

T.C.
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI



MEGEP

(MESLEKİ EĞİTİM VE ÖĞRETİM SİSTEMİNİN
GÜÇLENDİRİLMESİ PROJESİ)

BÜRO YÖNETİMİ ALANI

HASTA HİZMETLERİ

ANKARA 2008

Milli Eğitim Bakanlığı tarafından geliştirilen modüller;

- Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığının 02.06.2006 tarih ve 269 sayılı Kararı ile onaylanan, Mesleki ve Teknik Eğitim Okul ve Kurumlarında kademeli olarak yaygınlaştırılan 42 alan ve 192 dala ait çerçeve öğretim programlarında amaçlanan mesleki yeterlikleri kazandırmaya yönelik geliştirilmiş öğretim materyalleridir (Ders Notlarıdır).
- Modüller, bireylere mesleki yeterlik kazandırmak ve bireysel öğrenmeye rehberlik etmek amacıyla öğrenme materyali olarak hazırlanmış, denenmek ve geliştirilmek üzere Mesleki ve Teknik Eğitim Okul ve Kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır.
- Modüller teknolojik gelişmelere paralel olarak, amaçlanan yeterliği kazandırmak koşulu ile eğitim öğretim sırasında geliştirilebilir ve yapılması önerilen değişiklikler Bakanlıkta ilgili birime bildirilir.
- Örgün ve yaygın eğitim kurumları, işletmeler ve kendi kendine mesleki yeterlik kazanmak isteyen bireyler modüllere internet üzerinden ulaşılabilirler.
- Basılmış modüller, eğitim kurumlarında öğrencilere ücretsiz olarak dağıtılır.
- Modüller hiçbir şekilde ticari amaçla kullanılamaz ve ücret karşılığında satılamaz.

İÇİNDEKİLER

AÇIKLAMALAR	ii
GİRİŞ	1
ÖĞRENME FAALİYETİ- 1	3
1. BİLGİSAYARDA HASTA RANDEVU PROGRAMLARI	3
UYGULAMA FAALİYETİ	5
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	6
ÖĞRENME FAALİYETİ- 2	7
2. BİLGİSAYARDA HASTA KAYIT PROGRAMI	7
UYGULAMA FAALİYETİ	10
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	11
ÖĞRENME FAALİYETİ- 3	12
3. TIPTA DOSYALAMA	12
3.1. Belge Yönetiminin Kapsamı	12
3.1.1. Belge Üretimi	13
3.1.2. Dolaşım ve Kullanılması	13
3.1.3. Düzenlenmesi ve Korunması	13
3.1.4. Belge Çeşitleri	14
3.2. Bilgi Kaynaklarının Sınıflandırma Sistemleri	15
3.2.1. Dewey Onlu Sınıflandırma Sistemi	15
3.2.2. Library Of Congress Sınıflandırma Sistemi	16
3.2.3. Evrensel Onlu Sınıflandırma Sistemi	16
3.3. Tıbbi Dökümantasyon Tanım, Önemi ve Temel Özellikleri	17
3.4. Hasta Dosyaları	17
3.4.1. Hasta Dosyalarının Önemi	17
3.4.1.1. Hasta Yönünden Önemi	18
3.4.1.2. Sağlık Kuruluşları Yönünden Önemi	18
3.4.1.3. Araştırma ve Eğitim Yönünden Önemi	19
3.4.1.4. Adli Tıp Yönünden Önemi	19
3.4.2. Hasta Dosyalarının Düzenlenmesi ve Kapsamı	20
3.4.2.1. Niteliksel Analiz	20
3.4.2.2. Niceliksel Analiz	21
3.4.3. Hasta Dosyalarını Oluşturan Formlar	21
3.4.4. Hasta Dosyalarının Numaralandırılması ve Sıralanması	37
3.5. Hasta Dosyaları Arşivlerinde Kullanılan İndeksler	37
3.5.1. Hasta İsimleri İndeksi	37
3.5.2. Hastalık ve Ameliyat İndeksleri	39
UYGULAMA FAALİYETİ	43
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	44
MODÜL DEĞERLENDİRME	45
CEVAP ANAHTARLARI	46
KAYNAKÇA	47

AÇIKLAMALAR

KOD	722TH0001
ALAN	Büro yönetimi ve sekreterlik
DAL/MESLEK	Tıp Sekreterliği
MODÜLÜN ADI	Hasta Hizmetleri
MODÜLÜN TANIMI	Hasta hizmetlerini yürütmek için gerekli olan bilgi ve becerileri kazandırmaya yönelik eğitim ve öğrenme materyalidir.
SÜRE	40/32
ÖN KOŞUL	
YETERLİK	Hasta hizmetlerini yürütmek.
MODÜLÜN AMACI	Genel Amaç Tıbbi dokümantasyon bilgisini ve gerekli bilgisayar yazılımlarını kullanarak hasta hizmetlerini yerine getirebileceksiniz. Amaçlar 1. Bilgisayarı kullanarak hastaların randevu tarih ve saatlerini düzenli olarak izleyebileceksiniz. 2. Bilgisayar yazılımını ve tıp terminolojisi bilgisini kullanarak hastanın kaydını yapabileceksiniz 3. Tıp dokümantasyon bilgisini kullanarak hasta kayıtlarını ve dosyalama işlemlerini doğru olarak yapabileceksiniz.
EĞİTİM ÖĞRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI	Bilgisayar, takvim, ajanda sınıf, bilgisayar laboratuvarı, hastane, klinik, laboatuvar
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	Modülün içinde yer alan her faaliyetten sonra verilen ölçme araçları ile kendinizi değerlendireceksiniz. Modül sonunda ise, kazandığımız bilgi ve becerileri belirlemek amacıyla öğretmeniniz tarafından hazırlanacak bir ölçme aracıyla değerlendirileceksiniz.

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Sağlık hizmetlerinin verildiği kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sekreterlik görevini yerine getiren kişiler tıp sekreteridir.

Sağlık hizmeti veren kişilerin tıbbi dokümantasyon, arşivleme, bilgi işlem tıbbi terminoloji, istatistik, bilgi erişim ve literatür tarama, halkla ilişkiler konularında eğitim almış olmalıdır.

Alınan eğitim sonucunda tıp sekreteri çalışmaya başladıktan kısa bir süre sonra hasta kâğıtlarını, tıbbi raporları ve tıbbi mesleki mektupları hekimlerin söyledikleri şekilde ve yöntemine uygun olarak bilgisayarda yazabilir.

Önemi ve etkinliği giderek artan bir meslek olduğundan iş bulma olanağı artmaktadır. Bu alanda eğitim almış kişiler hastanelerde, özel sağlık kuruluşlarında, tıbbi laboratuvarlarda çalışma olanağına sahiptirler. Çalışma saatleri genellikle düzenlidir. İş yoğunluğuna göre bazen hafta sonları ve akşamları çalışılabilir.

Hizmet verilen sağlık kuruluşunda kullanılan bilgisayar programlarını çok kısa sürede öğrenerek hasta radevularını, kayıtlarını ve dosyalama işlemlerini yapabileceksiniz.

Bu modülle hasta-hasta yakınları ve sağlık personeli ile iyi ilişkiler kurabilmeyi, veri girişi ve analizi yapabilmeyi, tüm bilgisayar paket programlarını kullanabilmeyi, dosyalamayı öğreneceksiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ- 1

AMAÇ

Bilgisayarı kullanarak hastaların randevu tarih ve saatlerini düzenli olarak izleyebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

Herhangi bir hastaneye giderek hasta randevularının nasıl alındığı konusunda bilgi edinip bu bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşmalısınız.

1. BİLGİSAYARDA HASTA RANDEVU PROGRAMLARI

Hasta randevuları sağlık kuruluşlarından telefon ya da kişisel başvuru ile alınabilmektedir.



Resim 1.1: Telefonla randevu

Sağlık kuruluşlarına gelen tüm ayaktan teşhis, tetkik ve tedavi hastalarının doğru yönlendirilerek, işlemlerin çabuk ve eksiksiz yerine getirilmesi sağlanır.

Sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların uygun şekilde randevulandırılmaları, muayeneleri, tetkik ve tedavi işlemleri ile faturalandırılmalarının düzgün ve hatasız bir şekilde yerine getirilmesi gerekir.

Sağlık kuruluşlarına her hangi bir nedenle başvuran hastalarının randevularını düzenlemek, kabul etmek, onları yönlendirmek, bilgilendirmek ve doktorlar ile iletişimlerini sağlamak, tıbbi işlemleri biten hastaların menmün bir biçimde ayrılmasını sağlamak hasta hizmetlerinin ne kadar önemli olduğunun göstergesidir.

Bu süre içerisinde hastanın hastaneden ayrılışına kadar daima güler yüzlü, nazik ve ilgili davranmak, doktor, hemşire ve diğer çalışma arkadaşları ile işbirliği içerisinde olması gerekir.

Hasta hizmetlerini yerine getiren kişi (tıp sekreteri) kendi başına ve belirli bir süre içerisinde, hasta randevu, kayıt ve dosyalama işlemlerini yapma bilgi ve becerisine sahip nitelikli elemandır.

Sağlık kuruluşuna gelerek randevu almak isteyen hastalara, şikâyet ve rahatsızlıklarına uygun bölümlerden randevu vermek ve bunları anında bilgisayar sistemine girmek tıp sekreterinin görevidir.



