
 <b>MANİSA CELALBAYAR ÜNİVERSİTESİ</b> HAFSA SULTAN HASTANESİ	<b>ARŞİV REHBERİ</b>			 <b>KALİTE YÖNETİM BİRİMİ</b>
<b>TA.RH.01</b>	<b>07.04.2017</b>	R00	Revizyon tarihi	1/8

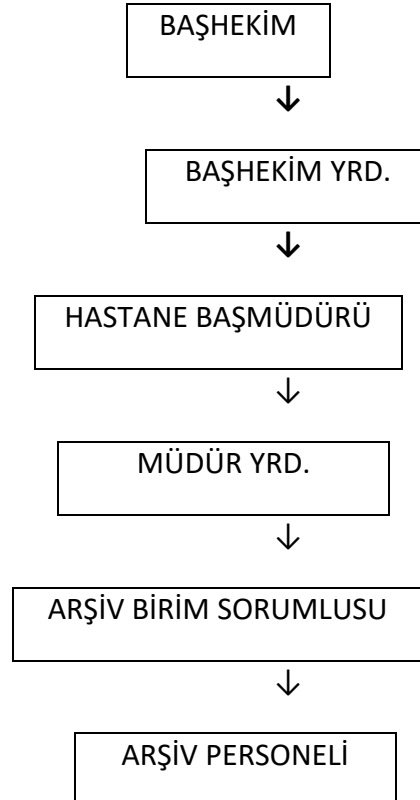
**AMAÇ:** Hasta dosyalarının arşiv bölümünün etkili çalışmasını sağlayarak arşivle ilgili faaliyetlerin yürütülmesi, elinde bulundurduğu arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, hasta dosyalarını tasnif etmek, dosyaların ne şekilde arşive teslim edileceği ve içerisinde bulunması gereken evrakları yazılı olarak belirtmek, saklama, imha usulü ve esasları belirlemek. Dosya kabul işlemlerinde, arşiv dosya numarası planını uygulamak ve hastaya ait tüm kayıtları, sabit dosya numarasıyla tek bir dosyada birleştirmek. Yangın, su baskını ve benzeri olaylarda alınacak önlemleri belirlemek, yatarak tedavi gören her hasta için sabit dosya numarası kullanmak. (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi <Madde 12> )

**KAPSAM:** Hastanemizdeki dosyaları ve kayıtları kapsar.

**SORUMLULAR:** Tüm bu işleymden sorumlu kişiler; Hastane Başhekimliği, Hastane Başmüdürlüğü, Hasta Hizmetleri Koordinatörlükleri, Klinik Sorumlusu, Klinik Sorumlu Hemşiresi, Klinik Sekreteri, Arşiv Sorumlusu ve arşivde çalışan personellerdir.

**GÖREV ÖZETİ:** Hasta dosyalarının belirli düzen içerisinde arşivlenmesi, kişisel ve kurumsal mahremiyetin sağlanması ve istenildiğinde ilgililere zimmetle verilmesinden sorumludur.

#### Organizasyon Şeması



## **HASTA DOSYASININ KABULÜ VE İŞ AKIŞI**

→Dosya arşive gelir.

→Mevcut otomasyon sistemini (**HBYS**) tüm arşiv çalışanları kendi kullanıcı adlarıyla açar.

→Herkes kontrollerini yaptığı dosyaları kabul edip HBYS üzerinden numara vererek dosyalara sıra numaralarını verir.

→Hasta dosyalarının üzerine sıra numaralarının bulunduğu barkodu yapıştırdıktan sonra her çalışan kendi adıyla kaydını tamamladığı dosyayı raflara kaldırıp yerleştirir, mükerrer dosyaları birleştirir ve yapılan bu işlemlerin bütün sorumluluğundan da yapan kişi kendisi sorumlu tutulur.

## **ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**

\*Yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri sabit bir protokol numarası ile mevcut sistem (HBYS) üzerinden takip edilmektedir.

