



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**S.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ
FAKÜLTESİ**

**ACİL DURUM VE AFET
YÖNETİMİ PLANI VE
RİSK ANALİZİ**

04 EKİM 2024



SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ
KONYA - 1975

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ PLANI			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu AD.PL.04	Yayın tarihi 01.12.2015	Revizyon No 03	Revizyon tarihi 04.10.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

İçindekiler

1.0 AMAÇ.....	5
2.0 KAPSAM	5
3.0 TANIMLAR	5
4.0 MESULLER	6
5.0 PROSEDÜR	6
5.1 Akım Şeması.....	6
5.2 Uygulamanın Açıklaması	6
5.3 Acil Durumlara Hazırlık ve Tepki	7
5.4 Acil Durum Organizasyonu ve Sorumlulukları	7
5.5 Acil Durum Yöneticisi	7
5.6 Ekipler Lideri	7
5.7 Kurtarma ve Koruma Ekibi	8
5.8 Yangın Söndürme Ekibi	8
5.9 İlk Yardım Ekibi	8
5.10 Tüm Çalışanlar ve Ziyaretçilerin Bilgilendirilmesi:	8
5.11 Fakülte Planı	8
5.12 Acil Durum Tatbikatları	8
5.13 Acil Durum Ekipmanları ve Teçhizatları	9
5.14 Acil Durumlar ve Alınacak Önlemler	9
6.0 KAYITLAR :.....	9
7.0 REFERANSLAR VE ACİL DURUM EKİPLERİ :.....	10
7.1 ACİL DURUMLARDA ÖNCELİKLE ARANACAKLAR LİSTESİ	10
7.2 YANGIN MÜCADELE VE SÖNDÜRME EKİBİ:	11
7.3 İLK YARDIM EKİBİ:	12
7.4 KURTARMA EKİBİ:	13
7.5 KORUMA EKİBİ:	14
8. TAHLİYE PLANLARI	14
8.1. Tahliye Şekilleri.....	15

8.2. Tahliye Kararının Verilmesi	15
8.3. Tahliye Triağı	16
8.4. Fakültenin Tahliyesinde Sorumlular	17
8.5. S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nin Tahliye Planı	17
8.5.1. A Blok Binası'nın Tahliyesi	18
8.5.2. B Blok Binası'nın Tahliyesi	19
9.FAKÜLTE KAT KROKİLERİ ve ACİL ÇIKIŞ LEVHALARI	20
10.FAKÜLTE İÇİ AFET İLETİŞİM PLANLAMASI.....	30
11.FAKÜLTE ALARM KODLARI ve ÖZEL DURUM PLANLAMASI	30
11.1.Beyaz Kod – Güvenlik	30
11.2.Mavi Kod - Medikal Acil / Kardiak Arrest	31
11.3.Kod Afet (Deprem)	34
11.4.Kırmızı Kod - Yangın (4444)	39
12. RİSK MİNİMALİZASYONU İÇİN ALINACAK TEDBİRLER	44
12.1.Laboratuvar Kazalarına Karşı Alınan Korunma Tedbirleri.....	45
13. TRIAJ PLANLAMASI.....	50
13.1. Afetlerde Triağ Kategorileri	50
13.2. Afet Halinde Kurulacak Alanlar	52
14. TIBBİ ATIK ve ÇÖP YÖNETİMİ PLANLAMASI	55
14.1.Tıbbi Atıkların Yönetimi	55
14.2. Çöp Yönetimi.....	59
14.2.1.Ambalaj Atıkları	60
14.2.2. Evsel Nitelikli Atıklar	61
15. BASINLA İLİŞKİLER PLANLAMASI	63
16. PERSONEL AİLELERİNE YÖNELİK PLANLAMA	64
17.YOTA PLANLAMASI.....	65
18.FAKÜLTE GÜVENLİĞİ ve TESİS GÜVENLİĞİNE YÖNELİK PLANLAMA	66
18.1. Fakülte Güvenliği.....	66
18.2. Tesis Güvenliği	67
19. TEHLİKELİ MADDELERİN YÖNETİMİ	67
20. TIBBİ EKİPMANLARIN YÖNETİMİ.....	69
21. KURUMLARARASI KOORDİNASYON PROSEDÜRÜ	75
22. KAYITLARIN TUTULMASI ve ALTERNATİF PLANLAMA.....	75

23. YÜRÜLÜK	75
24. ACİL DURUM AKIŞ ŞEMALARI	76
<u>24.1 ACİL DURUM ORGANİZASYON YAPISI</u>	<u>76</u>
24.2 DEPREM ACİL DURUM PLANI.....	77
24.3 İŞ KAZASI MÜDAHALE PLANI.....	78
24.4 TERÖRMÜDAHALE PLANI.....	79
24.5 SABOTAJ ACİL DURUM PLANI	80
24.6 YANGIN MÜDAHALE PLANI	81
24.7 ZEHİRLENMELER ACİL DURUM PLANI	82
24.8 ELEKTRİK ÇARPMASI ACİL DURUM PLANI.....	83
24.9 DÖKÜLME SIZINTI MÜDAHALE PLANI.....	84
24.10 RADYOAKTİF ACİL DURUM PLANI	85
24.11 SÖNDÜRME MADDELERİ YANGIN TÜRLERİNE GÖRE KULLANIM ŞEMASI	86
<u>24.12 ACİL DURUM TELEFON LİSTESİ</u>	<u>87</u>
25. ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ RİSK DEĞERLENDİRME RAPORU.....	88

1.0 AMAÇ

“SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ'NİN” “SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ALAEDDİN KEYKUBAT YERLEŞKESİ- KONYA” adresinde faaliyette bulunduğu alanlarda, karşılaşılabilecek olayların ve acil durumların meydana gelme olasılığını tahmin etmek, bu durumlarda yapılacakları belirlemek ve bunlardan kaynaklanabilecek muhtemel yaralanma ve hastalıkları, çevresel etkileri önlemek veya azaltmak için planlar ve yöntemler oluşturmak ve bunları sürdürmektir

2.0 KAPSAM

“SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ'NİN” “SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ALAEDDİN KEYKUBAT YERLEŞKESİ - KONYA” adresinde faaliyet gösterdiği tüm eğitim, öğretim, barınma ve klinik alanlarında karşılaşılabilecek yangın, kaza, deprem, çeşitli tehditler ve çevre kazalarını kapsar.

3.0 TANIMLAR

Kaza: Kasıt söz konusu olmaksızın, beklenmedik bir zamanda ve şekilde, yaralanmalara, can ve mal kayıplarına neden olan olay.

Olay: Ortaya çıkan, oluşan durum; ilgiyi çeken veya çekebilecek nitelikte olan her türlü iş, hadise, vaka.

Afet: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur.

Ani gelişen afet: Deprem, fırtına, hortum, çığ, kaya düşmesi, volkan, yangın, heyelan, ani sel, su taşkını, tsunami gibi yıkıcı etkileri aniden ortaya çıkan doğa kaynaklı afet.

Doğa kaynaklı afet: Deprem, sel, heyelan, çığ, kuraklık, fırtına, dolu, hortum, kuraklık, göktaşı düşmesi vb. gibi oluşumu engellenemeyen jeolojik, meteorolojik, hidrolojik, klimatolojik, biyolojik ve kaynağı dünya dışında olan tehlikelerden kaynaklanan doğa olaylarının sonuçlarına verilen genel ad.

Acil Durum: Büyük, fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hâller. 5902 sayılı kanunda, “Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hâli” olarak tanımlanmıştır..

Acil durum planlaması: İnsanın canı ve malıyla diğer aktivitelerinin, olağan dışı olayların sonuçlarından en az kayıp ve zararla kurtulabilmesi için yapılması gereken iş ve işlemlerin, olaylar olmadan önce planlaması ve olay sırasında; zamanında, hızlı ve etkili bir şekilde uygulanmasını gerektiren tüm faaliyetler.

Acil yardım planlaması: Müdahale ekipleri arasında iş birliği ve ortak çalışmaların düzenlenmesini sağlamak amacıyla acil yardım planlarının hazırlanması, sürekli güncel tutulması ve geliştirilmesi; planda görev üstlenen kişi ve kuruluşların eğitim ve tatbikatlarla geliştirilmesini ve koordineli çalışmasını kapsayan olay yeri ekipleri ve olayın komuta merkezleri yönetiminin planlama süreci.

Toplanma Noktası: Acil durumlarda, işyerinde, çalışanların ve diğer ilgili tarafların, emniyetli alanlarda toplanmasını sağlamak için Fakülte Yönetimi tarafından tespit edilen yerdir.

4.0 MESULLER

DEKAN	İşyerinde, acil durumlarla ilgili önlemlerin alınmasını ve gerekli kaynakları sağlamak. İşyerin de acil durum planlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını sağlamak.
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULU	İşyerinde acil durumlarla ilgili tedbirlerin yeterliliğini ve ekiplerin çalışmalarını izlemek, tatbikat, kaza ve acil durum oluşmasından sonra araştırma ve inceleme yaparak üst yönetime raporlama yapmak.
ACİL DURUM EKİBİ VE İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ BİRİMİ	İşyerinde acil durumlarla ilgili önlemleri almak ve gerekli kaynakları tespit etmek. İşyerinde acil durum planlarını hazırlamak ve uygulamak.
YÖNETİM TEMSİLCİSİ	Merkez Ofiste, acil durum önlemlerini almak, acil durum faaliyetlerini gerçekleştirmek ve acil durum için gerekli kaynakları belirlemek. İşyerlerinin acil durum önlemlerini takip etmek

5.0 PROSEDÜR

5.1 Akım Şeması

5.2 Uygulamanın Açıklaması

“SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ'NİN” olası acil durumlar için izleyeceği yol aşağıdakileri içerir:

Acil durumların belirlenmesi

- İşyeri acil durum planlarının hazırlanması,
- İşyeri acil durum organizasyonunun ve sorumluluklarının belirlenmesi,
- İşyeri acil durum ekipmanlarının ve teçhizatının belirlenmesi,
- İşyeri yönetiminin resmi ve özel kuruluşlarla iletişiminin belirlenmesi,
- Tahliye planlarının hazırlanması,
- Tatbikatların yapılması

Bu çerçevede, “Acil Durum Prosedürü”, acil durumlara hazırlık ve tepki, acil durum türleri ve alınacak önlemleri değerlendirmektedir. İş Sağlığı Güvenliği Tehlike Risk Değerlendirmesi ile Çevresel Boyut Etki Değerlendirme tabloları çalışma grupları tarafından her projenin başında hazırlanıp, güncellenerek önemli etki ve risklerle birlikte “ACİL” durumlar tablolarda belirlenir.

“SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ'NE” özgü oluşabilecek acil durumlar için, İş Sağlığı Güvenliği Birimi ve Fakülte Yöneticileri ile Birim Şefleri ve Yönetim Temsilcisi tarafından Acil Durum Planı hazırlanır.

5.3 Acil Durumlara Hazırlık ve Tepki

Acil Durum Planı aşağıdakileri içerir,

- Acil durum organizasyonu ve sorumlulukları,
- Acil durumlarda, başvurulacak resmi ve özel kuruluşların tespiti ve bu kuruluşlarla yapılacak işlerin tarif edilmesi,
- Acil durumlarda, üçüncü kişilerin ve diğer çalışanların uyacakları kuralların belirlenmesi
- Acil durumlarda, Fakülte/işyeri tahliye planının hazırlanması,
- Acil durum tatbikatları,
- Acil durum planının gözden geçirilmesi,
- Acil durum planları, işyerlerinin görülebilecek yerlerine asılır.

5.4 Acil Durum Organizasyonu ve Sorumlulukları

Acil durum planında görevli ekiplerin ve diğerlerinin sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir: 9 Eylül 2009 tarih ve 27344 sayılı Binalarda Yangından Korunması Hakkında Yönetmeliğin 126'ncı maddesinin (3) bendine göre; Ekipler, 136'ncı madde uyarınca çıkarılan iç düzenlemeleri yürütmekle görevlendirilen amirin belirleyeceği ihtiyaca göre, en büyük amirin onayıyla kurulur. Söndürme ve kurtarma ekipleri en az 3'er kişiden; koruma ve ilk yardım ekipleri ise, en az 2'ser kişiden oluşur. Kurumda İş Güvenliği servisleri kurulmuş ise, söz konusu ekiplerin görevleri bu servislerce yürütülür.

5.5 Acil Durum Yöneticisi

Fakültede Fakülte yöneticisi, yangın ve ilk yardım konusunda eğitimli ve deneyimli herhangi bir birim sorumlusu, İş Sağlığı Güvenliği birim sorumlusu Acil Durum Yöneticisidir.

Acil durum yöneticisinin sorumlulukları şunlardır:

- a. İşyerlerinin Acil Durum Müdahale Ekiplerinin kurulmasını sağlamak ve sorumlulukları dağıtmak.
- b. Acil durumlar öncesi gerekli kaynakların teminini planlamak ve sağlamak.
- c. İşyeri Acil Durum Planının ve Acil Durum Prosedürünün uygulanmasını sağlamak.
- d. Acil durum talimatlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını sağlamak.
- e. Acil Durumlarda, Acil Durum Ekiplerini harekete geçirmek ve iletişimi tek elden yönetmek.
- f. Acil durum sahasının emniyetli boşaltılmasını sağlamak.
- g. Acil durumlarda, resmi ve özel kuruluşlarla gerekli iletişim ve işbirliğini sağlamak.
- h. İşyerlerinde meydana gelen acil durumları Yönetim Temsilcisine raporlamak.

5.6 Ekipler Lideri

- Acil Durum Yöneticisinin talimatına göre hareket etmek.
- Eğer güvenli ise acil durum sahasına gitmek ve durumu değerlendirmek.
- Acil Durum Ekiplerinin çalışmalarını kontrol etmek ve koordine etmek.
- Diğer resmi kurumların çalışmalarına yardım etmek.
- Meydana gelen olayları, alınan ve/veya alınması gereken önlemleri, Acil Durum Yöneticisine raporlamak.
- Acil durumlarda, acil durum sireni/alarımını çalmak. (Fakülte Teknik servis sorumlusu veya birim amirleri)
- Acil durum çıkışlarını kontrol etmek

5.7 Kurtarma ve Koruma Ekibi

- Yangın, patlama, sel baskınları, büyük boyutlu bina ve toprak çökmeleri ile tehlikeli kimyasalların etkilerine maruz kalanları vb. kurtarmak.
- Acil durumlarda, tüm çalışanları, emniyetli alanlarda toplamak.
- Yangın, patlama, çöküntülerde ve diğer tehlikeli durumlarda, önemli ve acil kurtarılması gereken evrak ve malzemeleri kurtarmak ve bunları emniyetli bir alanda muhafaza etmek.
- Önemli evrak ve malzemeleri korumak ve bunların korunduğu alanlara ve diğer tehlikeli yerlere başkalarının girmesini önlemek.
- Acil durum sahasında, çağrılan yetkili kuruluşların çalışmalarına destek olmak.

5.8 Yangın Söndürme Ekibi

- Yangın esnasında, elektrik şalterlerinin kapalı olduğundan emin olmak.
- Yangın söndürme araçları ile itfaiye gelinceye kadar yangınla mücadele etmek.
- Yangının yayılmasına karşı gerekli önleyici tedbirler almak

5.9 İlk Yardım Ekibi

- Acil durumlarda, yaralılara, ilkyardımda bulunmak.
- Sağlık durumları ciddi olanların, en yakın sağlık kuruluşuna ulaşmasını sağlamak.

5.10 Tüm Çalışanlar ve Ziyaretçilerin Bilgilendirilmesi:

- Tüm çalışanlar ve ziyaretçiler, herhangi bir acil durum olasılığına karşı, aşağıdaki konularda bilgilendirilir:
- Bir acil durum tespit ettiğinde durumu telefonla ilgili sorumlulara bildirmesi;
- İlgili kimselere adını, acil durum yerini ve türünü bildirmesi;
- Ekiplerde görevli değilse acil durum toplanma alanına gitmesi;
- Kendini riske atmaması;
- Acil Durum kontrol altına alınamayacak durumda ise, müdahale etmemesi.
- Ziyaretçilere refakat edilir ve hiçbir müdahalede bulunmaz.

5.11 Fakülte Planı

Saha planları, işyerinin vaziyet (fakülte kat planı) planlarına göre düzenlenir. Bu plan üzerinde, toplanma noktaları, acil çıkışlar, acil durum ekipmanlarının yerleri, ofisler, kamplar, yardımcı tesisler ve tehlikeli yerler, vs. gösterilir. Aynı zamanda, acil çıkışlardan, toplanma noktalarına nasıl gidileceği tanımlanır ve bu planlar işyerlerinin girişlerine, çalışanların görebilecekleri yerlere asılır.

5.12 Acil Durum Tatbikatları

Kurtarma, tahliye ve yangınla mücadele tatbikatları, İş Sağlığı Güvenliği ve Fakülte Yöneticileri tarafından düzenlenir ve tatbikat sonuçları kayıt altına alınır, böylece prosedür ve planlar denenmiş olur. Tatbikatlar en az yasal düzenlemelerin gerektirdiği periyotlarda veya gerekli görülürse daha sık periyotlarda gerçekleştirilir.

5.13 Acil Durum Ekipmanları ve Teçhizatları

Başlıca acil durum ekipmanları şunlardır,

- Siren veya alarm sistemi, jeneratör ve acil durum aydınlatması,
- Yangın söndürme tüpleri ve maskeleri,
- Yangın hortumları, yangın hidrantları ve su depoları ,
- Uyarı levhaları ve emniyet bantları,
- Ambulans (112'den çağrılır),
- İlk yardım araç gereçleri,
- Döküntü önleme ve temizleme (üstüğü, talaş vb.) malzemeleri ve ekipmanları, Haberleşme sistemleri (telsiz, telefon vb.),
- Acil durum ekipmanları Fakülte İş Sağlığı Güvenliği ve Fakülte Yöneticileri tarafından kontrol edilir.
- Jeneratörlerin, acil durum sirenlerinin, yangın söndürücülerin test edilmeleri Teknik servis sorumlusu, İş güvenliği uzmanı ve Fakülte Yöneticileri tarafından sağlanır.

5.14 Acil Durumlar ve Alınacak Önlemler

- Deprem
- Sel baskını ve Şiddetli Fırtına,
- Tehlikeli Kimyasalların Kontrol Dışı Yayılması,
- Kontrol Edilemeyen Gaz, Yağ, Yakıt Sızıntısı,
- Yangın ve/veya Patlama
- Önemli Kazalar
- Tehdit ve Sabotaj,
- Salgın Hastalıklar,
- Zehirlenmeler,
- İş Kazası,

Bu acil durumlarla ilgili detaylar, ilgili talimatlarda yer almaktadır.

“SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ'NDE” kazaların ve acil durumların meydana gelmesinden sonra, acil duruma hazırlıklı olmayı ve müdahale prosedürlerini belirli zaman aralıklarında gözden geçirir, gerektiğinde yeniden düzenler. Önemli kazalar ve acil durumlarda uygunsuzluğun tekrarını önlemek için “Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Raporu” uygulanır.

6.0 KAYITLAR :

Kayıt	Saklama Süresi	Saklama Yeri	Sorumlu
Acil durum ekipmanların kontrol kayıtları	3 yıl	Dosya	İş sağlığı ve güvenliği birimi ve acil durum ekipleri
Acil durum tatbikatlarının kayıtları			
İş sağlığı ve güvenliği kurulu toplantı tutanakları			
Acil durumların kayıtları	10 yıl	Dosya	
Kaza kayıtları	20 yıl	Dosya	Personel ve muhasebe sorumlusu ve İş Sağlığı güvenliği, Fakülte Yöneticileri

7.0 REFERANSLAR VE ACİL DURUM EKİPLERİ:

- 6331 SAYILI İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU
- BİNALARDA YANGIN YÖNETMELİĞİ
- İL AFET ACİL DURUM YÖNETMELİĞİ

7.1 ACİL DURUMLARDA ÖNCELİKLE ARANACAKLAR LİSTESİ

ADI SOYADI	GÖREVİ	TELEFON	İMZA
Doç. Dr. Firdevs KAHVECİOĞLU	ACİL DURUM YÖNETİCİSİ	34308 532 561 44 61	
Ramazan DÜNDAR	FAKÜLTE SEKRETERİ	31207 5325946754	

7.1.1 YEDEK ÜYE LİSTESİ

ADI SOYADI	GÖREVİ	TELEFON	İMZA
Prof. Dr. Ali RIZA ÇETİN	ACİL DURUM YÖNETİCİSİ	34308 533 616 75 91	
Yasin Er	Baş Teknisyen	31213 505 916 39 83	

ACİL DURUM YÖNETİCİSİNİN GÖREVLERİ

- İşyerlerinin Acil Durum Müdahale Ekiplerinin kurulmasını sağlamak ve sorumlulukları dağıtmak.
- Acil durumlar öncesi gerekli kaynakların teminini planlamak ve sağlamak.
- İşyeri Acil Durum Planının ve Acil Durum Prosedürünün uygulanmasını sağlamak.
- Acil durum talimatlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını sağlamak.
- Acil Durumlarda, Acil Durum Ekiplerini harekete geçirmek ve iletişimi tek elden yönetmek.
- Acil durum sahasının emniyetli boşaltılmasını sağlamak.
- Acil durumlarda, resmi ve özel kuruluşlarla gerekli iletişim ve işbirliğini sağlamak.
- İşyerlerinde meydana gelen acil durumları Yönetim Temsilcisine raporlamak.
- Acil durumlardan kaynaklanan risk ve etkileri en aza indirmek için tedbirleri almak
- Acil durumlarda organizasyon yapmak

YANGIN MÜCADELE VE SÖNDÜRME EKİP ŞEFİNİN GÖREVLERİ

- İşyerinin yangından korunması, kurtarılması, kontrolü ve yangının söndürülmesiyle ilgili tedbirlerin alınması ve aldırılmasını sağlar,
- İşyerinde yürütülecek kurtarma işleri için gerekli tedbirlerin alınması ve aldırılmasını sağlamak.