Resim 1.2 Kişisel başvuru ile randevu alma

UYGULAMA FAALİYETİ

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Hastanın randevusunu kontrol ediniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hastanın randevularını kimlik bilgileri ile kontrol ediniz.➤ Hasta randevularını gün saat ve bölüm olarak takip ediniz.➤ Günlük randevu listelerini printerden yazdırınız ve ilgili muayene odalarına iletiniz.
➤ Randevusu olmayan hastaya randevu vermek	➤ Gün içerisinde randevusuz gelen hastalara bilgisayar randevu programını kullanarak randevu veriniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

ÖLÇME SORULARI

Aşağıdaki sorulara cevap vererek kendinizi değerlendiriniz.

Doğru bulduğunuz sorunun başına (D) yanlış bulduğunuz sorunun başına(Y) yazınız.

1. () Hastalara telefonla ve kişisel başvuru ile randevu verilir.
2. () Hasta hizmetlerini yerine getirirken güler yüzlü olunur.
3. () Hasta randevusu alınırken gün saat belirtilmez.
4. () Bilgisayar programı kullanarak randevu vermek işlemleri kolaylaştırır.
5. () Hasta hizmetlerini yerine getiren kişilerin çalışma arkadaşları ile iyi ilişkiler içersinde olması gerekmez.

DEĞERLENDİRME

Sonuçlarınızı cevap anahtarı ile karşılaştırınız. Doğru sayınız 4 ise bir sonraki çalışma faaliyetine geçebilirsiniz, 3 ise çalışmalarınızı öğretmeninizle tekrar değerlendiriniz.

Doğru sayınız 2 veya daha az ise bu öğrenme faaliyetini tekrar gözden geçirmelisiniz. Kendinizi değerlendirmede modülün sonundaki cevap anahtarını kullanınız.

ÖĞRENME FAALİYETİ- 2

AMAÇ

Bilgisayar yazılımını ve tıp terminolojisi bilgisini kullanarak hastanın kaydını yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

Herhangi bir hastaneye giderek hasta kayıtlarının nasıl yapıldığı konusunda bilgi edinip bu bilgileri sınıfta diğer arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. BİLGİSAYARDA HASTA KAYIT PROGRAMI



Şekil 2.1: Bilgisayarda hasta kaydı

Randevulu ya da randevusuz ilk kez sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların kayıtları ilgili bilgisayar programı kullanılarak yapılır.

Hasta kaydı, hasta hakkındaki bilginin saklanmasıdır. Günümüzde bu işlem bilgisayar ortamında yapılmaktadır. Buda sağlık alanında doğru bilgilere hızlı ulaşımı sağlamaktadır.

Elektronik hasta kaydı, bir kişinin yaşamı boyunca sağlık durumu ve aldığı sağlık bakımı ile ilgili her türlü verinin elektronik olarak korunmasıdır. Elektronik hasta kaydında hastanın temel kayıt ortamı değil, elektronik sistemlerdir. Elektronik sistem hastaya ait ücretleri, yönetsel ve klinik bilgileri içeren sağlıkla ilgili kayıtların bulunması, depolanması, yeniden kullanıma sunulması ve transfer işlemlerini içerir.

Bu kayıtlar;

- Alerjiler
- Hastalık ve yaralanmaların öyküsü
- İşlevsel durum
- Tanı işlemleri
- Bulgular
- Günlük tedavi planları
- Konsültasyon raporları
- Tedavi kayıtları
- Aşılama öyküsü
- Davranışsal bilgiler
- Çevre bilgileri
- Demografik bilgiler
- Sağlık sigortası bilgileri
- Tedavi uygulamalı
- Birinci basamak sağlık kayıtları,
- Ayaktan hasta tıbbi kayıtları,
- Yatan hasta tıbbi kayıtları,
- Hastalığa özel tıbbi kayıtlar (kardioloji, hipertansiyon, diyabet, vs.),
- Yoğun bakım kayıtları,
- Hemşirelik hizmetleri kayıtları
- Fatura kayıtları vb.

Elektronik Hasta Kaydının Faydaları

- Bilgiye anında erişim sağlar.
- Kolay okunabilir.
- Veri güvenliği sağlar.
- Rahat ve esnek kullanıma olanak verir.
- Diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu kolaylaştırır.
- Veri kalitesini sağlar.
- Araştırmaları kolaylaştırır.
- Verilerin birleştirilmesini kolaylaştırır.
- Verimlilik ve kalite sağlar.

Elektronik Hasta Kaydının Sakıncaları

- Donanım, yazılım, eğitim giderleri gerektirir.
- Personelin sistemi öğrenmesi için belli zamana ihtiyaç duyulmaktadır.
- Yazılım ihtiyaçlara cevap vermeyebilir.
- Sabit disk hataları nedeniyle kayıtlı bilgilerin çoğu silinebilir.
- Bilgisayar sistemleri, donanım veya yazılım hataları yüzünden kullanım dışı kalabilir.

UYGULAMA FAALİYETİ

İşlem Basamakları	Öneriler
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta ile ilgili bilgileri hastane kayıtlarına alınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Bilgisayar kayıt programını kullanarak hasta kişisel bilgilerini kayıt ediniz.➤ Muayenesi biten hastaların tetkik ve işlemlerini kaydediniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta daha önce gelmiş ise bilgilerini kontrol ediniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hastanın kayıtlı olan bilgilerini kontrol ediniz.➤ Gerekli bilgileri yazıcıdan alınız.➤ Hasta ile ilgili bilgileri doktoruna iletiniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hastayı doktora yönlendiriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hastanın randevu aldığı doktora muayene olmasını sağlayınız.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

ÖLÇME SORULARI

Aşağıdaki sorulara cevap vererek kendinizi değerlendiriniz.

Doğru bulduğunuz sorunun başına (D) yanlış bulduğunuz sorunun başına (Y) harflerini yazınız.

1. () Elektronik hasta kaydı verilere hızlı ulaşımı sağlar.
2. () Elektronik hasta kaydı güvenilir değildir.
3. () Bilgisayar programları kullanılarak hasta ile ilgili tüm bilgiler kaydedilir.
4. () Bilgisayar kayıt programları sağlık alanında verimli çalışmayı sağlar.
5. () Hasta hizmetlerinde çalışacak personelin eğitim almasına gerek yoktur.

DEĞERLENDİRME

Sonuçlarınızı cevap anahtarı ile karşılaştırınız. Doğru sayınız 4 ise bir sonraki çalışma faaliyetine geçebilirsiniz, 3 ise çalışmalarınızı öğretmeninizle tekrar değerlendiriniz.

Doğru sayınız 2 veya daha azsa bu öğrenme faaliyetini tekrar gözden geçirmelisiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ- 3

AMAÇ

Tıp dokümantasyon bilgisini kullanarak hasta kayıtlarını ve dosyalama işlemlerini doğru olarak yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

En yakın sağlık kuruluşuna giderek hasta kayıtlarının ve dosyalamanın nasıl yapıldığını gözlemleyip not almalısınız. Edindiğiniz bilgileri sınıfta arkadaşlarınız ve öğretmeninizle paylaşmalısınız.

3. TIPTA DOSYALAMA

3.1. Belge Yönetiminin Kapsamı

Belge yönetimi; belgelerin oluşmasında, bilginin üretilmesini, düzenlenmesini ve korunmasını kontrol eden bir disiplindir.

Belge yönetiminin amacı doğru belgenin, uygun kişi tarafından, uygun zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle hazırlanabilmesidir.

Belge yönetimi ile gereksiz belgelerin üretilmesi ve saklanması önlenir, kıymetli belgelerin korunması ve amaca uygun olarak kullanılması sağlanır, kurumun maliyetleri azaltılarak verimlilik artırılır.

Belge Yönetiminin Fonksiyonları

- Kurumun hafızası, kurumsal kaynak ve servet, karar verme aracı olma,
- Yasal destek ve yasal doküman hazırlama,
- Kırtasiyeciliği önleme ve maliyet azaltma,
- Yeni belgeler için referans olma,
- Belgelerin kontrolü için sistematik yaklaşım sağlama,
- Kurumsala verimlilik, çok değerli dosyaları koruma ve gereksiz belgelerin üretimlerini önleme,
- Yasa koyucu ve düzenleyicilerin bilgi gereksinimlerini karşılama,
- Tarihsel araştırmalara kaynak olma,
- Kurumun tarihini koruma gibi fonksiyonları vardır.

Belge yönetimi belgenin üretimi, kullanımı, korunması ve düzenleme aşamalarını içerir.

3.1.1. Belge Üretimi

Belge üretimi aşaması, kurumların faaliyetleri neticesinde oluşan belgelerin istenilen nitelik ve nicelikte, istenilen zamanda ve en düşük maliyetle üretimi sağlayacak bir şekilde bir araya getirilmesi sürecidir.

Üretim aşamasında formalar, raporlar, yazışmalar ve talimatlar gibi öğeler vardır. Belge üretiminde miktar, kalite, zaman ve maliyet olmak üzere dört önemli faktör bulunmaktadır.

Belge üretim faaliyetlerinin amacı, kurumlardaki belge işlemlerinin en hızlı, doğru ve ekonomik bir biçimde gerçekleştirmektir.

