

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
TIBBİ HİZMETLER MÜDÜRÜ

KONTROL EDEN
KALİTE HİZMETLERİ MÜDÜRÜ

ONAYLAYAN
GENEL MÜDÜR

1. GÖREV ADI : Radyasyon Güvenliği Komitesi**2. GÖREV TANIMI :**

2.1. RADYASYON GÜVENLİĞİ EKİBİ; Kurumun yasa, tüzük ve yönetmelikler açısından, kurumun misyon, vizyon ve (SKS-ADSH)Sağlıkta Kalite Standartları Rehberi doğrultusunda ve Türkiye Atom Enerji Kurumu'nun yayınlamış oldukları radyasyondan korunma ve güvenliği mevzuatının tüm hususlarını yürürlüğe koymak üzere ayrıntısıyla planlayıp uygulanmasını sağlamakla sorumlu ekiptir.

3. KAPSAM :

3.1. Kurumun Tıbbi Hizmetleri Müdürü değişmez üyesi ve başkanıdır.

3.2. Ekip üyeleri kalite işleyişi çerçevesinde, Tesis Güvenliği Komitesi ve Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütür.

3.3. Kurumda Ekip onayı alınmadan radyasyon içeren hiçbir çalışma başlatılmaz.

4. GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLAR:

4.1. Kanun, tüzük, yönetmeliklere ve kalite standartlarına uygun olarak Radyasyon uygulamalarının yapıldığı bölümlerde çalışanların, halkın ve hastaların radyasyon güvenliğini sağlamak ve kişisel veya kolektif dozları ALARM prensibine uygun şekilde en az seviyede tutabilmek için tüm radyasyonla çalışılan bölümlerde günlük çalışma imkânlarını ve şartlarını belirleyerek ve tehlike durumunda yapılacak işlemleri ve alınacak önlemleri de içerecek şekilde ayrıntılı bir "**RADYOLOJİK TEHLİKE DURUM EYLEM PLANINA**" hazırlanmasını sağlamak ve tüm radyasyon görevlilerinin ulaşabileceği şekilde ilgili bölümlere dağıtmak, gerekli görüldüğünde ve her yıl bunu yenilemekle yükümlüdür.

4.2. Ekip üyeleri, kullanılan radyasyon kaynaklarına ilişkin **GÜVENLİK ANALİZLERİNİN** yapılarak gerekli güvenlik analiz raporlarının hazırlanmasını sağlar,

4.3. Her toplantıda yürürlükteki radyasyondan korunma ve güvenliği programları dâhilin de alınan kişisel ve kolektif dozları değerlendirir ve personelin bu değerlendirmeler hakkında bilgi sahibi olmasını sağlar, iyileştirme gerektiren uygulamalara dönük tavsiyeleri belirler.

4.4. Radyasyonla çalışan kişilerin eğitim ve deneyimi ile ilgili olarak yeterlilik değerlendirmeleri yaparak gereken bilgi aktarımını sağlamak üzere eğitim programlarını oluşturur ve gereksinimlere göre yeniler.

4.5. Ekip, üç ayda bir radyasyon korunması görevlisi/görevlilerinin tuttukları kayıtlar ve hazırladıkları raporlara göre; personel radyasyon dozlarını, radyasyon ölçüm taramaları (survey) sonuçlarını kontaminasyon olaylarını, radyoaktif atık kayıtlarını, kalite kontrol kayıtlarını, bakım onarım kayıtlarını, eğitim programlarını inceler ve değerlendirir,

4.6. Ekip, üç ayda bir radyasyon korunması görevlisi/görevlilerinin yardımıyla tüm olağandışı (incident) durumları gözden geçirmeli, sebepleri, gelişimi, alınan önlemleri ve tekrarlanmaması için yapılan düzenlemeleri değerlendirir,

4.7. Ekip, araştırma amacıyla yapılacak her türlü radyasyon içeren uygulamalara dönük önerileri inceleyip, radyasyon güvenliği açısından değerlendirir ve "gerekçelendirme" prensibine uygun olarak karar alır, üst yönetime raporlar.

4.8. Ekip, her yıl radyasyon güvenliği programlarını yeniden gözden geçirir, aksayan yönleri saptar, denetimli ve gözetimli alanları belirler ve yeniler, çalışanlara duyurur,

4.9. Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve toplumun radyasyonun zararlı etkilerinden korunmasına yönelik gerekli tedbirleri alır.

4.10. Çevresel radyasyon ölçümlerini takip eder,

4.11. Radyasyon cihazları ya da kaynaklarının bakım ve kalibrasyonlarını takip eder.

4.12. Radyasyon kaynakları ile ilgili kazaları ve acil durumları takip eder. Tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin üst yönetime raporlar ve izler.

5. TOPLANTI SIKLIĞI

5.1. Radyasyon Güvenliği Ekibi, **yılda 4 kez 3 AYDA BİR** ve **GEREKTİĞİNDE** toplanıp değerlendirme yapar.

6. KURUL ÜYELERİ

6.1. Radyasyon Ekibi üyeleri; bir (1)Başkan/lider (Tıbbi Hizmetler Müdürü), bir (1)Destek Hizmetler Müdürü/yardımcısı, bir (1)Kalite hizmetler Müdürü/sorumlusu, bir (1) Genel Müdür /Genel Koordinatör, bir (1) Radyoloji Hizmetleri Teknisyen/Tekniker uzmanı, bir (1) Teknik Hizmetler uzmanı, oluşur.

NO	GÖREV	ÜNVAN
1	BAŞKAN/LİDER	Tıbbi Hizmetleri Müdürü/Yardımcısı
2	ÜYE	Genel Müdür/Koordinatör
3	ÜYE	Kalite Hizmetler Müdürü/Sorumlusu
4	ÜYE	Teknik Hizmetler uzmanı
5	ÜYE	Destek Hizmetler Müdürü
6	ÜYE	Radyoloji Hizmetleri Teknisyen/Tekniker

7. YETKİLER:

7.1. Görev yetki ve sınırları dahilinde misyon ve vizyon doğrultusunda sağlık hizmetine katılmak,

7.2. Kurumun SKS Adsh kriterlerine uygun olarak çalışmasının denetimini yapmak.