\*Hasta standart dosya planı, dosya kontrol formunda belirlenmiş olup içeriği arşiv çalışanları tarafından kontrol edilmektedir ve bunların hasta mahremiyeti/gizliliği esas alınarak arşivlenip saklanmaktadır.

\*Hasta dosyalarında hangi dokümanların bulunacağı hastane müdürlüğü tarafından ilgili güncel mevzuat, kalite yönetim sistemi şartları ve uygulamalar dikkate alınarak belirlenen Hasta Dosyası Kontrol Formuna kaydedilir.

\*Hasta dosyası kontrol formu klinik sorumlu hemşiresi, klinik sekreteri ve arşiv personellerinin kontrolüne tabiidir.

\*Klinik sekreteri tarafından hasta dosyasında bulunan tüm evraklar işaretlenerek kontrol edilir. Eksiklikler tamamlanır, son kontrolleri sorumlu hemşire tarafından yapıldıktan sonra sorumlu hemşire ve klinik sekreteri tarafından imzalanıp form hasta dosyası içine konularak serviste görevlendirilen personel tarafından arşive teslim edilir.

\*Evrak kontrolleri sırasında dosya içerisinde bulunan evraklar, hastaya uygulanan işlemler dikkate alınmalıdır.

\*Arşiv personelleri tarafından aynı form ile dosya kontrol edilir. Eksiklik tespit edilirse ilgili kat sekreteri veya sorumlu hemşiresi ile görüşülür ve eksiklikler giderilir. Son kontrol işlemi mevcut otomasyon sistemi (HBYS) üzerine işlendikten sonra form imzalanarak hasta dosyasına konulur.

\*Hastane Müdürlüğü ve Kalite Yönetim Birimi hasta dosyaları ile ilgili tüm birimlere bu formu ileterek hasta dosyalarındaki kayıtların düzenli ve güvenilir bir şekilde tutulmasından ve arşivlenmesinden sorumludur.

\*Hastane Müdürlüğünün arşivden sorumlu müdür yardımcısı ve kalite yönetim direktörü aylık periyotlarda arşivden rastgele seçilen bir dosyayı söz konusu form ile kontrol eder ve uygunsuzluk gördüğünde gerekli düzeltici işlemleri (ilgililerin eğitimi, dosya içeriğinin güncellenmesi vb.) yapmakla sorumludur. Yapılan kontroller tutanak şeklinde kayıt altına alınarak arşiv sorumlusu tarafından saklanır. Üst yönetime konuyla ilgili gerekli bilgilendirme yapılır.

\*Hasta dosyalarına mevcut otomasyon sistemi üzerinden (HBYS) sabit bir arşiv numarası verilerek bilgisayar ortamında kayıt altına alınır. (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi <Madde 12> )

\*Hasta dosyalarını asli düzenleri içerisinde tasnif etmek, numaratik sıraya göre raflara yerleştirilir.

\*Diğer evrakların (Poliklinik, ameliyat ve hasta yatış defterleri vb.) işlemleri bittikten sonra birim sorumluları tarafından iki nüsha halinde düzenlenmiş ve imzalanmış tutanak ile arşive teslim edilir.

\*Gerektiğinde görülmek veya incelenmek üzere hastaneden dışarıya çıkartılmamak kaydıyla arşivden dosya alınabilmektedir. Yetkili kişiler tarafından talep edilen dosyalar arşiv dosya talep fişi ile talepte bulunan kişinin istem fişinde yer alan bilgileri eksiksiz olarak doldurulmuş ve imza/kaşesinin bulunması şartıyla arşiv görevlileri tarafından istenen dosya karşılıklı imza ile arşivden zimmet karşılığı teslim edilir.

\* Kurum dışı gelen resmi yazılarda hastaya ait bilgi ve tedavi evraklarının talep edilmesi durumunda, hastanın tedavi evraklarının birer nüshalarının fotokopileri çekilip aslı gibidir yapılarak eğer varsa hastaya ait radyoloji tetkiklerinin asılları incelenmesi bittikten sonra geri iade edilme şartıyla arşivden resmi yazı ile ilgili kuruma gönderilir.