Günümüzde ekonomik, sosyal, kültürel ve teknolojik alanlardaki gelişmeler, kurumların yönetim şekillerini ve organizasyon yapılarını değiştirmiştir. Bu değişiklikler sonucu kurum ve kuruluşların faaliyetleri sırasında ürettikleri belgelerin yapısı ve niteliği de değişmiştir. Teknolojik gelişmeler ve yönetim yapısındaki değişiklikler hızlı bir belge üretimini de beraberinde getirmiştir.

Belge üretim işlemleri kurumdan kuruma, ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilir. Bu farklılıklar yönetim yapılarının, fonksiyonların ve kurumsal amaçların farklılıklarından kaynaklanmaktadır.

3.1.2. Dolaşım ve Kullanılması

Belgenin üretim aşamasından sonra dolaşım aşaması gelir. Belgenin dolaşımı kurum içi olabileceği gibi kurum dışı da olabilir. Bilgi ve kayıtlı olduğu belgenin, duruma göre internet siteleri, elektronik posta, PTT, özel kurye, ofisler arası posta sistemi ile dolaşımı sağlanabilir. Bu dolaşım süreci bilgiye kolay ulaşılmasını sağlar.

Üretilen belgeler değişik zamanlarda, değişik amaçlar ve kişiler tarafından sıkça kullanılır. Dolayısıyla belge; araştırmalarda, referanslarda, yasal işlemlerde kullanılır.

3.1.3. Düzenlenmesi ve Korunması

Kurumların faaliyetlerini yürütebilmeleri için ürettikleri belgelerin korunması ve düzenlenmesi gerekir. Koruma belgelerin dosyalanması ve belgelere ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilmesi için yapılan faaliyetlerdir.

Belgelerin korunabilmesi, belgenin üretim aşamasında kaliteli malzemenin kullanılması ve uygun ortamlarda saklanması gerekir. Belgenin korunması için gerekli malzemenin seçimine üretim aşamasında karar verilmesi gerekir.

3.1.4. Belge Çeşitleri

3.1.4.1. Kitaplar

Belli bir konuda var olan bilginin sentezinin yapılarak bir bütün halinde derlendiği yayınlardır. Değişik konularda kitaplar yayınlanır. Kitaplar bir yazarlı olabileceği gibi birden fazla kişi tarafından da yazılabilir.

3.1.4.2. Süreli Yayınlar

Süreli yayınlar araştırmacılar için vazgeçilmez kaynaklardır. Süreli yayınlar genellikle en yeni ve en detaylı bilgileri içerirler. Süreli yayınların her sayısında birden çok kişinin araştırma ve incelemeleri yer alır. Bir süreli yayın yılda birkaç kez ve düzenli olarak çıkarılır. Dilimizde süreli yayınlar için periyodik ve mecmua gibi adlarda verilmektedir.

Süreli olmayan yayınlar da vardır. Bunlar yılda birden çok kez yayınlanır. Bunların hangi aralıklarla çıkacakları ve yayımlarının ne zaman kesileceği belli değildir.

Süreli yayınların kitaplara göre bazı özellikleri vardır. Bunlar genellikle sayılar halinde çıkarlar, sayılar bir araya getirilerek ciltler oluşturulur. Genellikle kütüphanelerde, süreli yayınların en son sayıları, ayrı bölümlerde ve özel raflarda okuyucuya sunulur.

Günümüzdeki teknolojik gelişmeler sonucunda süreli yayınlar elektronik ortamda takip edilebilmektedir.

3.1.4.3. Patentler

Patent, herkesin incelemesine açık anlamına gelen Latince asıllı bir sözcüktür. Yasal bir belge olarak döloma gibi tek nüshalık bir belgedir. Her ülkenin özel patent büroları eliyle buluş sahibine verilir. Ülkenin yasasında belirtilen bir koruma süresi vardır. Buluş sahibi bu süre içinde başkalarının kendi buluşunu uygulamalarına yasa ile engel olur. Patent hakkı bedeli ödenmek koşuluyla tümüyle devredilebilir. Patentin amacı, buluş sahibini koruyarak, bilginin yayılmasını sağlamaktır.

Türkiye’ de patent işlemleri Türk Patent Enstitüsü tarafından yürütülmektedir.

3.1.4.4. Mikroformlar

Bir belgenin fotografik işlemler sonucu film üzerine küçültülmüş şeklidir. Mikroformlar genelde rulo mikrofilden üretilmekte veya mikrofiş olara kullanılmaktadır.

Mikroformlar son yirmi yılda değişik alnlarda kullanılmaya başlanılmıştır. Bu alanların başında da personel dosyalar ve hasta kayıtları gelmektedir.

Kağıda dayalı evrak sistemlerinin kullanımı, korunması ve yönetilmesinin ortaya çıkardığı zorluklar ile, yer ve para tasarrufu sağlama ihtiyacı mikroformların kullanımını zorunlu kılmıştır.

Arşivler ellerindeki malzemeyi mikroforma şu amaçlarla aktarırlar.

- Orijinal belgenin ömrünü uzatmak
- Tek olan malzemenin kopyalarını çıkararak kullanımını yaygınlaştırmak
- Satış

Mikroforma aktarma işlemi bir maliyet gerektirdiğinden, bu maliyetlerin düşürülmesi için amaçların iyi belirlenmesi ve etkili kullanımı gerekir.

Mikroformların kullanımında karşılaşılan en önemli sorun standartların sağlanması olmuştur. Standartlara uygun olmayan veya standartlar oluşturulmadan önce üretilmiş olan mikroformların kullanımında sorunlar kendilerine özgü araç ekipman gerektirirler. Fakat bilgisayar teknolojisinin getirdiği dönüştürme imkanı sayesinde bilgisayar ekranı elektronik görüntüyü kolaylıkla yansıtabilir ve yazıcıdan çıktı alınabilir.

3.1.4.5. Resmi Yayınlar

Genel anlamı ile kamu kuruluşları tarafından belirli amaçlarla çıkarılan yayınlardır. Resmi gazete, kalkınma planları, yıllık faaliyet raporları, tanıtım broşürleri, istatistik raporları vb. türdendir.

3.2. Bilgi Kaynaklarının Sınıflandırma Sistemleri

Kütüphaneler veya diğer bilgi merkezlerinden, veri tabanlarından bilgi edinmek için bilginin sınıflandırılmasında kullanılan sistemler hakkında bazı temel bilgilere sahip olmak yararlı hatta günümüz insanı için zorunludur. Sınıflandırma, eldeki bilgi kaynaklarının belirli grupları ayrılarak kendi aralarında ortak benzerliklerine göre bir arada saklanması veya sergilenmesidir. Örneğin, bir kitapçı dükkânında kitaplar belirli konulara (felsefe, sanat, din, tarih, bilim ve teknik, ekonomi vb.) yayın evlerine veya yazarların adlarına göre gruplandırılmış olabilir.

Kütüphaneciler ve bibliyografya düzenleyenler yüzyıllardan beri kitaplar için değişik sınıflandırma sistemleri uygulamışlardır.

3.2.1. Dewey Onlu Sınıflandırma Sistemi

Kütüphanelerin gelişmesi ve yaygınlaşması ile her kütüphane için ayrı bir sınıflandırma sistemi oluşturmak yerine, tüm kütüphanelerde kullanılabilecek standart sistemler oluşturulmasının daha uygun olacağı görüşü benimsenmiştir.

Bu amaçla Dewey Onlu Sınıflandırma Sistemi (Dewey Decimal Classification-DDC) Melvil Dewey tarafından 1873 yılında geliştirilmiştir. Bu sistem konuların onar onar bölümlenmesine ve rakamlarla gösterilme esasına dayanan bir sistemdir. Bu sistemde konular önce 0'dan 9'a kadar on gruba ayrılmış, daha sonra da her grup tekrar kendi aralarında alt gruplara bölünmüştür.

Dewey sisteminde hiçbir gruba girmeyen konular 'Genel konular' başlığı altında toplanarak 0 ile gösterilmektedir.

3.2.2. Library Of Congress Sınıflandırma Sistemi

Library Of Congress Sınıflandırma Sistemi (Kongre Kütüphanesi Sınıflandırma Sistemi) Amerika Birleşik Devletleri Kongre Kütüphanesinde kullanılan bir sistemdir. Bu sistem Amerika Birleşik Devletleri dışında da birçok ülke kütüphanesinde kullanılmaktadır.

Bu sistemde konular 20 ana bölüme ayrılmıştır. Ana bölümler büyük harflerle gösterilir.

3.2.3. Evrensel Onlu Sınıflandırma Sistemi

Evrensel Onlu Sınıflandırma Sistemi (Universal Decima Classification-UDC), 1894 yılında Belçikalı Paul Otlet ve Henri La Fontaine'en girişimleri ile ortaya çıkmıştır. Evrensel onlu sınıflandırma sisteminin ilk basımı 1905 yılında yayımlanmıştır.

Bu sistem belgelerin ayrıntılı olarak dizinlenmesi için tasarlanmıştır. UDC raporlar, ticari literatür, süreli yayın makaleleri vb. belgeleri dizinlemek için kullanılmaktadır.

Bu sistemin ana sınıflar, sentez ve yardımcı işaretlerden oluşan bir yapısı vardır.

3.3. Tıbbi Dökümantasyon Tanım, Önemi ve Temel Özellikleri



Resim 3.1: Hasta dosyalarının kaydı

Tıbbi dokümanların bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin hepsine birden tıbbi dökümantasyon denir.

Tıbbi dökümantasyon çalışmalarını genel olarak yapılan dökümantasyon işlemlerinden ayıran en önemli fark bu çalışmaların insan sağlığı ile ilgili olmasıdır.

