

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ	
00	02	05				PATOLOJİ LABORATUVAR HİZMETLERİ	280
00	02	05	01	00		Laboratuvarda çalışılan tüm test ve uygulamaları içeren rehber hazırlanmalıdır.	10
00	02	05	01	01		Test ve uygulama rehberi;	
00	02	05	01	01		o Örnek türünü,	
00	02	05	01	01		o Örnek kabul ve ret kriterlerini,	
00	02	05	01	01		o Örnek alımı ile ilgili kuralları,	
00	02	05	01	01		o Örneklerin uygun şekilde alınması ve uygun şekilde transferini (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek),	
00	02	05	01	01		o Örnek kaplarının uygun şekilde etiketlenmesini,	
00	02	05	01	01		o Ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgiyi,	
00	02	05	01	01		o Örneklerin çalışma zamanını,	
00	02	05	01	01		o Sonuç verme sürelerini içermelidir.	
00	02	05	01	02		Test rehberi hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	02	05	02	00		Patoloji tetkik istek formu hasta ile ilgili gerekli bilgileri içerecek şekilde düzenlenmelidir.	10
00	02	05	02	01		Tetkik istek formunda;	
00	02	05	02	01		o Hastanın adı, soyadı,	
00	02	05	02	01		o Hastanın doğum tarihi,	
00	02	05	02	01		o Dosya numarası (ve/veya barkod numarası),	
00	02	05	02	01		o Sorumlu doktorun ismi,	
00	02	05	02	01		o Taniya yardımcısı;	
00	02	05	02	01		▪ Klinik öykü ve fizik muayene bulguları,	
00	02	05	02	01		▪ Laboratuvar sonuçları,	
00	02	05	02	01		▪ Ön tanı,	
00	02	05	02	01		▪ Önceki patoloji tanıları yer almalıdır.	
00	02	05	03	00		Örneklerin etiketlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	05	03	01		Laboratuvarla ilgili tüm süreçlerde örnek aynı kod ile tanımlanmalıdır.	
00	02	05	04	00		Patoloji laboratuvarının işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	02	05	04	01		Yazılı düzenleme;	
00	02	05	04	01		o Makroskobik değerlendirmeyi,	
00	02	05	04	01		o Mikroskobik değerlendirmeyi,	
00	02	05	04	01		o Histokimyasal boyama yöntemlerini,	
00	02	05	04	01		o Sitolojik değerlendirmeyi,	
00	02	05	04	01		o Kalite kontrol çalışmalarını,	
00	02	05	04	01		o Patoloji raporlarının hazırlanmasını,	
00	02	05	04	01		o Panik tanı kriterleri ve bildirimini,	
00	02	05	04	01		o Sonuçların hastaya ve hekime ulaştırılmasını,	
00	02	05	04	01		o Blok, preparat ve raporların arşivlenmesini kapsamalıdır.	
00	02	05	05	00		Laboratuvarda bulunan cihazlar için düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	05	05	01		Laboratuvarda bulunan tüm tıbbi cihazlar için envanter oluşturulmalıdır. Bu envanterde;	
00	02	05	05	01		o Cihazın adı,	
00	02	05	05	01		o Markası,	
00	02	05	05	01		o Modeli,	
00	02	05	05	01		o Üretim tarihi,	
00	02	05	05	01		o Seri numarası,	
00	02	05	05	01		o Temsilci firmanın adı,	
00	02	05	05	01		o Hizmete giriş tarihi bulunmalıdır.	
00	02	05	05	02		Laboratuvarda bulunan her cihaz için bir dosya oluşturulmalıdır. Bu dosyada;	
00	02	05	05	02		o Kullanım kılavuzu veya CD'si	
00	02	05	05	02		o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları,	
00	02	05	05	02		o Varsa kalite kontrol sonuçları,	
00	02	05	05	02		o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık vb),	
00	02	05	05	02		o Arıza bildirim formları,	

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	05	05	02		o Firma iletişim bilgileri,	
00	02	05	05	02		o Kullanıcı eğitim sertifikaları bulunmalıdır.	
00	02	05	06	00	H	Özel teknikler ile çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	15
00	02	05	06	01	H	Histokimyasal, immünohistokimyasal, immünflorasans, FISH ve moleküler patoloji testlerinde her çalışmada pozitif ve negatif kalite kontrol çalışması yapılmalıdır.	
00	02	05	07	00		İntraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	05	07	01		İntraoperatif konsültasyon süreci ile ilgili yazılı düzenleme hazırlanmalıdır. Yazılı düzenleme;	
00	02	05	07	01		o Örneğin kabul ve ret kriterlerini,	
00	02	05	07	01		o Dondurma işlemini,	
00	02	05	07	01		o Kesme ve boyama ile ilgili işlemlerini,	
00	02	05	07	01		o Sonucun bildirilmesini kapsamalıdır.	
