


X

		<b>RADYOLOJİ KALİTE KONTROL İŞLEYİŞİ</b>	
Doküman No	RAD-I001	Revizyon No	0
Yürürlük Tarihi	18.01.2013	Revizyon Tarihi	18.01.2013

<b>REVİZYON DURUMU</b>		
Revizyon Tarihi	Revizyon No	Açıklama

	ADI / SOYADI	İMZA
Hazırlayan ve Kontrol Eden	Prof.Dr.Hüdaver ALPER-Radyoloji-Nükleer Tıp Komitesi	
Onaylayan	Doç.Dr.Okan GÜLBAHAR-Başhekim Yardımcısı	
Son Onay	Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA-Başhekim	

		RADYOLOJİ KALİTE KONTROL İŞLEYİŞİ	
Doküman No	RAD-1001	Revizyon No	0
Yürürlük Tarihi	20.02.2013	Revizyon Tarihi	18.01.2013

1. **AMAÇ:** Bu işleyişin amacı; optimum tanısal bilginin minimum hasta dozu ve masrafla elde edilmesini sağlamak amacıyla tüm sistemlerin performanslarının etkin olarak ölçülmesi için bir yöntem belirlemektir.

2. **KAPSAM:** Bu işleyiş tüm tıbbi görüntüleme ünitelerinde uygulanacak kalite kontrol faaliyetlerini kapsar.

3. **SORUMLULAR:** Bu işleyişin uygulanmasından Radyoloji Hekimleri, Fizikçiler ve Radyoloji Teknisyenleri sorumludur.

4. **TANIMLAR:**


5. **PROSEDÜR AKIŞI:**

5.1. **Personel Standartları:** Hekim, Fizikçi ve Radyoloji Teknisyenlerinin niteliklerini ve uzmanlıklarını belgeleyen kayıtlar personel dosyalarında tutulmaktadır. Personel işe atama esnasında oryantasyon eğitimlerini almakta daha sonra da sürekli eğitim programları ile desteklenmektedir. Çekim yapacak radyoloji teknisyenleri 7 saatlik bölümdeki çalışmanın yanı sıra yetişmiş personel nezaretinde günlük bazda yeterli sayıda çekimi yaptıktan sonra tek başlarına çekim yapmaktadır. Personelin gerekli eğitimler sonrasında neleri yapacağı **Yeterlilik Formu**'nda belirlenmiştir.

5.2. **Film çekimi ve sonuçlarının değerlendirilmesi:** Hastalara yapılan tüm çekimler işleyiş ve talimatlara uygun şekilde olmaktadır. Çekimlerin yorumu uzman radyoloji doktoru tarafından yapılmaktadır. Filmler ve raporlar Radyoloji Sonuçları Listesinde belirtilen sürelerde hastanın veya yakınının isteğine bağlı olarak teslim veya transfer edilir.

5.3. **Hasta Kayıtları:** Hasta kayıtları Hasta Kayıtlarının Tutulması Prosedürü'ne göre doğru ve eksiksiz tutulur. Kurumdaki radyolojik kayıtlar radyoloji bölümündeki elektronik ortamda ve hastane genel arşivindeki hasta dosyasında 10 yıl süre ile saklanır.

5.4. **Radyoloji Ekipmanının Özelliklerinin Belirlenmesi:** İhtiyaç dahilinde planlanarak alımı yapılan cihazların özellikleri uzman kişilerce belirlenir. Daha sonra alımı yapılan cihazların teslimde bu özelliklere uygunluğu kontrol edilerek kuruma kabulü yapılır.

		RADYOLOJİ KALİTE KONTROL İŞLEYİŞİ	
Doküman No	RAD-I001	Revizyon No	0
Yürürlük Tarihi	20.02.2013	Revizyon Tarihi	18.01.2013

**5.5. Cihazın Kurulum veya Modifikasyonu:** Yeni bir görüntüleme cihazı veya film banyo cihazı kullanılmaya başlandığında veya eski cihazların bakım ve onarımı yapıldığında ya da yeni parçalar eklenmesi gibi durumlarda tıbbi fizikçi ve/veya biyomedikal sorumlusu ve üretici firma temsilcisi ile ek değerlendirmeler yapılmaktadır.

**5.6. Bakım Onarım Kalibrasyon:** Ünitelerdeki cihazlar biyomedikal mühendisliğinin Periyodik Bakım-Onarım ve Kalibrasyon Planı dahilindedir.

**5.7. Kalite Güvence Standartları:** Cihaz ve donanıma kalite güvencesinin sağlanması amacıyla değişik testler belli periyotlarla yapılmaktadır.

**5.7.1. Kabul Testleri:** Kalite kontrolü öncelikle yeni alınmış sistemlerin kabul testi ile başlar, burada amaç, firma tarafından önerilen özelliklerin kontrolü ve elde edilecek sonuçların ilerideki rutin uygulamalar için referans olmasıdır. Rutin kalite kontrolü ve kabul testlerinin yöntemleri uluslararası kuruluşlarca saptanmıştır.

**5.7.2. Devamlılık Testleri:** Cihaz ve donanım teknik tanımlara uygun olacak şekilde günlük olarak teknisyen tarafından ayarlanır ve bakımı yapılarak bu uygunluğun sürekliliği sağlanır.

**5.7.3. Müteakip Testler:** Cihazların gerekli olanlarında FDA onaylı fantomlar kullanılarak görüntü kalitesi ölçümleri yapılır. Elde edilen ölçümler belirli aralıklar içerisinde olmalıdır.

**5.7.4. Test Sonuçları;** Testler tamamlandıktan sonra test sonuçları üretici firmanın önerdiği sınır değerler ile karşılaştırılır. Test sonuçları sınır değerlerin dışına çıktığında problemin kaynağı tespit edilip düzeltici faaliyetler geliştirilir.


#### **5.7.5. Sonuç Raporlarının Kalite Kontrolü:**

Raporlardan seçilen örnekler 2 ayda bir her sistem grubundan 5 adet olmak üzere randomize şekilde belirlenmiş toplam 30 adet tetkik birbirinden bağımsız iki radyoloji uzmanı tarafından raporların kalite kontrol değerlendirmesi yapılır.

#### **4.1.2. Sistem grupları aşağıdaki gibidir:**

Nöroradyoloji

Kas-iskelet radyolojisi

		RADYOLOJİ KALİTE KONTROL İŞLEYİŞİ	
Doküman No	RAD-I001	Revizyon No	0
Yürürlük Tarihi	20.02.2013	Revizyon Tarihi	18.01.2013

Pediyatrik radyoloji

Abdomen radyolojisi

Toraks ve Meme radyolojisi

Girişimsel radyoloji

Ultrasonografi

4.1.3. Raporların okuma sonuçları Radyoloji Kalite Kontrol Formu'na kayıt edilir. Raporlarda farklılık çıkması halinde gerekli düzeltici faaliyetler Radyoloji Anabilim Dalı Başkanı tarafından planlanır.

## 6. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

6.1. Radyoloji Yeterlilik Formu

6.2. Hasta Kayıtlarının Tutulması Prosedürü

6.4. Radyoloji Kalite Kontrol Formu