7.2 YANGIN MÜCADELE VE SÖNDÜRME EKİBİ:

Sıra No	Adı Soyadı	Sorumluluk Alanı	Ekipteki Görevi	Telefon	İmza
1	Zafer UYANIK	Fakülte Geneli	Ekip Başı	31240 5469001226	
2	Ali SÜLE	B Blok	Ekip Personeli	31195 5378309086	
3	Fahri KAHRİMAN	A Blok	Ekip Personeli	34308 5373693733	
4	Kerim UĞURLU	A Blok	Ekip Personeli	31208 5056063588	
5	Mustafa GÖÇMEZ	B Blok	Ekip Personeli	31240 5062026311	
6	Zekeriya ÇELİK	A Blok	Ekip Personeli	31285 5075077511	

YANGIN MÜCADELE VE SÖNDÜRME EKİBİNİN GÖREVLERİ;

- a. Yangın esnasında, elektrik şalterlerinin kapalı olduğundan emin olmak.
- b. Yangın söndürme araçları ile itfaiye gelinceye kadar yangınla mücadele etmek.
- c. Yangının yayılmasına karşı gerekli önleyici tedbirler almak
- d. İşyerinin yangından korunması, kurtarılması, kontrolü ve yangının söndürülmesiyle ilgili tedbirlerin alınması ve aldırılmasını sağlar,
- e. İşyerinde yürütülecek kurtarma işleri için gerekli tedbirlerin alınması ve aldırılmasını sağlamak.
- f. Normal zamanda yangın söndürme sistemlerinin faal durumda olmasını sağlayacaktır.
- g. Tesiste meydana gelecek yangınlara ilk müdahaleyi yapmak. Büyümeden kontrol altına alarak söndürmek,
- h. Tesisteki mevcut karbondioksit, köpük ve kuru kimyevi tozlu yangın söndürme cihazlarının kullanım şekillerini öğrenip, her durumda kullanmak,
- i. Yangın ve yangın tehlikelerini A.D.M.E Başkanına bildirmek,
- j. Can kurtarma faaliyetlerine ve enkazların kaldırılmasına yardım etmek,
- k. Yangın sonrası durumu rapor etmek,

7.3 İLK YARDIM EKİBİ:

Sıra No	Adı Soyadı	Sorumluluk Alanı	Ekipteki Görevi	Telefon	İmza
1	Dr.Öğr.Üyesi Funda ARUN	Fakülte Geneli	Ekip Başı	31278 5327494542	
2	Dr.Öğr.Üyesi Gökhan GÜRSES	B Blok	Ekip Personeli	31151 5052595359	
3	Dr.Öğr.Üyesi Ahmet AKTI	B Blok	Ekip Personeli	31192 5052324301	
4	Dr.Öğr.Üyesi Sefa AYDINDOĞAN	A Blok	Ekip Personeli	31205 5392285277	
5	Dr.Öğr.Üyesi Hatice KÖK	B Blok	Ekip Personeli	31174 5359230191	
6	Dr.Öğr.Üyesi Fatma SAĞ GÜNGÖR	A Blok	Ekip Personeli	31211 5056110073	
7	Dr.Öğr.Üyesi Merve GÜRSES	A Blok	Ekip Personeli	31211 5313747997	
8	Dr.Öğr.Üyesi Tuba YILMAZ SAVAŞ	B Blok	Ekip Personeli	31149 5056603729	
9	Dr.Öğr.Üyesi Firdevs KAHVECİOĞLU	A Blok	Ekip Personeli	31293 5325614461	
10	Dr.Öğr.Üyesi Emine Elif MUTAFCILAR VELİOĞLU	A Blok	Ekip Personeli	31205 5077147710	
11	Dr.Öğr.Üyesi Derya İÇÖZ	A Blok	Ekip Personeli	34308 5398711624	
12	Aysun BÜYÜKEKİZ	A Blok	Ekip Personeli	31218 5302079534	
13	Nurcan AÇAR	B Blok	Ekip Personeli	31143 5054501937	
14	Fatoş AYHAN EKEN	B Blok	Ekip Personeli	31278 5054012004	
15	Alime KANDEMİR	A Blok	Ekip Personeli	31193 5556627414	
16	Bedriye ALKAN	B Bok	Ekip Personeli	31140 5337445093	
17	Gülnur KAYMAKÇIOĞLU	A Bok	Ekip Personeli	31237 5058119203	
18	Sedat YAZICI	A Bok	Ekip Personeli	31290 5066452883	
19	Elife AKBAŞ	B Bok	Ekip Personeli	31209 5382348240	
20	Hümeyra ÜNAL	B Bok	Ekip Personeli	31235 5050212701	

İLK YARDIM EKİBİNİN GÖREVİ;

- a. Acil durumlarda, yaralılara ilk yardımda bulunmak.
- b. Sağlık durumları ciddi olanların, en yakın sağlık kuruluşuna ulaşmasını sağlamak.
- c. Tesiste çalışan personele ilk yardım yapmak,
- d. Tesiste çalışan personelin daha kapsamlı kurum ve kuruluşlara sevk edilmesini sağlamak,
- e. Tesise yardıma gelen dış personele yardımcı olmak,
- f. Yaralılara ilk müdahale sonrası sakinleşmelerini sağlamak,

7.4 KURTARMA EKİBİ:

Sıra No	Adı Soyadı	Sorumluluk Alanı	Ekipteki Görevi	Telefon	İmza
1	Fuat Hakan ÜLKER	Fakülte Geneli	Ekip Başlı	31294 5053476666	
2	Samet ERİŞ	B Blok	Ekip Personeli	31161 5012354240	
3	Kamuran YAZAR	A Blok	Ekip Personeli	31178 5427729010	
4	Fatma CURA	A Blok	Ekip Personeli	34308 5067638885	
5	Hakan KÜÇÜKAVCILAR	A Blok	Ekip Personeli	34308 5523844243	
6	Duran UĞURLU	B Blok	Ekip Personeli	31189 5309385209	
7	Ali AKTAŞ	B Blok	Ekip Personeli	34308 5063633693	

KURTARMA EKİBİNİN GÖREVLERİ

- a. Yangın, patlama, sel baskınları, büyük boyutlu bina ve toprak çökmeleri ile tehlikeli kimyasalların etkilerine maruz kalanları vb. kurtarmak.
- b. Acil durumlarda, tüm çalışanları, emniyetli alanlarda toplamak.
- c. Yangın, patlama, çöküntülerde ve diğer tehlikeli durumlarda, önemli ve acil kurtarılması gereken evrak ve malzemeleri kurtarmak ve bunları emniyetli bir alanda muhafaza etmek.
- d. Önemli evrak ve malzemeleri korumak ve bunların korunduğu alanlara ve diğer tehlikeli yerlere başkalarının girmesini önlemek.
- e. Acil durum sahasında, çağrılan yetkili kuruluşların çalışmalarına destek olmak.
- f. Tesisteki can ve mal kurtarma işini yapmak,
- g. Kurtarılan yaralıları derhal revire göndermek,
- h. Kurtarılan malların emniyet ve muhafazasını sağlamak
- i. Acil durum sonrası yıkıntı dışındaki çatlak ve eğim vermiş yerleri dolaşarak tespit etmek ve bildirmek,

7.5 KORUMA EKİBİ:

Sıra No	Adı Soyadı	Sorumluluk Alanı	Ekipteki Görevi	Telefon	İmza
1	Yasin ER	Fakülte Geneli	Ekip Başı	31213 5059163983	
2	Hakan KÜÇÜKAVCILAR	Fakülte Geneli	Ekip Personeli	31213 5523844243	
3	Fikret DİKİCİ	B Blok	Ekip Personeli	31143 5521576635	
4	Fatih DEMİR	B Blok	Ekip Personeli	31143 5382385213	
5	Erkan GÖZEL	A Blok	Ekip Personeli	31285 5384988178	
6	Yusuf AY	A Blok	Ekip Personeli	31249 5370461981	
7	Reşat ÇİĞİR	B Blok	Ekip Personeli	34308 5063201369	

KORUMA EKİBİNİN GÖREVİ;

- a. Yangın, patlama, sel baskınları, büyük boyutlu bina ve toprak çökmeleri ile tehlikeli kimyasalların etkilerine maruz kalanları vb. kurtarmak.
- b. Acil durumlarda, tüm çalışanları, emniyetli alanlarda toplamak.
- c. Yangın, patlama, çöküntülerde ve diğer tehlikeli durumlarda, önemli ve acil kurtarılması gereken evrak ve malzemeleri kurtarmak ve bunları emniyetli bir alanda muhafaza etmek.
- d. Önemli evrak ve malzemeleri korumak ve bunların korunduğu alanlara ve diğer tehlikeli yerlere başkalarının girmesini önlemek.
- e. Acil durum sahasında, çağrılan yetkili kuruluşların çalışmalarına destek olmak.
- f. Tesisteki iç ve dış emniyetini sağlamak.
- g. Tesisteki şüpheli şahısları tespit ederek uzaklaştırmak.
- h. Tesisteki trafiğin düzgün işlemlerini sağlamak ve kontrol altında bulundurmaktır.

8. TAHLİYE PLANLARI

Tahliye, fakültelerin iç ve dış etkiler nedeniyle; hasta, personel ve hasta yakınları için güven vermeyen bölüm veya bölümlerinin ya da tamamının boşaltılarak insanların daha güvenli bölgelere nakledilmesidir.

Tahliye; hastaları korumak, hasta bakımını sürdürmek ve çalışanların güvenliğini sağlamak amacıyla yapılır.

Tahliye; elektrik kesintisi, su kesintisi, oksijen kaynağı yetersizliği vb. fonksiyonel nedenlerle yapılabileceği gibi, deprem, yangın, sel vb. olaylar neticesi ortaya çıkan yapısal hasarlar sebebiyle de gerçekleştirilebilir.

Tahliyenin mümkün olduğunca hızlı ve güvenli bir biçimde yapılması gerekir. Tahliye esnasında mümkün olduğunca çok hasta kurtarmak ve personelin zarar görme riskini en aza indirmek esastır.

8.1.Tahliye Şekilleri

Tahliye; yatay tahliye, dikey tahliye ve genel tahliye olarak üç şekilde gerçekleştirilir.

a. Yatay Tahliye

Yatay tahliyede; tehlikeye en yakın durumdaki hastaların aynı katta daha güvenli bir alana taşınmaları söz konusudur.

S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi kliniklerinde yatay tahliye; hastaların tehlikenin meydana geldiği bloğun tam karşısındaki bloklara geçirilmeleriyle tamamlanır.

b. Dikey Tahliye

Dikey tahliyede; tehlikede olan bir katın tamamen boşaltılması, hastaların en az iki kat aşağıya ya da Fakültenin daha güvenli başka bir bölümüne transfer edilmesi söz konusudur.

Dikey tahliyede kattan ayrılmadan önce hasta triajı yapılır ve hastalar triaj kartları ile birlikte ilgili bölümlere gönderilir.

S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nin dikey tahliyesinde izlenecek yol meydana gelecek afet neticesinde ortaya çıkacak duruma göre yetkililer tarafından belirlenecektir. Tahliye esnasında hastaların ve görevlilerin en hızlı ve en güvenli şekilde yer değiştirmelerini sağlamak için tüm imkânlar seferber edilecektir.

c. Genel Tahliye

Genel tahliye, Fakültenin tamamen boşaltılmasıdır.

8.2. Tahliye Kararının Verilmesi

Tahliye uzun zaman alan bir süreçtir. Tahliye esnasında çok fazla personel sadece bu işle uğraşmak durumunda kalır, tedaviler ertelenir, hastalar ve çalışanlar için yaralanma riski artar. Fakültenin tamamı ya da bir bölümü kullanım dışı kalır. Transport sisteminin yükü artar. Tüm bu sebepler dikkate alındığında tahliye en son verilmesi gereken karardır.

Ancak;

1. Gerçek bir tehlike var ya da kaçınılmaz ise ya da kontrol edilemeyen bir panik çıktı ise acil tahliye kararı verilir.

2. Gerçek bir tehlike veya panik söz konusu değilse beklemede kalınır, acil tahliye için hazır beklenir.

Bekleme Esnasında Yapılması Gerekenler:

- Bilgilendirilmeyi bekleyin.
- Görev yerinizden ayrılmayın.
- Hastaların odalarında beklemelerini sağlayın.
- Normal olmayan ya da tehlikeli bir durum fark ettiğinizde ilgili amiri bilgilendirin.
- Hastaları gelişmelerle ilgili sürekli bilgilendirin. Bunu yaparken detaya girmeyin, soğukkanlı ve inandırıcı olun.
- Hasta ve hasta yakınlarının güvenli yerlere transeferinde (mümkün olduğu kadar asansör kullanmadan) kat planlarında belirtilen tahliye alanlarını kullanın.
- Tahliye triajını planlayın.
- Tahliye için personel arasında görev dağılımı yaparak acil tahliye için hazır olun.

8.3. Tahliye Triaşı

1. Tahliye triaşı bekleme esnasında planlanır. Tahliye triaşını yapmak klinikte bulunan en kıdemli doktorun görevidir.
2. Tahliye esnasında hastalar dört grupta değerlendirilir:
3. Tahliye esnasında tehlikeye en yakın hastalar en önce tahliye edilirler.
4. Hastalarla birlikte personel, ekipman, tıbbi kayıtlar, dosyalar ve ilaçlar da tahliye edilir.
5. Tahliye kararı verildiğinde öncelikle; 1. Grupta yer alan, yürüyebilen hastalar sıra halinde bir öncü ve bir artçı personel ile acilen dışarıya çıkarılır.
6. Tahliye esnasında personel / hasta oranı dikkate alınarak sırasıyla 1. Grup, 2. Grup, 3. Grup ve en son 4. Grup olacak şekilde tahliye tamamlanır.
7. Tahliye esnasında, klinikte bulunan hemşireler, hasta bakıcılar, temizlik personeli ve hasta yakınları hastalara yardımcı olacaklardır.
8. Tahliye organizasyonunu yapmak klinik sorumlu hemşiresinin görevidir.
9. Tahliyenin tamamlanmasının ardından, tahliye edilen hastalar tahliye sorumluları tarafından sayılır ve boşaltılan bölümler ilgili güvenlik görevlilerince bir kez daha kontrol edilir.

TAHLİYE TRIAŞI (TT) DÜZEYİ	HASTA/YARALI ÖZELLİĞİ	TAHLİYE İÇİN GEREKLİ PERSONEL SAYISI	FAKÜLTE - YARALI ÖRNEKLERİ
TT0	Yardımsız yürür.	0	Personel, poliklinik hastaları, yürüyebilen hastalar, refakatçiler
TT1	Bir kişi yardımıyla yürüyebilir Obez veya kompleks transport değildir.	1	Sistemik hastalıkları olan hastalar, yürüyebilen çocuk hastalar,
TT2	Obez veya kompleks transport değil yürüyemez.	2	Yürüyemeyen, hastalıkları olan hastalar çocuk hastalar,
TT3	Obez veya kompleks transport	3 veya daha fazla	Yürüyemeyen, hastalıkları olan hastalar

8.4. Fakültenin Tahliyesinde Sorumlular

- 1.** Fakültenin tehdit altında olduğuna, herhangi bir iç veya dış afet nedeni ile kısmen ya da tamamen boşaltılması gerekliliğine Dekan karar verir.
- 2.** Fakültenin hangi kısımlarının güvenli olmadığına ve boşaltılacağına karar verme yetkisi Lojistik Şefi'ne aittir.
- 3.** Fakültenin zarar görmesi durumunda arama ve kurtarma çalışmalarını yürütmekle görevli kişi Lojistik Şefi'dir.
- 4.** Tahliye amacıyla hangi servislerin boşaltılacağına ve hangi hastaların gönderileceğine Klinik Ünitesi Sorumlusu karar verir.
- 5.** Binada merdivenlerin ve asansörlerin kullanılıp kullanılmayacağına karar verecek kişi Lojistik Direktörü'dür.
- 6.** Fakültenin boşaltılmasında ve transport yollarının sağlanmasından sorumlu kişi Lojistik Direktörü'dür.
- 7.** Boşaltma işinin organizasyonundan ve idaresinden sorumlu kişi Dekan'dır.
- 8.** Hangi hastaların nereye tahliye edildiği ile ilgili dokümantasyonu yapan kişi Planlama Direktörü'dür.
- 9.** Fakültenin boşaltılmasından sonraki güvenliğinden sorumlu kişi Güvenlik Direktörü'dür.
- 10.** Terör ve bomba tehdidine karşı Fakültenin boşaltılmasına karar verme sorumluluğu Güvenlik Direktörü'ne aittir. Ancak boşaltma emrini vermekle sorumlu kişi Dekan'dır.

8.5. S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nin Tahliye Planı

8.5.1. A Blok Binası'nın Tahliyesi

3. KAT'IN TAHLİYESİ

• Periodontoloji ve Pedodonti Klinikleri

Tahliye Sorumluları: Klinik sorumlu Öğretim üyesi ve klinik sorumlu hemşiresi

Tahliye:

Yatay Tahliye: 3. Katta bulunan hasta bekleme alanı

Dikey Tahliye: 1. Kat girişinde bulunan hasta bekleme alanı

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

2. KAT'IN TAHLİYESİ

• Restoratif Diş Tedavisi Kliniği, Öğretim üyesi odaları, Personel Odaları ve Periodontoloji Öğretim üyesi odaları

Tahliye Sorumluları: Klinik sorumlu Öğretim üyesi ve klinik sorumlu hemşiresi

Tahliye:

Yatay Tahliye: 2. Kat girişinde bulunan hasta bekleme alanı

Dikey Tahliye: Zemin Kat girişinde bulunan hasta bekleme alanı

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

1. KAT'IN TAHLİYESİ

• Dekanlık, Endodonti Kliniği ve Öğretim üyesi odaları

Tahliye Sorumluları: Klinik sorumlu Öğretim üyesi, klinik sorumlu hemşiresi ve Fakülte sekreteri

Tahliye:

Yatay Tahliye: 1. Kat girişinde bulunan hasta bekleme alanı

Dikey Tahliye: Zemin Katta bulunan hasta bekleme alanı

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

ZEMİN KAT'IN TAHLİYESİ

• Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Kliniği, Entegre Kliniği, Öğretim üyesi odaları, Döner sermaye ve faturalama, Vezne, Bilgi işlem merkezi, Hasta kayıt ve Hasta karşılama

Tahliye Sorumluları: Klinik sorumlu Öğretim üyesi ve Döner sermaye ve faturalama sorumlusu

Tahliye:

Yatay Tahliye: Zemin Katta bulunan hasta bekleme alanı

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

8.5.2. B Blok Binası'nın Tahliyesi

3. KAT'IN TAHLİYESİ

- **Protetik Diş Tedavisi Kliniği, Protez Lab. Ve Öğretim üyesi odaları**

Tahliye Sorumluları: Klinik sorumlu Öğretim üyesi

Tahliye:

Yatay Tahliye: 3. Katta bulunan hasta bekleme alanı

Dikey Tahliye: 1. Katta bulunan hasta bekleme alanı

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

2. KAT'IN TAHLİYESİ

- **Ortodonti Kliniği, Öğretim üyesi odaları,**

Tahliye Sorumluları: Klinik sorumlu Öğretim üyesi

Tahliye:

Yatay Tahliye: 2. Katta bulunan hasta bekleme alanı

Dikey Tahliye: Zemin Katta bulunan hasta bekleme alanı

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

1. KAT'IN TAHLİYESİ

- **Ağız Diş Çene Cerrahisi Kliniği, Ameliyathane ve Öğretim üyesi odaları**

Tahliye Sorumluları: Klinik sorumlu Öğretim üyesi, Klinik sorumlu hemşiresi

Tahliye:

Yatay Tahliye: 1. Kat girişinde bulunan hasta bekleme alanı

Dikey Tahliye: Zemin Kat Araştırma merkezi önünde bulunan boş alan

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

ZEMİN KAT'IN TAHLİYESİ

- **Araştırma merkezi, Sterilizasyon ünitesi, Teknik servis, Çamaşırhane, Bebek emzirme odası**

Tahliye Sorumluları: Araştırma merkezi sorumlusu, Sterilizasyon sorumlusu, Teknik servis sorumlusu

Tahliye:

Yatay Tahliye: Zemin Kat Araştırma merkezi önünde bulunan boş alan

Genel Tahliye: Fakülte A blok Ana Girişinde yer alan Toplanma Alanı

TRAFİK AKIŞI VE GÜVENLİK

Genel tahliye kararı verildiğinde Güvenlik Direktörü kontrolünde Fakülte önünde bulunan yol kontrol edilir. Güvenlik görevlileri tarafından;

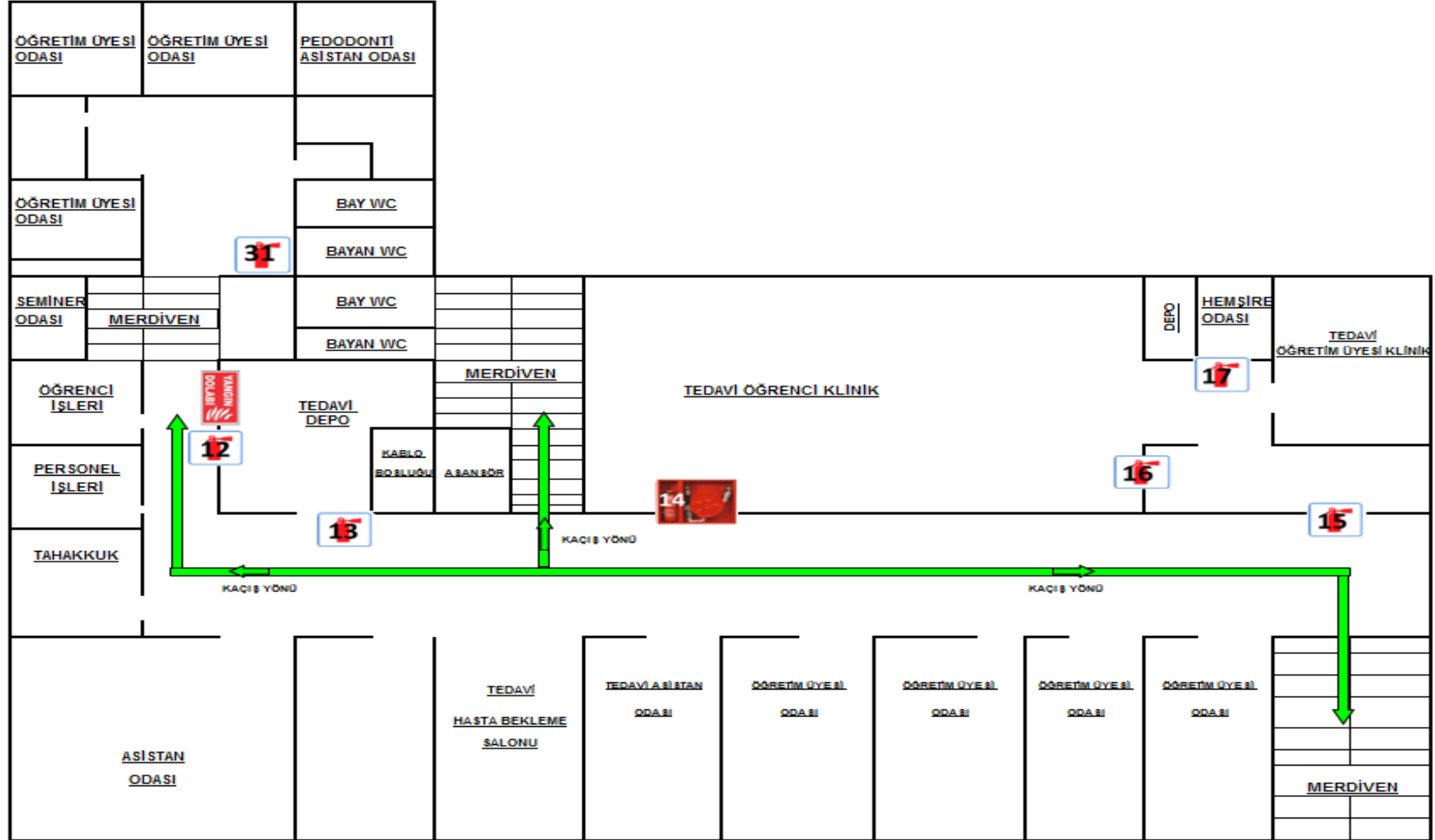
- Ambulans dahil tüm araçların giriş ve çıkışı ve park etmesinden sorumlu
- Gereksiz araçlar çektilirmeli,
- Tek yönlü ambulans akışına uygun trafik sağlanmalı,
- Medyaya yasaklı alanlar belirlenmeli,
- Taburcu hasta bekleme alanı güvenliği
- Ziyaretçi kabulü ve denetlemesi
- Afet anında polis ve itfaye gücü ile işbirliği
- Hastanenin boşaltılması sırasında güvenliği
- Hastanenin ekipman güvenliğini
- Güvenliği sağlanamayacak tehlikeli bölgelere giriş çıkışı yasaklanması
- Triaaj alanı korunmalıdır.

