



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İLAÇ YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: İY.PR.01

Yayın Tarihi:21/09/2017

Revizyon Numarası:01

Revizyon Tarihi:12/05/2023

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/3

1. **AMAÇ:** İlaçların uygulamalarında hasta güvenliğini sağlamaktır.

2. **KAPSAM:** Kliniklerin tüm sürecini kapsamaktadır.

3. **KISALTMALAR:**

TÜFAM: Türkiye Farmakovijilans Merkezi

4. **TANIMLAR:**

5. **SORUMLULAR:** Hekimler, Hemşireler, Depo Sorumlusu, Hasta Güvenliği Komitesi, ilaç uygulaması yapan tüm sağlık personeli.

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 miat kontrolleri yapılır.

6.1.1.2. Teslim alınan ve miat kontrolleri yapılan ilaçlar hastanın hekimi tarafından kontrol edilerek uygulama konusundaki devamlılığa karar verir.

6.1.2. Kurumun Temin Ettiği İlaçlar:

6.1.2.1. Fakültemiz anesteziik flakon ve sprey tarafından temin edilmektedir.

6.1.2.2. Prednol Ampül fakültemiz tarafından hastaya reçete edilerek uygulaması yapılmaktadır.

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. Kritik stok seviyesi olan ilaçlar bölümünden bu ilaçlar kontrol edilir.

6.2.4. Miat kontrolleri yapılır. İlaçların miatlarının dolmasına 90 gün kala bilgisayarda HBYS sistemi üzerinde uyarı verir. Süreci dolan ilaçlar Atık Yönetim Prosedürüne göre uygun olarak atıkların kontrolüne ilişkin olarak imhası için uygun alana alınır. İmha yapacak personele mevzuat uyarınca uygun kıyafet ve uygun yöntemlerle teslim edilir.

6.2.5. İlaç miatları 6 aylık aralıklarla düzenli olarak manuel şekilde de takip edilir.

6.3. İlaçların İstemi

6.3.1. İlaçlar fakülte deposundan birimler tarafından resmi yazı ile istenen miktarda depo sorumlusu tarafından dağıtımı yapılır.

6.4. İlaçların Hazırlanması, Transferi ve Uygulanması

6.4.1. İlaçların kullanımına ilişkin olarak ilgili personele gerekli bilgilendirmeler görev başında uygulamalı yapılır.

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:01

Revizyon Tarihi:12/05/2023

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/3

- 6.4.2.** Hastaya anestezi uygulaması yapılması gereken durumlarda işlemi gerçekleştiren diş hekimi tarafından hasta başında hazırlanarak direk uygulama yapılır.
- 6.4.3.** IV uygulama yapılacaksa ilgili hemşire tarafından ilaç hazırlanarak kimlik doğrulaması yapılır.
- 6.4.4.** Tedavi planı hekim tarafından yazılır, kaşe ve imzalanır. Tedavi planı ilacın tam adı, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içerir.
- 6.4.5.** Hemşire hekimin tedavi planını hasta dosyasında yer alan Hemşire Gözlem Formu'na kaydederek hastaya uygulanır.
- 6.4.6.** Uygulamada ilaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.
- 6.4.7.** Yazılışı okunuşu, ambalajı benzeyen ilaçlar hazırlanırken kullanım alanlarında asılı olan ilgili listeden kontrol edilerek hazırlanır. Bu ilaçların dolaplardaki yerleşimi de ayrı raflarda olmalıdır. Acil pediatrik ilaçlar, psikotrop ilaçlar, narkotik ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, hazırlanması özel/teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar fakülte bünyemizde kullanılmamaktadır.
- 6.4.8.** Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde yapılır.
- 6.4.9.** Uygulama öncesi ilaç şişesinin üstü, ilacın adının ve dozunun doğruluğu açısından üç kez kontrol edilir (İlacı kadehe koyarken, şişeyi raftan alırken, ilaç şişesini rafa koyarken).
- 6.4.10.** İlaç hazırlanırken dikkatin dağılmaması için bu işlem sakın ve aydınlık bir ortamda yapılır.
- 6.4.11.** İlaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel hazırlanır, kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri yer alır.
- 6.4.12.** Hasta ilaç uygulama sürecinin aktif bir parçası olarak kabul edilerek güvenli ilaç kullanımı konusunda eğitilir; endişeleri açıklanarak soru sorma konusunda cesaretlendirilir. İlaç ve besin etkileşimi konusunda bilgilendirilir.
- 6.4.13.** Enjeksiyon uygulamada aseptik kurallara mutlaka uyulur. Hazırlık sırasında enjektör ve ilacı kontamine etmemeye dikkat edilir, derinin dezenfeksiyonu sağlanır.
- 6.4.14.** IM enjeksiyon için hastaya doğru pozisyon vermek ve doğru bölgeye ilacı uygulamak çok önemlidir. Gergin kasa enjeksiyon yapmak ağrı verir.
- 6.4.15.** IM ve subkutan enjeksiyonlar sırasında iğnenin damarda olmadığından emin olunmalıdır. Yine ilaç doku içine verilirken yavaş yavaş verilmelidir. Bu hem ağrıyı azaltır, hem de ilacın doku içine yayılımını ve emilimini kolaylaştırır. Çok miktarda ilaç, ağrı yapar ve yerel doku yıkımı yapabilir. Bu nedenle her bölgeye yapılabilecek ilaç miktarı bilinmelidir.
- 6.4.16.** IV enjeksiyonların uygulanma sırasında iğnenin damarda olup olmadığına dikkat edilir. İlacın özelliğine göre erken komplikasyonlar gözlenir.
- 6.4.17.** Aerosollar iyice çalkalandıktan sonra, öksürükle balgamı çıkarılmış hava yoluna uygulanmalıdır.
- 6.4.18.** Doku tahriş edici veya büyük hacimli ilaçların sc verilmesi o bölgede nekroz, ağrı ve abselere neden olabileceğinden bu hususlara dikkat edilmeli ve her enjeksiyonda bölgeler sırayla değiştirilmelidir.
- 6.4.19.** Sinir ve kemiklere zarar vermemek için, enjeksiyonlar anatomik olarak sinirlerden uzak güvenli bölgelere yapılmalıdır. Ayrıca irritasyon, inflamasyon ve enjeksiyon olan bölgeler