\*Tez amaçlı, hastalık araştırması vb. işlemler için hastane arşivinden geçmişe yönelik inceleme yapılması durumunda inceleme yapacak kişinin **etik kurul kararı** ile arşivde araştırma yapmasına ve dosyaların incelenmek üzere arşiv dışına çıkartılmasına olanak sağlanmaktadır. Arşiv dışına çıkartılan dosyaların **en geç 10 gün** içinde arşiv birimine iadesi sağlanmaktadır.

\*Kişi veya kurumlar hasta dosyasının fotokopilerini istediğinde 10 sayfayı geçtiği durumlarda belirlenen ücretlere tabii tutulur.

### **ARŞİV YETKİ VE SORUMLULUKLARI**

\*Arşiv çalışanları **en az lise mezunu** olmalı.

\*Arşiv yerleşim planı mevcut olup plana göre arşiv birimi; Tıbbi Sekreter, Arşiv Memuru, Sözleşmeli Memur, Hizmetli çalışanlarından oluşur ve bu çalışanlardan arşivdeki her türlü iş ve işleyişten sorumludurlar.

\*Adli vaka ve hastanede tutulan tüm kayıt türü defter, klasör gibi işlemlerin bulunduğu arşivlenmiş olan bölümden tıbbi sekreter, arşiv memuru ve arşiv çalışanları sorumludur.

\*Arşive teslim edilen dosyaların teslim alınmasında, kontrolünde bilgisayara bilgilerin girilmesinden arşiv memuru ve sözleşmeli memur sorumludur.

\*Dosya ve diğer kayıtların talepte bulunan yetkililere verilmesinden arşiv memuru ve sözleşmeli memur sorumludur.

\*İşlemler sonucunda çift yatışlı hastaların önceki dosyalarıyla birleştirilmesinden arşiv memuru, sözleşmeli memur, ihtiyaç duyulması halinde hizmetli sorumludur.

\*Arşiv ısı ve nem takibinden arşiv memuru sorumludur.

\*İlgili birimlerle yazışmalardan memur sorumludur.

\*Arşiv biriminin yönetiminden idari işleri yürütmekten arşiv memuru sorumludur.

\*Temizlik işleri hastanemizde mevcut temizlik personelleri tarafından yapılmaktadır.

\*Arşiv temizlik düzeninde ve taşıma işlemlerinde şirket personelleri, bunları yaptırmaktan da arşiv memuru sorumludur.

\*arşiv temizliği **her gün** yapılır.

\*Yangın, su baskını, hırsızlık gibi önlemlerin alınmasında arşiv çalışanlarının tamamı sorumludur.

## **ARŞİV BİRİMİNİN**

### **GÖREV TANIMI:**

\*İşi biten hasta dosyalarını, arşiv tekniği bakımından kontrol ile noksanlarını tamamlattırıp düzenli bir şekilde yerleştirmek.

\*Poliklinik ve kliniklerden hastalara ait geçmiş bilgiler istenildiğinde arşiv kartı ile bu dosyaları çıkartmak ve ilgiliye vermek, dosyanın geri dönüşünü takip etmek.

\*Hekimlerin inceleme, araştırma, makale, test, istatistik ve rapor hazırlamak gibi ilmi çalışmalarında ve günlük arşiv araştırmalarında kendilerine yardımcı olmak.

\*Her türlü kaydı eski yıllara ait defterleri, dosyaları usulüne uygun tutmak, kaydetmek ve bilgisayara işlemek.

\*Arşiv yönetmeliğine uygun olarak tedbir almak.

\*Arşivi devamlı olarak gözetimi altında bulundurmak.

\*İlgisi olmayanlara dosya vermemek.

\*Arşivin genel düzenini ve temizliğini sağlamak.