9.FAKÜLTE KAT KROKİLERİ ve ACİL ÇIKIŞ LEVHALARI

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nin tahliyesi esnasında çıkabilecek kargaşayı önlemesi ve özellikle elektrik kesintisinin yaşandığı durumlarda teknik servis bünyesinde bulunan taşınabilir jeneratör, el fenerleri kullanılacak durumda bulundurulacak ve bina içerisinde acil ışıklandırma yol gösterici olması amacıyla ışıklı acil çıkış levhaları temin edilmiş ve uygun yerlere monte edilmeleri sağlanmıştır.

A Blok 2. Kat Tahliye Plan Krokisi

A BLOK 2. KAT KROKİSİ



Yangın Tüpü



YANGIN DOLABI

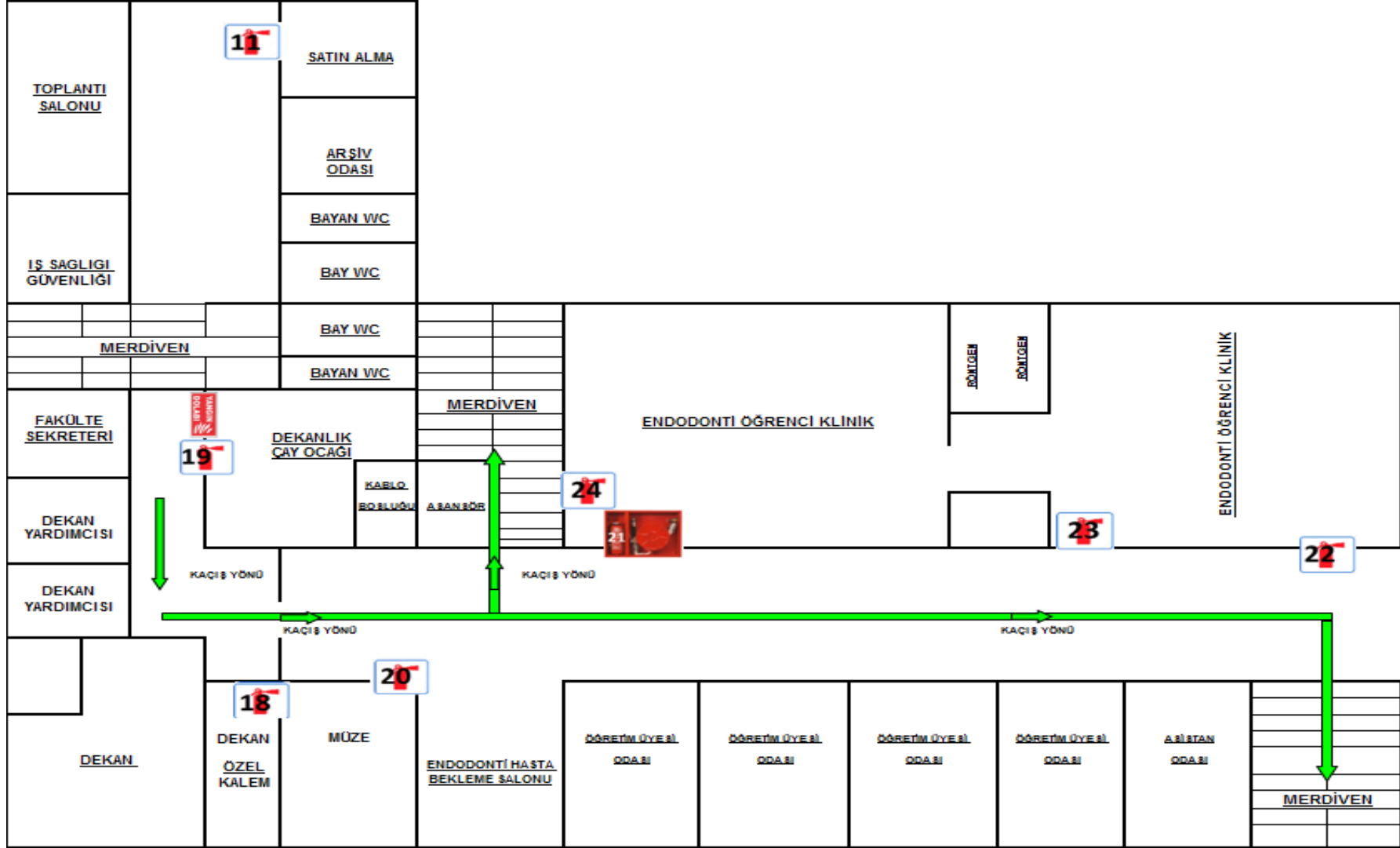
Yangın Dolabı



Yangın Dolabı ve Tüpü

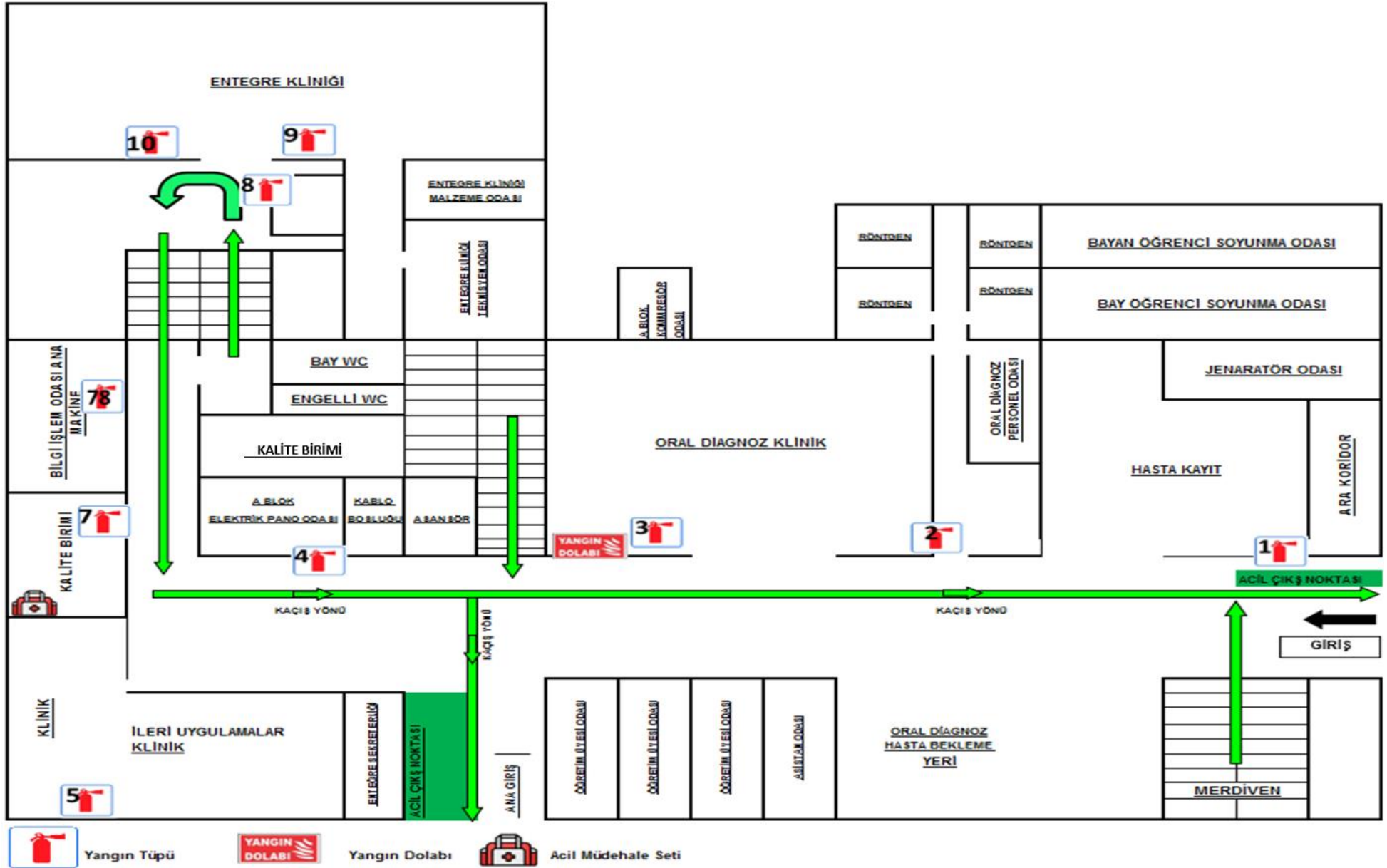
A Blok 1. Kat Tahliye Plan Krokisi

A BLOK 1. KAT KROKİSİ



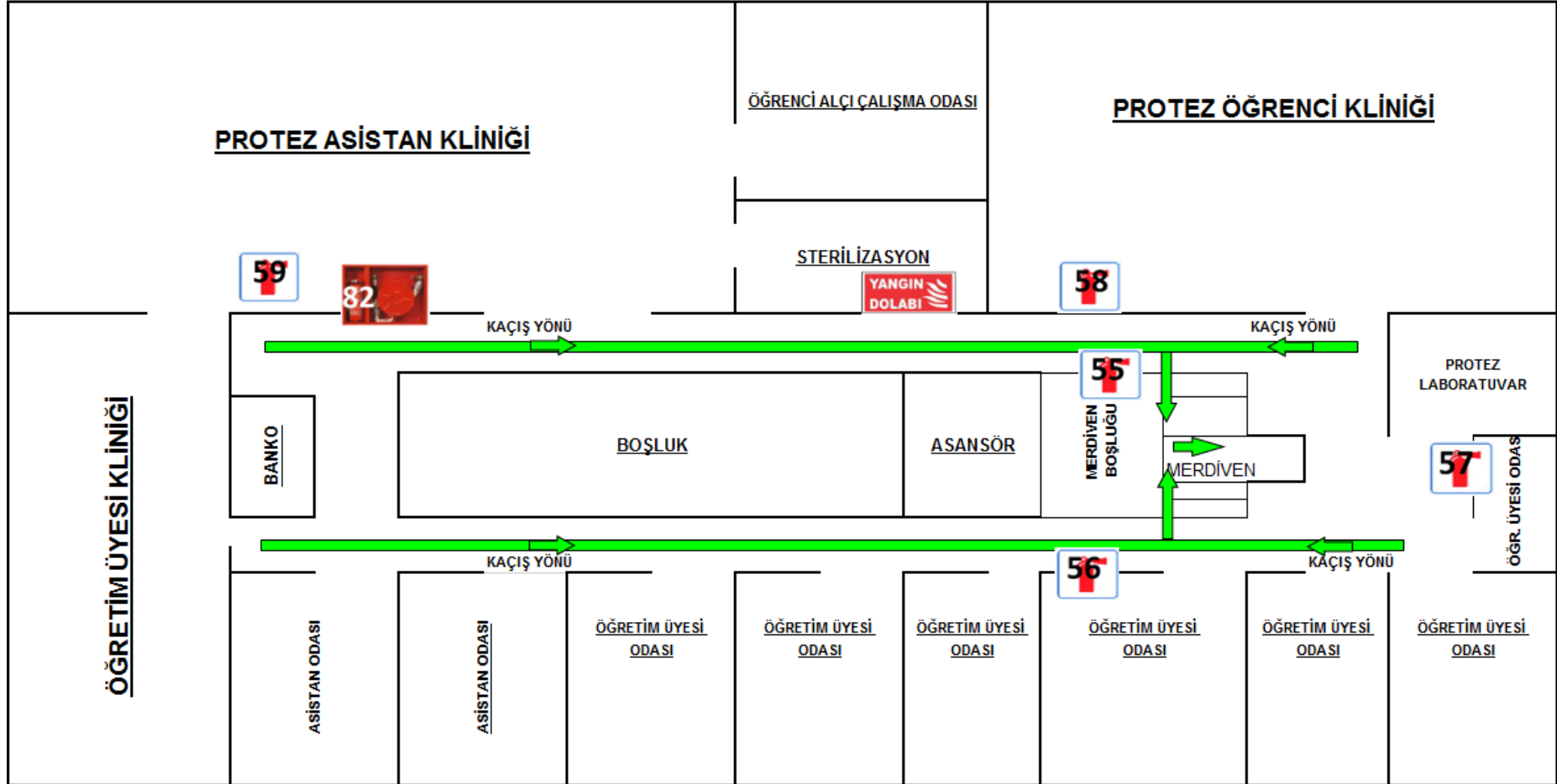
A Blok Zemin Kat Tahliye Plan Krokisi

A BLOK ZEMİN KAT KROKİSİ



B Blok 3. Kat Tahliye Plan Krokisi

B BLOK 3. KAT PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI KAT KROKİSİ



Yangın Tüpü



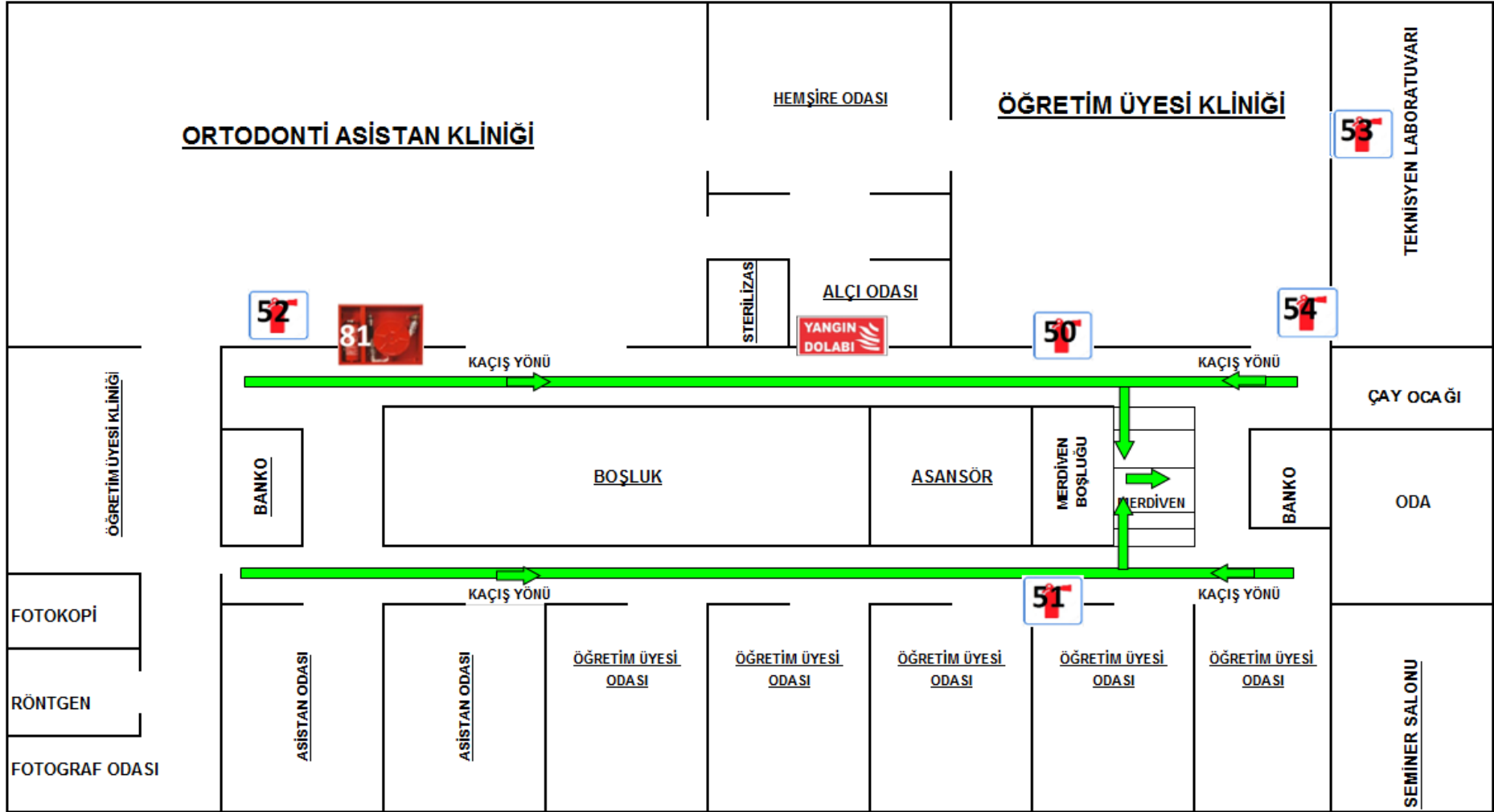
YANGIN DOLABI Yangın Dolabı



Yangın Dolabı ve Tüpü

B Blok 2. Kat Tahliye Plan Krokisi

B BLOK 2. KAT ORTODONTİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI KAT KROKİSİ



Yangın Tüpü



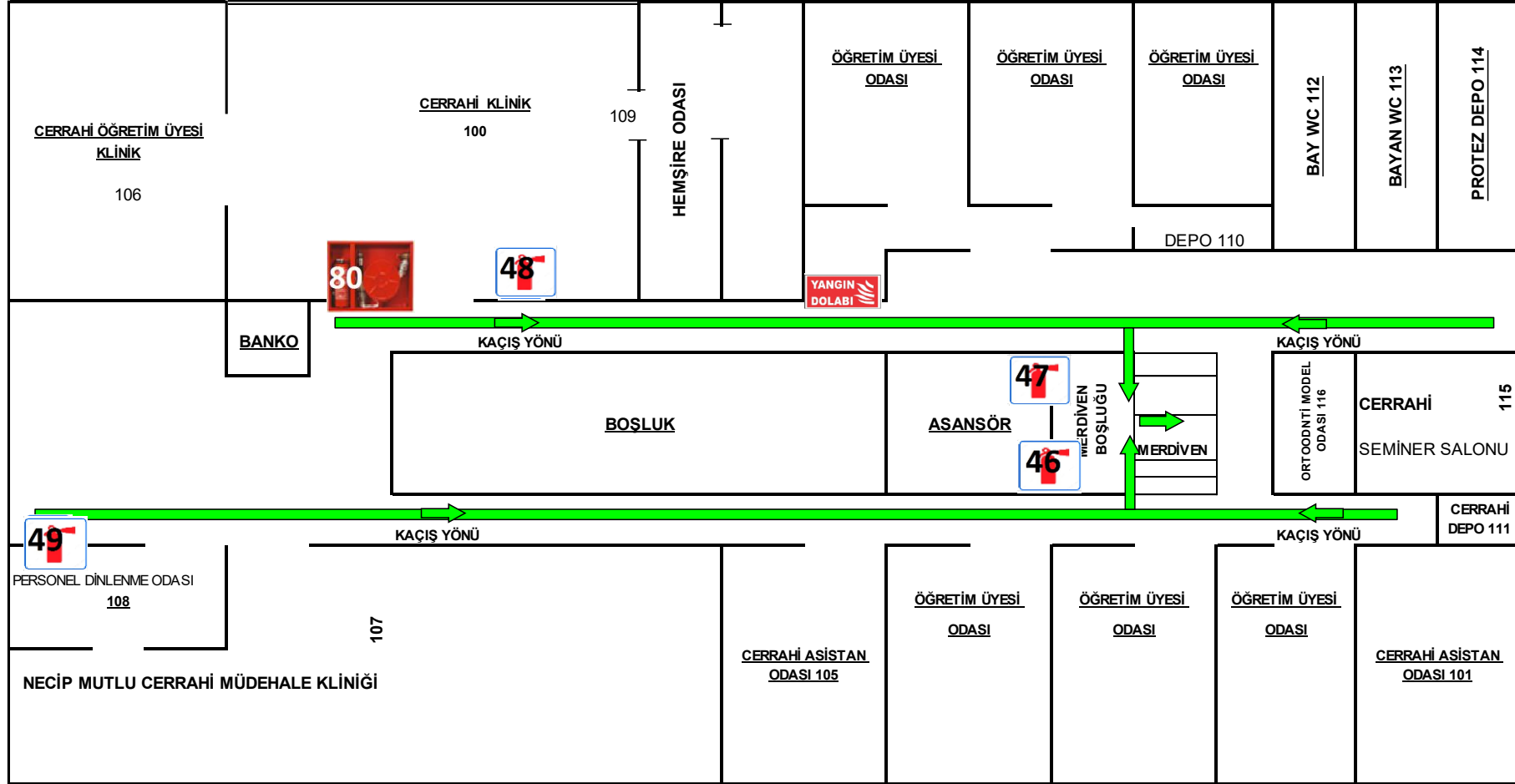
Yangın Dolabı



Yangın Dolabı ve Tüpü

B Blok 1. Kat Tahliye Plan Krokisi

B BLOK 1. KAT CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI KAT KROKİSİ



