

REVİZYON BİLGİSİ

Revizyon Tarihi	Rev. No	Açıklama
05.12.2023	01	Doküman genel olarak gözden geçirildi, SKS 4.1 sürüm Kapsamında revize edilmiştir. Döküman yazı karakteri ve yazı tipi boyutu değiştirilmiştir.

HAZIRLAYAN DESTEK HİZMETLER MÜDÜRÜ	KONTROL EDEN KALİTE HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	ONAYLAYAN GENEL MÜDÜR
---------------------------------------	--	--------------------------

1. GÖREV ADI : Pembe Kod Ekibi**2. GÖREV TANIMI :**

2.1.PEMBE KOD EKİBİ; Kurumun yasa, tüzük ve yönetmelikler açısından, kurumun misyon, vizyon ve kalite hedef standartları doğrultusunda, kurumda tedavi için bulunan veya ebeveyninin yanında olan yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak için sorumlu ekiptir.

3. KAPSAM :

3.1.Kurumda tedavi için bulunan veya ebeveyninin yanında olan yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamaktan sorumludur
3.2.Kurumun Tedavi Hizmetleri Müdürü değişmez üyesi ve başkanıdır. Olayın gerçekleşmesi durumunda, kodun tüm koordinasyonu yapar ve hukuki süreç başlatılmak üzere resmi işleyişinin koordinasyonunu yapmakla yükümlüdür.

4. GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLAR:

- 4.1.Kanun, tüzük, yönetmeliklere ve kalite standartlarına uygun Pembe Kod Yönetimine yönelik politika, strateji ve ana hedefleri belirleyerek, tüm çalışanların Pembe kod aktivasyon işleyişinin eğitiminin verilmesini sağlamak,
4.2. Pembe kod Tatbikatını yılda bir kez (Tatbikat senaryosu, Tatbikatların video kayıtları, tatbikat raporu) yapılmasının sağlamak; gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını sağlamak, denetlemek,
4.3.Pembe kod Tatbikat hedefleri belirlenmek, ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmasını sağlamak, , başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmesini sağlamak,
4.4. Pembe kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef süreyi tanımlanmak, gerçekleşen süreleri takip etmek,
4.5.Pembe kod uygulamasında ilgili kod tutanağının tam ve eksiksiz olarak doldurulmasını ve kalite biriminde dosyalandırmasını sağlamak, gerekli istatistiklerin yapılmasını sağlamak, üst yönetime raporlamak,
o Olayın olduğu tarih ve saat
o Olayın olduğu yer
o Olayın başlama nedeni
o Olayın oluş şekli
o Varsa olayda kullanılan cisim
o Olaya karışanların yaşları, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri
o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri
4.6. Pembe kod Ekip üyeleri kalite standartları çerçevesinde, Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütmek ve üst yönetime raporları analiz etmek,
4.7. Pembe kod ekibindeki üyelerin görev tanımı:
o Tıbbi Hizmetleri Müdürü(Ekibin Başkanı):Kodun tüm uygulama işleyişinin nasıl yapılacağını liderliğini yapar. Tüm ekibin uygulamada kod yönetimini yapar. Kodun aktif olması sonrasında çocuğun bulunamaması durumunda, hukuki süreç başlatılmak üzere resmi sürecini koordine eder.
o Hasta Hakları/Hasta Hizmetleri Müdürü: Olay yerindeki hasta yakınlarının sakinleşmelerini sağlamak, psikolojik ve gerekli ise tıbbi yardımın sağlanmasını koordine etmek, Diğer hasta/yakını ve çalışanların güvenliğini sağlar.
o Destek Hizmetler Müdürü: Kodun aktive olması ile birlikte tüm çıkış kapılarının kapatılmasını koordine eder. Arama çalışmalarını başlatır.
o İnsan kaynakları Müdürü. Olayla ilgili bölümde çalışanların bilgilerine başvurur, resmi olarak gerekli olan durumlarda çalışanlardan gerekli tutanakları alır, pembe kod tutanağının tam ve eksiksiz doldurulmasını sağlar.
o Güvenlik Görevlisi; Kod aktivasyonu ile birlikte tüm ana girişlerin giriş ve çıkışlarını durdurur.Aramaların içerde olmasını sağlar.
o Teknik servis Uzmanı; Varsa asansör işleyişini durdurup tek tek kontrollü şekilde çıkış yapılmasını sağlar.
o Genel Müdür/Koordinatör: Olay yerinde olarak diğer hasta/yakını ve çalışanların sakinliğini ve koordinasyonunu yapar.

5. TOPLANTI SIKLIĞI

- 5.1. Pembe Kod Ekibi, **yılda 1 kez** ve **GEREKTİĞİNDE** toplanıp değerlendirme yapar.
5.2. Pembe kod Tatbikatının YILDA BİR KEZ (Tatbikat senaryosu, Tatbikatların video kayıtları, tatbikat raporu) yapılmasını sağlar.

6.KURUL ÜYELERİ

6.1. Pembe kod Ekibi üyeleri; bir (1)Başkan/lider (Tıbbi hizmetler Müdürü), bir (1) Destek hizmetler Müdürü, bir (1) Genel Müdür /Genel Koordinatör, bir (1) Hasta Hakları/ Hizmetleri Müdürü, bir (1) İnsan kaynakları Müdürü, bir (1) Teknik servis uzmanı, bir (1) Güvenlik Görevlisinden oluşur.

NO	GÖREV	ÜNVAN
1	BAŞKAN/LİDER	Tıbbi Hizmetleri Müdürü/ Yardımcısı
2	ÜYE	Genel Müdür/Koordinatör
3	ÜYE	Destek Hizmetler Müdürü/Sorumlusu
4	ÜYE	Hasta Hakları/Hizmetleri Müdürü/Sorumlusu
5	ÜYE	İnsan Kaynakları Müdürü
6	ÜYE	Güvenlik Görevlisi
7	ÜYE	Teknik Hizmet Uzmanı

7.YETKİLER:

- 7.1.Görev yetki ve sınırları dahilinde misyon ve vizyon doğrultusunda sağlık hizmetine katılmak,
- 7.2. Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütür. Ekip ihtiyaç halinde toplanarak yapılan pembe kod çağrılarını ve vaka bildirimlerini görüşür. Gerekğinde kurum yöneticileri ve diğer kurum çalışanları toplantıya davet edilebilir. Toplantı Tutanak Formu ile toplantı kararları kayıt altına alınır. Kararın bir örneği Kalite Yönetim Birimine ve üst yönetime gönderilir.
- 7.3. PEMBE kod ekibi yöneticiliğinden (Başkanı) Tıbbi hizmetleri Müdürü sorumludur.