### **ARŞİV DOSYALARINDA BİLGİ MAHREMİYETİ ve GÜVENLİĞİ**

- ❖ Arşiv çalışanları ve tüm hastane çalışanlarının tıbbi kayıtlara erişimleri mevcut otomasyon sisteminde hastane idaresinin belirlemiş olduğu yetkiler ile sınırlandırılmıştır.
- ❖ Hastane arşivinden yetkili kişiler tarafından talep edilen **hasta dosyaları arşiv dosya talep formunu** eksiksiz doldurarak imza ve kaşesiyle birlikte arşiv birimine gönderir, bu şartlar altında arşiv dosyası talep eden kişiye imza karşılığında zimmetle hastane dışına çıkartılmaması kaydıyla verilir ve siteme işlenir.
- ❖ Çalışmalar esnasında gizlilik esasları gözetilir. Her ne sebeple olursa olsun hasta dosyalarının asılları dışarı çıkartılamaz. Ancak zorunlu durumlarda idarenin bilgisi doğrultusunda da dosyaların fotokopileri alınarak aslı gibidir onayından sonra resmi yazı ile ilgili yerlere gönderilir. Başka amaçlar için kullanılamaz.

- ❖ Soruşturmaya teşkil edecek dosyalar resmi müracaatları (dilekçe kanununda 30 gün, bilgi edinme kanununda 15 gün içinde) sonrasında tayin edilen bilirkişilerce yerinde incelenebilir, fotokopileri çekilip aslı gibidir onayından sonra ilgili birimlere yazı işleri birimi tarafından gönderilir.
- ❖ Dosya içindeki bir evrakın veya röntgen filminin hasta veya hasta yakınlarını tarafından talep edilmesi durumunda evrak kayıttan getirilen talep yazısı ile hastanın yattığı kliniğe gönderilir. Klinikler tarafından dosya talep formu düzenlenerek dosya arşiv biriminden istenir. Arşiv birimi yetkiliye imza karşılığı teslim eder. Yetkililer talepte bulunan hastaya veya hasta yakınına dosyayı verebilir.(Adli dosyalar bu işlem dışında tutulur.)
- ❖ **Hasta dosyasında bulunan epikriz raporu (çıkış özeti) iki (2) nüsha halinde düzenlenip bir nüshası bilgi mahiyetinde taburcu işleminden sonra hasta veya hasta yakınına verilir. Diğer nüshası da dosyasına kaldırılır.**
- ❖ Hasta veya hasta yakınının epikriz dışında tedavi evraklarını bizzat arşiv biriminden talep etmesi durumunda kişiler bir dilekçe ile tedavi görmüş oldukları bölümün yetkilisine yönlendirilir. Ayrıca **Manisa Celal Bayar Üniversitesinin** sitesinde bulunan **Bilgi Edinme Biriminden online başvuru formunu** doldurması için yönlendirilir. Bütün bu prosedürler izlendikten sonra sistem üzerinden arşive ilgili birimlerden onay yazısı gelmesi üzerine hasta veya hasta yakınına talep ettiği bilgi ve belgeler verilir. (10 sayfayı geçtiği durumlarda belirlen ücret tarifesi uygulanmaktadır.)

#### **ARŞİVDE KAYITLI BULUNAN DOKÜMANLARIN KORUNMASINA YÖNELİK TEDBİRLER**

- Arşiv birimi Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğüne teslim etmedikleri arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak mevcut asli düzenleri içerisinde tasnif edip saklanmasından,
- Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan, haşeratin tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,
- Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasından,
- Su baskınlarına karşı lagarların teknik birim tarafından kontrolünü yaptırıp, su taşkınlarına karşı önlem alınmasından,
- Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,
- Fazla rutubeti önlemek için rutubet emici cihaz veya kimyevi maddelerin kullanılmasından,
- Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden,
- Işık ve havalandırma tertibatının elverişli şekilde düzenlenmesinden,
- Isının mümkün olduğu kadar sabit (kağıt malzeme 12-15 derece arasında) tutulmasından yükümlü ve sorumludur.