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:01

Revizyon Tarihi:12/05/2023

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/3

kullanılmamalıdır. Skar dokusu ve ödemli dokulara da enjeksiyon yapılmaz. Aksi halde doku yıkımı arttığı gibi verilen ilacın emilimi de yetersiz olur.

6.4.20. Parenteral ilaçlar ile işlem yapılmamaktadır.

6.4.21. Yüksek Riskli, özel nitelikli ilaç grubu, narkotik ve psikotrop ilaçlar kullanılmaktadır.

6.4.22. Yatan hasta ve eczane hizmeti sunulmamaktadır. Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı gerekli önlemler alınmaktadır. Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmektedir.

6.4.23. Gebelik ve emzirmede kullanılması gereken ilaçlar kendi hekimi tarafından verilmektedir.

6.4.24. Özel nitelikli ilaç bulunmadığından ilaç listesi hazırlanmamıştır.

6.4.25. Birimlerden iade edilecek ilaçlar tutanakla ilgili depoya teslim edilmektedir.

6.5.Advers Etki Bildirimleri

6.5.1.TÜFAM' a sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi resmi yazı ile bildirilmektedir.

6.5.2.Gerekli eğitimler sorumlu tarafından alınır ve eğitim kayıtları dosyasında muhafaza edilir.

6.5.3.İlaçlar bir ilacın uygunsuz kullanımına ve hastaya zarar vermesine neden olan/olabilecek tüm olaylar ilaç hatası olarak tanımlanır.

6.5.4.İlaç verilmeye devam ediliyor ise hemen sonlandırılır ve hastanın hekimine haber verilir.

6.5.5.Hekimin direktifi doğrultusunda uygun tedavi yapılır.

6.5.6.Gelişen reaksiyonun sebepleri araştırılır.

6.5.7.Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilasyon sorumlusuna bildirilir.

6.5.8.Gelişen reaksiyon sonucu ilaç yönetimi ekibine bildirilir. Bildirimden sonra 15 gün içerisinde faks veya posta yoluyla TÜFAM a bildirim yapılır.

6.5.9.İlaç güvenliği ile ilgili hatalar Olay Bildirim Formu ile kalite birimine bildirilir.

6.6.İlaç Hata Bildirimleri ve İlaç Yönetimine İlişkin Göstergeler

6.6.1.İlaç hata bildirimleri İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı Gösterge Kartı ile kontrol edilir ve analizi yapılır.

6.6.2.Düzenli periyotlarla kontrol ve takipleri yapılır.

1. VERİLERİN SAKLANMASI: Kalite yönetim birimi tarafından gerekli dokümanlar Arşiv Yönetmeliği kapsamında saklanmaktadır.

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

9.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

9.1.Hemşire Gözlem Formu

9.2.Doktor Order Formu

9.3.Reçete Formu

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