Tıbbi Dökümantasyonun Temel özellikleri

- Tıbbi dokümanlar eskizsiz olarak hazırlanmalıdır.
- Doğru bilgiler içermelidir.
- Zamanında düzenlenmiş olmalıdır.
- Kullanılabilir nitelikte olmalıdır.
- Araştırma ve bilimsel çalışmalara kaynak niteliğinde olmalıdır.
- Yasal zorunluluklara cevap verecek şekilde hazırlanmalıdır.
- Kişisel bilgiler içerdiğinden gizlilik ve güvenliği sağlanmalıdır.

3.4. Hasta Dosyaları

3.4.1. Hasta Dosyalarının Önemi

Hasta dosyalarının önemi hasta yönünden, sağlık kuruluşları yönünden, araştırma ve eğitim yönünden, adli tıp yönünden olmak üzere çeşitli açılardan açıklanabilir.

3.4.1.1. Hasta Yönünden Önemi

Birçok hastayı aynı günde muayene ve tedavi etmek durumunda doktorlar, hastaların hastalıklarıyla ilgili bütün şikâyetlerini, hastalara uyguladıkları tedavi metotlarını, klinik laboratuvar bulgularıyla diğer tetkik ve inceleme sonuçlarını akıllarında tutamazlar. Aynı şekilde hiçbir hastadan da bu konularla ilgili ayrıntıları akıllarında tutmaları beklenemez. Bu nedenle, bu işlemlerele ilgili dökümanların dikkatle ve titizlikle toplanması ve hastanın başvurusunda hazır bulundurulması birçok yönden önem taşır.

Hasta dosyalarının hasta yönünden önemi

- Hastaya psikolojik olarak rahatlık sağlayarak, tedavi olduğu sağlık kuruluşuna ve çalışanlara güven duymasına yardımcı olması,
- Hastaya zaman kazandırması,
- Hastanın gereksiz yere harcamalar yapmasını önlemesi,
- Hastaya kısa zamanda kesin tanı konulmasına yardımcı olması,
- Hastaya etkili tedavinin yapılmasına katkı sağlaması olarak özetleyebiliriz.

3.4.1.2. Sağlık Kuruluşları Yönünden Önemi

Sağlık kuruluşlarında, kendilerine başvuranlara uygulanmakta olan teşhis ve tedavi metotları ile, bu yöndeki çalışmaların verimini tespit eden en önemli dökümanlar, hazırlanan hasta dosyaları içerisinde yer almaktadır.

Sağlık kurumları yöneticileri, tedavi imkânlarının mevcut olmasına rağmen tedavi edilemeyen veya vefat eden hastalara ait kayıtları inceleyerek bunun nedenlerini araştırabilir.

Türkiye’de hastanelerin akredite edilmeleri söz konusu olmamakla beraber, Amerika Birleşik Devletleri’nde bu işlemleri yürütmekte olan Hastanelerin Kredilenmesi Ortak Komisyonunun ülkedeki sağlık kurumlarından birçoğunu akredite etmemesinin en önemli sebeplerinden biri, bu kurumlarda hasta dosyalarının gereği gibi hazırlanmamış oluşudur. Komisyon bir hastanede verilen hasta bakımı kalitesini ölçmek için hasta dosyalarını kriter olarak seçmiştir. Bu durumu, hasta dosyalarına verilen önemin göstergesi olarak kabul edebiliriz.

Hastaya kazandırılan zaman, sağlık kurumu için de önem taşımaktadır. Hasta için gereksiz tetkik ve tedaviler engellenerek, harcanacak zamanın öncelikli hastalara ayrılması son derece önemlidir. Aynı şekilde kesin teşhis ve etkili tedavi yönünden dosyaların hastaları sağladığı yararlar sağlık kurumları için de dikkat ve titizlikle üzerinde durulması gereken önemli konulardır.

3.4.1.3. Araştırma ve Eğitim Yönünden Önemi

Çeşitli kısıtlılıklar sebebiyle, tıbbi araştırmaların yapılmasında tıbbi dokümanların sağlayacağı imkânlardan tam olarak yararlanmak, günümüzde dahi henüz mümkün olamamaktadır. Bilgilerin daha doğru tespit edilmesi, korunması ve değerlendirilmesine ilişkin bilimsel ve teknik imkânların giderek çoğaldığı bugünün hasta dosyaları arşivlerinde, sağlık kurumları yöneticilerine düşen görevlerden biri de hasta dosyalarını insan sağlığı ile ilgili araştırma yapan araştırmacıların isteklerine uygun olarak bütün ayrıntıları ile değerlendirmek, belirli sistemlere göre düzenlemek, sınıflandırmak ve gerektiği imkânlarda ilgili şahıs ve kurumların hizmetine sunmaktır.

Hasta dosyaları arşivleri, araştırma yapan öğretim üyesi, doktor, hemşire ve öğrenciler için, kullanılabilecek bilgiler bakımından gerçekten önem taşıyan birimlerdir. Diğer yandan hasta dosyaları, sağlıkla ilgili mesleklerin, özellikle asistanların eğitiminde yararlanılabilecek en önemli ve etkili bir ders aracıdır.

3.4.1.4. Adli Tıp Yönünden Önemi

Hasta dosyaları adli tıp vakalarında ilgili şahıslar, sağlık kurumları, doktorlar ve adli makamlar için büyük önem taşırlar. Çeşitli nedenlerle verilen sağlık hizmetinden memnun olmayan veya kendisine yanlış tedavi uygulandığını düşünen kişiler, genellikle tedavi edilmek üzere gittikleri sağlık kurumunu ve bu kurumda çalışan sağlık personelini haklı veya haksız olarak suçlayarak, durumu adli makamlara bildirmek eğilimindedirler. Bu gibi durumlarda, hasta dosyaları ve tıbbi dökümanlar, sağlık kurumu ve doktorlar tarafından en önemli savunma aracı olarak kullanılır.

Bunların dışında, sağlık kurumuna intikal etmiş öldürme, yaralama gibi adli vakalarla ilgili olarak düzenlenen dokümanlar da, ilgili şahıslar ve Cumhuriyet Savcılıkları için değer taşıyan önemli bilgi kaynaklarıdır.

Bu nedenle hasta dosyalarının düzenli olarak tutulması ve hastayla ilgili gerekli bilgilerin hasta dosyasına en ince ayrıntısına kadar tarih sırasıyla hatta saatiyle birlikte kaydedilmesinin önemi büyüktür.

Adli tıbbi ilgilendiren olaylarda bilirkişi olarak görevlendirilen hekimin, dosya incelemesini kolaylaştıran veya zorlaştıran etkenlerin, olayın uzun süre devam etmesi veya dosyanın kapsamlı ve kalın olması gibi özelliklerin olmadığı görülmektedir. En büyük zorlaştırıcı unsurun hasta dosyalarının tutulmasında gerekli özenin gösterilmemesi, bazı bilgilerin eksik ya da hiç olmaması dosyada bulunması gereken bazı belgelere bulunmaması olduğu belirtilmektedir. Sıklıkla görülen bazı eksiklikleri şu şekilde belirtmek mümkündür.

- Bazı hasta dosyalarında hastanın adı, soyadı, yatırıldığı tarih, hangi servise yatırıldığı, protokol numarası gibi temel olarak dosya kaydında yer alması gereken hususların yerine getirilmemesi,
- Hastalığın teşhisi için yapılan laboratuvar incelemelerinin hasta dosyasında muhafaza edilmemesi,

- Yapılan radyolojik incelemelere ait raporların dosyada bulunmaması, dosyadaki grafilerde şahsın adı, protokol numarası ve çekildiği tarihin bulunmaması,
- Hastalığın teşhisi veya tedavinin planlanması aşamasında ortaya çıkan problemler için başka servislerden istenen konsültasyona ait kağıtların hasta dosyasında bulunmaması veya gerekli durumlarda konsültasyon istenmemesi,
- Hastayı gün içerisinde gören doktorların hasta dosyasına koyması gereken notları koymamaları,
- Dosyaların çok büyük bir kısmında epikrizin (çıkış özeti) bulunmamasıdır.

Hastalığın sadece tedavisinin yapılması bazı durumlarda yeterli olmamaktadır. Hastanın yapması gereken egzersizler, gitmesi gereken başka doktorlar veya alınması gereken tedbirlerin hastaya bildirildiğine dair bilgiler de dosyada yer almalı, kontrole gelecekte ne zaman ve ne sıklıkta geleceği belirtilmelidir.

3.4.2. Hasta Dosyalarının Düzenlenmesi ve Kapsamı

Hasta dosyaları sağlık kurumlarına kabul edilen hastalara daha iyi bir bakımın verilmesini ve bu bakımın değerlendirilmesini denetlenmesini sağlayan kayıtlar olduğuna göre, bu dosyaların hastanın doktoruna ve tedavinin gerçekleşmesini sağlayan diğer sağlık çalışanlarına hastayla ilgili bütün bulgu ve gelişmeleri kapsayacak şekilde sunulması gerekir.

Tam ve düzenli hasta dosyası, iyi bir hasta bakımının yazılı ifadesidir. Hasta dosyalarından gerek hasta bakımı ve gerekse tıbbi araştırmalar yönünden daha verimli bir şekilde faydalanılması, bu dosyaların belirli bir esasa göre düzenlenmesine bağlıdır.

