



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:





T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ



HAZIRLAYAN
NÜKLEER TIP HİZMETLERİ
BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU

KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAY
BAŞHEKİM



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

1.AMAÇ:

Nükleer Tıp ünitesinde verilen görüntüleme hizmetlerini tanımlamak.

2.KAPSAM:

Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının Görüntüleme Hizmetlerinin faaliyetlerini kapsar.

3.KISALTMALAR:

SPECT:Tek Foton Emsiyon Tomografisi

PET:Pozitron Emisyon Tomografisi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

TAEK: Türkiye Atom Enerjisi Kurumu

4. TANIMLAR:

4.1 Genel Uyum Eğitimi: Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun ve çalıştığı birimin tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

4.2 Mavi kod: Temel ve ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır.

4.3 Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar: Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler, Nükleer Tıp, ESWL Üniteleri, Radyoterapi Üniteleri, Anjiyografi Laboratuvarı, bölümlerinin görüntüleme birimleri, ameliyathanede skopi ile işlem yapılan alanlardır. Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

4.4 Radyasyon Uyarı Levhaları: Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan temel radyasyon sembelleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir.

4.5 Kurşun Koruyucular: Radyasyonlu alanlarda; hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan;

- Kurşun önlük,
- Kurşun gözlük,
- Koruyucu paravan, vs bulunmalıdır.

5.SORUMLULAR:

Nükleer Tıp Ünitesinde verilen görüntüleme hizmetlerinden Nükleer Tıp Anabilim Dalında görev yapan tüm çalışanlar sorumludur.

6.UYGULAMA:

6.1.Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlara Yönelik Düzenlemeler:

6.1.1.Radyasyon yayan cihazların TAEK tarafından lisansı bulunmaktadır.



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

6.1.2. Radyasyon yayan cihazların bulunduğu odalarda iyonizan havanın dışarı atılmasını sağlayan havalandırma sistemi mevcuttur.

6.1.3.Görüntüleme hizmetlerinin verildiği alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmaktadır.

6.1.4. Görüntüleme hizmeti verilen alanlar TAEK'in belirlemiş olduğu kriterlere göre kurşunlanmıştır. (Duvar, paravan, kurşun cam.)

6.2.Randevu Verme Süreci İle İlgili Düzenlemeler:

6.2.1. Görüntüleme hizmeti için Nükleer Tıp Sekreterliğine başvuran hastalara tetkiklerine göre işlem yapılmaktadır.

6.2.2.Akciğer Perfüzyon Ventilesyon Sintigrafisi tetkikleri için randevu verilmeyip, tetkikler gün içinde yapılmaktadır. Hastalar HBS tarafından verilen sıra numarasına göre tetkiklerini yaptırmaktadır.

6.2.3.PET / BT ve diğer sintigrafi tetkikleri için hastalara randevu verilmektedir.

6.2.4. Acil hastalar için istenen tetkikler anında yapılmaktadır.

6.2.5. Randevu verilen tetkiklerde tetkik öncesi hazırlık için sekreter veya ilgili birimde görevli teknisyen/tekniker hastaya veya yakınına bilgi vermektedir.

6.2.6.Yatan hastaların tetkikleri hazırlık gerekmiyorsa aynı gün, hazırlık gerekiyorsa en kısa süre içerisinde planlama yapılarak gerçekleştirilmektedir.

6.3.Görüntüleme Süreci İle İlgili Düzenlemeler:

6.3.1.Nükleer Tıp Anabilim Dalında yürütülen tüm faaliyetler Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği'ne göre gerçekleştirilmektedir.

6.3.2.Sintigrafi tetkiki yapılacak hastalar Nükleer Tıp sekreterliğinde yapılan kayıtlarının ardından sıra numaralarına göre çekim odalarına alınırlar.

6.3.3. Yapılan tetkiklere ait görüntüler filme basılır veya CD olarak verilir.

6.3.4.Randevulu yapılan tetkiklerde hastalar randevu tarihinde sekreterliğe başvurarak kayıt yaptırılır. Ve tetkikin yapılacağı birime yönlendirilir.

6.3.5.Tetkikin yapılacağı birimde hastaya veya yakınına çekim için nasıl hazırlanacağı anlatılır.

6.3.6. Kontrastlı yapılacak tetkikler öncesinde hasta veya yakını ön bilgi ve onam formu ile bilgilendirilir ve onam alınır.

6.3.7.Rapor yazılması gereken hastalara en geç 7 gün içerisinde rapor yazılmaktadır.

6.3.8.Görüntüleme odalarında hasta ve yakını için gerektiğinde farklı ebatlardaki kuşun önlük, troid koruyucu, gonad koruyucu, kurşun paravan kullanılır.

6.3.9.Hastalar tetkikin yapılacağı odaya tek tek alınır, giyinme kabinlerinde giyinip soyunmaları sağlanır ve örtülerin, önlüklerin temiz olmasına dikkat edilir.