## **ARŞİVDE SAKLANAN EVRAK ve KAYITLAR**

- Gelen evrak
- Giden evrak
- Sağlık kurulu raporları (Geriye dönük 5 yıl ilgili birimde, sonrası arşivde)
- Hasta dosyaları
- Protokol defterleri
- Poliklinik defterleri
- Laboratuvar ve röntgen defterleri
- Başhekimlik ve başmüdürlük yazışmaları
- Göz, KBB poliklinik kartları

## **ARŞİVDE KAYDI TUTULMAYAN EVRAKLAR**

- Anestezi yoğun bakım hasta dosyaları
- FTR kartları
- Onkoloji kartları
- Acil servis kartları
- Çocuk acil servis kartları
- Çocuk alerji Poliklinik dosyaları
- Kök hücre
- Diyaliz
- Radyasyon onkolojisi
- Patoloji birimlerindeki evraklar ilgili birimler tarafından muhafaza edilmektedir.

## **BİLGİSAYAR ORTAMINDA (HBYS ÜZERİNDE) KAYITLI BELGELER**

- ✓ Hastaya ait radyoloji tetkikleri (MR, ultrason, tahlil sonuçları, grafikler ) elektronik ortamda (HBYS) tutulmaktadır.
- ✓ Hastaya ait tanıtım bilgileri
- ✓ Hasta servis bilgileri
- ✓ Arşiv dosyaları teslim alınışı ile numaratik kayıtları
- ✓ Laboratuvar tetkik sonuçları
- ✓ Görüntüleme hizmetleri (Röntgen, Tomo-MR vb.) istek formu
- ✓ Epikriz

## **DOSYA ve BİLGİSAYAR ORTAMINDA KAYITLI BELGELER**

- ✓ Epikriz
  - ✓ Laboratuvar tetkik sonuçları
  - ✓ Ameliyat kâğıdı
  - ✓ Hasta tabelası
- ❖ Hastanın yatışından taburcu olana kadar düzenlenen tıbbi dokümanlar (hemşire gözlem formu, doktor order formu, epikriz (bkz. "Hasta dosyası kontrol formu")) hasta dosyası içerisinde olup kağıt ortamında muhafaza edilmektedir.

## **AYIKLAMA ve İMHA KOMİSYONLARININ ÇALIŞMA USÛL ve ESASLARI**

- Muhafazasına lüzum kalmayan malzeme ile arşiv malzemesi ve arşivlik vasfını taşıyan malzemeyi birbirinden ayırmak,
- Arşivde gereksiz evrak ve malzemenin saklanması önlemek,
- Depolardaki yer darlığına ve karışıklığa son vermek,
- İş kaybına mani olmak, istenen evrak ve malzemeye kolay ulaşmayı sağlamak,
- Arşiv araç-gereç ve mekanları için yapılacak masrafları azaltmak,
- Arşivlik malzemenin daha iyi şartlarda muhafazasını temin etmek,
- Kurumda saklanacak arşivlik malzemeyi tespit etmek.

**Evrak Ayıklama ve İmha Komisyonunun Teşkili:** Evrakların ayıklanmasından ve imhasından sorumlu üyeler, başhekimin görevlendirdiği kişilerden oluşturulmuş olup görevlerini yerine getirmektedirler.

### **Komisyon Üyeleri:**

- Başkan (Başhekim Yardımcısı)
- Üye (Hastane İdari Müdürü)
- Üye (Müdür Yardımcısı)
- Üye ( Kalite yönetim direktörü)
- Üye (Arşiv Sorumlusu)

