlaşılır şekilde düzenlenir. İstemde ilacın adı, dozu, uygulama yolu, zamanı ve sıklığı belirtilir.

6.7.5.İlaç istemlerinde kısaltma kullanılmaz. Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller **Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar, Simgeler ve Semboller Listesine** uygun olarak düzenlenir.

6.7.6.İlaç dozları açık ve anlaşılır şekilde yazılır. Ondalık sayılarda baştaki sıfır yazılır(0,5 mg), tam sayı sonuna gereksiz sıfır eklenmez(5 mg).

6.7.7.Yazılı istem verilmeyen durumlarda sözel istem uygulanır.

6.7.8.Benzer isimli ve benzer ambalajlı ilaçlar(LASA)karışıklığı önlemek amacıyla ayrı alanlarda muhafaza edilir ve hazırlanırken ilgili listeye göre kontrol edilir.

6.7.9. İlaç hazırlama sırasında dikkat dağıtıcı unsurlar en aza indirilir ve hazırlama işlemi uygun çalışma ortamında gerçekleştirilir.

6.7.10.İlaç uygulanmadan önce; doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru uygulama yolu ilkeleri doğrulanır.

HAZIRLAYAN(.../.../....)	KONTROL EDEN(.../.../....)	ONAYLAYAN(.../.../....)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

İLAÇ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: İY.PR.01

Yayın Tarihi:21/09/2017

Revizyon Numarası:02

Revizyon Tarihi:03.08.2026

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4

6.7.11.İlaç uygulamalarında aseptik kurallara uyulur ve hasta kimliği doğrulanarak uygulama gerçekleştirilir.

6.7.12.İlaç uygulamaları sonrasında gerekli kayıtlar eksiksiz olarak hasta dosyasına işlenir.

6.7.13.Fakülte tarafından yüksek riskli ilaç yönetimine ilişkin değerlendirme yapılır ve liste güncel olarak takip edilir. Fakültemizde yüksek riskli ilaç bulundurulmamaktadır. Bu nedenle yüksek riskli ilaçlara yönelik özel muhafaza, hazırlama ve uygulama süreci yürütülmemektedir. Kurum bünyesine yüksek riskli ilaç temin edilmesi durumunda, ilgili ilaçlar için muhafaza, hazırlama, uygulama ve izleme süreçleri yürürlükteki İlaç Yönetimi Prosedürü doğrultusunda yönetilir.

6.8.Advers Etki Bildirimleri

6.8.1. İlaç kullanımına bağlı gelişen advers etkiler derhal sorumlu hekime bildirilir ve hasta gerekli tıbbi değerlendirmeye alınır.

6.8.2.Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler kurum Farmakovijilans Sorumlusuna bildirilir.

6.8.3.Gerekli görülen advers etki bildirimleri TÜFAM'a ilgili mevzuata uygun olarak yapılır.

6.8.4.Advers etki gelişmesi durumunda gerekli tedavi uygulanır ve olay hasta dosyasına kayıt edilir.

6.8.5.Advers etki ve ilaç güvenliği ile ilgili olaylar Güvenlik Raporlama Sistemi/Olay Bildirim Sistemi, üzerinden bildirilir.

6.9.İlaç Hata Bildirimleri ve İzleme

6.9.1.İlaç hataları cezalandırma amacıyla değil, hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla Güvenlik Raporlama Sistemi kapsamında bildirilir.

6.9.2.Bildirilen ilaç hataları Kalite Yönetim Birimi tarafından analiz edilir, gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanır.

6.9.3.İlaç yönetimine ilişkin göstergeler belirli aralıklarla izlenir ve sonuçlar ilgili komitelerde değerlendirilir.

7.SÜREKLİ İYİLEŞTİRME: Prosedürün etkinliği düzenli olarak izlenir. İlgili mevzuat, sağlıkta kalite standartlarındaki değişiklikler ile kurum ihtiyaçları doğrultusunda yılda en az bir kez gözden geçirilir; gerekli görülen durumlarda revize edilerek sürekli iyileştirilmesi sağlanır.

8.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

9.1.Hemşire Gözlem Formu

HAZIRLAYAN(.../.../....)	KONTROL EDEN(.../.../....)	ONAYLAYAN(.../.../....)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İLAÇ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: İY.PR.01

Yayın Tarihi:21/09/2017

Revizyon Numarası:02

RevizyonTarihi:03.08.2026

Sayfa No/SayfaSayısı:1/4

9.2.Doktor Order Formu

9.3.Reçete Formu

9.4. Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar, Simgeler ve Semboller Listesi

HAZIRLAYAN(.../.../....)	KONTROL EDEN(.../.../....)	ONAYLAYAN(.../.../....)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan