

REVİZYON BİLGİSİ

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

HAZIRLAYAN  
TIBBİ HİZMETLER MÜDÜRÜKONTROL EDEN  
KALİTE HİZMETLERİ MÜDÜRÜONAYLAYAN  
GENEL MÜDÜR

**1. GÖREV ADI : İlaç Yönetimi ve Güvenliği Ekibi****2. GÖREV TANIMI :**

İLAÇ YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ EKİBİ; Kurumun yasa, tüzük ve yönetmelikler açısından, kurumun misyon, vizyon ve Sağlıkta Kalite Standartları Rehberi ve İlaç -Akılcı ilaç-Antibiyotik kullanım Rehberi doğrultusunda ilaç yönetimi, Güvenliği, ilaçların giriş, Kalite kontrol, depolanması, dağıtımı, Advers etkileri için genel bir yöntem belirlemek, korunma ve Güvenliği mevzuatının tüm Hususlarını yürürlüğe koymak üzere ayrıntısıyla planlayıp uygulanmasını sağlamakla sorumlu ekiptir.

**3. KAPSAM :**

3.1. Kurumun Tedavi Hizmetleri Müdürü değişmez üyesi ve başkanıdır.

3.2.İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmaktadır. İlaç hataları ve ramak kala olaylar otomasyon üzerinden istenmeyen olay bildirim kısmından ya da istenmeyen olay bildirim formu doldurularak kalite yönetim birimine bildirim yapılır. Yapılan bildirimler hasta güvenliği komitesinde ele alınarak gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanır ve takibi yapılır.

**4.GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLAR:**

4.1.Kanun, tüzük, yönetmeliklere, SKS-ADSH İlaç dokümanlarına ve ilgili İlaç Rehberlerinin standartlarına uygun olarak İlaç firmaları ve ecza depoları ile uygun koşullarda sözleşme yapılması, sözleşme koşullarına uygun ilaç alımı, ilaçların uygun koşullarda muhafaza edilmesi ve hazırlanması, hastaya ilaç kayıt ve Kliniğe çıkış işlemleri, ilaçların takibi, kontrole tabi ilaçların takip ve kayıtlarının yapılması, ilaçla ilgili bilgilendirmenin yapılması ve kurumun belirlediği standartlar konusunda ilgili kişilerin eğitimleri, ilaç stoklarının takibi, ilaç bütçesinin hazırlanması faaliyetlerinin yürütmekten sorumludur.

4.2. Temel İlaç Listesi, İlaç Yönetimi Ekibi tarafından oluşturulur, yılda en az bir kez olmak koşulu ile ve gerektiğinde değerlendirmeler yapılarak ekleme ya da çıkarma yapılır,

4.3.Temel ilaç listesine eklenecek ilaçlar, İlaç Yönetimi Ekibi tarafından değerlendirilerek alımına ya da alınmamasına karar verilir. Ekibin kararıyla Temel ilaç Listesine yeni eklenen ilaç kararı tüm sağlık çalışanlarına mail yoluyla duyurulur.

4.4.Kurumda kullanılacak tüm ilaçlarla ilgili ayrıntılı Listeler ekip tarafından karar verilir. (Acil ilaçlar, Pediatrik İlaçlar, Görünüşü Benzer İlaçlar, Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar, Psikotrop İlaçlar, Narkotik İlaçlar, Işıktan Korunması Gereken İlaçlar, Yüksek Riskli İlaçlar, Hazırlanması Özel Teknik/Tecrübe/Uzmanlık Gerektiren İlaçlar, Konsantrasyon Elektrolitler, Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar, Sitotoksik İlaçlar Listesi ) Listeler belirlenir ve mail yolu ile çalışanlara bilgi verilir. Kalite birimi tarafından dokümanlar yayınlanır.

4.5. İlaç uygulamaları sırasında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etki görüldüğünde ortaya çıkan ADVERS Etkiler her 3 ayda bir ekip üyeleri tarafından değerlendirir, üst yönetime raporlar,

4.6. İLAÇ HATALARI ve RAMAK KALA OLAYLAR otomasyon üzerinden Olay bildirim (Güvenlik) Sistemi formu ile takip edilir. Kalite yönetim birimi bildirimleri İlaç Güvenliği Ekibine iletir. Ekip tarafından bildirimler neden-sonuç ilişkisi açısından değerlendirilir ve iyileştirici faaliyetler gerçekleştirilir.

4.7.İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanması ve tüm aşamalarda kayıtların tutulmasının denetlenmesinden ekip sorumludur.

4.8.İlaç Uygulamaları ile ilgili sağlık personeline hizmet içi eğitimlerin organize edilmesini sağlar,

4.9.İlaç yönetimine uygun olarak sahada Miadı yakın ve yüksek riskli ilaçların etiketlenme işleyişinin kontrol ve denetimini yapmakla yükümlüdür,

4.10. Kliniğin antibiyotik kullanım alışkanlıklarını, reçeteleme trendlerini ve antibiyotik duyarlılık verilerini gözden geçirmelidir.

**TOPLANTI SIKLIĞI**

5.1. İlaç Yönetimi ve Güvenliği Ekibi, 6 ayda bir yılda 2 kez ve GEREKTİĞİNDE toplanıp değerlendirme yapar.

**6.KURUL ÜYELERİ**

6.1. İlaç Yönetimi ve Güvenliği Ekibi, bir (1)Başkan/lider (Tıbbi Hizmetler Müdürü ), bir (1)Destek Hizmetler Müdürü, bir (1 )Kalite hizmetler Müdürü, bir (1) Genel Müdür /Genel Koordinatör, bir (1) Hasta Hizmetleri Müdürü, bir(1) İlaç yönetimi sorumlu klinik Asistanı, bir(1) İlaç yönetimi sorumlu hekimi oluşur.

| NO | GÖREV        | ÜNVAN                                |
|----|--------------|--------------------------------------|
| 1  | BAŞKAN/LİDER | Tıbbi Hizmetleri Müdürü/Yardımcısı   |
| 2  | ÜYE          | Genel Müdür/Koordinatör              |
| 3  | ÜYE          | Kalite Hizmetler Müdürü/Sorumlusu    |
| 4  | ÜYE          | Hasta Hizmetleri Müdürü              |
| 5  | ÜYE          | Destek Hizmetler Müdürü              |
| 6  | ÜYE          | İlaç Yönetimi Sorumlu klinik asistan |
| 7  | ÜYE          | İlaç Yönetimi Sorumlu HEKİMİ         |

**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.