3.4.2.1. Niteliksel Analiz

Hasta dosyalarının niteliksel yönden eksikliklerinin giderilmesi hastayı tedavi eden doktorun görevidir. Dosyanın niteliksel analizi, tıbbi kayıtların içeriğine yönelik olarak yapılan analizdir. Bu analizde;

- Tıbbi kayıtların tutarlı ve doğru olup olmadığı,
- Hastaneye yatışın uygun olup olmadığı,
- Form ve kayıtların tam olup olmadığı,
- Kararların bulgular tarafından desteklenip desteklenmediği,
- Kayıtların tam ve zamanında tutulup tutulmadığı incelenir.

Bu analizin temel amacı hasta bakım ve tedavi hizmetinin kalitesini yükseltmektir. Bu çalışmaların amir durumundaki diğer hekimler ve arşiv komitesi tarafından denetlenmesi gerekir.

3.4.2.2. Niceliksel Analiz

Hasta dosyalarının niceliksel yönden analizi, hasta dosyaları arşivindeki ilgili elemanların dosyada eksik evrak bulunmaması amacıyla yaptıkları incelemedir. Taburcu olan hastaların dosyaları hasta dosyaları arşivine geldiğinde, ilgili personel, dosyada olması gereken bütün formların ve raporların bulunup bulunmadığını, olması gereken sırada olup olmadığını, doğru ve standartlara uygun olarak kaydedilip kaydedilmediğini kontrol eder, varsa eksikliklerin giderilmesini sağlar. Bu işlemler, hasta dosyaları arşivinin Eksik Dosyalar Bölümünde yapılır.

3.4.3.Hasta Dosyalarını Oluşturan Formlar

Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Hasta Dosyalarını Oluşturan Formlar

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere müracaat eden hastalar, polikliniklerde görevli doktorlar tarafından muayene edilir. Yatırılmaları gerekli görülenler, muayene eden doktor tarafından 'Form 60 Hastane Giriş Kâğıdı' doldurularak poliklinik sıra numarası kaydedilir ve imzalanır. Hasta bundan sonra, baştabip veya yardımcısı, bunların bulunmadığı durumlarda nöbetçi doktorun onayı ile ait olduğu servis ve yatak sınıfına yatırılmak üzere Hasta Kabul Ünitesine gönderilir.

Özel dal hastanelerinde polikliniğe müracaat eden her hasta için kimliğinin, klinik ve laboratuvar bulgularının, teşhis ve tedavilerinin gösterileceği ve hastanın ileriki kontrollerin de kullanılacak şekilde hazırlanan özel muayene fişleri düzenlenir. Hastalar bu fişlerle polikliniğe gönderilirler.

Yatmak üzere Hasta Kabul Ünitesine gönderilen hastaların kimlik bilgileri Hasta Kabul Defterine hasta kabul görevlisi tarafından kaydedilir. Form 51 Hasta Tabelası'nın ilgili yerleri doldurulur. Hasta kabulde gerekli işlemleri dosyaları içinde 'Form 62 Tıbbi Müşahade Muayene Kâğıdı' 'Form 61 Derece Kâğıdı', 'form 51 Hasta Tabelası' olmak üzere üç esas form bulunur.

Bu formlardan başka, kurumların ve kliniklerin özelliklerine göre Sağlık Bakanlığının izni ile uzmanlarca gerekli görülen ve baştabiplikçe kabul edilen Formlar ve kâğıtlar eklenebilir.

Hasta dosyalarını oluşturan formlar, hasta dosyasına aşağıdaki sıraya göre dizilir.

- Hastane Giriş Kâğıdı (Form 60),
- Tıbbi Müşahade ve Muayene Kâğıdı (Form 62),
- Derece Kâğıdı (Form 61)
- Hasta Tabelası (Form 51)
- Röntgen istek Kâğıdı (Form 64)
- Laboratuvar İstek Kâğıdı (Form 65) ve diğer tetkik raporları,
- Ameliyat Kâğıdı (Form 63)
- Çıkış özeti-Epikriz (Form 66)

Bu düzenleme yapıldıktan sonra formlar arşiv dosya zarfına konur. Zarf arşivde saklanır.

Üniversite Hastanelerinde Hasta Dosyalarını Oluşturan Formlar

Poliklinikte muayene olacak hastanın daha önceden açılmış bir dosyası yoksa poliklinik tıbbi sekreteri tarafından yeni bir hasta dosyası açılır. Bu dosya, hastanın hastaneye daha sonraki gelişlerinde arşivden istenerek muayene olacağı bölüme gönderilir. Bu dosya içeriğinde gerekliliğine göre;

- Hasta kabul kâğıdı
- Hasta yatırma kâğıdı
- Doktor gözlem formu
- Doktor istem formu
- Laboratuvar bulguları formu
- Hemşire izlem formu
- Çıkış özeti
- Diğer formlar

Form 60: Hastane Giriş Kâğıdı

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere müracaat eden hastalardan yatmasına karar verilenlere doktor tarafından bu form doldurulur. Formda yatan hastanın kimlik bilgileri ile gereğinde başvurulacak hasta yakınının adresi ve telefon numarasının yazılacağı bir bölüm vardır.

Formda hastanın yatacağı klinik, hastayı yatıran doktorun adı soyadı ve imza yeri ile hastanın hastanede yattığı sürece hastane kurallarına uyacağına dair kendisi veya yakını tarafından verilen taahhütle ilgili bölüm bulunmaktadır. Formun arka yüzünde, hasta kabul ünitesine bıraktığı eşyalarının teslim alınıp verilmesiyle ilgili bölüm bulunmaktadır. Hasta hastaneye yatarken yanına almak istemediği eşyalar olursa bunu hasta kabul memurluğuna teslim eder ve taburcu olurken imza karşılığı eşyalarını oradan alır.

Bu formun kullanıldığı kurumlarda ayrıca hasta kabul kâğıtları kullanılmaz.

Form 62: Tubbi Müşahade ve Muayene Kâğıdı

Müşahade-muayene kâğıdı hastanın kurumda saptanan tüm müşahade ve yapılan tüm muayene sonuç ve bulguların, tedavi ve günlük değişikliklerin kaydedildiği bir formdur. Forma kimlik bilgileri, hastaneye giriş-çıkış tarihleri ile kaçınıcı girişinin olduğu yazılır. Hastanın şikâyeti soy ve öz geçmişi, sistemlerin sorgulanması, fiziki inceleme bulguları müdahaleler ile hastada gözlenen ve saptanan değişiklikler günlük gözlem bölümüne tarih sırasıyla ayrıntılı bir şekilde yazılır.

Form 61: Derece Kâğıdı

Kliniğe yatan hastanın; solunum, nabız, derece, kan basıncı, dışkı, idrar, kusma, ağırlık ve aldığı sıvı miktarının günlük olarak hemşireler tarafından belirlenerek kaydedildiği bir formdur. Formun üst bölümünde hastanın kimlik bilgileri, yattığı klinik, oda ve yatak numarası ile tedaviyi takip eden doktorun isminin yazıldığı yerler bulunmaktadır.

Form 51: Hasta Tabelası

Hastanede yatarak tedavi olan hastalara hastane eczanesinden veya hastane eczanesinde olmadığı için dışardan getirilerek hastaya verilen tüm ilaçlar ve tedavilerle, günlük ilaç maddelerinin kaydedildiği bir formdur.

Bu formda hastanın kimlik bilgileri, tedaviye ilişkin bilgiler, hastaya verilen ilaç, tedavi ile ilgili öneriler, müdahaleler ve hazırlıklar ile yemeklerin kaydedildiği bölümler bulunmaktadır. Tabelada yazılı ilaç tedavilerini hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak Hemşire Defterine kaydederler. Kliniğe yatan hastanın gerekli tedavi şekli Hasta Tabelasına kaydedilir.

Forma, en son tanı, hastalık kodu, yapılan ameliyat durumu, hastalığın sonu ve hastanın ücretli veya ücretsiz yattığı ile ilgili bilgiler de kaydedilir. Hastaneye yatan her hasta için düzenlenen 'Hastalık Kodu'na göre ilgili 'Hastalık İstatistik Fişini' doldurarak, hasta tabelasından gerekli bilgileri bu fişe aktarır.

İyileşen veya hastanede yatmasında fayda görülmeyen hastaların dosyaları servis şefi veya uzmanı tarafından Hasta Tabelasına; teşhis, çıkış tarihi, hastalığın istatistik kod numarası ve çıkarılmasına ilişkin gerekli açıklama yazılıp imzalandıktan sonra çıkış işlemleri için idareye gönderilir. Hasta tabelası aynı zamanda istatistiksel işlemlere temel olan bir formdur.

Form 64: Röntgen İstek Fişi

Poliklinik ve klinik doktorları hastadan bazı röntgen tetkiklerini yaptırmasını isteyebilir. Bu durumda doktor, röntgen tetkikleri için röntgen istek fişini doldurur. Bu fişte hastanın kimlik bilgileri, tanı, istenen inceleme ve incelemeyi isteyen doktorun adı, soyadı ve imzasıyla ilgili bölüm bulunur. Fişin altında veya arkasında röntgen sonucunun yazılacağı bir bölüm bulunmaktadır.