Yangın Tüpü



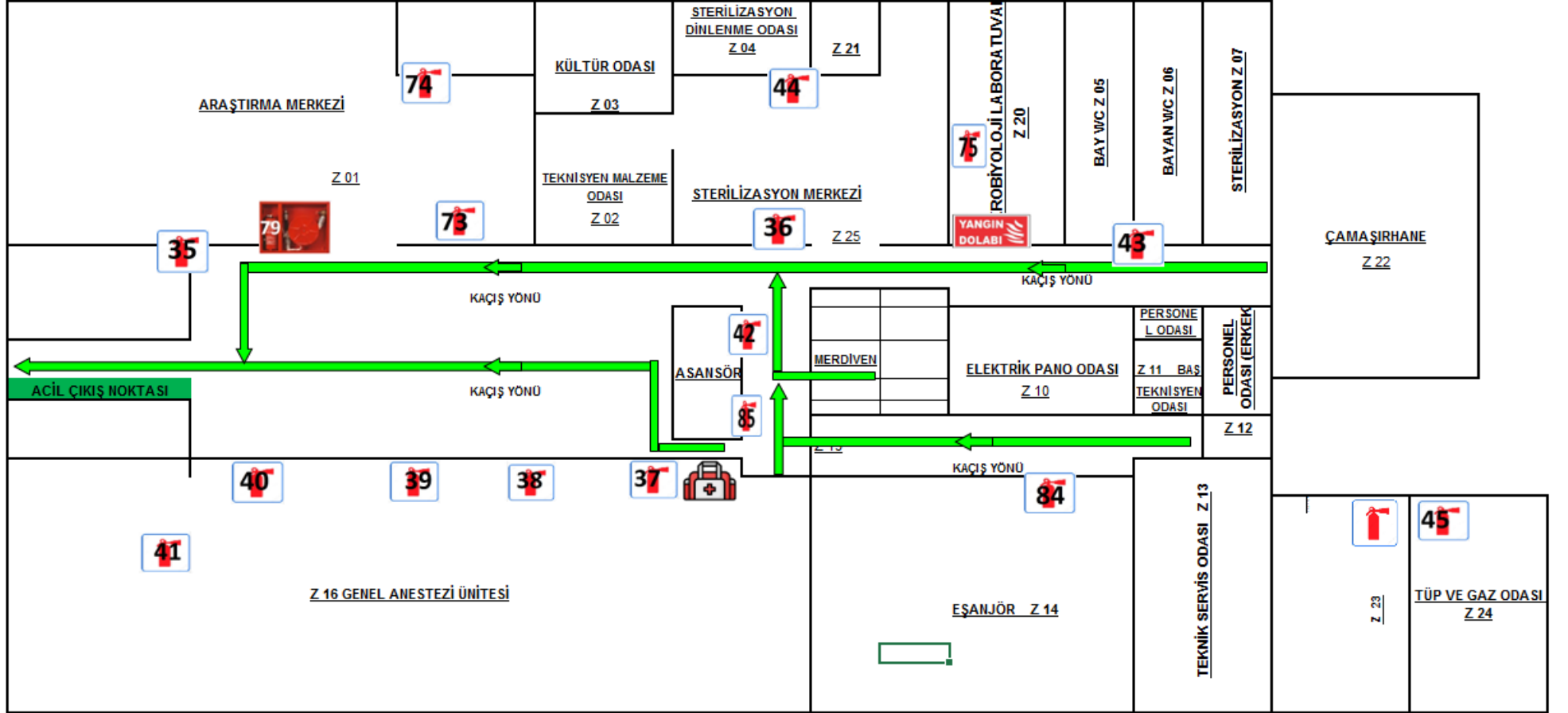
Yangın Dolabı



Yangın Dolabı ve Tüpü

B Blok Zemin Kat Tahliye Plan Krokisi

B BLOK ZEMİN KAT KROKİSİ



Yangın Tüpü



YANGIN DOLABI Yangın Dolabı



Yangın Dolabı ve Tüpü



Acil Müdahale Seti

FAKÜLTE BAHÇESİ YAPILANMASI, TOPLANMA YERİ VE GEÇİCİ YERLEŞTİRME ALANLARI PLANLAMASI



10.FAKÜLTE İÇİ AFET İLETİŞİM PLANLAMASI

Afetler neticesinde fakülte içerisinde kullanılan iletişim sistemleri de zarar görebilir ya da afetin boyutuna bağlı olarak kullanım dışı kalabilir. Bu durumda fakülte içi iletişimi sağlamak için aşağıda belirtilen mevcut kanallardan duruma uygun olanlar kullanılacaktır.

Fakülte içi iletişim öncelikle dahili telefonlar vasıtasıyla gerçekleştirilecektir. Afet neticesinde dahili telefonlar kullanılamaz hale geldiyse iletişimi sağlamak için mobil telefonlar kullanılacaktır.

11.FAKÜLTE ALARM KODLARI ve ÖZEL DURUM PLANLAMASI

11.1.Beyaz Kod – Güvenlik

S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde uygulanmakta olan "Beyaz Kod" genel olarak fakülte güvenlik Acil çağrı kodu olarak değerlendirilmektedir. Fakültede bulunan hasta / hasta yakını ve fakülte çalışanlarının hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel tacize maruz kalmaları halinde olay yerindeki sabit telefonlar aracılığı ile **1111** aranarak beyaz kod verilir.

BEYAZ KOD PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ: Fakültede bulunan hasta/hasta yakını ve çalışanların hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel taciz durumlarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması, bir tehlike anında güvenlik personelinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilmesi ve olay yerine yönlendirilmesini sağlamaktır. Ayrıca, tüm Beyaz Kod durumlarının olay ve müdahale bilgilerinin kayıt altına alınması ve çeşitli performans raporları oluşturulabilmesi de sağlanarak hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.

2.KAPSAM: Bu prosedür fakültede bulunan hasta/hasta yakını ve çalışanların hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel taciz durumlarına maruz kalmaları halinde yapılacak faaliyetleri kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından ve organizasyonundan; Fakülte Dekanı ve Fakülte Sekreteri; Gece Selçuk Üniversitesi Nöbetçi Amiri,

4.TANIMLAR:

4.1.Beyaz Kod: S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde uygulanmakta olan “**Beyaz Kod**” genel olarak fakülte güvenlik alarmı olarak değerlendirilmektedir. Fakültede bulunan hasta/hasta yakını ve fakülte çalışanlarının hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel tacize maruz kalmaları halinde olay yerindeki sabit telefon(lar) aracılığıyla **1111** aranarak beyaz kod verilir.

5.PROSEDÜR AKIŞI:

5.1.Fiziksel saldırı, cinsel taciz ve hırsızlık durumlarında alınan genel güvenlik önlemleri:

5.1.2.Monitör odasından şüpheli durumlarda olaylara anında müdahale edilebilmesi amacıyla, kamera izlemesi yapılır.

5.1.3.Fakülte Ana Giriş kapısında mesai saatlerinde güvenlik görevlisi bulundurularak, güvenlik tedbirlerinin alınması sağlanır.

5.2.Beyaz kod uygulaması:

5.2.1.Beyaz Kod Ekibi: Fakültede bulunan hasta/hasta yakını ve fakülte çalışanlarını fiziksel saldırı, cinsel taciz ve hırsızlıktan korumak amacıyla Beyaz Kod ekibi oluşturulmuştur. Ekibin aşağıdaki kişilerden oluşmaktadır:

- Mesai saatleri içinde; Güvenlik Sorumluları
- Mesai saatleri dışında; Üniversite Güvenlik Amirliği Sorumluları

5.2.2.Uygulama:

5.2.3. Fakültemiz içinde meydana gelen fiziksel saldırı, cinsel taciz ve hırsızlık gibi acil müdahale gerektiren olaylarda, olaya şahit olan ve/veya maruz kalan fakülte personeli en yakın dahili telefondan 1111 nolu numarayı arar ve 1'e basarak çağrıyı başlatır.

5.2.3. Beyaz kod çağrısı başlatıldıktan sonra Beyaz Kod Ekibi çağrı cihazlarına düşen bilgiler doğrultusunda, hızla olay yerine gelir ve olay tespiti yapar.

5.2.3. Güvenlik görevlileri tarafından bina içerisinde en olası bölgeler araştırılır. (örn; klinikler, hasta bekleme alanları, depo ve merdivenler) Bu araştırma olabildiğince çabuk bir şekilde yapılır.

5.2.3. Fiziksel şiddet, taciz ve hırsızlık olaylarında derhal olaya müdahale edilir, gerekli görülürse genel kolluk kuvvetlerine haber verilir.

5.2.3. Olaya sebep olan kişi ya da kişiler olay yerinden uzaklaştırılır eğer olay yerini terk etmişler ise güvenlik görevlisi ve güvenlik amiri tüm bina ve fakülte çıkışlarının kontrollü olarak yapılmasını sağlar.

5.2.3. Olay bölgesine giden ilk güvenlik görevlisi, suç mahallini korur. Bölge, Genel Kolluk kuvvetleri gelene kadar koruma altına alınır, içeriden hiçbir şey alınmaz veya yeri değiştirilmez.

5.2.3. Mağdur olan kişi, fiziksel şiddete uğramış ise Acil Servise, cinsel taciz durumlarında ise Sosyal Hizmet Uzmanına yönlendirilir, gerekli durumlarda Kolluk Kuvvetleri gelene kadar Güvenlik Merkezi'nde bekletilir.

5.2.3. Olaya müdahale eden Beyaz Kod Sorumlusu tarafından "Olay Bildirim Formu" doldurulur ve Beyaz Kod Koordinatörlüğü'ne gönderilir.

5.2.2.10.Gerekli durumlarda Güvenlik Amirleri, görevli polis memuru ile ikinci bir fakülte araştırmasını organize eder. Bu araştırma, bu kez bina ve bina dışarısını da kapsar.

5.2.2.11."Beyaz Kod Acil Uyarı Sistemi 1111" yalnızca acil müdahale gerektiren güvenlik olaylarını kapsamaktadır. Acil müdahale gerektirmeyen durumlar için, fakültelerimiz Koruma Güvenlik Birimleri yalnızca normal telefon hattından (31239) bilgilendirilir.

5.2.3.Beyaz Kod Sonrasında Yapılacaklar: Güvenlik bölümü olayın yaşandığı bölümde ayrıntılı bir rapor hazırlar. Raporu Fakültenin üst mercilerine sunar. Olayın nasıl gerçekleştiğini belirler ve eksiklikleri gidermek için acil önlemler alır. Fiziksel saldırı, taciz ve hırsızlık ile ilgili tüm talimatları ve güvenlik çalışmalarını tekrar gözden geçirir. Bu olayla ilgili hareket planını tekrar inceler.

5.3.Beyaz Kod Tatbikatı

Beyaz kod sisteminin çalışırılığı, alarmların göz ardı edilmediğinin tatbikatı periyodik olarak yılda bir kez Dekanlık bilgisi dahilinde Fakülte Sekreterliği tarafından yapılır ve raporu hazırlanarak Dekanlığa sunulur.

11.2.Mavi Kod - Medikal Acil / Kardiak Arrest

Solunum ve/veya kardiyak arrest durumundaki bir hastanın güvenli bir şekilde resusitasyonunu sağlamak için standart bir yöntem belirlemek amacıyla Kardiyopulmoner Resusitasyon Prosedürü hazırlanmıştır.

MAVİ KOD PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ: Bu prosedürün amacı; solunum ve/veya kardiyak arrest durumundaki bir hastanın güvenli bir şekilde resusitasyonunu sağlamak için standart bir yöntem belirlemektir.

2.KAPSAM: Bu prosedür arrest olan hastaların yaşama döndürülme faaliyetlerini kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından Mavi Kod Ekibi sorumludur.

4.TANIMLAR:

CPR (Kardiyopulmoner Resüsitasyon): Yaşam belirtileri kaybolmuş ya da yavaşlamış hastaların yeniden bu yaşamsal işlevleri kazanabilmeleri için yapılan işlem ve ilaç uygulamalarıdır.

Mavi Kod: Fakülte içinde yaşam belirtileri zayıflayan ya da kaybolan hastalar için acil temel yaşam desteği gerekliliğini belirten, müdahale ekiplerini bilgilendirmek için kullanılan acil uyarı sistemidir.

Acil çantası: CPR’ da kullanılacak ilaç ve malzemelerin bir arada ve hareket edebilecek şekilde kullanıma hazır olarak bulundurulmuş acil müdahale çantasıdır.

5.PROSEDÜR AKIŞI:

5.1.CPR Ekipleri

5.1.1.S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi CPR Ekibi

Mesai saatleri içinde
▪ Hastanın Diş Hekimi
▪ Klinik Sorumlu Diş Hekimi
▪ Mavi kodla çağrı gönderilecek ekip üyeleri
▪ Aylık Görevlendirilen Personel
Yedek Ekip
▪ Aylık Görevlendirilen Personel

5.2.Sorumluluklar:

5.2.1.CPR Ekibi Gelinceye Kadar:

- **Hasta Tedavi Kliniklerinde:** Hastaya en yakın diş hekimi, varsa sorumlu hemşire
- **Ameliyathane:** Hastanın diş hekimi, hastaya en yakın diş hekimi ve hemşire
- **Diğer Alanlarda:** Hastaya en yakın diş hekimi ve hemşire

5.2.2.CPR Ekibinin Görev ve Sorumlulukları:

Avrupa Resüsitasyon Konseyi Resüsitasyon Kılavuzu (2005) na göre temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları gerçekleştirilir.

5.2.2.1.Klinik Hemşiresi:

- Kardiyopulmoner arrest durumunu tanırlar,
- Seslenerek yardım ister, tek başına ise kendisi Mavi Kod çağrısı yaparak resüstasyona başlar. En az iki kişi varsa bir kişi resüstasyona başlar, diğeri Mavi Kod çağrısı yapar.
- Acil müdahale çantasının ve oksijen tüpünün hasta başına gelmesini sağlar.
- Öncelikle hava yolunun açıklığı airway ile sağlanarak hastaya O₂ mümkünseambu ile / airway den verilmeye başlanır, eş zamanlı olarak kardiyak masaj başlanır.
- Ekip geldikten sonra hastayı Mavi Kod Ekibine teslim ederek ekibe yardım eder.
- Bütün olayları ve arrest sonrası gelişmeleri “Mavi Kod Bildirim Formu” na kaydeder ve dosyasına koyar.
- Canlandırma başarısızsa “Post Mortem Protokolü” nü uygular.
- Canlandırma işlemi sonrası kullanılan malzeme ve ilaçların ve Acil Müdahale Çantasına tekrar yerleştirilmesini sağlar.

5.2.2.2.Klinik Hemşire

- Mavi kodu verir, verilmesini sağlar (telefonda 2222 tuşlanır)
- Hastanın damar yolunu açar,
- 1. klinik hemşiresine yardım eder. (Ekip gelinceye kadar)

5.2.2.4.Hastanın Dış Hekimi/ Klinik Sorumlu Dış Hekimi

- Ekip gelinceye kadar 1. veya 2. klinik hemşiresi ile birlikte CPR’ yi başlatır ve yönetir.
- Ekibe bilgi verir; hasta dosyasına işlem tamamlandıktan sonra kardiyopulmoner arrest öncesi durum ve sonra yapılanları içeren kısa bir özetleme yapar.
- Hasta ailesine bilgi ve destek verir.
- Hastanın hekimiyle iletişim sağlar.

5.2.2.7.Mavi Kod Ekibi

- Mavi Kod çağrısını alan ekip santrali aradıktan hemen sonra olay alanına hareket eder.
- Mavi Kod ekibi olay yerine ulaştığında CPR uygulamasını devralır, hasta ile ilgili özellikler (yaşamsal bulguları, olayın gelişimi ve altta yatan hastalığı gibi) ve yapılan girişimler hakkında bilgi alır.
- Hastanın yaşamsal bulguları normale dönünceye kadar veya standart CPR uygulama süreleri göz önünde bulundurularak solunum ve dolaşım yanıtı alınmadığı kesinleşene kadar CPR uygulamasına devam edilir.
- CPR’nin sonlandırılması kararı ekip sorumluları tarafından ekipteki tüm hekimlerin onayı ile alınır.
- Mavi Kod ekibi hastanın durumuna göre transfer edileceği birimi belirler ve “**Kurum İçi-Dışı Hasta Transfer Prosedürü**” ne uygun olarak hastanın
- Hasta yaşamını yitirdiyse, “**Post Mortem Protokolü**” ne uygun hareket edilir.

5.3.Ekipman

Fakültenin acil çantalarının bulunduğu yerler aylık olarak değişen personellere göre ayarlanmaktadır. “S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi Acil çantasında bulunması gereken tüm malzeme ve ekipman “Acil Müdahale Ekipman Kontrol Formu” nda çantaların kontrolü “Acil Müdahale Hazırlık ve Kontrol Talimatı” na göre yapılır. Eksik / miyadı dolan ilaç / malzeme varsa tamamlanır / değiştirilir ve her zaman kullanıma hazır hale getirilir.

5.4.Mavi Kod Çağrısı

5.4.1.Mavi Kod çağrısı yapılma koşulları:

Fakülte içinde yaşam belirtileri zayıflayan ya da kaybolan hasta veya kişiler için, acil temel yaşam desteği gerekliliğini belirten Mavi Kod çağrısı yapılır. Hasta veya kişilerde:

- Ani bayılma veya nabız alınamaması,
- Bilincin kaybolması veya bozulması,
- Solunumun durması veya ani-ileri derecede zayıflaması,
- Dolaşımın durması, tansiyon ve nabzın alınamaması veya şok halinin oluşması halinde Mavi Kod çağrısı yapılır.

5.4.2.Mavi Kod Çağrısının Yapılması:

5.4.2.1.Mavi kod sistemi işleyişinde, sistemi aktive etmek için **2222** nolu telefon aranır ve 1 kodlanarak çağrı başlatılır. Çağrı cihazı olay yeri hakkında bilgi verir. (Örnek: Hasta Mavi kod çağrı cihazı; B Blok 1. kat Cerrahi Kliniği)

5.4.2.2.Görevli personel pager cihaz alarmını sürekli duyabilecek veya görebilecek durumda olmalıdır. Yerle ilgili gerekli bilgiler Mavi Kod verildiğinde anında Mavi Kod ekibi elemanlarına çağrı gönderir. Mavi Kod ekibinde görev alan kişiler pager cihazından olay yeri hakkında bilgi alır ve 3 dakika içerisinde olay yerine gelerek müdahaleye başlarlar. 30 dakika içinde 2. KPR gereksiniminde yedek ekipte olaydan haberdar edilerek çağrılır.

5.5.CPR Eğitimi:

Temel yaşam destek eğitimleri tüm fakülte sağlık çalışanlarına Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Tarafından verilir. Eğitim sonrasında katılımcılara CPR Temel Yaşam-İleri Yaşam Destek Eğitimine Katılım Sertifikası verilir.

11.3.Kod Afet (Deprem)

Depremler, doğal afet kabul edilen, büyüklüklerine göre yer yüzeyinde ciddi hasarlar meydana getiren, yüksek oranda can ve mal kaybına yol açan yer sarsıntılarıdır. Depremler neticesinde fakülte içerisinde bulunan hasta, hasta yakınları ve personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirleri tespit etmek, sarsıntı esnasındaki ve sonrasındaki hareket tarzını belirlemek ve sarsıntı sonrası depremden etkilenen afetzedelere verilecek tıbbi hizmetlerin düzenlenmesini sağlamak amacıyla Kod Afet prosedürü hazırlanmıştır.

Bölgenin Depremsellik Durumu; Konya bölgesinde aktif veya potansiyel olarak aktif önemli uzunluklarda faylar bulunmaktadır. Bu faylar çevre il ve ilçeler için potansiyel açıdan tehdit oluşturur. Ancak, bilinen tarihsel dönem içinde (son 500 yıl) bu faylara bağlı olarak gelişmiş yıkıcı depremler oldukça nadirdir. Bu durum ana olarak, söz konusu fayların oluşturduğu depremlerin tekrarlanma aralıklarının oldukça uzun (yüz yıllar veya bin yıllar) olmasından kaynaklanmaktadır. Bu özelliği ile Konya bölgesi deprem riski açısından Türkiye'nin en az risk taşıyan bölgelerinden biri olduğu (deprem tekrarlanma aralığının çok geniş olması ile) açıktır. Ancak bu Konya'da hiçbir zaman yıkıcı deprem olmaz anlamına gelmemektedir.

Deprem riski açısından Konya ilinin %8'i I. Derece, % 8'i II. Derece, % 17'si III. Derece, % 40'ı IV. Derece ve % 27'si ise V. Derece (tehlikesiz) zon içinde yer alır. Akşehir, Doğanhisar, Ilgın ve Tuzlukçu ilçeleri I. Derece deprem bölgesinde; Hüyük ve Yunak ilçeleri II. Derece deprem bölgesinde yer alırken, Konya il merkezi IV. Derece deprem bölgesi sınırları içinde bulunmaktadır.

Konya grabenini çevreleyen fayların değinilen tektonik özellikleri yörenin, Konya fay zonunun oluşturabileceği 6-6.5 büyüklüğünde bir depremden etkilenebileceğini göstermektedir. Ayrıca Konya Fay zonu hareket etmezse bile bölgede önemli uzunluklara varan Akşehir fayı, Tuzgözü fayı ve Ecemis fayı gibi faylar bulunmaktadır. Bu fayların hareketlerinin de Konya ovasını etkileyebileceği gözden ırak tutulmamalıdır. Özellikle bu faylardan Akşehir fayına paralel faylar Konya batısına kadar uzanmaktadır. Akşehir fayı ortalama olarak 25 yılda bir defa büyüklüğü 6'ya varan depremler oluşturur. (Eren, 2000). Bu fayın Konya'ya yaklaşık 100 km uzaklıktaki kesimlerinin kırılmasının oluşturduğu depremler Konya il merkezini az da olsa etkilemiştir. Bu fayın Konya'ya daha yakın kesimlerinin önümüzdeki yıllarda kırılmasına bağlı olarak oluşacak depremlerin ova içindeki özellikle çok katlı yapılarda (malzeme büyütmesi ve rezonans nedeniyle) ciddi hasarlar 29 oluşturabileceği düşünülmelidir. Dünya'da oluşan depremlerden çıkarılan sonuçlar, deprem odağından yüzlerce kilometre uzaklıkta olsalar bile, alüviyal zemin üzerinde yapılan çok katlı binaların depremlerden zarar gördüklerini ve yıkıldıklarını göstermiştir.

Fay hatları; Orta Anadolu'nun en genç yapılarından olan kuzey-güney gidişli Konya havzası, batıda Konya Fay Zonu, kuzeyde Karaömerler fayı ve doğuda Divanlar ve Göçü fayı ile sınırlanmış bir çöküntü havzasıdır. Konya çöküntüsünü (grabenini) sınırlayan söz konusu faylar egemen olarak eğim atımlı normal fay karakteri sunmaktadır. Ancak az da olsa doğrultu atım bileşenine de sahiptirler. Kuvaterner yaşlı kayalar kesen bu faylar büyük bir olasılıkla aktif veya potansiyel açıdan aktif faylardır. Bölgede bulunan Akşehir Fayı, Tuzgözü fayı ve Ecemiş fayı Konya il merkezi için potansiyel tehdit oluşturabileceği gibi, Konya havzasının batı kenarını sınırlayan Konya fay zonu'da Konya ovası içinde yer alan yerleşim birimleri için deprem açısından risk oluşturmaktadır. Neo-tektonik konum açısından, Konya'nın da içinde yer aldığı kesim "Orta Anadolu Ovalar Bölgesi" olarak tanımlanır (Sengör ve Yılmaz, 1981). Bölgenin ana morfolojisini yükseltileler ile ovaları sınırlayan değişik gidişli, egemen olarak yanıl atım da sunan normal faylar şekillendirmiştir. Bu blok faylanmalar sonucu yükselen kesimler dağlık, çöken kesimler ise ovaları oluşturmuştur. Yükseltilelerde yaşları Paleozoyik Eosen (570-22,5 milyon yıl) arasında değişen ve Paleo (eski)-tektonik rejime bağlı olarak deforme olmuş, kırılanmış temel kayalar yüzeylerken, yükseltileler arasındaki çöküntü havzalarında egemen olarak Miyosen-Güncel (22,5-0 milyon yıl) yaşlı gölssel, karasal ve volkanik kayalar yüzeylenmektedir. Bölgede yükseltileleri sınırlayan en önemli faylar Akşehir fayı, Tuzgözü fayı, Beyşehir fayı ve Emirdağ fayıdır (Koçyigit 1984, Görür ve dig., 1984). Bunların yanı sıra insuyu fayı, Ilgın fayı, Eldeş fayı, Güvenç fayı, Altınekin fayı ve Konya ovasını sınırlayan Konya fay zonu, Abazdağı fayı, Karaömerler fayı, Divanlar fayı ve Göçü fayı yörenin diğer önemli neo-tektonik unsurlarını oluşturur (Özcan ve dig., 1990; Ulu ve dig., 1994; Eren, 1993, 1996 ve 2000).

11.3.1. RİSK MİNİMALİZASYONU İÇİN ALINAN TEDBİRLER

Depremlerde en büyük tehlikelerden biri de bina içinde yer alan araç-gereçler, eşyalar, asansörler, iç sistemler, pencere camları, dekoratif mimari duvarlar ve tavanlar gibi yapısal olmayan elemanlardan kaynaklanan güvenlik tehditleridir.

Yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması amacıyla yapılan çalışmalar, “YOTA PLANLAMASI” başlığı altında, ayrıntılı olarak yer almaktadır.

11.3.2. İŞ AKIŞI

KOD AFET PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ: Meydana gelebilecek depremler neticesinde hasta, hasta yakınları ve personelin zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirleri belirlemek ve depremden etkilenen afetzedelere en sistemli ve hızlı şekilde tıbbi destek sağlamaktır.

2.KAPSAM: Bu prosedür, depremler neticesinde fakülte içerisinde bulunan hasta, hasta yakınları ve personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirlerin tespit edilmesini, sarsıntı esnasında ve sonrasında hareket tarzının belirlenmesini ve sarsıntı sonrası depremden etkilenen afetzedelere verilecek tıbbi hizmetlerin düzenlenmesini kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi Dekanı sorumludur.

4.TANIMLAR:

4.1.Deprem: Depremler, doğal afet kabul edilen, büyüklüklerine göre yer yüzeyinde ciddi hasarlar meydana getiren, yüksek oranda can ve mal kaybına yol açan yer sarsıntılarıdır.

4.2.Kod Afet: Deprem halinde aktive edilen fakülte alarm kodudur.

5.PROSEDÜR AKIŞI:

5.1.ÖNLEMLER

5.1.1.Deprem öncesinde, sarsıntılar neticesinde fakülte içerisinde meydana gelebilecek yapısal olmayan elemanlardan kaynaklanan tehlikeleri en aza indirebilmek için tehdit oluşturan mevcut eşya ve malzemenin sabitlenmesi gerekmektedir.

5.1.2.Fakülte içerisindeki yapısal olmayan tehlikelerin tespit edilmesi amacıyla bir ekip oluşturulur. Bu ekip fakülte içerisindeki yapısal olmayan tehlikeleri tespit ederek, tehditleri ortadan kaldıracak tedbirleri fakülte yönetimine bildirir.

5.1.3.Fakülte genelinde yapılan her yeni düzenlemede depreme uygun araç – gereç ve malzeme kullanılmasına gayret edilir.

5.1.4.Tüm fakülte personeli, deprem anında ne şekilde hareket etmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilir.

Deprem Anında Yapılması Gerekenler:

- Olduğunuz yerde kalın.
- Düşen eşyalardan korunabilmek için masa vb. eşyaların altına girip, bacaklarına sıkıca tutunun.
- Korunma amacıyla altına girdiğiniz eşyaların alt yüzlerindeki çıkıntılara dikkat edin.
- Eğer etrafınızda ağır eşyalar yoksa duvarın birleşim yerinde sırtınız köşeye gelecek şekilde durun ya da yere uzanın.
- Gözlerinizi kapatın, başınızı ve boynunuzu kollarınızla kavrayarak koruyun.
- Lambaların altında durmayın.
- Sarsıntının başladığı anda hastanın tam yanında bulunuyorsanız yan veya yüzükoyun yatar konuma getirip başını yastık yardımıyla koruyun.
- Kopan elektrik tellerine, cam kırıklarına ve dökülen kimyasal maddeler ile yanıcı ve parlayıcı maddelere karşı dikkatli olun.

Deprem Sonrasında Yönetim Tarafından Yapılması Gerekenler:

- Fakültedeki tüm birimler ile iletişime geçilerek, personel ve hasta durum envanterinin çıkarılması sağlanır.
- Kurtarma çalışmalarına ihtiyaç olup olmadığı belirlenir.
- Binalar içerisinde hastalar ve personel için güvenilir olmayan bölgeler belirlenerek, bu alanlara girilmesini engelleyecek tedbirler alınır.
- Olası bir tahliye işlemi için gerekli hazırlıklar ve ilgili kurumlarla görüşmeler yapılır.

Deprem Sonrasında Personel Tarafından Yapılması Gerekenler:

- Artçı sarsıntılara hazır olun.
- Kopan elektrik tellerine, cam kırıklarına ve dökülen kimyasal maddeler ile yanıcı ve parlayıcı maddelere karşı dikkat ederek etrafta yaralı olup olmadığını araştırın. Gerekiyorsa ilk yardım uygulayın veya tıbbi yardım çağırın.
- Klinikler, personel odaları ve diğer alanlarda mahsur kalmış olabilecek kişileri kontrol edin. Kapıları açık bırakın.
- Binada oluşabilecek başlangıç yangınlarına karşı dikkatli olun. Derhal müdahale edin veya yardım isteyin.
- Olası kimyasal tehlikeler, gaz kaçakları veya su borusu kaçaklarına karşı dikkatli olun. Eğer borularda hasar şüphesi varsa vanaları kapatın.
- Tüm gereksiz cihazları kapatın ve fişten çekin.
- Koridorları ve çıkış yollarını boşaltın.

- Çakmak vb. alevli aletleri kullanmayın. Sigara içmeyin.
- Gaz kokusu varsa camları ve kapıları açarak ortamı havalandırın.
- Hasarlı, yere düşmüş ve ıslanmış elektrik kablolarına dokunmayın.
- Hastaları sakinleştirin. Odalar sağlamsa yerlerinde kalmalarını söyleyin. Hastaları iç duvara doğru, pencere ve camlardan uzak olacak şekilde çekin. Camlardan korunmaları için perdeleri kapatın.
- Güvenilir olduğu söylenene kadar su ve yiyecek kullanmayın.
- Su tasarruf planını uygulayın. Sifonları çekmeyin.
- Kendi biriminize ait hasar raporunu hazırlayarak derhal Fakülte Yönetimi'ne iletin.
- Binada ağır yapısal hasar yoksa acil olarak tahliye gereksinimi olmayabilir. Tahliye kararını yalnızca Dekan verir.
- Kendinizi tehlikeye atmayacak biçimde temel ihtiyaçları, donanımı ve kayıtları kurtarın.
- Kan ürünlerini kontrol edin ve koruyun.
- Dolap kapaklarını açarken bir şeylerin düşme olasılığına karşı dikkatli olun.
- Tehlikeli kabul edilen alanlara uyarı işaretleri asın.
- Hasta takip ve tedavilerini sürdürün.
- Tehlikeli durumları ilgisine derhal bildirin.

5.2.İŞLEYİŞ

5.2.1. Fakülte depremden doğrudan etkilendiyse, sarsıntının sona ermesi ile birlikte Dekan tarafından Fakülte Afet Planı aktive edilir.

5.2.2. Operasyon Direktörü, Planlama Direktörü ve Lojistik Direktörü derhal Fakültenin durumu hakkında bilgi toplar ve Dekana iletir.

5.2.3. Lojistik Direktörünün sorumluluğunda hasar gören bölümlerde elektrik, su ve gaz kesilir.

5.2.4. Hasarın boyutuna göre Dekan tarafından tahliye kararı verilir.

5.2.5. Eğer binada çatlak ve hasar varsa ve o bölüm için yatay tahliyeye karar verilmişse, hastaların nereye gönderileceğine Operasyon Direktörü karar verir.

5.2.6. Binada büyük oranda hasar varsa ve tamamen boşaltılması gerekiyorsa, hastalar depremden etkilenmemiş diğer fakültele nakledileceklerdir.

5.2.7.Tahliye işlemi esnasında güvenliğin sağlanmasından ve toplanma alanlarının güvenliğinden Emniyet ve Güvenlik Direktörü sorumludur.

5.2.8. Fakülte, depremden doğrudan etkilenmediyse Kod Teyakkuz aktive edilir; Fakülte Yönetim Kurulu, Dekan başkanlığında bir araya gelerek durum değerlendirmesi yapar.

5.2.9. Her iki halde de tüm ilgili kurumlarla iletişim İrtibat Direktörü tarafından sağlanır.

11.4.Kırmızı Kod - Yangın (4444)

Yangın, genellikle koruma önlemlerinin alınmaması, bilgisizlik, ihmal, kazalar, sıçrama, sabotaj ve tabiat olayları neticesinde meydana gelen bir afettir.

Yangınlar dört kategoride incelenir:

- **A Sınıfı Yangınlar:** Katı yanıcı maddeler yangınıdır (tahta, tekstil ürünleri, kağıt, pamuk vb.). Su ve kuru kimyevi tozlu cihazlarla söndürülür.
- **B Sınıfı Yangınlar:** Sıvı yanıcı maddeler yangınıdır (petrol türevleri, madeni yağlar, gaz yağı, benzin, mazot, fuel-oil, alkol, tiner, vernik, boya vb.). CO₂'li, köpüklü ve tozlu yangın söndürücülerle söndürülür.
- **C Sınıfı Yangınlar:** Gaz halindeki yanıcı maddeler yangınıdır (likit petrol gazı, doğalgaz, hidrojen vb.). CO₂'li, köpüklü ve tozlu yangın söndürücülerle söndürülür.
- **D Sınıfı Yangınlar:** Yanabilen metal yanıcı maddeler yangınıdır. Yanabilen hafif metallerin ve alaşımlarının (alüminyum, magnezyum, lityum, sodyum, potasyum, seryum vb.) yanmasından oluşan yangınlardır. Yanabilen metaller cinsine uygun söndürücülerle söndürülür.

11.4.1. RİSK MİNİMALİZASYONU İÇİN ALINAN TEDBİRLER

11.4.1.1.KORUNMA TEDBİRLERİ

1. Fakülte binaların içi ve dışı temiz tutulur; kolay yanan, çabuk tutuşan gereksiz kâğıt, talaş, tahta gibi şeyler bina içinde bulundurulmaz ve inşaat ve onarım nedeniyle atık kalan tahta, talaş gibi parçalar bina içinden ve yakınından uzaklaştırılır.

2. “5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” gereğince fakülte binaları içerisinde “SİGARA İÇMEK YASAKTIR”.

3. Fakülte binası içinde yerlerin kolay yanıcı ve parlayıcı maddelerle temizlenmesi yasaktır.

4. Bina içerisinde, çay - kahve yapmak, yemek pişirmek, ısınmak amacıyla elektrik sobası, elektrik ocağı, elektrikli su ısıtıcısı, gaz / ispirto ocağı gibi cihazların kullanımı yasaktır.

5. Personelin sosyal ihtiyaçlarını temin etmek amacıyla açılması gereken, elektrik, doğalgaz veya tüp gazı ile çalışacak çay ocakları Teknik servis yetkililerince incelenir, fenni esaslara uyulması şartı ile Dekanlığın müsaadesi ve sorumluluğunda açılabilir.

6.Çalışma saatleri içinde ve dışında görevli memurlar, bekçiler ve güvenlik görevlileri; görev bölgeleri içerisindeki yangın çıkma olasılığı bulunan hassas yerleri kontrol ederek, faaliyet halinde bırakılmış ocak veya cihazları devreden çıkarır, sorumlular hakkında tutanak tutarak, Fakülte Sekreterliği'ne bilgilendirir.

7. Birim amirleri tarafından bölümlerine ait iş veya çalışma yerlerindeki yangından ilk önce kurtarılması, gerekli kıymetli evrak, eşya, cihaz, dosyanın muhafaza edildiği dolap, sandık vb. üzerine görülecek şekilde örneğine uygun “YANGINDAN İLK KURTARILACAKTIR” yazısı yapıştırılır.

8. Tadilatlar esnasında, kaynak ve kesme işleri çok dikkatli yapılır.

9. Merdiven çıkışlarının ve yangın dolaplarının önleri eşyalarla kapatılmaz. Yangın söndürme cihazları, her bölümde ve herkesin görebileceği bir yerde bulundurulur.

10. Yangın İhbar – Kırmızı Kod 4444’dir.

11. Her türlü yangınla mücadele malzeme, araç, gereç ve tesisatıyla oynamak, kurcalamak yasaktır.

12. Elektrik tesisatında yapılacak işlemler yetkili teknik personel tarafından yapılır, yetkili olmayan personelin elektrik tesisatına müdahale etmesi yasaktır.

13. Bir prize birden çok elektrikli alet takılmaz, eskimiş kabloların yenilenmesi sağlanır.

14. Geceleri kullanılmayan elektrik aletlerin fişleri prizde takılı bırakılmaz.

15. Binaların elektrik iç tesisatı, elektrikle çalışan cihazların tesisata bağlantıları ve elektrik sigorta bağlantıları elektrik iç tesisat yönetmeliği ve fenni şartnamesi esaslarına uygun olarak yapılır.

20. Çatı aralarına elektrik tesisatı yapılmaz.

21. Binaların elektrik iç tesisatında elektrik iç tesisat yönetmeliğine ve fenni şartlara uygun olmayan sigorta bağlantıları çıplak tel, devre dışı kablo veya bir arıza görüldüğünde derhal Teknik servis işletmesi elemanlarına haber verilir. Yetkili teknik elemanlarca tehlike meydana gelmeden önce ve anında arızalar giderilir. Tesisat fenni şartlara uygun hale getirilir.

22. Kalorifer tesisatı ve kazan dairesi, kalorifer kazanlarının çalıştırılması depolama tesisatı ile kazanları arasındaki bağlantıların bakım ve işletmesi, özel talimat esaslarına uygun olarak yetkili teknik elemanlarca yürütülecektir. Eşanjör dairesine görevlilerden başka kimsenin girmesine izin verilmeyecektir. Bu husus EŞANJÖR dairesinin kapısına “EŞANJÖR DAİRESİNE GİRMEK YASAK VE TEHLİKELİDİR” levhası asılmak suretiyle belirtilir.

23. Doğalgaz ve tüp gaz ile çalışan ocak ve cihazların tesisata bağlantıları iç tesisat ve fenni şartnamesi esaslarına uygun olarak yapılır. Bu cihazları kullananları cihazlarda görülen eskime, çürüme, bozulma, gaz kaçırma vs. gibi arızaları anında Teknik servis işletmesine bildirmek zorundadır. Arızalar ilgili teknik elemanlarca tehlike meydana gelmeden derhal ve öncelikle giderilir.

24. Oksijen (Tıbbi Gaz) protoksit gazlar tesisatı oksijen ve tıbbi gaz teknisyenlerince sık sık kontrol edilerek tesisatın düzenli bir şekilde çalışması sağlanır. Oksijen gazının yıkıcılık niteliği dikkate alınarak, ancak kullanılması zorunlu ve lüzumlu yerlerde usulüne uygun olarak kullanılır. Yangın tehlikesini önleyici tedbirlerin alınmasında ve bu tedbirlerin uygulanmasından tesisatın yetkili teknisyenleri sorumludur.

25. Ana Bina Gözetim Denetim Kontrol Biriminde bulunan 4444 numaralı yangın ihbar cihazının ve Fakülte yerleşkesinde bulunan otomatik yangın ihbar pano ve butonları teknik elemanlarca (en az ayda bir defa) bakım ve kontrolleri yapılır ve her an çalışır durumda bulundurulur. Bakım ve kontrol sonucunda İş Güvenliği Uzmanlığı’na bilgi verilir.

26. Yangınların söndürülmesinde etkili araç ve cihazlardan, yangın söndürme cihazlarının (tüplerin) satın alınan ve doldurulan firma elemanlarına; daimi bakım ve kontrolü yaptırılarak (yilda bir defa) her an kullanılır durumda bulundurulmaları sağlanır.

27.Dâhili yangın musluklarının belirli aralıklarla (en az altı ayda bir) bakımları Teknik servis ilgili elemanları tarafından yapılacak mümkün olan arızalı aksamaları tamir ve onarımı yapılarak her an çalışır durumda bulundurulacaktır.

29.Yangın söndürme cihazlarının (tüplerin) her bölümde herkesin görebileceği bir yerde çarpmalara, nemlenmeye maruz bırakılmadan bulundurulmasından, muhafazasından ve üzerindeki tozların yangın söndürme cihazlarının tetik başlarını tıkayıp kullanımını engellediğinden dolayı ayda en az bir kez tozların aldırılması birim sorumlularının görevidir.

30.Birim sorumluları, bölümlerine ait yangın söndürme cihazlarından (tüplerden) boş, bozuk, çürük olanları tespit ederek; boş olanlardan, doldurulması mümkün olanların doldurtulması, çürük ve bozuk olanların imhası için İş Güvenliği Uzmanlığı'na müracaat ederler.

31.Tahliye Sorumluları, bölümlerinde çıkacak yangında binanın boşaltılmasını, önemli evrak ve cihazların uygun olan yerlere taşınmasını sağlarlar.

32.Çalışma saatleri içinde veya dışında çıkacak bir yangında ilk önce Fakülte Dekanı, Dekan Yardımcısı (İrtibat Direktörü), Fakülte Sekreteri (Emniyet ve Güvenlik Direktörü), Gözetim Denetim Kontrol Sorumlusu (Giriş – Çıkış Kontrol Sorumlusu) ve İş Güvenliği Uzmanı'na (Yangın Müdahale Timi Sorumlusu) haber verilecektir. Fakülte Afet Planı'nda görevli personelin güncel iletişim bilgileri Santral'de mutlaka bulunacaktır.

11.4.1.2.YANGIN MÜDAHALE ARAÇLARI

Merdivenler: Yangın çıkışları A, B, bloklarda olup, A ve B Blok yangın çıkışı ışıklı tabela ile yönlendirilmiştir. Yangın merdivenlerine açılan tüm kapılarda panik bar bulunmaktadır.

Yangın Dolapları: Fakültemizde; A Blok'ta 8 adet, B Blok'ta 8 adet, 16 adet yangın dolabı bulunmaktadır.

Yangın Söndürme Cihazları: Kliniklerde, A Blok'ta 34 adet, B Blok'ta 47 adet olmak üzere her katta en az 5 adet yangın söndürme cihazı bulunmaktadır. Fakülte genelinde ise (klinikler, poliklinikler, laboratuvarlar, idari birimler, döner sermaye, ameliyathaneler, radyoloji, asansör makine dairesi, çamaşırhane, depolar, eşanjör dairesi, bilgi işlem merkezi, araştırma merkezi, çatı, derslikler) farklı büyüklüklerde toplam 85 adet yangın söndürme cihazı vardır.

Fakülte binalarında bulunan yangın söndürme cihazlarının kontrolleri her yıl anlaşmalı yetkili firma tarafından periyodik olarak yapılmaktadır.

Fakültenin tüm katlar ve katlardaki tüm bloklar için hazırlanan kat krokilerinde; acil çıkış yolları ile birlikte yangın söndürme cihazlarının ve yangın dolaplarının yerleri de belirtilmiştir.

Olası bir yangın durumunda yol gösterici olması amacıyla, fakültede bulunan tüm yangın dolaplarının üzerine, kolayca görülebilecek ve anlaşılabilir nitelikte "Yangın Anında Yapılması Gerekenler" ve yangın tüpünün doğru kullanımı ile ilgili bilgiler asılmıştır.

11.4.1.3.YANGIN MÜDAHALE EKİPLERİ

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi binalarında meydana gelebilecek yangınlarda, öncelikle, 09 Eylül 2009 tarih ve 27344 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2009/15316 Karar sayılı “Binaların Yangından Korunması Hakkındaki Yönetmelik” gereğince oluşturulan, S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi birimlerinde çalışan personelden oluşturulan yangın müdahale ekipleri görev alacaktır.

- 1. Söndürme Ekibi:** Yangın yerinin alt, üst ve yanlarındaki alanlarda gereken tertibatı alır, yangını söndürmeye veya genişlemesini önlemeye çalışırlar.
- 2. Kurtarma Ekibi:** Önce hastaları ve personeli kurtarırlar. Daha sonra yangında ilk kurtarılacak evrak, dosya ve diğer eşyayı fakülte personeli nezareti altında mümkünse çuvallara ve torbalara koyarak taşınmaya hazır hale getirirler. Çuval ve torbalar fakülte yetkililerinin lüzum görmesi halinde binanın tehlikeli olmayan kısımlarına taşınır.
- 3. Koruma Ekipleri:** Boşaltılan eşya ve evrakları yetkililerin uygun göreceği yerde muhafaza altına alır ve yangın söndürüldükten sonra ilgili birimin sorumlusuna teslim ederler.
- 4. İlk Yardım Ekipleri:** Yangında yaralanan ve hastalananlar için ilk yardım hizmeti verirler. Triajlarını yapar. Triaj kartlarını kullanır. Hastaların tahliyesine yardımcı olur.

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nin yangın müdahale ekiplerinin listesi “YANGIN EKİP LİSTESİ” başlığı altındaki bölümde yer almaktadır.

11.4.2.İŞ AKIŞI

Fakültede kullanılmakta olan Yangın Acil Uyarı Sistemi, olası yangın durumlarına erken müdahale imkanı sağlamaktadır. Yangının fark edilmesi ile 31210 no'lu dahili hat aranarak Kırmızı Kod verilir.

KIRMIZI KOD PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ: S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nde meydana gelebilecek yangın veya yangın şüphesinin oluşması durumunda yangına ilk müdahaleyi yapacak ve/veya yangın ekiplerini haberdar edecek kırmızı kod ekibinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM: Bu prosedür fakültede çıkabilecek bir yangına müdahaleyi organize edecek ekipleri haberdar etmek için yapılması gerekenleri ve bu ekiplerin ilk aşamada yapması gereken faaliyetleri kapsar.

3. SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından ve organizasyonundan; Dekan, Dekan Yardımcıları ve Fakülte Sekreteri sorumludur.

4. TANIMLAR:

4.1.Kırmızı Kod: S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nde uygulanmakta olan “Kırmızı Kod” genel olarak fakülte yangın alarmı olarak değerlendirilmektedir. Fakültede bulunan hasta/hasta yakını ve fakülte çalışanlarının olası bir yangından şüphelenmeleri ya da yangına maruz kalmaları halinde olay yerindeki sabit telefon(lar) aracılığıyla 4444 aranarak kırmızı kod verilir.

5. PROSEDÜR AKIŞI:

5.1. Fakültede Alınması Gereken Yangın Önlemleri İle İlgili Hareket Tarzı:

5.1.1.Fakültede yangına karşı alınacak önlemler İş Güvenliği Uzmanı tarafından tespit edilir.

5.1.2.Bu yerlerde alınması gereken önlemler İş Güvenliği Uzmanı tarafından rapor edilerek Başhekimliğe gönderilir.

5.1.3.Önlemlerin alınıp alınmadığı Fakülte yönetimi ile birlikte İş Güvenliği Uzmanı tarafından yılda bir kontrol edilir.

5.1.4. Çalışan tüm personel İş Güvenliği Uzmanı tarafından yangın söndürme konusunda eğitilir.

5.1.5. Fakülte içerisinde çıkan yangınlara derhal müdahale edilebilmesi amacıyla yangın ekipleri oluşturulur. Her iki bina için bir ekip oluşturulur.

5.2. Kırmızı Kod Uygulaması:

5.2.1. Fakülte içerisinde yangın olması halinde, olayı gören kişi, olay yerindeki dahili telefondan 4444 tuşlayarak kırmızı kod verir.

5.2.2. Kırmızı kod alarmı verildikten sonra; S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde, olay yerine en yakın güvenlik personeline ve yangın ekibine pager cihazından gelen uyarı ile olay yerine intikal etmesini sağlar ve Fakülte Dekanlığına ulaşarak yangın çıktığını haber verir. Kendisi de olay yerine geçer.

5.2.4. Emniyet ve Güvenlik Direktörü (Fakülte Sekreteri), Dekan'a Operasyon Direktörü'ne (Dekan Yardımcısına) ulaşarak yangın çıktığını haber verir. Kendisi de olay yerine geçer.

5.2.5. Tahliye kararı Dekan tarafından verilir.

5.2.6. Protokol girişindeki görevli güvenlik personeli tarafından Teknik servis aranır. Yangın çıktığı haber verilerek yangının yeri bildirilir. Yangın uyarısını alan Kırmızı Kod ekibi derhal yangın alanına gider.

5.2.7. Fakülte Yönetim Kurulu üyeleri Afet Komuta Kontrol Merkezi'nde toplanır. Yönetim Kurulu üyelerine Fakülte Dekan özel kalem tarafından haber verilir.

5.2.8. Birim personeli ve yangın ekipleri başlangıç aşamasındaki yangınlara yangın söndürme cihazları ve yangın söndürme hortumlarıyla derhal müdahale ederler.

5.2.9. Olay yerine ulaşan güvenlik personeli de yangın söndürme çalışmalarına dahil olur.

5.2.10. Olay yerine ulaşan güvenlik personeli Emniyet ve Güvenlik Direktörü'ne vaziyeti rapor eder. Lüzum görülürse Dekan tarafından tahliye kararı verilir.

5.2.11. İlk müdahaleye rağmen yangın söndürülememişse ve kontrol altına alnamıyorsa İrtibat Direktörü tarafından İtfaiye ve Emniyet Güçleri ile iletişime geçilir.

5.2.12. Çıkan yangının durumuna göre, Fakülte Sekreterinin kararı ile teknik ekip tarafından;

- Yangın çıkan bölgenin veya yangının sıçraması mümkün mahallerin elektriğini kesilir.
- Yangın bölgesine gerekiyorsa seyyar aydınlatma tertibatı yapılır.
- Yangın çıkan bölgenin veya yangının sıçraması mümkün mahallerin doğalgazını kesilir.
- Yangın musluklarındaki su tazyikini kontrol edilip, tazyik düşükse su tazyikini yükseltmek için derhal gerekli önlemler alınır.
- Yangın mahalline yakın ve sirayet edebilecek bölgedeki tıbbi gazlar derhal kesilir.

5.2.13. Fakülte Sekreteri tarafından;

- Civarda bulunan oksijen tüplerini ve tüm yanıcı ve patlayıcı gazları emniyetli bir bölgeye taşınması sağlanır.
- Emniyet şeridi çekilerek güvenli olmayan alanlara girişler engellenir.
- Tahliye yollarının daima açık bulundurulması sağlanır.
- İtfaiyenin görevini sorunsuzca yapabilmesi için gerekli tüm tedbirler alınır.

Toplanma alanlarının güvenliği için gerekli tüm tedbirler alınır.

5.2.14. Yatay veya dikey tahliyeye karar verilmişse, hastaların nereye gönderileceğine Operasyon Direktörü karar verir.

5.2.15. Genel tahliyeye karar verilmişse önceden belirlenmiş toplanma alanlarına inilir.

5.2.16. Tahliye işlemi esnasında güvenliğin sağlanmasından ve toplanma alanlarının güvenliğinden Fakülte Sekreteri sorumludur.

5.2.17. Tahliye esnasında hangi yolların kullanılacağına, asansörlerin kullanılıp kullanılmayacağına Fakülte Sekreteri karar verir.

5.2.18. Yangından etkilenen kişilere ilk müdahale ilk yardım ekipleri tarafından yapılır. Tıbbi müdahale gerekenler Acil Servis'e yönlendirilir.

5.2.19. Tahliyenin tamamlanmasının ardından boşaltılan birimde kalan kimsenin olup olmadığı güvenlik güçleri tarafından kontrol edilir.

5.2.20. Yangın ilk müdahale ile söndürülebilecek boyutta ise söndürme işlemi sonunda güvenlik tarafından hazırlanacak rapor fakülte üst mercilerine ve bir nüshası da Dekanlık İş Güvenliği uzmanlığına gönderilir. Yangın ilerlemiş ve itfaiye ekipleri tarafından müdahale edilmiş ise itfaiye tarafından hazırlanan rapor fakülte üst mercilerine ve bir nüshası da Dekanlık İş Güvenliği uzmanlığına gönderilir.

5.3. Kırmızı Kod Tatbikatı

Kırmızı kod sisteminin çalışırılığı, alarmların göz ardı edilmediğinin tatbikatı periyodik olarak yılda bir kez Dekanlığın bilgisi dahilinde Fakülte Sekreterliği ve İş Güvenliği Uzmanlığı tarafından yapılır ve raporu hazırlanarak Dekanlığa sunulur.

12. RİSK MİNİMALİZASYONU İÇİN ALINACAK TEDBİRLER

S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde kimyasal, biyolojik ve radyoaktif maddelerle çalışan personel ile radyasyon ortamında çalışan personelin fiziki olarak zarar görmesini önlemek için alınması gereken tedbirler ile kimyasal, biyolojik ve radyoaktif kazalar neticesinde personel ve yüzey kontaminasyonu için yapılması gerekenler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

12.1.Laboratuvar Kazalarına Karşı Alınan Korunma Tedbirleri

Laboratuvarlarda çalışma esnasında personelin yutma, soluma, direkt temas ve kesici – delicinin deriye geçişi ile kimyasal ve biyolojik tehlikelere maruz kalması mümkündür. Bu tip laboratuvar kazalarından korunmak için alınacak önlemler ile personelin ve birim yetkililerinin sorumlulukları S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi “Laboratuvar Kazaları Talimatı” ile düzenlenmiştir.

1.LABORATUVAR ÇALIŞANLARININ SORUMLULUKLARI

1. S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi Merkez Laboratuvarı Güvenlik Rehberi’ne uymak.
2. Kendinin ve diğer çalışanların sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyecek davranışlardan kaçınmak.
3. Kurumda düzenlenen temel güvenlik ve laboratuvar güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmak ve verilen talimatlar doğrultusunda görevlerini yapmak.
4. Gereklilik ölçüsünde kişisel koruyucu ekipmanları kullanmak.
5. Tüm cihaz ve tehlikeli maddeyi talimatlara uygun kullanmak.
6. Çalışma esnasında ortaya çıkan kazalarda Olay Bildirim Formu doldurularak gerekli birimlere bildirmek.

2.BİRİM YETKİLİLERİNİN SORUMLULUKLARI

1. Tüm çalışanların güvenli çalışma talimatlarını bilmelerini ve uygulamalarını sağlamak.
2. Güvenli çalışma talimatlarının dışındaki uygulama ve davranışları düzeltmek.
3. Kullanılan kimyasalların riskleri konusunda çalışanları bilgilendirmek; riskleri en aza indirmek için gerekli önlemler almak ve personeli eğitmek.
4. Biyolojik riskler konusunda çalışanları bilgilendirmek; riskleri en aza indirmek için gerekli önlemler almak ve personeli eğitmek.
5. Tüm cihazların üretici firmanın uygun gördüğü ve güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlamak.
6. Tüm çalışanların kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, eldiven, firmalara yaka kartı, gözlük vb.) yerini bilmesini ve kullanmasını sağlamak.

3. KİMYASAL TEHLİKELERE KARŞI ALINAN KORUNMA TEDBİRLERİ

1. Kullanılan kimyasalların özellikleri bilinmelidir.
2. Çalışma yapılırken reaksiyona girebilecek maddeler bir arada bulundurulmamalıdır.
3. Kimyasallarla güvenli çalışma için uygun kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
4. Çalışma sırasında sadece gerekli kimyasal bulundurulmalıdır.
5. Kimyasal kullanılmadan önce karşılaşılabilecek tehlikeler gözden geçirilmelidir.

6. Kullanılmadan önce etiketler gözden geçirilir ve kimyasalın doğruluğu kontrol edilir.

7. Kimyasallar mümkün olduğunca en küçük miktarlarda bulundurulmalı ve kullanılmalıdır.

8. Kimyasalları taşıırken kırılmasını önlemek için taşıyıcı kullanılmalıdır. Şişeyi hiçbir zaman boynundan tutmayıp, şişenin boyutuna göre bir veya iki elle gövdesinden sıkıca tutmak gerekir.

9. Asidi suyun içine ağır ağır ilave ederek ve yavaşça karıştırarak seyreltmek gerekir. Konsantre asit üzerine su ilavesi kesinlikle yapılmaz.

10. Asit, alkali ve güçlü oksitleyici ajanları yavaşça karıştırarak seyreltmek gerekir. Şişenin kırılması durumunda çevresini hızlıca soğutunuz. Dökülen asit ise alkali, alkali ise asitle nötralize edin.

11. Asit veya alkali solüsyonla çalışırken ağız maskesi ve koruma gözlüğü takın.

12. Kimyasal ısı, kıvılcım ve ateş kaynaklarından uzakta kullanılmalıdır.

13. Kimyasal kapakları daima kapalı olmalıdır.

14. Kimyasalların bulunduğu ve çalışıldığı ortamlarda yeterli havalandırma sağlanmalıdır.

15. Yangın söndürücülerin hazır olması ve kullanımının öğrenilmesi sağlanmalıdır.

3.1.Kimyasal Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler:

1.Yüzey Kontaminasyonu Halinde:

- Dökülen kimyasalın yayıldığı bölgeyi sınırlayın.
- Kapıları kapatarak / kilitleyerek ve uyarı yazısı asarak dökülme bölgesini izole edin.
- Çalışma arkadaşlarınızı uyarın; dökülme 5 litreden fazla ise veya çok tehlikeli bir madde döküldüyse alanı boşaltın.
- Elektrik düğmelerini ve gaz vanalarını kapatın.
- Dökülen maddeyi niteliğine uygun olarak temizleyin.
- Kontamine malzemeyi uygun etiketli atık kutusuna atın.
- Olayı Birim Sorumlusu'na bildirin.

2.Personel Kontaminasyonu Halinde:

- Çalışma arkadaşlarınızı uyarın.
- Kontamine giysileri hemen çıkarın.
- Suyu bolca akıtarak etkilenmiş vücut bölgelerini 15 - 20 dakika yıkayın.
- Eğer gerekli ise ilk yardım uygulayın.
- Olayı Üst'ünüze bildirin.

4.BİYOLOJİK TEHLİKELERE KARŞI ALINAN KORUNMA TEDBİRLERİ

1. Tüm hastaların kan ve vücut sıvıları potansiyel biyolojik tehlike olarak görülmelidir.
2. Hasta materyali ve kimyasallarla çalışırken mutlaka eldiven ve önlük giyilmelidir.
3. Gereklilik halinde diğer kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
4. Kan, vücut sıvılarına temastan, eldiven çıkarıldıktan ve hastalarla temastan sonra eller yıkanmalıdır.
5. Tüm kesici delici maddeler uygun şekilde ayrılmalı ve kesici delici tıbbi atık kutusu kullanılmalıdır.
6. Ayakkabılar tüm ayağı örtmelidir. Uzun saçlar, materyal ve cihazlarla teması önlemek için bağlanmalıdır.
7. Laboratuvarında yakıcı maddelerle çalışırken kontakt lens takılmamalıdır. Lens yakıcı maddelerin korneada birikmesine neden olabilir.
8. Kişisel koruyucu ekipman birden fazla kişi tarafından kullanılıyorsa kullanım sonrası dezenfekte edilerek kaldırılmalıdır.

9.Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

Kişisel koruyucu ekipman, laboratuvarında solunum, kan ve vücut sekresyonlarıyla bulaşan biyolojik ve kimyasal ajanlara karşı korunma için çalışanlar tarafından kullanılan malzemedir

Eldiven:

- Yapılan işe en uygun eldiven seçilmelidir.
- Eldivenler giymeden önce ve çıkardıktan sonra mutlaka eller yıkanmalıdır.
- Eller göz ve ağızdan uzak tutulmalıdır.
- Kullanılmış eldivenler kırmızı poşetli atık kutularına atılmalıdır.
- Eldiven kullanılsa dahi laboratuvardan çıkarken veya bulaş tehlikesi durumlarında eller yıkanmalıdır.
- Eldivenler laboratuvardan çıkarken; telefon, kapı kolları ve büro malzemeleri kullanılırken çıkarılmalıdır.

Önlük:

- Deriyi ve giysilerin kirlenmesini önlemek için kullanılan kumaş veya tek kullanımlık malzemeden kolları tamamen kapatan ve diz altına uzanan, önü kapalı giysidir.
- Laboratuvar dinlenme alanında verilen molalarda önlükler çıkarılmalıdır.

Maskeler:

- Solunum izolasyonu gerektiren durumlarda, enfekte ve sıçrama tehlikesi olan materyalle çalışırken ağız ve burnu kapatan tek kullanımlık ya da özel maskeler kullanılmalıdır.
- Kullanılacak maskeler kişiye özel olmalıdır
- Maskeler ıslandığında değiştirilmelidir.
- Maskenin yüze tam oturması sağlanmalıdır.
- Maske ağız ve burnu içine alacak şekilde kullanılmalıdır.
- Tüberküloz çalışması yapılan bölümde N95 maske kullanılmalıdır.

Göz / Yüz Koruyucuları:

- Kan ve vücut sıvılarının sıçrama tehlikesinde gözü ve yüzü koruyan koruyucu ve gözlüklerdir.

Özel Ekipmanlar:

- Uluslararası biyolojik tehlike amblemi bulunan iş tulumları, tıbbi atıkların toplanması esnasında kullanılır.
- Özel bariyerli eldivenler ve lastik çizme, tıbbi atıkların toplanmasında ve sterilizasyon ünitesinde kullanılır.
- Derin dondurucu dolaplarında eldiven kullanılmalıdır.

10.Biyolojik Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler**1.Yüzey Kontaminasyonu Halinde:**

- Kontamine alanı tespit edip izole edin.
- Beraber çalıştığınız kişileri uyarın.
- Maşa / forseps yardımı ile kırık camları toplayın.
- Dökülen sıvı üzerine absorban malzeme (kâğıt havlu veya süzgeç kâğıdı) örtün; dökülenin emildiğinden emin olun ve gerekirse bu işlemi tekrarlayın.
- Absorban örtünün üzerine dezenfektan dökün. Dezenfektan olarak çoğu dökülme olayında 1/100 sulandırılmış hipoklorid yeterlidir. Büyük miktarda kontamine materyal dökülmesi halinde 1/10'luk hipoklorit kullanılır.
- Dezenfektanın yaklaşık 20 dakika kalmasını sağlayın.
- Absorbanı alın ve ortamı alkol veya yüzey deterjanı - su ile temizleyin. Bu arada kirlenen materyali hemen (atık kabına) atın.
- Birim Sorumlusuna haber verin.

2. Personel Kontaminasyonu Halinde:

- Vücutun temas eden bölgesini sabunlu su ile, gözleri göz yıkama solüsyonu ile veya ağız serum fizyolojik yıkayın.
- Kontamine olmuş giyeceklerinizi çıkarın.
- İlk yardım uygulayın.
- Birim Sorumlusuna haber verin.
- Tedavi için Acil Servis ile irtibata geçin.

3. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalınması Halinde:

- **İğne batması / kesilme halinde:** Yara yerini su ve sabunla yıkayın.
- **Ağız, burun ve deriye sıçrama olduğunda:** Bulaşan materyali bol su ile uzaklaştırın.
- **Göze sıçrama olduysa:** Temiz su / serum fizyolojik ile irrigasyon yapın.
- Olayı Birim Sorumlusuna haber verin. Eğer endikasyon varsa tedaviye 1 – 2 saat içinde başlanması gerekir.
- Kazaya karışan örneğin kalanını incelenmesi için korumaya alın.

5. RADYOAKTİF TEHLİKELERE KARŞI ALINAN KORUNMA TEDBİRLERİ

1. S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde Nükleer Tıp Bölümü ve Radyasyon Onkolojisi Bölümü yoktur. Fakültemizde radyoaktif madde kaynaklı tehlike oluşabilecek birimler; Röntgen cihazlarının olduğu birimlerdir.
2. Radyoloji üniteleri Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun (TAEK) standartlarına uygun olarak düzenlenmiştir ve TAEK'ten lisans alarak çalışmaktadır. Lisans her beş sene bir yenilenir.
4. Radyoloji ünitesinde düşük dozlu radyoaktif maddeler ile çalışılmaktadır. Personel kurşun kaplı levhalar arkasında çalışır ve dozimetre takar. Dozimetreler TAEK tarafından belli aralıklar ile kontrol edilerek personelin maruz kaldığı radyasyon miktarı takip edilir.

6. Radyoaktif Tehlikeler Karşısında Yapılması Gerekenler

Yüzey Kontaminasyonu Halinde

- Dökülen sıvının üzerine hemen emici bez veya kağıt konularak yayılması önlenir, çevresi işaretlenir ve üzerinden geçişler engellenir.
- Temizlik esnasında mutlaka eldiven giyilir ve bulaşmış malzemelerle ıslak kâğıtların içine konulabileceği plastik bir torba bulundurulur.
- Dökülen maddenin üzerine konulmuş olan bez veya kâğıtlar alınır ve bir havlu ile bulaşma alanı dıştan içe doğru olmak üzere kurulanır.
- Alan iyice kurulandıktan sonra temizleme malzemeleri (dekontaminasyon ilaçları) ile ıslatılmış kâğıt havlu ile silinir.
- Havlunun radyoaktivitesi uygun ölçüm cihazları kullanılarak kontrol edilir.

- Ortam sayımının iki katını geçen sayımlar, bulaşma olduğunun göstergesidir.
- Bu durumda kâğıt havlular ile temizlemeye devam edilir. Yumuşak bir temizleyici sıvı kullanılabilir ancak aşındırıcı temizleyicilerden sakınmalıdır.
- Temizlik sonunda silme testi tekrarlanır.
- Silme işlemi yapılan havludaki radyasyon düzeyi, ortam sayımının iki katından daha küçük bir değere ulaşıncaya kadar temizleme ve silme işlemine devam edilir.
- Radyasyon korunması görevlisi durumdan haberdar edilir.

6. RADYASYON TEHLİKESİNE KARŞI ALINAN KORUNMA TEDBİRLERİ

1. Radyoloji Bölümü'nde radyasyon tehlikesi olan alanların girişine "RADYASYON TEHLİKESİ" ve "HAMİLELER ve HAMİLELİK ŞÜPHESİ OLANLAR GİREMEZ" şeklinde sarı uyarı levhaları asılır.

2. Hamile personel radyasyon alanı dışında görevlendirilir.

3. Teknisyenler kurşun paravanlar arkasında çalışır.

4. Yerden havalandırma sistemleri yapılır.

5. Personel dozimetre takar. Dozimetreler Türkiye Atom Enerjisi Kurumu tarafından belli aralıklar ile kontrol edilerek personelin maruz kaldığı radyasyon miktarı takip edilir.

13. TRIAJ PLANLAMASI

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre triaj; çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir.