### **Ayıklama ve İmha Komisyonu Çalışmaları**

- ✓ Ayıklama ve imha komisyonları, her yılın **MART** ayı başında toplanarak çalışmalarına başlar. Komisyon üye tam sayısı ile toplanır ve kararını oy çokluğu ile alır. Oyların eşit çıkması halinde söz konusu malzemenin muhafazasına karar verilmiş sayılır.
- ✓ Çalışmalar sonunda dosya planı esas alınmak üzere **iki nüsha imha listesi** hazırlanır. İmha listeleri, ayıklama ve imha komisyonlarının başkan ve üyeleri tarafından imzalanır.
- ✓ Hastanemiz Evrak Ayıklama ve İmha Komisyonu tarafından hazırlanan imha listeleri kurum amiri onayından sonra imha edilir.
- ✓ Onayı müteakip özel makinelerle kıyılıp kâğıt maddesi olarak kullanılmak üzere değerlendirilir. Daha sonra imha işlemleri için **iki nüsha tutanak** hazırlanır. Bu tutanak komisyon başkan ve üyeleri tarafından imzalanır. Listeler **10 yıl süreyle** saklanır.

**BELGELERİN SAKLAMA SÜRELERİ**

<b>MALZEMENİN ADI VE KONUSU</b>	<b>SAKLAMA SÜRESİ</b>	<b>MALZEMENİN ADI VE KONUSU</b>	<b>SAKLAMA SÜRESİ</b>
<b>Hasta yatış dosyaları</b>	<b>Süresiz</b>	Yemekhane, lokal, çay ocağı ile ilgili yazışmalar, yemek listeleri	2 yıl
<b>Ameliyat defterleri</b>	<b>Süresiz</b>	Giyecek yardımıyla ilgili yazışmalar, giyecek yardımından yararlanacak personel listeleri	5 yıl
<b>Anestezi defterleri</b>	<b>Süresiz</b>	Araç tahsisleriyle ilgili yazışmalar, taşıt listeleri, benzin çeki alınması, taşıt harcamaları	2 yıl
Hasta yatış defterleri	20 yıl	Nöbet çizelgeleri	10 yıl
Poliklinik kayıt defteri	20 yıl	Acil defteri	2 yıl
Laboratuvar defterleri	10 yıl	Ayaktan izleme pol. defteri	10 yıl
EEG-EMG kayıt defterleri	10 yıl	Heyet defteri	10 yıl
Endoskopi kayıt defterleri	20 yıl	Morg defteri	20 yıl
Kolonoskopi defterleri	20 yıl	Kırmızı- yeşil reçete ilaç defteri	20 yıl
<b>Doğum kayıtları dosyası</b>	<b>Süresiz</b>	Anestezi takip formu	15 yıl
Sağlık Kurulu defterleri	20 yıl	Küçük müdahale onam formu	10 yıl
Klinik Tedavi defterleri	20 yıl	Endoskopi rapor sonuçları	10 yıl
Yoğun Bakım defterleri	10 yıl	İç tetkik faaliyetleri	5 yıl
Küçük Cer. Müd. Defterleri	10 yıl	Sağlık kurulu raporları	10 yıl
Aşı Kayıt defterleri	2 yıl	Malzeme istek fişleri	15 yıl
Ayıklama ve İmha tutanakları	10 yıl	Günlük personel yoklama fişleri	5 yıl
Kurum içi ve dışı yazışma dosyası	5 yıl	Taşını İşlem Fişleri	2 yıl
<b>Arşiv mevzuatı dokümanı</b>	<b>Süresiz</b>	Zimmet Fişleri	10 yıl
<b>Dosya Planı Yönetmeliği</b>	<b>Süresiz</b>	Satın alma	25 yıl
Genelgeler (iç-dış)	2 yıl	Personel bilgileri	15 yıl
Muhtelif yazışmalar	5 yıl	Günlük personel yoklama fişleri	2 yıl

<b>Hazırlayan</b>	<b>Kontrol eden</b>	<b>Onaylayan</b>
<b>Arşiv Birimi</b> Figen Karagülen Ezgi Habibe Silsüpür	<b>Kalite yönetim direktörü</b> Sadık Kaplan	<b>Başhekim</b> Prof. Dr. Emin Kurt