Form 65: Laboratuvar İstek Fişi

Laboratuvar istek fiş, hastadan biyokimya, hematoloji, patoloji vb. laboratuvarlarda yaptırılması istenen tetkik için kullanılan bir fiştir. Fişin ön yüzünde hastanın kimlik bilgileri ile tetkiki isteyen doktorun adı, soyadı ve imzası ile ilgili bölüm bulunur. Arka yüzünde tetkik sonuçlarının yazılacağı ve laboratuvar uzmanının adı, soyadı ve imzasıyla ilgili bölümler bulunmaktadır. Laboratuvarlara gönderilecek muayene materyalleri, ilgili poliklinik ve klinik doktorları tarafından usulüne uygun olarak doldurulmuş Form 65 Laboratuvar İstek Kâğıdı ile birlikte gönderilir. Tetkik sonuçları ile birlikte bu form hastanın dosyasında saklanır.

Form 63: Ameliyat Kâğıdı

Ameliyata alınan hastalar için kullanılan bir formdur. Bu formda hastanın adı soyadı, yaşı, ameliyat öncesi tanısı, hasta kabul numarası, yapılan ameliyat ve ameliyat ekibinin kimlik bilgileri ve ameliyatla ilgili gerekli notların yazıldığı bölümler bulunmaktadır.

Form 66: Çıkış Özeti (Epikriz)

Yatarak tedavi olan hastalara taburcu olduklarında ‘Çıkış Özeti’ verilir. Çıkış Özeti hastaya konulan teşhisin, yapılan tedavinin ve çıkıştan itibaren izlenecek hususların, uygulanacak tedavi şeklinin ve diğer gerekli bilgilerin kaydedildiği bir formdur.

Sağlık ocaklarından veya koruyucu sağlık hizmeti veren kuruluşlardan, hastane dışındaki doktorlardan ve diğer yataklı tedavi kurumlarından yazı ile gönderilen hastalar hakkında da çıkış özeti düzenlenir. Çıkış Özeti hastanın başka bir sağlık kuruluşuna müracaatında, daha önceki sağlık durumu hakkında bilgi verdiği için önemlidir.

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Diyarbakır Devlet Hastanesi

Form No:60

Başvuru Tarihi:

Arşiv No:

HASTANE GİRİŞ KÂĞIDI

Poliklinik:

Poliklinik Kayıt No:

Muayene Tarihi:

Adı, Soyadı :
Baba Adı :
İşi :
Doğum yeri ve tarihi :
Geldiği yer :
Kimin tarafından gönderildiği :
Nüfus adresi :
Son oturduğu yerin adresi :
Hasta yakınının adresi ve tlf. No :

Kısa öyküsü:

Fiziki bulgular:

Tanı:

Yattığı takdirde alınacak önlemler:

Yatırılacak bölüm:

Hastayı yatıran doktorun adı soyadı:

... .. Sınıf ücreti

İmza

... .. Ücretsiz

Yattığı Saat:

Klinikteki yetkilinin adı, soyadı:

İmza

Benim veya hastamın hastanede yattığı sürece, hastane içi kurallarındaki maddeleri bilerek, ona uymak zorunda bulunduğumu, gereken tıbbi ve cerrahi tedavileri, kabul ettiğimi, herhangi bir nedenden hastane kurallarına aykırı bir harekette bulunmayacağımı bildiren bu belge hastane yönetimine tarafımdan imza edilerek verilmiştir.

.../.../...

Hasta veya velisi
Adı, soyadı, imza

Şekil 3.1: Form 60 Hastane Giriş Kâğıdı (Ön yüz)

Emanet Eşya Torba No:								
EŞYA		ADET	EŞYA		ADET	EŞYA		ADET
1	Pantolon		9			17		
2	Entari		10			18		
3	Gömlek		11			19		
4	İç Çamaşır		12			20		
5	Çorap		13			21		
6	Ayakkabı		14			22		
7	Çeket		15			23		
8			16			24		
Emanet Eşya Defteri No: .../.../...								
Bu kâğıtta yazılı emanet eşyayı teslim aldık.								
Bölümün Sorumlu Hemşiresi Adı Soyadı ve İmzası İmzası			Hasta emanet eşya Depo Sorumlusu			Hasta veya Yakınının		
Teslim edenlerin İmzası Hasta				Beraberindekilerin imzası				
Bu kâğıtta yazılı emanet eşyayı teslim ettik.								
Bölümün Sorumlu Hemşiresi Adı Soyadı ve İmzası İmzası			Hasta emanet eşya Depo Sorumlusu			Hasta veya Yakınının		
Teslim alan:								

Şekil 3.2: Hastane Giriş Kâğıdı (Arka yüz)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DİYARBAKIR DEVLET HASTANESİ

TIBBİ MÜŞAHADE VE MUAYENE KÂĞIDI

Arşiv No	:	Bölüm Kayıt No	:
Hasta Kabul No	:	Giriş tarihi	:
Bölümü	:	Çıkış Tarihi	:
Hastanın Adı Soyadı	:	Mesleği	:
Yaşı:	Adresi	:	:
Tanı:		SONUÇ	:
Bölüm Sorumlusu	:	Asistan	:
Giriş (kaçıncı olduğu)	:	1.	2.
		3.	4.
		5.+	
Esas Yakınması	:		
Soy Geçmişi	:		
Öz Geçmiş	:		
Sistemlerin Sorgulanması:			
Baş	:		
Göz	:		
K.B.B.	:		
Solunum	:		
Kalp ve Dolaşım	:		
Sindirim	:		
Ürojenital	:		
Ruh ve Sinir	:		
Metabolizma	:		
Sosyal Durum	:		
Öyküsü	:		

Şekil 3.3: Form 62 Tıbbi Müşahade ve Muayene Kâğıdı (Ön yüz)

FİZİKİ İNCELEME BULGULARI			
Ateş:	Nabız:	Kan Basıncı:	Solunum:
Genel Durum	:		
Göz	:		
Ağız-K.B.B.	:		
Boyun	:		
Solunum	:		
Kalp ve Dolaşım	:		
Karın	:		
Sinir Sistemi	:		
Kol ve Bacaklar	:		
Lenta Sistemi	:		
Ön Tanı:			

Şekil 3.4: Form 62 Tıbbi Müşahade ve Muayene Kâğıdı (Arka yüz)

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Hastanesi Derece Kağıdı

Adı Soyadı : Yattığı Bölüm :
Baba Adı : Bölüm Kayıt No. : Tedavi Eden Hekim :
Cinsiyeti : Nakledilen Bölüm : Oda ve Yatak No :
Yaşı : Bölüm Kayıt No. : Oda ve Yatak No :

TARİH			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Yattığı Günler																											
Sol. Nab. Der.																											
70	160	41																									
60	140	40																									
50	120	39																									
40	100	38																									
30	80	37																									
20	60	36																									
10	40	35																									
Kan Basıncı																											
Dişkı																											
İdrar																											
Kusma																											
Ağrı																											
Aldığı Sıvı																											

Şekil 3.5: Form 61 Derece Kağıdı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Diyarbakır Devlet Hastanesi		HASTA TABELASI	Bölüm: Kayıt No: Kabul No:
Tedaviyi Yapan Hekim:			
Hastanın Kimliği		Tanı (En Son Tanı Yazılacak)	Hastalık Kodu
Adı: Soyadı: Cinsiyeti: Yaşı: Mesleği: Oturduğu yerin adresi: İli:		Yapılan Ameliyat:	Büyük: Orta: Küçük:
		Hastalığın Sonu:	Tam iyileşti: Kısmen İyileşti: Değişiklik Yok: Hastalık ilerledi: Yaşamını Yitirdi:
		Doğum:	Normal: Müdahaleli:
		Ücretli veya ücretsiz yattığı Sınıf Ücretli: Ücretsiz:
Hastalık İstatistik Fişine İşlendi İstatistik Memuru (İmza)		Hasta Kayıt Defterine İşlendi Hasta Kabul Memuru (İmza)	
Dikkat: Alerji Yapıyor.(Kırmızı kalemle yazılacak.)			
Tarih	Verilen İlaçlar	Tedavi ile ilgili öneriler veya yapılacak müdahale ve hazırlıklar	Yemekler

Şekil 3.6 : Form 51 Hasta Tabelası (Ön yüz)

Dikkat: Alerji Yapıyor.(Kırmızı kalemle yazılacak.)			
Tarih	Verilen İlaçlar	Tedavi ile ilgili öneriler veya yapılacak müdahale ve hazırlıklar	Yemekler

Şekil 3.7: Form 51 Hasta Tabelası (Arka yüz)

T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Devlet Hastanesi	
Tarih .../.../...	
RÖTGEN İSTEK FİŞİ	
Adı :	Soyadı :
Yaşı :	Cinsiyeti :
Has. Kabul No :	
Yattığı Bölüm :	
Tanı:	
Verilecek Gerekli Bilgiler:	
İstenen İnceleme:	
İncelemeyi isteyen Doktorun Adı-Soyadı:	
İmzası:	
Form: 64	
RÖNTGEN RAPORU:	
Tarih .../.../...	
Raporu Hazırlayan Doktorun Adı-Soyadı:	
İmzası:	

Şekil 3.8: Form 64 Röntgen İstek Fişi

.../.../...	
T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Devlet Hastanesi	
LABORATUVAR İSTEK FİŞİ	
Gönderen Yer :	Servis/Polikliniği:
Hastanın Adı Soyadı :	
Servis Protokol veya	
Poliklinik Kayıt sıra no :	
Teşhisi :	
Gönderilen Materyal :	
İstenen Tetkikler :	
	İsteyenin
Form No:65	Adı-Soyadı-İmzası
TETKİK SONUÇLARI: (Formun Arka Yüzü)	
	Laborauvar Uzmanının
	Adı Soyadı-İmzası

Şekil 3.9: Form 65 Laboratuvar İstek Fişi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DİYARBAKIR DEVLET HASTAHANESİ	
Form No:63	
AMELİYAT KÂĞIDI	
Adı Soyadı :	Ameliyat Öncesi Tanı :
Yaşı :	Hasta Kabul No :
Yapılan Ameliyat :	Asistan :
Operatör :	Asistan :
Asistan :	Narkozitör :
Ameliyatın Evresi :	Hemşire :
	Hemşire :
Ameliyat Sonrası Tanı:	
Narkoz (türü, seyri, yan etkileri, alınan önlemler) :	
Ameliyatı Yapan Doktorun Adı Soyadı-İmzası	Narkozu verenin Adı Soyadı-İmzası
Not: Hasta dosyasında saklanacaktır.	