00	02	05	07	02		Sonuç verme süreleri belirlenmeli,	
00	02	05	07	02		o Sonuç verme süreleri değerlendirilmeli,	
00	02	05	07	02		o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	02	05	07	03		İntraoperatif konsültasyon (frozen section) kesitleri saklanmalı,	
00	02	05	07	03		o Preparat arşivinde frozen kesitler olguya ait kalıcı kesitler ile birlikte saklanmalıdır.	
00	02	05	08	00		Bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	02	05	08	01		Yazılı düzenleme;	
00	02	05	08	01		o Konsültasyon istemini,	
00	02	05	08	01		o Dış konsültasyonda örneğin transferini,	
00	02	05	08	01		o Konsültasyon sonucunun rapora yazılmasını,	
00	02	05	08	01		o Konsültasyon sonucu gelince ek raporla sonucun hastaya ve/veya hekimine nasıl bildireceğini kapsamalıdır.	
00	02	05	09	00	H	Panik tanı kriterlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	02	05	09	01	H	Panik tanı kriterleri listesi oluşturulmalıdır.	
00	02	05	09	02	H	Panik tanı sonuçları bildirilmeli,	
00	02	05	09	02	H	o Bildirimlerde; bildiri yapan kişi, bildirim yapılan kişi, panik değer sonucu, bildirim yapıldığı tarih ve saat kayıt edilmelidir.	
00	02	05	10	00		Rapor hazırlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	05	10	01		Raporda;	
00	02	05	10	01		o Taniya ulaşmada kullanılan yöntemlerin tümü,	
00	02	05	10	01		o Ön tanı ve patoloji tanısı,	
00	02	05	10	01		o Konsültasyon tanısı,	
00	02	05	10	01		o İntraoperatif konsültasyon (frozen section) tanısı yer almalıdır.	
00	02	05	11	00		Arşivlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	05	11	01		Raporlar, bloklar, lamalar ve elektronik kayıtların tümü arşivlenmelidir.	
00	02	05	11	01		o Bloklar en az 10 yıl,	
00	02	05	11	01		o Lamalar en az 20 yıl,	
00	02	05	11	01		o Raporlar süresiz,	
00	02	05	11	01		o Elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.	
00	02	05	11	02		Blok ve lamalar 18-23°C sıcaklıkta saklanmalıdır.	
00	02	05	11	03		Hastaya ait kalan dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az bir ay saklanmalıdır.	
00	02	05	12	00		Doku takip solüsyonları ve banyo suları belirlenmiş aralıklarla değiştirilmelidir.	10
00	02	05	12	01		Laboratuvarın yoğunluğuna göre doku takip solüsyonları düzenli aralıklarla değiştirilmelidir.	
00	02	05	12	02		Banyoların günlük temizliği ve su değişimi yapılmalıdır.	
00	02	05	13	00		Laboratuvar süreçlerine yönelik performans değerlendirmesi yapılmalıdır.	15
00	02	05	13	01		Preanalitik, analitik ve postanalitik süreçler ile ilgili aylık değerlendirme yapılmalıdır.	
00	02	05	13	02		Değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
00	02	05	14	00		Laboratuvar ortamında sıcaklık ve nem takipleri yapılmalıdır.	10
00	02	05	14	01		Laboratuvar ortamında sıcaklık takibi gerektiren cihazların sıcaklık takibi yapılmalı,	
00	02	05	14	01		o Etüv, derin dondurucu, su banyosu, ve buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	
00	02	05	14	02		Laboratuvar ortamının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	
00	02	05	14	03		Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
00	02	05	15	00		Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	05	15	01		Laboratuvar Güvenlik Rehberi hazırlanmalıdır. Bu rehber asgari;	
00	02	05	15	01		o Laboratuvar çalışanlarının uyması gereken kuralları,	

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02	05	15	01		o Kullanılan kimyasal maddelere karşı alınması gereken tedbirleri,	
00	02	05	15	01		o Yangına karşı alınması gereken tedbirleri,	
00	02	05	15	01		o Elektrik güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri kapsmalıdır.	
00	02	05	15	02		Giriş ve çıkışlara ilişkin kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.	
00	02	05	15	03		Temizlik ve dezenfeksiyon kuralları belirlenmeli, uygulanmalı, ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	02	05	15	04		Laboratuvar çalışanlarına laboratuvar güvenliği ile ilgili eğitim verilmelidir.	
00	02	05	16	00	Ç	Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır.	15
00	02	05	16	01	Ç	Makroskobik kabin kullanılmalıdır.	
00	02	05	16	02	Ç	Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelerin arındırılmasına yönelik havalandırma sistemi bulunmalıdır.	
00	02	05	16	03	Ç	Laboratuvar havasının formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmeli,	
00	02	05	16	03	Ç	o Ölçüm solunum düzeyinde yapılmalı,	
00	02	05	16	03	Ç	o 8 saatlik solunan miktar değerlendirilmeli,	
00	02	05	16	03	Ç	o Ölçülen maddeye göre 15 veya 30 dakikalık maksimum solunan değer ölçülmelidir.	