"Triaj", Fransızca'dan gelen ve "ayıklamak", "ayırarak" anlamına gelen bir kelimedir. Triaj günümüzde, acil servislere başvuran hastaların aciliyetinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilirdiği gibi; çok fazla kişinin etkilendiği ve afet olarak adlandırılan durumlarda daha etkili bakım vermek amacıyla, etkilenenlerin sınıflandırılması için de kullanılmaktadır.

Afetlerdeki triajda amaç, eldeki imkânları kullanarak mümkün olduğu kadar fazla sayıda hastaya yardımcı olmaktır.

13.1. Afetlerde Triaj Kategorileri

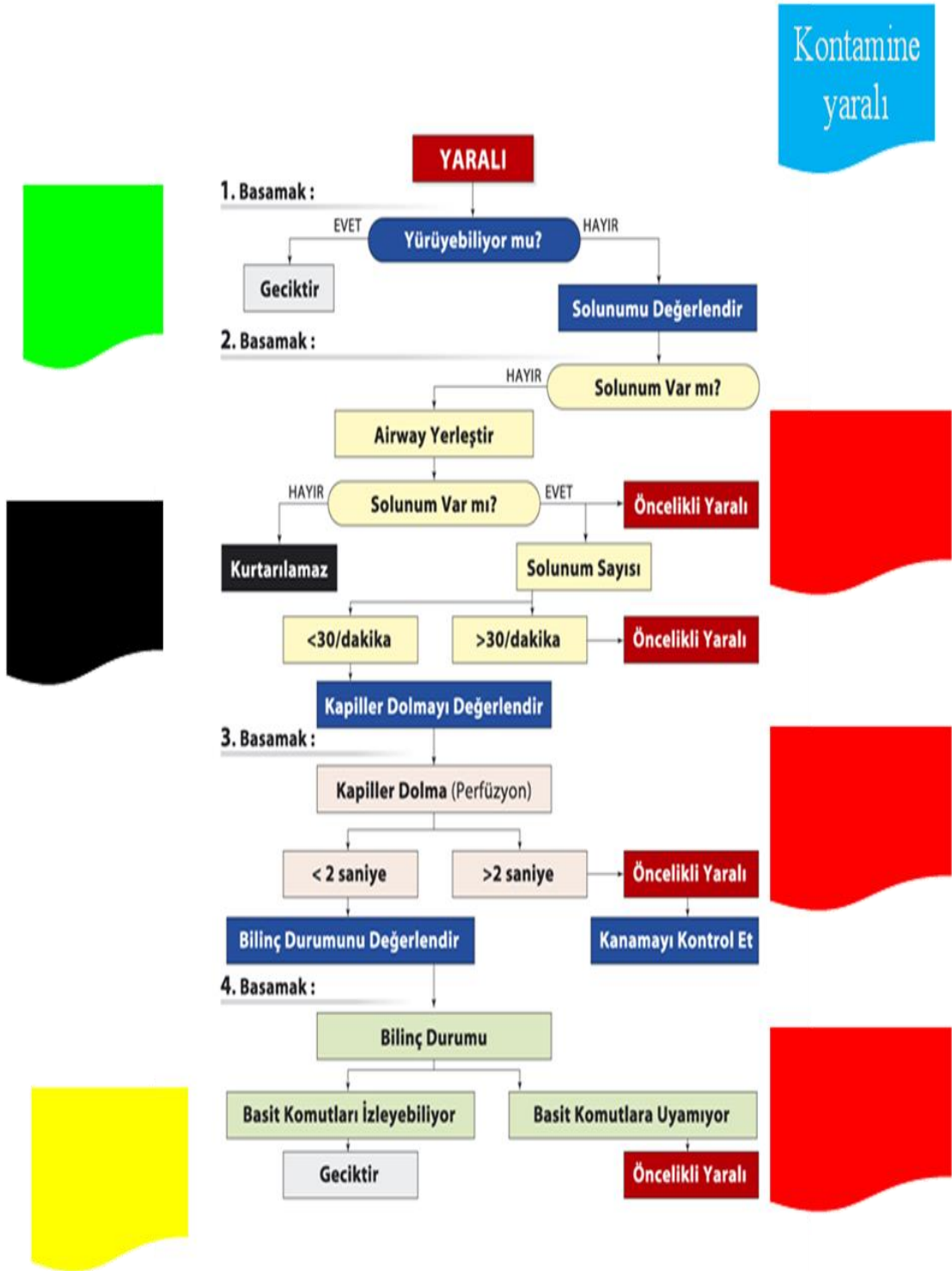
Triaj için farklı yöntemler, algoritmalar kullanılmakla birlikte dünyada özellikle afetlerde en yaygın kullanılanı START (Simple Triage and Rapid Treatment) Protokolü'dür.

Bu yöntem; uygulamada araç - gereç gerektirmeden, kısa sürede üç yaşamsal işlev olan solunum, dolaşım ve bilinç düzeylerini değerlendirme esasına dayanmaktadır.

Bu yönteme göre triajı uygulayacak kişi önce sesli triaj yapar ve ortamdaki kişileri yanına çağırır. Yürüeyebilenler hafif yaralı olarak değerlendirilir. Sonra triajı uygulayan kişi, en yakınındaki hasta veya yaralıdan başlayarak, sınıflandırma işlemini gerçekleştirir.

Kontamine hastalar dekontaminasyon işlemi tamamlanmadan triaj alanına alınmazlar.

START TRIAJ REHBERİ



Değerlendirme sonucunda kişiler, tedavi önceliklerine göre, farklı renklerle kodlanmış dört gruba ayrılarak etiketlenir:

1.Kırmızı etiket: Acil olarak operasyona ya da yoğun bakıma alınarak yaşamı kurtarılabilecek durumdaki hastalar bu gruba dahil edilir.

2.Sarı etiket: Bu grupta vital bulguları stabil, acil yaşam tehdidi altında olmayan bekleyebilecek olgular bulunur.

3.Yeşil etiket: Genel durumu iyi, hiçbir vital bozukluğu olmayan ve ayaktan tedavi edilebilecek hastalara uygulanır.

4.Siyah etiket: Ölmüş veya ölmek üzere olan olgular bu sınıftadır. Ölmüş olanlar en kısa zamanda morga gönderilir.

ÖNCELİK	YARDIM	Renk Şifresi	TANIMI
BİRİNCİ DERECE	İVEDİ / ACİL	KIRMIZI	Yaşamını ya da uzvunu kurtarmak için acil müdahaleye gereksinimi var
İKİNCİ DERECE	GEÇİKTİRİLEBİLİR	SARI	Hastanın acil bakıma gereksinimi var ama hayati tehlike yok
ÜÇÜNCÜ DERECE	BEKLEYEBİLİR	YEŞİL	Kişilerin yaralanmaları çok hafif, kendileri gidebilirler
DÖRDÜNCÜ DERECE	ÖLMÜŞ VEYA KAYIP VAKA	SİYAH	Hastalar yapılacak her türlü müdahaleye rağmen hayatını kaybedecektir ya da yaşamsal bulguları alnamıyordur.

Triaj işlemi tamamlandıktan sonra hastalar, triaj kartları takılarak, tedavileri için ilgili alanlara yönlendirilir. Ancak; yapılan bu ilk sınıflandırmanın ardından, verilen tedavi neticesinde, önceliklerin değişebileceği dikkate alınarak, triaj uygun aralıklarla tekrarlanır.

13.2. Afet Halinde Kurulacak Alanlar

Dekan tarafından Fakülte Afet Planı'nın aktive edilmesinin hemen ardından aşağıdaki alanların oluşturulması sağlanır.

1. Hasta Kabul – Kayıt Alanı

1. Afet halinde hasta kayıtları, Fakültenin altyapısı etkilenmemişse bilgisayar üzerinden yapılır.

2. Fakülte bilgi işlem sisteminin zarar görmüş olması halinde ise, tüm kayıtlar manuel olarak kayıt kabul defterine yapılır; hasta ile ilgili tüm bilgiler ayrıntılı olarak kaydedilir.

3. Tutulan kayıtlarda; hastanın adı, soyadı, vatandaşlık numarası, cinsiyeti, yaşı, geldiği yer, hastayı kimin getirdiği, hastanın kaydının yapıldığı tarih ve saat, yaralanma özellikleri ve triaj düzeyleri mutlaka yer alır.

4. Olağanüstü hallerde fakülteye başvuran tüm hastalara triaj kartı takılır. Fakülte kayıtları bu kart numarası ile yapılır. Alan triajı yapılarak fakültemize gelmiş hastalara ikinci bir kart verilmez, işlemleri mevcut triaj kartı numaraları ile gerçekleştirilir.

5. Kayıtların düzgün tutulması, adli ve finansal sorunları önler. Hasta kabulü esnasındaki kayıtlarının eksiksiz yapılması, Operasyon ekibinde yer alan Hasta Kayıt Sorumlusu'nun görevidir.

6. Hasta Kayıt Sorumlusu, fakülteye yaralı gelenleri tespit etmek, kaydetmek ve takip etmek için, S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi Yaralı Kayıt Formu"nu doldurur.

8. Sevk Sorumlusu, sevk edilen hasta ve yaralıları kaydetmek için S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi Hasta Sevk Kayıt Formu"nu doldurur.

9. En az iki saatte bir tüm hastalar gezilerek kayıtlar güncellenir.

Afet yönetimi sürecinde Hasta İşlemleri Bölümü; Hasta Kayıt ve Kabul Alanı olarak kullanılacaktır.

2. Triaj Alanı

1. Triaj Alanı'ndan Triaj işlemi yapılmayan hiçbir hasta kabul edilmez.

2. Triajı yapılan hastalar, triaj kartları ile birlikte uygun bakı alanlarına yönlendirilir.

3. Triaj alanının güvenliğini sağlamak Emniyet ve Güvenlik Direktörü'nün sorumluluğundadır.

Afet yönetimi sürecinde, S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi için Triaj alanı olarak A Blok ön bahçesi belirlenmiştir.

3. Kırmızı Alan (Öncelikli Acil)

Kırmızı Alan; solunum güçlüğü, ağır şok, kontrol altına alınamayan kanama, açık göğüs yaralanması, açık karın yaralanması, yüzün ya da solunum yollarının etkilendiği ağır yanıklar, vücut yüzeyinin %40'ından fazlasının etkilendiği yanıklar, ağır kafa yaralanması, diyabetliler, zehirlenmeler, normal olmayan doğumlar vb. gibi afet halinde kırmızı renkle etiketlenen, birinci derecede triaj önceliği olan vakaların tedavi edildiği alandır.

Afet yönetimi sürecinde A Blok Binası içinde Giriş Kat'ta yer alan Klinik Kırmızı Alan olarak kullanılacaktır.

4. Sarı Alan (Geciktirilebilir Acil)

Müdahale edildiğinde durdurulabilen kanamalar, vücut yüzeyinin %15 - %40'ının etkilendiği yüzeysel yanıklar, birden fazla kırıkların olması, sırt / omurga yaralanmaları vb. gibi afet halinde sarı renkle etiketlenen, ikinci derecede triaj önceliği olan, geciktirilebilecek vakaların tedavi edildiği alandır.

Afet yönetimi sürecinde A Blok Binası içinde 1. Kat'ta yer alan klinik, Sarı Alan olarak kullanılacaktır.

5. Yeşil Alan (Hafif Yaralanmalar)

Basit kapalı kırıklar, yüzeysel – küçük çaplı ve kanaması olmayan yaralar, psikolojik olarak etkilenenler gibi afet halinde yeşil renkle etiketlenen, üçüncü derecede triaj önceliği olan, bekletilebilecek vakaların tedavi edileceği alandır.

Afet yönetimi sürecinde A Blok Binası içinde Giriş Kat'ta yer alan Hasta Bekleme Salonu, Yeşil Alan olarak kullanılacaktır.

6. Siyah Alan

Ölümlerin ve İlaç ya da üst solunum yolu obstrüksiyonuna ikincil olmayan solunum durması, masif beyin yaralanması, %50'yi geçen 2. ve 3. Derece yanıklar, ateşli silah ile kafa yaralanması neticesi koma vb. gibi afet halinde siyah etiketlenen vakaların bekletileceği alandır.

Afet halinde Zemin kat içinde resüsitasyon yapılmaz.

Afet yönetimi sürecinde B Blok Binası içinde Giriş Kat'ta yer alan Preklinik Siyah Alan olarak kullanılacaktır.

7. Dekontaminasyon Alanı

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nde dekontaminasyon alanı olarak A Blok içerisinde yer alan Entegre Kliniği'nin kullanılması uygun görülmüştür.

8. Psikiyatri Alanı

Psikiyatri alanı; histerik kişiler, personel ve ziyaretçilere gerekli psikolojik desteğin sağlanması amacıyla oluşturulan alandır.

Afet yönetimi sürecinde A Blok Binası içinde 2. Kat'ta bulunan klinik psikiyatri alanı olarak kullanılacaktır.

9. Aile Bekleme ve Taburculuk Alanı

Hasta yakınlarının bilgilendirildiği ve taburcu olanların ailelerine teslim edildiği alandır.

Afet yönetimi sürecinde A Blok binası giriş katında Hasta İşlemleri Bölümü'nün önünde yer alan Bekleme Salonu; Aile Bekleme ve Taburculuk Alanı olarak kullanılacaktır.

10. Gönüllü Kabul ve Başvuru Alanı

Afet halinde fakültede gönüllü olarak çalışmak isteyenlerin başvurduğu, değerlendirildiği ve kabul edilenlerin kaydının yapıldığı alandır.

Afet yönetimi sürecinde S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi Protokol Girişi'nde bir Gönüllü Kabul ve Başvuru Alanı oluşturulacaktır.

13.3.TRIAJ KARTI ÖRNEĞİ

Selçuk Ün. Dış Hekimliği Fakültesi
TRIAJ KARTI

BİLİNCİ N ND 06 - 0152 -
SOLUNUM N ND
DOLAŞIM N ND

ADI SOYADI / EĞGAL: _____
Tj Dc: _____

1. 2. 3. 4.

Ticari amp. 5A1 Güçlü amp. 5A1 Güçlü amp. 5A1 Güçlü amp. 5A1
Mide besleni 1mgp, 1ml Fuzid, 1 Sırt taşıma
Güçlüğü Durulmuş 50

Bu parça **TRIAJ HASTANESİ** ekibinde kalacaktır.
EKİBİN KURUMU: _____
EKİP NO: _____ 06 - 0152 -

Bu parça **KİNCİ** transport ekibinde kalacaktır.
EKİBİN KURUMU: _____
EKİP NO: _____ 06 - 0152 -

Bu parça **BİRİNCİ** transport ekibinde kalacaktır.
EKİBİN KURUMU: _____
EKİP NO: _____ 06 - 0152 -

UYGULAMA TEDAVİ

OKSÜJEN _____ Lütek. _____
 ENFÜZYASYON _____
 CPR _____
 TORAKS DRENAJ _____
 SAĞ SOL _____
 KANAMA KONTROLÜ _____
 SABİTLEME _____
 DEKONTAMİNASYON _____

İlaçlar ve Serumlar _____
1. _____
2. _____
3. _____

STANDART TRIAJ KRİTERLERİ

KIRMIZI	SARIL	YESİL	SIYAH
Yürüyebilen Tarak			
Çene Manevrası sonrası Solunum Yok			YESİL
S Solunum Sayısı 30 üzeri			SIYAH
D Dolaşım Kapiller Geril Dolum x2 sn / +120/90			KIRMIZI
B Bilinç Basit Komutları Yapamıyor			KIRMIZI
Bunun dışındakiler			KIRMIZI

Hasta Adı Soyadı: _____
Sevk Edildiği Hastane _____
Sevk Edilirse Teslim Edilen Ambulans _____

Hasta Adı Soyadı: _____
Teslim Edilen Ambulans / Hastane _____

Hasta Adı Soyadı: _____
Teslim Edilen Ambulans _____

14.TIBBİ ATIK ve ÇÖP YÖNETİMİ PLANLAMASI

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi tıbbi atıkların, evsel atıkların çevreye ve kişiye zarar vermeden tanımlanması, yerinde ayrıştırılarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve bertarafı için "Tıbbi Atık Talimatı" ve "Evsel Atık Talimatı" olmak üzere iki farklı talimat hazırlanmış ve uygulamaya konmuştur.

14.1.Tıbbi Atıkların Yönetimi

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nde tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı Tıbbi Atık Talimatı ile düzenlenmiştir.

TIBBİ ATIK TALİMATI

- 1. AMAÇ:** Tıbbi atıkların tanımlanması, toplanması, taşınması, depolanması ve bertarafı için bir yöntem belirler.
- 2. KAPSAM:** Tıbbi atıkların kontrolü faaliyetlerini kapsar.
- 3. SORUMLULAR:** Fakülte yönetimi, tüm birimler, tüm fakülte çalışanları ve temizlik firması çalışanları sorumludur.
- 4. TANIMLAR:** Atıklar; 'Çevre ve Orman Bakanlığı, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'nde; tıbbi atıklar, evsel nitelikli atıklar, cam atıklar, ambalaj atıkları, kesici-delici atıklar, radyoaktif ve tehlikeli atıklar şeklinde tanımlanır.
- 4.1. ATIK:** Belirli zaman ve yerde asli yapı ve durumunda sahibine yararı olmayan insan yapımı nesnelere.

4.2. EVSEL NİTELİKLİ ATIK: Genel atık ve ambalaj atıkları.

4.2.1. Genel Atıklar (Grup A): Fakültenin tüm birimlerinde oluşan, ancak kontamine olmamış ve grup C, D, E ve F’de yer almayan mutfak, bahçe atığı gibi atıklardan oluşur.

4.2.2. Ambalaj Atıkları (Grup B): İdari birimler, mutfak, ambar , atölye, kaynaklanan kağıt, karton, mukavva, plastik, cam tekrar geri kazanılabilen atıklardır.

4.3. TIBBİ ATIK: Ünitelerden kaynaklanan enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici malzemelerden oluşan atıklardır.

4.3.1. Enfeksiyöz Atık (Grup C): Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel kan, kan ürünleri, vücut sıvıları, insan dokuları organları anatomik parçalar, otopsi materyali, plesanta ,fetüs ve diğer payolojik meteryal; bu tür meteryal ile bulaşmış eldiven, örtü çarşaf, bandaj, flaster, tampon, vb veya bu materyallerin bulaştığı atıklardır.

Başlıca enfekte atıklar; kan, kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesnelere, kullanılmış ameliyat giysileri (kumaş, önlük ve eldiven v.b).

4.3.2. Patolojik Atık (Grup D): Cerrahi girişim, otopsi veya anatomi çalışmaları sonucu ortaya çıkan doku, organ, vücut parçası gibi atıklar.

Başlıca patolojik atıklar; anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi vs tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları, ameliyathaneler, vücut parçaları, organik parçalar.

4.3.3. Kesici-Delici Atık (Grup E): Batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek iğne, bistürü, lam-lamel vs gibi atıklar.

Başlıca kesici-delici atıklar; enjektör iğnesi, iğne içeren diğer kesiciler (serum seti iğnesi, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket), bisturi, lanset, lam-lamel, cam pastör pipeti ve ampul ve kırılmış cam tüp ve petri kapları.

4.4. TEHLİKELİ ATIK (Grup F): Ünitelerden kaynaklanan genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atık ve basınçlı kaplar.

4.5. RADYOAKTİF ATIK: Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre toplanıp uzaklaştırılması gereken atıklar.

5. UYGULAMA

Fakültemizde “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ne göre; tıbbi atıklar ayrıştırılır, toplanır, ünite içinde taşınır, depolanır ve bertarafı sağlanır. Atıkların toplanma ve ayrıştırma işleminden tüm atık üreticileri sorumludur.

5.1 Görevli Personeller

5.1.1. Atık toplamada görevli personel, göreve başlamadan önce fakülte atıkları konusunda eğitilmeli ve gerektiğinde ise bu eğitimler düzenli olarak tekrarlanır.

5.1.2. Mutlaka Hepatit B aşısı tamamlanmış olmalıdır.

5.1.3. Kesici-delici alet yaralanmaları durumunda derhal fakülte çalışan sağlığı ve güvenliği birimine haber verilir..

5.1.4. Fakülte Sekreterliği tarafından belirlenen kişiler tarafından; tıbbi, tehlikeli ve radyolojik atık kayıtları tutulur.

5.1.5. Fakülte tıbbi atık harcama kayıtları belli bir personel tarafından tutulur.

5.2. Personel Kiyafeti

5.2.1. Tıbbi atık toplayan personel; atık toplamaya başlamadan önce turuncu tulum, turuncu çizme, kalın plastik eldiven, maske ve koruyucu gözlükten oluşan kıyafetini giyer.

5.2.2. Taşıma işlemi sonrası ise hemen kıyafetler çıkarılır ve eller yıkanır.

5.2.3. Bu kıyafetler ayrı bir yerde muhafaza edilir.

5.2.4. Mesai bitiminde kirli kıyafetler torbaya konulup kırmızı bant ile torbanın ağzı bağlanarak çamaşırhanede kirli çamaşır kovasına atılır. Eldiven, maske her kullanım sonrası tıbbi atık kovasına atılır.

5.3. Atık Taşıma Araçları

5.3.1. Eysel nitelikli ve diğer tıbbi atıklar aynı araçla toplanmaz.

5.3.2. Bu araçlar kesinlikle başka işler için kullanılmaz.

5.3.3. Tıbbi atıklar; turuncu renkli, tekerlekli, kapaklı, paslanmaz, metal-plastik veya benzeri maddeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanması ya da delinmesine olanak vermeyecek şekilde keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması ve temizlenmesi kolay ve üzerinde tıbbi atık amblemi bulunan bu iş için özel ayrılmış araçlarla toplanır.

5.3.4. Bu araçlar üzerinde; “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunması zorunludur.

5.3.5. Atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah; hastaların tedavi olduğu yerler ve diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzakta olmalıdır.

5.3.6. Atık taşıma araçları; her gün ve her kirlendiğinde-kontamine olduğunda temizlenip dezenfekte edilir.

5.3.7. Atıklar günde en az 1 kez ve gerektiğinde toplanır.

5.4. Evsel Atıklar

5.4.1. Evsel nitelikli genel atıklar; SİYAH renkli plastik torbalarda toplanır.

5.4.2. Geri kazanılabilir ambalaj atıkları MAVİ renkli plastik torbalarda toplanır.

5.4.3. Bu atıklar, kesinlikle tıbbi, tehlikeli ve radyoaktif atıklarla karıştırılmaz.

5.4.4. Toplama sırasında evsel nitelikli atıklar, yanlışlıkla tıbbi atıklarla karışırsa tıbbi nitelikli atık olarak kabul edilir.