Şekil 3. 10: Form 63 Ameliyat Kâğıdı

Hemşire Gözlem Kâğıdı

Diyarbakır Devlet Hastanesi									Adı Soyadı :	
HEMŞİRE GÖZLEM									Dosya No :	
Hastanın Bölümüne kabul edildiği saat dak.									Bölümü :	
Tarih	Saat	Ateş	Nabız	Sol	K.B.	İdrar	Dışkı	Verilen ilaç ve Diyet		

Şekil 3.11: Hemşire Gözlem Kâğıdı

Hemşire Gözlem Kâğıdı: Hastanın kliniğe yatmasından taburcu oluncaya kadar hemşireler tarafından yapılan tıbbi işlemlerin kaydedildiği bir formdur. Bu forma, hastanın kliniğe kabul edildiği saat, hastanın ateş, nabız, solunum ve tansiyonu gün ve saatiyle hemşire tarafından yazılır.

T.C.	
Sağlık Bakanlığı	
Diyarbakı Devlet Hastenesi	
Hasta Kabul No:	
ÇIKIŞ ÖZETİ	
Hastanın Adı Soyadı :	Giriş Tarihi:
Yattığı Bölüm :	Çıkış Tarihi:
Yaşı :	
Yakınması :	
Öyküsü (Kısaca) :	
Klinik Bulgular (Kısaca):	
Röntgen Bulguları :	
(FORMUN ARKA YÜZÜ)	
Laboratuar Bulguları :	
Çıkış Durumu ve Bulgular:	
Kesin Tanı :	
Öneriler :	
Doktorun adı Soyadı:	İmzası:
Not: Çift nüsha düzenlenecek biri hastaya verilecek, diğeri dosyasında saklanacaktır.	

Şekil 3.12: Form 66 Çıkış Özeti (Epikriz)

3.4.4. Hasta Dosyalarının Numaralandırılması ve Sıralanması

Hasta dosyalarının numaralanıp sıralanmasında alfabetik ve nümerik olmak üzere iki sistem kullanılmaktadır.

- Alfabetik Sistem: Dosyalar hastaların soyadına göre alfabetik olarak sıralanır. Bu sistem çok fazla kullanılmamakla beraber, hasta sayısı az olan hastanelerde kullanılabilir.
- Nümerik Numaralama Sistemi: Bu sistemde üç farklı yöntem kullanılır.
 - Seri Numaralama Sistemi: Hastanın hastaneye gelişiğinde yeni bir dosya açılır. Bu nedenle hastanın hastanede birden fazla dosyası bulunur. Hastanın her bir dosyası arşivde sıralanırken, sahip olduğu dosya numarasına göre farklı bir rafta sıraya dizilir.
 - Ünite Numaralama Sistemi: Hasta hastaneye ilk gelişiğinde bir numara verilerek dosya açılır. Hasta hastaneye her gelişiğinde aynı dosya ile işlemleri yapılır. Dolayısıyla hastanın hastanede tek bir dosyası bulunur. Kullanım kolaylığı açısından bu sistem daha iyidir. Hekim hastayla ilgili tüm bilgileri tek bir dosyada görebilir. Maliyeti, seri numaralama sistemine göre daha düşüktür. Bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemine geçişte kolaylık sağlar.
 - Seri-Ünite Numaralama Sistemi: Bu sistem, seri ve ünite numaralama sistemlerinin karışımıdır. Sistemde hasta hastaneye her geldiğinde Seri Numaralama Sisteminde olduğu gibi farklı numaralarla dosyalar açılır ancak açılan bu dosyalar en son numaralı dosyada birleştirilir.

Bu metotların dışında bölgesel sıralama, yatay sıralama, dikey sıralama, kronolojik sıralama veya her yıl değişen numaralama ve sıralama sistemlerinin çeşitli kitaplarda yer aldığı görülmüştür. Bunlar arasında en uygun olanı ünite numaralama sistemidir. Hasta sayısının azlığına veya çokluğuna bakılmaksızın, bu sistemin uygulanması ekonomik, işlevsel ve zaman kazandırması nedeniyle bütün sağlık kurumu ve kuruluşlarında tercih edilmelidir.

3.5. Hasta Dosyaları Arşivlerinde Kullanılan İndeksler

3.5.1. Hasta İsimleri İndeksi

Hasta indeksi, hastaneler veya diğer sağlık kuruluşları tarafından kabul edilen bütün hastalar için kullanılır. Sağlık kuruluşu tarafından kabul ve tedavi edilen her hasta için tıbbi sekreter tarafından bir indeks kartı hazırlanır. Hasta indeksleri, hasta dosyalarının bulunmasında en önemli araçlardan birisidir. Hasta indeks kartı hastaya ait bilgilere ve özellikle dosya numarasına kısa sürede ulaşmak amacıyla kullanılır. Hasta indeks kartında, hastanın soyadı, adı, baba adı, ana adı, doğum yeri, doğum tarihi, dosya numarası ve adresi bulunur.

Hasta indeks Kartlarının Düzenlenmesi

Hastanın sürekli olarak izlenebilmesi için; her hastaya mutlaka bir indeks kartı düzenlenmelidir. Düzenlenen bu kartlar alfabetik olarak saklanır. Hasta indeks kartlarının düzenlenmesinde şu noktalara dikkat edilmesi gerekir.

- Hastanın önce soyadı, daha sonra adı yazılır ve alfabetik sıraya göre kartlar sıralanır.
- Adı ve soyadı aynı olan birden fazla kişi var ise, kartlar ikinci ada, baba-anne adlarına, doğum yeri ve doğum tarihlerine göre sıralanırlar.
- Hastanın kartı hazırlandıktan sonra isim değişikliği yapılmış ise, eski kartının üzerine bir not konularak tüm bilgiler yeni karta işlenir.
- Kartlar belirli aralıklarla ve düzenli olarak kontrol edilmeli, hatalar varsa düzeltilmelidir.
- Hasta indekslerinde kullanılan sınıflama yöntemini ayrıntılı olarak açıklayan bör yönerge hazırlanmalıdır. Bu yönerge özellikle personel değişikliklerinde hizmetin aksamaması bakımından önem taşır.

Burada üzerinde durulması gereken en önemli nokta, hasta dosyasına kısa sürede ulaşabilmektir. Hastanın dosya numarasına hasta indeks kartları kullanılarak ulaşabileceği gibi imkânlar ölçüsünde bilgisayar kullanılarak ulaşılabılır. Hiç kuşkusuz, bu bilgilere bilgisayarlarla çok daha çabuk ve doğru olarak ulaşılabilir.

Hasta indeks kartlarının alfabetik sıralamasına, önce hastanın soyadına göre sıralama yapılarak başlanır. Örneğin, Göktuğ Tutak, Rümet Örnek, Veysel Akgündüz isimli hastaların indeks kartları önce ‘ Akgündüz Veysel’ sonra ‘Örnek Rümet’ ve ‘Tutak Göktuğ Tutak’ olarak sıralanır.

Aynı soyadı taşıyan kişilerin indeks kartları soyadından sonra ad sırasına göre sıralanır. Adları aynı olan kişilerin indeks kartları baba adına göre dizilir. Baba adları da aynı olursa anne adına göre, anne adları da aynı olursa doğum yerlerine göre sıralanır.

Örneğin, aşağıda soyadı, adı ve baba adları aynı olan kişilerin kimlik bilgileri verilmiştir.

Soyadı Adı	Baba Adı	Anne Adı	Doğum Yeri
Tutak Göktuğ	Taner	Elif	Diyarbakır
Tutak Göktuğ	Taner	Melis	Ankara
Tutak Göktuğ	Taner	Aysun	Karabük

Soyadı, adı ve baba adları aynı olan kişilerin indeks kartları anne isimlerine göre şu şekilde sıralanır; anne adı Aysun olan kişinin indeks kartı birinci sırada, ikinci sırada Elif olan, üçüncü sırada ise Melis olan kişinin kartı dizilir.

Soyadı Adı	Baba Adı	Anne Adı	Doğum Yeri
Tutak Göktuğ	Taner	Aysun	Karabük
Tutak Göktuğ	Taner	Elif	Diyarbakır
Tutak Göktuğ	Taner	Melis	Ankara

Bir ‘Hasta indeks Kartı’ örneği aşağıdadır.