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

6.3.10. Çalışan personelin radyasyondan korunması için gerekli olan kurşun önlük, paravan, tiroid koruyucu, gözlük görüntüleme odalarında hazır bulundurulur.

6.3.11. Tetkiklere ait görüntüler teknisyen/tekniker tarafından bilgi işlem sistemine gönderilir. Gerekğinde görüntülere ulaşılır.

6.3.12. Acil istenen tetkikler anında yapılır. Görüntüler anında bilgi işlem sistemine yüklenir ve en geç 20 dk. içerisinde klinisyen tarafından görüntülenir. Rapor gereken tetkiklerde rapor hemen yazılarak HBYS'ye kaydedilir.

6.3.13.Yatan hastalar Nükleer Tıp Anabilim dalında yapılacak tetkikler için **Hastanın Güvenli Transferi Prosedürüne** uygun bir şekilde bölüme getirilerek tetkikleri yapılmaktadır.

6.3.14.Yatan hastalar için yapılan tetkiklere ait görüntüler anında bilgi işlem sistemine yüklenir ve en geç 20 dk. içerisinde klinisyen tarafından görüntülenir. Raporu ilgili hekim tarafından HBSY'den takip edilir.

6.3.15. Her ay yapılan görüntülemelerle ilgili istatistikler hazırlanır.

6.4. Sonuç Verme İle İlgili Düzenlemeler:

6.4.1. Tüm görüntüler en geç 20 dk. İçerisinde klinisyenlerin görebileceği şekilde HBYS'de hazır bulunur.

6.4.2. Rapor yazılmasını gerektiren tetkiklerde hastalara yazılı şekilde rapor verilir.

6.4.3.Tetkiklere ait görüntüler teknisyen/tekniker tarafından film basımı veya CD/DVD şeklinde dijital ortamda hastaya verilmektedir.

6.4.4. Rapor yazılması gereken tetkiklerin raporları en geç 7 gün içerisinde yazılmakta ve görüntüleri yorumlayan doktor tarafından onaylanmaktadır.

6.4.5.Yapılan tetkiklere Nükleer Tıp Uzmanı tarafından gerek görüldüğünde ek tetkikler istenebilmektedir. Bu tetkikler en kısa sürede yapılmaktadır.

6.4.6. USG raporları tetkik yapıldıktan 2 saat sonra hastalara yazılı olarak verilmektedir. Ve ayrıca ilgili hekim tarafından HBYS 'de görüntülenebilmektedir

6.5.Çalışanların Radyasyondan Korunmasına Yönelik Düzenlemeler:

6.5.1.Çalışan Sağlık Tarama Planına uygun davranılır. Görüntüleme alanlarında farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmaktadır. (Kurşun önlük, tiroid koruyucu, gonad koruyucu, gözlük, eldiven.) **Kişisel Koruyucu Ekipmanların Doğru Kullanımı Prosedürü'ne** uygun davranılır.

6.5.2. Çalışanların 2 ayda bir düzenli olarak TAEK tarafından dozimetre ölçümleri yapılmaktadır.

6.5.3.Dozimetre ölçüm sonuçları incelenmekte olup, sonuca göre gerekirse önlemler alınmaktadır.

6.5.4.Dozimetre sonuçları bölümde ilgili dosyada arşivlenmektedir.

6.5.5.Dozimetre kullanımı ve takibi **Dozimetre Kullanma Talimatı'na** göre yapılmaktadır.

6.5.6.Çalışanlar için yılda bir kez periferik yayma, hemogram tetkiki, dermatoloji ve göz muayeneleri yapılmaktadır. Muayene sonuçları ilgili dosyada arşivlenmektedir.



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

6.6. Çalışanlar Tarafından Kişisel Koruyucu Ekipmanların Doğru Kullanımına Yönelik Düzenlemeler:

6.6.1. Kişisel Koruyucu Ekipmanların Doğru Kullanılması Talimatı'na uygun davranılır. İzolasyon gerektiren hastalarda gerekli izolasyon kurallarına uyulur.

6.6.2. Çalışanlar için eldiven, maske, gözlük, önlük vb. kişisel koruyucu ekipmanlar kullanım alanlarında hazır bulundurulurlar.

6.6.3.Çalışanların kesici-delici aletle yaralanması ve bulaşıcı hastalıkla karşılaşılması durumunda Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin bilgisi dahilinde **Kesici-Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu** doldurulur. Kalite Yönetim Birimi'ne bildirilir.

6.6.4. El hijyenini sağlamak için çalışılan birimlerde alkol bazlı el antiseptikleri bulunmaktadır.

6.6.5.Kan ve Vücut Sıvılarına maruziyet durumlarında Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Formu doldurulur. Kalite Yönetim Birimi'ne bildirilir.

6.7. Radyasyon Koruyucuların Kontrolüne Yönelik Düzenlemeler:

6.7.1.Radyasyon koruyucuların etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen veya skopi ile kontrol edilmektedir.