00	02	05	17	00		Hastane dışında yapılan testlere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	05	17	01		Hastane dışında yapılan testlere yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;	
00	02	05	17	01		o İstemin yapılması ve örneğin laboratuvara ulaştırılmasını,	
00	02	05	17	01		o Sonuç raporlarının hastaneye ulaştırılmasını,	
00	02	05	17	01		o Raporların hastaneye ulaştırılma sürelerini kapsmalıdır.	
00	02	05	17	02		Testlerin çalışıldığı laboratuvar, hizmet kalite standartlarının karşılanma durumu açısından değerlendirilmelidir.	
00	02	05	17	02		o Patoloji Laboratuvarı Hizmet Kalite Standartlarından; 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11 nolu standartların uygunluğu açısından hizmet sunan kurum yılda en az 2 kez hastane tarafından değerlendirilmelidir.	
00	02	05	17	03		Hasta sonuç raporunda testlerin çalışıldığı kurumun adı ve hastane adı bulunmalıdır.	
00	01	01	09	00		İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.	10
00	01	01	09	01		Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
00	01	01	12	00		Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	15
00	01	01	12	01		Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır.	
00	01	01	45	00	Ç	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	15
00	01	01	45	01	Ç	Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
00	01	01	45	02	Ç	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	01	01	45	03	Ç	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	01	01	52	00	H	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	01	52	02	H	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	
00	01	01	52	03	H	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,	
00	01	01	52	03	H	o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	01	52	04	H	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;	
00	01	01	52	04	H	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,	
00	01	01	52	04	H	o Kalibrasyon tarihi,	
00	01	01	52	04	H	o Geçerlilik süresi,	
00	01	01	52	04	H	o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	01	01	53	00		Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	01	53	01		Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.	
00	01	01	53	02		Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
00	01	01	53	03		Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
00	01	01	53	04		Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.	
00	01	01	53	04		o Kontrol aralıkları,	
00	01	01	53	04		o Kontrol sorumluları belirlenmelidir.	
00	01	01	55	00		Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	01	55	01		Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.	
00	01	01	55	02		Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
00	01	01	55	03		Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,	
00	01	01	55	03		o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.	
00	01	01	55	04		Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,	
00	01	01	55	04		o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.	
00	01	08	04	00		Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	01	08	04	01		Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.	
00	01	08	04	02		Uygun atık kutuları kullanılmalıdır.	
SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ							
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ							
Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR	Puan
00	02					SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ	
00	02	06				GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	230
00	02	06	01	00		Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	06	01	01		Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan (TAEK) lisansı bulunmalıdır.	
00	02	06	01	02		Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan aspirasyon sistemi bulunmalıdır.	
00	02	06	01	03		Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.	
00	02	06	02	00		Görüntüleme hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	02	06	02	01		Randevu verme ile ilgili düzenleme yapılmalı,	
00	02	06	02	01		o Randevu verme süreleri belirlenmeli,	
00	02	06	02	01		o Hasta ve yakınları randevu süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
00	02	06	02	02		Sonuç verme ile ilgili düzenleme yapılmalı,	
00	02	06	02	02		o Sonuç verme süreleri belirlenmeli,	
00	02	06	02	02		o Hasta ve yakınları sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
00	02	06	02	03		Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmeli,	
00	02	06	02	03		o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı,	
00	02	06	02	03		o Gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
00	02	06	03	00		Hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	06	03	01		Hastalara ait giyinme odası/kabini bulunmalıdır.	
00	02	06	03	02		Hastaların kullanacağı örtü/önlük temiz olmalıdır.	
00	02	06	03	03		Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.	
00	02	06	04	00	H	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	15
00	02	06	04	01	H	Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalı,	
00	02	06	04	01	H	o Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.	
00	02	06	04	02	H	Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir.	
00	02	06	04	03	H	Gebe ve gebelik şüphesi olanlarda bebeği koruyucu önlemler alınmalıdır.	
00	02	06	05	00	Ç	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	20
00	02	06	05	01	Ç	Radyasyon koruyucular kullanılmalı,	
00	02	06	05	01	Ç	o Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.	
00	02	06	05	02	Ç	Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için;	
00	02	06	05	02	Ç	o Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu ölçülmeli,	
00	02	06	05	02	Ç	o Yıllık toplam radyasyon dozu ölçülmeli,	
00	02	06	05	02	Ç	o Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.	
00	02	06	05	03	Ç	Çalışanların muayene ve tetkikleri yapılmalı,	
00	02	06	05	03	Ç	o Altı ayda bir kez hemogram,	
00	02	06	05	03	Ç	o Altı ayda bir kez periferik yayma,	
00	02	06	05	03	Ç	o Yılda bir kez dermatolojik muayene yapılmalıdır.	
00	02	06	06	00	G	Radyasyon koruyucularının kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	02	06	06	01	G	Radyasyon koruyucularının etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir.	
00	02	06	06	02	G	Kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.	
00	02	06	07	00		Hastane dışında yapılan görüntüleme hizmetlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	06	07	01		Bu sürece ilişkin yazılı bir düzenleme hazırlanmalıdır. Yazılı düzenleme;	
00	02	06	07	01		o İstemin yapılmasını,	
00	02	06	07	01		o Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesini,	