Soyadı	Adı	Baba Adı	Ana Adı	DosyaNo
Doğum Tarihi:				
Doğum Yeri :				
Adres :				
Not: 1. Her hastanın bir tane dosyası olmalıdır.				
2. Kimlik bilgilerini yazarken bölgesel şiveler dikkat ediniz.				
3. Bütün bilgiler eksiksiz, büyük harflerle hatasız olarak yazılmalıdır.				
4. Çift isimleri parantez içine almız.				
5. Bukartı en kısa zamanda Hasta İndeksine gönderiniz.				
HASTA İNDEKS KARTI				

Şekil 3.13: Hasta İndeks Kartı

3.5.2. Hastalık ve Ameliyat İndeksleri

Hastalık veya ameliyat indeksleri, hasta dosyaları arşivinde sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetimleri tarafından belirlenen sınıflama sistemlerinden birine göre oluşturulur. Hastalık ve ameliyat indeksleri, aynı türde hastalık ve ameliyat geçiren hastaların dosyalarına kolayca ulaşarak, bunların çeşitli amaçlar için kullanılmasını basitleştirmek üzere hasta dosyaları arşivlerinde kullanılan indekslerdir.

Hastalık ve Ameliyat İndekslerinin Kullanım Amaçları

Tıbbi Araştırmalar Yapmak: Hastalık ve ameliyat indekslerinin en önemli kullanım amaçlarından birisi, bilimsel araştırmaların yapılmasına yön ve imkan vermektir. Bir konuda araştırma yapmak isteyen bilim adamı, bu konuda daha önce yapılmış çalışmalarını bir arada görmek ister. Bu ihtiyacı karşılayabilmek için, sağlık kurumunun önceden bütün hastalık ve ameliyatlara ait sınıflandırma çalışmalarını yapmış olması büyük kolaylık sağlar. Böylece herhangi bir araştırmacı dilediği anda istediği hastalık ve ameliyatlara ilgili belgelere kısa sürede ulaşabilir.

Hastanede Verilen hizmetin Kalitesinin Ölçülmesine Veri Hazırlamak: Herhangi bir hastalığa veya ameliyata ait indeks kartında aynı hastalığı geçiren veya aynı ameliyatı olan hastalar ile ilgili dosya numarası, hastanede kaldığı gün sayısı, tedavi sonucu vb. bilgiler bulunmaktadır. Bu bilgiler ve hasta dosyaları incelenerek aynı tanı konulan farklı hastalara verilen hasta bakım ve tedavi hizmetinin niteliği ve niceliği değerlendirilebilir. Bu tür çalışmalarda hastalık ve ameliyat indeksleri önemli birer veri kaynaklarıdır.

Epidemiyolojik ve Enfeksiyon Kontrol Çalışmalarına Veri Hazırlamak: İndeks kartları, hastanede takip ve tedavi edilen enfeksiyon hastaları ile ilgili bilgilere ulaşma imkanı sağlar. Hastaneye müracaat eden hastaların yaş, cinsiyet, hastalık türleri ve uygulanan tedavi hakkındaki bilgiler epidemiyolojik ve enfeksiyon kontrol çalışmalarında kullanılır.

Tehşis ve Tedavide kullanılan Yöntemlerin Gerekliliğini ve Uygunluğunu Belirlemek: Hastalık veya ameliyat indeks kartı kullanılarak aynı tanı ile takip edilen hastalara uygulanan tedavi yöntemleri hasta dosyaları kullanılarak incelenebilir. Uygulanan yöntemler ve sonuçlar değerlendirilerek farklılıklar var ise nedenleri araştırılır. Kullanılan tedavi yöntemlerinin gerekliliği ve uygunluğu değerlendirilir.

Sağlık Personeli ve Öğrenciler İçin Eğitim Materyali Sağlamak: Sağlık personeli ve öğrenciler indeks kartlarını kullanarak aynı tür hastalık ve ameliyatla ilgili hasta dosyalarına en kısa sürede ve kolay bir şekilde ulaşabilirler. Hasta dosyalarındaki hastaya ait hastalık ve tedavi yöntemleriyle ilgili bilgileri eğitim materyali olarak kullanabilirler.

Bu indekslerden elde edilen veriler, hastane yöneticileri, planlama birimleri, eğitim programları hazırlayan birimler, sigorta kuruluşları ve kalite denetimi yapan kuruluşlar tarafından da kullanılabilir.

Hastalık ve Ameliyat İndekslerinin İçeriği

Hastalık ve ameliyat indekslerinde aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır.

- Dosya numarası
- Hastanın cinsiyeti
- Hastanın yaşı
- Doktorun adı,
- Tedavi sonuçları
- Hastanın hastaneye giriş tarihi, kaldığı gün sayısı ve çıkış tarihi
- Başka tanı ve ameliyatlar

İndekslerin kullanılabilmesi için tanı ve ameliyatların doğru kodlanması son derece önemlidir. Tanı ve ameliyatları kodlayan kişinin, konusunda eğitim almış, gerekli bilgi ve beceriye sahip olması gerekir.

Bir “Hastalık ve Ameliyat İndeks Kartı” örneği aşağıdadır.

Doktor İndeksi							
Doktorun Adı Soyadı:				Servis:		Yıl:	Kart Nu
Dosya Nu	Servis	Hastanın Adı Soyadı	Sonuç	Dosya Nu	Servis	Hastanın Adı Soyadı	Sonuç

Şekil 3.15: Doktor İndeksi

UYGULAMA FAALİYETİ

İşlem Basamakları	Öneriler
<ul style="list-style-type: none">➤ Eski hastanın dosyasını çıkarmak.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta daha önce hastaneye gelmiş ise dosyasını çıkartınız.➤ Hastanın dosyasını dosya numarası ile arşivden çıkartınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Yeni hastaya dosya düzenlemek	<ul style="list-style-type: none">➤ Hastaneye ilk kez gelen hastanın dosyasını kullanılan numaralama sistemine uygun olarak düzenleyiniz.➤ Hasta ile ilgili tüm bilgileri dikkatlice yazdıktan sonra dosya numarasını veriniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

ÖLÇME SORULARI

Aşağıdaki sorulara cevap vererek kendinizi değerlendiriniz

Doğru bulduğunuz sorunun başına (D) yanlış bulduğunuz sorunun başına (Y) harfi yazınız.

1. Belge üretim faaliyetlerinin amacı; kurumlardaki belge işlemlerinin en hızlı, doğru ve ekonomik bir biçimde gerçekleştirilmesidir.
2. Mikroformalar belge çeşitlerindedir.
3. Tıbbi dökümantasyonlar doğru bilgi içermezler.
4. Hasta dosyaları hastane ve hastaya zaman kazandırmaz.
5. Hasta dosyaları adli tıp vakalarında ilgili şahıslar, sağlık kurumları, doktorlar ve adli makamlar için büyük önem taşırlar.
6. Hastane giriş kâğıdı hasta dosyalarını oluşturan formlardandır.
7. Kronolojik sistem hasta dosyalarının numaralanması ve sıralanmasında kullanılan bir sistemdir.
8. Hasta indeksi, hastaneler veya diğer sağlık kuruluşları tarafından kabul edilen bütün hastalar için kullanılmaz.

DEĞERLENDİRME

Sonuçlarınızı cevap anahtarı ile karşılaştırınız. Doğru sayınız 7 ise, bir sonraki çalışma faaliyetine geçebilirsiniz, 6 ise çalışmalarınızı öğretmeninizle tekrar değerlendiriniz.

Doğru sayınız 5 veya daha azsa bu öğrenme faaliyetini tekrar gözden geçirmelisiniz.

MODÜL DEĞERLENDİRME

Değerlendirme Ölçütleri

Değerlendirme Ölçütleri	Evet	Hayır
En yakın sağlık kuruluşuna giderek hasta kayıtlarının nasıl yapıldığını incelediniz mi?		
En yakın sağlık kuruluşuna giderek hasta dosyalarının nasıl hazırlandığını incelediniz mi?		
Herhangi bir hastaneye giderek hasta kayıtlarının nasıl yapıldığı konusunda bilgi edindiniz mi?		
Herhangi bir hastaneye giderek hasta randevularının nasıl alındığı konusunda bilgi edindiniz mi?		

DEĞERLENDİRME

Yaptığınız değerlendirme sonucunda eksikleriniz varsa öğrenme faaliyetlerinizi tekrarlayınız.

Modülü tamamladığınız için tebrik ederiz. Öğretmeniniz size çeşitli ölçme araçları uygulayacaktır. Öğretmeninizle iletişime geçiniz.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ -1 CEVAP ANAHTARI

Soru	Cevap
1	D
2	D
3	Y
4	D
5	Y

ÖĞRENME FAALİYETİ -2 CEVAP ANAHTARI

Soru	Cevap
1	D
2	Y
3	D
4	D
5	Y

ÖĞRENME FAALİYETİ -3 CEVAP ANAHTARI

Soru	Cevap
1	D
2	D
3	Y
4	Y
5	D
6	D
7	D
8	Y

KAYNAKÇA

- TENGİLİMOĞLU, Dilaver, Nilgün ÇITAK **Yönetici ve Tıp Sekreterliği**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2003.
- UÇMAZ Ramazan, **Tıbbi Dökümantasyon 1**, Uludağ Üniversitesi Yayınları, Bursa,2004.
- ARTUKOĞLU M.Adil, Aslan, KAPLAN, Ali YILMAZ, **Tıbbi Dökümantasyon**, Türk Sağlık Eğitim Vakfı, Ankara 2002