6.7.2.Yapılan kontrol sonuçları **Kurşun Önlük Kontrol Formu'na** kayıt edilmektedir.

6.7.3. Kurşun önlüklerin kontrolü **Kurşun Önlük Kontrol Talimatı'na** göre yapılmaktadır.

6.7.4. Kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.

6.8. Tıbbi Cihazların Yönetimine Yönelik Düzenlemeler:

6.8.1. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmaktadır.

6.8.2.Tıbbi cihazların yetkili firmalarca belirli periyotlarda bakım, onarım, ölçme ve kalibrasyonları yapılmaktadır.

6.8.3. Tıbbi cihazlar **Cihaz Kullanma ve Bakım Talimatı'na** göre kullanılmaktadır.

6.9.Bölüm Temizliğine Yönelik Düzenlemeler:

6.9.1. Bölümün temizliği temizlik personelleri tarafından **Bölüm Temizlik Planına** uygun şekilde yapılmaktadır.

6.9.2.Tüm açık ve kapalı alanların temizliği günlük olarak Bölüm Sorumlusu ve belirli periyotlarla **Temizlik Kontrol Komisyonu Üyeleri** tarafından kontrol edilmektedir.

6.10.Kişisel Temizlik Alanlarına Yönelik Düzenlemeler:

6.10.1. Kişisel temizlik alanlarının temizliği **Bölüm Temizlik Planı'na** göre yapılmaktadır.

6.10.2. Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulunmaktadır.(Sıvı sabun, kağıt havlu, poşetli çöp kutusu, tuvalet kağıdı.)

6.11. Atıkların Kaynağında Ayrıştırılmasına Yönelik Düzenlemeler:

6.11.1.Her bölüm için atıklar belirlenerek ayrımı yapılmıştır.



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

6.11.2. Evsel atık, tıbbi atık ve kesici-delici atık kutuları mevcuttur.

6.11.3. Bölümdeki atıkların düzenlenmesi **Atık Yönetimi Talimatı'na** göre yapılmaktadır.

6.12.ATIK ENVANTERİ

6.12.1.Tıbbi Atık:

- Hastanın kanına, idrarına vs. bulaşmış tüm materyaller,
- Enjektörler,
- İğne uçları (delici kesici alet kutusu),
- Serum setleri,
- Kan torbaları,
- Poşet serum atıkları.

6.12.2.Tehlikeli Atık:

- Piller,
- Yüksek Düzey Dezenfektanlar.

6.12.3.Evsel Atık:

- Hasta bezi,
- Gıda artıkları,
- Peçeteler.

6.12.4.Geri Dönüşüm:

- Kağıtlar,
- Ambalajlar,
- Serum şişeleri,
- Pet şişeler.

6.12.5.Radyoaktif Maddeler/Radyoaktif Bulaş Olan Maddeler:

- Hasta kaynaklı kontaminasyon oluşması durumunda, kullanılan radyoaktif maddenin yarılanma süresine göre kontaminasyon alanı karantinaya alınarak radyowash ve kağıt havlu ile temizliği yapılarak kullanıma kapatılır. Radyasyon ölçüm cihazı ile ölçüm yapılarak kayıt altına alınır.
- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre toplanıp, uzaklaştırılır.
- Kısa Yarı Ömürlü Radyoaktif Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı'na uygunlur.





T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

NÜKLEER TIP HİZMETLERİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: NÜK.PR.001

Yayın Tarihi:16.06.2014

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

6.13.Eğitim:

- Hasta ve yakınlarının tedavi süreci ve sonrası bilgilendirilmeleri Hasta ve Yakını Eğitim Formları ile yapılır.
- Birime yeni başlayan çalışana oryantasyon eğitimi verilir.
- Eğitim Hemşiresi tarafından Oryantasyon Eğitimi, klinik sorumlu hemşiresi tarafından da en az 20 saat olacak şekilde planlanmış Birim İçi Hizmet Eğitimleri verilir. Verilen tüm eğitimler Eğitim Hemşiresi tarafından kayıt altına alınır.
- Eğitim Komitesi'nin Yıllık Eğitim Planı tüm çalışanlara SMS yoluyla duyurulmaktadır. Çalışanların bu eğitimlere katılımı zorunludur.

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği
- Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü
- Dozimetre Kullanma ve Takip Talimatı
- Kesici-Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu
- Kurşun Önlük Kontrol Formu
- Kurşun Önlük Kontrol Talimatı
- Cihaz Kullanma ve Bakım Talimatı
- Bölüm Temizlik Planı
- Atık Yönetim Talimatı
- Hastanın Güvenli Transferi Prosedürü
- Bölüm Uyum Rehberi
- Çalışan Sağlık Tarama Planı
- Kişisel Koruyucu Ekipmanların Doğru Kullanımı Prosedürü
- Delici Kesici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu
- Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Bildirim Formu
- Eğitim Komitesi Yıllık Eğitim Planı
- Nöbet Değişikliği İstek Formu