5.4.5. Atık torbaları; en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur ve ağızları bağlanır.

5.4.6. Ağızı bağlı olan torbalar; sadece evsel atıklar için ayrılmış taşıma araçları ile ağızı kapalı olarak ve sıkıştırılmadan taşınır.

5.4.7. Taşıma araçları; insan ve hasta trafiğinin az olduğu bölgelerden, ilgili asansörle geçici atık deposuna götürülür.

5.4.8. Evsel atıklar; belediye işbirliği ile uzaklaştırılır.

5.4.9. Ambalaj atıkları ise anlaşmalı kurumlar tarafından bırakılan geçici konteynirlardan haftalık olarak toplanır.

5.5. Tıbbi Atıklar

5.5.1. “Atıkların Sınıflandırılması Tablosu” nda C, D ve E grupları altında yer alan tıbbi atıklar, ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir.

5.5.2. Tıbbi atık kutuları, atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulunur.

5.5.3. Tıbbi atıklar hiçbir suretle evsel, ambalaj atıkları ve tehlikeli atıklar ile karıştırılmaz.

5.5.4. Tıbbi atıkların toplanmasında; KIRMIZI RENKLİ, yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orta yoğunluklu polietilen hammaddeden, sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile “DİKKAT TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan plastik torbalar kullanılır.

5.5.5. Torbalar en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur.


5.5.6. Ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmaz ve tekrar kullanılmaz.

5.5.7. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, torbasından çıkarılmaz, boşaltılmaz ve başka bir torbaya aktarılmaz.

5.5.8. Torbalar her dolduğunda, ünitelerden toplanıp ünite içi atık taşıma araçları ile geçici tıbbi atık deposuna ilgili asansör kullanılarak indirilir, eğer fazla torba varsa ünite içi tıbbi atık taşıma araçları da geçici depolama için kullanılır.

5.5.9. Ameliyathanelerde ise; tıbbi atık torbalarının 3/4'ü dolduğunda bu bölümlerdeki temizlik personeli tarafından tıbbi atık torbasının ağzı sıkıca bağlanarak tıbbi atık taşıma aracına konulur. Tıbbi atık taşıma aracı dolduğunda atık toplama personeline haber verilir.

5.6. Kesici-Delici Atıklar

5.6.1. Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi  ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik kutu veya konteynirler içinde toplanır.

5.6.2. Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve kırmızı plastik torbalara konur.

5.6.3. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz. Dolduğu zaman derhal yenisi ile değiştirilir.

5.7. Tıbbi Atıkların Geçici Depolanması ve Çöp Ünitesi Özellikleri

5.7.1. Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla olmamak üzere çöp ünitesinde (geçici depo) bekletilir.

5.7.2. Bekleme süresi, çöp ünitesinde içindeki sıcaklığın 4°C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.

5.7.3. Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilir. Birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanır.

5.7.4. Tıbbi atık konulan yerin tabanında talaş bulunur.

5.7.5. Geçici atık deposunun hacmi en az iki günlük atığı alabilecek boyutlarda olmalıdır.

5.7.6. Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay malzeme ile kaplanır.

5.7.7. Depolarda yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunur ve depo özel olarak soğutulur.

5.7.8. Depo kapıları dışarıya doğru açılır veya sürmeli yapılıdır. Kapılar daima temiz ve boyanmış durumda olur.

5.7.9. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike Amblemi” ile siyah harfler ile yazılmış “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunur.

5.7.10. Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmez.

5.8. Tıbbi Atıkların Çöp Ünitesinden Taşınması ve Bertarafı

5.8.1. Tıbbi atıkların, çöp ünitesinden alınarak bertaraf tesisine taşınmasından Büyükşehir Belediyesi sorumludur.

5.8.2. Fakültemizde atık depolarından tıbbi atıkların alınması sırasında; atıkların fakülte tarafından taşıyıcıya verildiğinin ve taşıyıcı tarafından teslim alındığının belgelenmesi amacıyla taşıyıcı kurum tarafından ‘Tıbbi Atık Alındı Belgesi’ düzenlenir.

5.8.3. Fakültemizde atıkların tesliminde bu belgeyi imzalamaktan Fakülte Sekreteri sorumludur. Bu belge üzerinde Fakültenin ismi, adresi, sorumlu kişinin ismi ve irtibat telefonu, tarih, atığın miktarı, taşıyıcı kurum ismi, şoförün ismi, aracın plakası, lisans numarası ve bertaraf tesisi ile ilgili bilgiler bulunur.

5.8.4. ‘Tıbbi Atık Alındı Belgesi’ üç nüsha halindedir; bir nüshası fakültede, ikinci nüshası taşıma işlemi yapan kurumda, üçüncü nüshası ise bertaraf tesisi işletmecisi kurumda kalır ve ilgili görevliler tarafından imzalanır.

5.8.5. İnceleme ve denetim sırasında bu belgenin ilgili tüm taraflarca denetim elemanlarına gösterilmesi zorunludur.

5.8.6. Tıbbi atıkların taşınması sırasında kullanılan ‘Tıbbi Atık Alındı Belgesi’ en az bir yıl süre ile Fakülte Sekreterliği tarafından “Tıbbi Atık Dosyası” nda saklanır ve talep edilmesi durumunda yetkili kişilerin incelemesine açık tutulur.

5.9. Atık Taşıma Araçları ve Depoları Temizliği

5.9.1. Tıbbi atık toplama araçları, ekipmanları muhafazası, temizliği ve dezenfeksiyonu ile çöp ünitesinin temizlik ve dezenfeksiyonundan Fakülte Sekreterliği tarafından görevlendirilen atık toplama elemanları sorumludur.

5.9.2. Atık taşıma araçları “Dezenfektan Solüsyon Hazırlama Talimatı” na göre belirlenen dezenfektanla (1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suyu veya 1000 ppm) günde en az bir kez veya ihtiyaç halinde daha sık yıkanarak temizlenir, duru su ile çalkalandıktan sonra, %1’lik sodyum hipoklorid içeren solüsyon ile (10 ml / 1) dezenfekte edilir.

5.9.3. Tıbbi atıkların konulduğu deponun temizliği ve dezenfeksiyonu kuru olarak yapılır. Bölme atıkların boşaltılmasını takiben “Dezenfektan Solüsyonları Hazırlama Talimatı”na göre belirlenen dezenfektanla (sodyum hipoklorit % 1) dezenfekte edilir ve gerekirse haşerelere karşı ilaçlanır.

5.9.4. Araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda; çöpler güvenli bir şekilde, sızıntı sıvı ise uygun emici malzeme (talaş) ile yoğunlaştırıldıktan sonra sadece bu iş için kullanılan kürek ile toplanır ve kırmızı tıbbi atık torbasına doldurulduktan sonra depoya bırakılır, taşıma aracı ve kullanılan ekipman derhal %1’lik sodyum hipoklorid ile dezenfekte edilir.

5.9.5. Geçici atık deposu temizlendikten ve dezenfekte edildikten sonra atık taşıma araçları depo içine alınır.

5.10. Tehlikeli Atıklar

5.10.1. Tehlikeli atıklar diğer atıklardan ayrı olarak toplanır.

5.10.2. Küçük miktardaki kimyasal ve farmasötik atıklar enfeksiyöz atıklarla beraber toplanır.

5.10.3. Büyük miktarda artan ve miadı dolan farmasötik atıklar fakülte depolarında saklanmalı ve elden çıkarmak için üreticisine gönderilir.

5.10.4. Tehlikeli Atık Kontrolü; Fakülte Sekreterliği denetimi altındadır ve kayıtları Fakülte Sekreterliği tarafından belirlenen bir kişi tarafından tutulur.

5.10.5. Tüm işlemler sırasında; ‘Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine’ uyulur.

5.11. Radyoaktif Atıklar

5.11.1. Radyoaktif atıkların kontrolü fakülte Sekreterliği denetimindedir.

5.11.2. Üretildikleri yerde; ‘Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Talimatına’ göre işlem görür ve yine bu yönetmeliğe göre uzaklaştırılır.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

6.1 Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

6.2 Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Talimatı

14.2. Çöp Yönetimi

S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi’nde kontamine olmamış çöplerin ayrı olarak toplanması, geçici depolanması ve taşınması için “Ambalaj Atıkları Talimatı” ve “Evsel Nitelikli Atık Talimatı” olmak üzere uygulamada olan iki farklı talimat vardır.

14.2.1.Ambalaj Atıkları

Kontamine olmamış tekrar kullanılması, geri dönüştürülmesi, geri kazanılması mümkün, ekonomik değere sahip plastik, metal, cam, kompozit ve kağıt-karton ambalajların atıkları Ambalaj Atıkları Talimatı'na göre toplanır, depolanır ve taşınır.

AMBALAJ ATIK TALİMATI

1. AMAÇ: Bu talimatın amacı Atık Yönetim Planı doğrultusunda ambalaj atıklarının çevreye ve kişiye zarar vermeden ayrı olarak toplanması, geçici depolanması ve taşınması için standart bir yöntem belirlemektir.

2.KAPSAM: Bu talimat ambalaj atıklarının toplanması, depolanması ve taşınmasını kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu talimatın uygulanmasından tüm çalışanlar ve Çevre Birimi/atık sorumluları sorumludur.

4.TANIMLAR:

4.1.Ambalaj Atığı: Fakülte birimlerinden kaynaklanan ürünlerin tüketimi sonucu oluşan, "Atıkların Sınıflandırılması Tablosu"nda B grubu altında yer alan kontamine olmamış tekrar kullanılması, geri dönüştürülmesi, geri kazanılması gereken ekonomik değere sahip plastik, metal, cam, kompozit ve kağıt-karton ambalajların atıklarıdır.

5.TALİMAT AKIŞI:

5.1.Ambalaj Atıkları: "Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği"ne göre; ambalaj atığı olarak mavi renkli ambalaj atığı torbasına atılacaklar:

- ✓ Kağıt
- ✓ Karton
- ✓ Mukavva
- ✓ Plastik
- ✓ Metal
- ✓ Cam

5.2.Ambalaj atıkları için;

- ✓ Yırtılma, delinme, patlama ve taşınmaya dayanıklı,
- ✓ Sızdırmaz,
- ✓ Mavi renkli naylon torbalar kullanılır.

Ambalaj atığı torbalarının yenileri yüklenici firma tarafından temin edilir ve ilgili birimin temizlik depolarında bulunur.

5.3.Ambalaj atıklarının toplanmasında ve biriktirilmesinde cinslerine göre ayrı atık kovaları/ sepetleri kullanılır. Ambalaj atıkları, fakültemizin tüm personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında cinslerine göre sınıflandırılıp (cam, kağıt, plastik gibi) diğer atıklar (tehlikeli ve tıbbi nitelikli atıklar ile genel atıklar) ile karıştırılmadan ayrı olarak toplanarak biriktirilir. Başta ambalaj atıkları ayrı toplama poşetleri ve kumbaralar olmak üzere bu ekipmanların üstünde ayrı toplanacak ambalaj atıkları şekil ve yazı ile belirtilir.

5.3.1.Kağıt ve Karton Atıklar: Kağıt atık sepetine atılır. Dolduğu zaman çevre birimine bağlı temizlik personeli tarafından toplanıp, geçici atık depolama alanına götürülür. Fakülte idaresinin anlaşmış olduğu ilgili kurum yetkililerine teslim edilir.

5.3.2.Plastik atıklar: Oluştukları yerde, temizlik personeli tarafından büyük hacimli plastikler (deterjan, dezenfektan galonları gibi) toplanıp, atıkların toplanması ile görevlendirilmiş temizlik personeline teslim edilir ve bu personel tarafından evsel atık deposunda biriktirilir. Küçük hacimli plastikler (su pet şişeleri gibi) ise oluştuğu yerde temizlik personeli tarafından

toplanarak hacimleri daraltılıp, temizlik arabasındaki mavi renkli atık torbasında biriktirilir, biriken atıklar temizlik personeli tarafından toplanarak fakülte idaresinin anlaşmış olduğu ilgili kurum yetkililerine teslim edilir.

5.3.3.Cam atıklar: Oluştukları yerde cam atık kovasına atılır. Dolduğu zaman birimdeki temizlik personeli tarafından toplanıp, temizlik personeli tarafından toplanarak fakülte idaresinin anlaşmış olduğu ilgili kurum yetkililerine teslim edilir.

5.3.4.Metal atıklar: Oluştukları yerde, temizlik personeli tarafından toplanıp büyük hacimli olanlar (peynir, yağ tenekeleri gibi), atıkların toplanması ile görevlendirilmiş temizlik personeline teslim edilir ve bu personel tarafından evsel atık deposunda biriktirilir. Küçük hacimli olanlar (meşrubat kutuları gibi) ise oluştukları yerde temizlik personeli tarafından toplanarak hacimleri daraltılıp, temizlik arabasındaki mavi renkli atık torbasında biriktirilir. Dolduğu zaman birimdeki temizlik personeli tarafından toplanıp, temizlik personeli tarafından toplanarak fakülte idaresinin anlaşmış olduğu ilgili kurum yetkililerine teslim edilir.

5.4.Doğal kaynakların korunması, sürdürülebilir üretim, depolanacak atık miktarının azaltılması ve ekonomik değer yaratılması amacıyla ambalaj atıklarının geri kazanılması ve yeniden üretim sürecine sokulması için Çevre Birimi tarafından araştırma yapılır ve Fakülte Sekreterliğine rapor olarak sunulur. Üst yönetim tarafından anlaşma yapılır.

5.5.Ambalaj atıkları biriktirilerek belediyenin ya da yetkili kuruluşların istediği şekilde toplama sistemine verilmek üzere geçici olarak depolanır.

5.6.Atık toplama araçları ve ekipmanlarının muhafazası, temizliği ve dezenfeksiyonu ile ambalaj atık kumbarası ve konteynırlarının temizliğinden temizlik personeli sorumludur.

5.7.Atık toplama aracı, ambalaj atık kumbarası ve konteynırları gerektiğinde sabunlu su ile yıkanarak temizlenir, duru su ile durulanır.

14.2.2. Evsel Nitelikli Atıklar

Evsel nitelikli atıklar, başta mutfak, bahçe ve idari birimlerden kaynaklanan atıklar olmak üzere kontamine olmamış atıklardır ve Evsel Nitelikli Atıklar Talimatı'na göre toplanır, depolanır ve taşınırlar.

EVSEL NİTELİKLİ ATIK TALİMATI

1. AMAÇ: Bu talimatın amacı Atık Yönetim Planı doğrultusunda evsel atıkların çevreye ve kişiye zarar vermeden ayrı olarak toplanması, geçici depolanması ve taşınması için standart bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM: Bu talimat evsel atıkların toplanması, depolanması ve taşınmasını kapsar.

3. SORUMLULAR: Bu talimatın uygulanmasından tüm çalışanlar ve atık sorumluları sorumludur.

4. TANIMLAR:

4.1.Evsel Nitelikli Atık: Fakülte birimlerinden kaynaklanan, “Atıkların Sınıflandırılması Tablosu”nda yer alan başta mutfak, bahçe ve idari birimlerden kaynaklanan atıklar olmak üzere kontamine olmamış atıklardır.

5.TALİMAT AKIŞI:

5.1 Evsel nitelikteki atıklar, fakültede “Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” doğrultusunda toplanır.

5.2 Evsel atık olarak atılacak atıklara örnekler;

- ✓ Besin maddelerine ait mutfak ve sofrta kalıntıları,
- ✓ Sigara izmaritleri,
- ✓ Kumaş parçaları, eskimiş bezler,
- ✓ Kullanılmış temizlik kağıdı atıkları,
- ✓ Çiçek, yaprak gibi bitki kısımları,
- ✓ Galoş,
- ✓ Diğer

5.3. Evsel atıklar için;

- ✓ Yırtılma, delinme, patlama ve taşınmaya dayanıklı,
- ✓ Sızdırmaz,
- ✓ Siyah renkli naylon torbalar kullanılır.

5.4.Evsel atıkların toplanmasında ve biriktirilmesinde, çevre ve insan sağlığını, çevrenin görünüşünü bozmayacak, çevreyi koku, toz gibi yönlerden rahatsız etmeyecek kova veya konteynirler kullanılır.

Evsel atık torbalarının yenileri temizlik malzeme depolarında bulunur. Evsel atık toplama araçlarının ve ekipmanlarının muhafazası, temizliği ve dezenfeksiyonu ile geçici evsel atık deposunun temizlik ve dezenfeksiyonundan ilgili birim temizlik personeli sorumludur.

5.5.Evsel Atıkların Toplanması ve Geçici Atık Deposuna Taşınması:

5.5.1.Evsel atıklar, kontratlı firma tarafından görevlendirilen temizlik elemanları tarafından sürekli olarak kontrol edilir. Dolan atık torbaları toplanarak ünitelerdeki atık bekleme alanlarına atılır. Toplama saatlerinde ünite atık bekleme alanından alınarak, geçici evsel atık deposunda depolanır.

5.5.2.Evsel atıkları taşıyan personel, taşıma sırasında temizlik eldiveni giyer.

5.5.3.Evsel atıklar, ünite içinde plastik atık taşıma araçları ile taşınır.

5.5.4.Evsel atık torbaları her gün belirli aralıklarla atık toplama elemanı tarafından, ağızları açılmayacak şekilde sıkıca bağlanarak Evsel atık kovalarından alınır ve atık taşıma araçlarına yüklenir, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile atık torbalarına direkt temastan kaçınılır. Ameliyathane ve yoğun bakımlarda ise: Evsel atık torbaları dolduğunda bu bölümlerdeki temizlik personeli tarafından Evsel atık torbasının ağızı sıkıca bağlanarak Evsel atık taşıma aracına konulur ve atık toplama personeli tarafından geçici evsel atık deposuna götürülür.

5.5.5.Araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda; çöpler güvenli bir şekilde toplanıp ve siyah torbaya doldurulduktan sonra depoya bırakılır, taşıma aracı ve kullanılan ekipman sabunlu su veya genel temizlik malzemesi ile temizlenir.

5.5.6.Evsel atıklar, belirli aralıklarla ünitelerden toplanıp ünite içi atık taşıma arabası ile geçici evsel atık deposuna ilgili asansör kullanılarak indirilir. Asansörler her kullanımdan sonra genel temizlik malzemesi ile temizlenir. Evsel atıklar depoda bulunan tekerlekli evsel atık arabaları içine yerleştirilir.

5.5.7.Saat 21.30'da, Evsel atıklar yük asansörü kullanılarak fakülte dışına çıkarılır. Biriken atıklar, takip eden gün mesai saatleri içinde ilgili belediyenin atık toplama ve taşıma ekibine teslim edilir. Atıklar teslim edildikten sonra tüm atık taşıma araçları ve ünite içi atık taşıma arabası sabunlu su ile yıkanarak temizlenir ve duru su ile durulanır.

5.6.Evsel atıkların Geçici Depolanması:

5.6.1.Evsel atıklar, geçici evsel atık deposunda depolanır.

5.6.2.Bu depolara, insan ve çevre sağlığını korumak amacıyla;

- ✓ Sıvıların ve sıvı atıkların,
- ✓ Patlayıcı maddelerin,
- ✓ Tıbbi atıkların,

- ✓ Depolama esnasında aşırı toz, gürültü, kirlenmeye ve kokuya sebep olabilecek atıkların,
 - ✓ Radyoaktif madde ve atıkların,
 - ✓ Tehlikeli atık sınıfına giren atıkların,
- depolanması yasaktır.

5.6.3. Depo kapıları sürekli kapalı tutulur ve üzerinde görülebilecek şekilde “**Geçici Evsel Atık Deposu**” yazısı bulunur.

5.6.4. Geçici Evsel Atık deposunun temizliği; atıkların boşaltılmasını takiben Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlemiş olduğu dezenfeksiyon ve temizlik kuralları doğrultusunda yapılır. Çevre birimi tarafından periyodik olarak haşerelere karşı ilaçlanması sağlanır.

5.6.5. Evsel atık içeren bir torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar toplanıp Evsel atık torbalarına konular ve kullanılan ekipman ile birlikte depo derhal deterjanlı su ile yıkanır.

14.3. AFET SÜRECİNDE ATIKLARIN TOPLANMASININ GECİKMESİ

Afet halinde, atıkların ilgili belediyelerce vaktinde toplanamaması söz konusu olabilir. Bu durumda evsel atıklar ve tıbbi atıklar için fakültemizdeki mevcut depolar iki gün yetecek kapasiteye sahiptir.

Afet sürecinde, atıkların daha uzun süreyle toplanamayacak olması halinde; evsel atık depolarındaki atıklar uygun şekilde poşetlenerek B Blok ön tarafında bulunan bahçeye istiflenecek, evsel atık depoları da tıbbi atık deposu olarak kullanılmak suretiyle mevcut kapasite **dört güne** çıkarılacaktır.

15. BASINLA İLİŞKİLER PLANLAMASI

Afet durumlarında en çok önem verilmesi gereken konulardan biri de basınla ilişkilerin düzenlenmesidir. Ortaya çıkabilecek spekülasyonların önlenmesi, kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi, gönüllü çalışmaların ve gönderilecek yardımların mümkün olan en iyi şekilde organize edilmesi buna bağlıdır.

Bu nedenle Fakülte sekreteri tarafından Afet Koordinasyon Merkezi'nden uzakta bir Haber ve Bilgilendirme Merkezi oluşturulur. Fakülte Afet Yönetimi sürecinde basın merkezi olarak; Fakültemizin A ve B Blok arasındaki Kafeterya kullanılacaktır.

Fakülte sekreteri; afet yönetimi sürecinde ortaya çıkacak gelişmeler ile ilgili olarak, Dekan'ın bilgisi dahilinde, uygun aralıklar ile basın açıklaması yaparak medyayı doğrudan bilgilendirir.

Afet sürecinde medyada çıkan haberler takip edilir, yanlış haberler tespit edilerek, doğrulanması sağlanır.

Afet halinin sona ermesinin ardından mevcut durum ile ilgili olarak gerekli açıklamaları yapmak üzere basın toplantısı düzenlenir.

Afet yönetimi süresince tüm açıklamalar, toplumun her kesiminin kolayca anlayabileceği bir dille; kafa karışıklığına yol açmayacak, güven verici ve tahrikten uzak ifadeler kullanılarak yapılır. Açık, kısa, öz ve hedefe yönelik bilgi aktarılır.

16. PERSONEL AİLELERİNE YÖNELİK PLANLAMA

Afet halinde, afete maruz kalan herkes gibi çalışanlarda da fiziksel, duygusal ve düşünsel olarak çeşitli travmatik etkiler ortaya çıkabilir. Duygusal tepkiler; şok, kızgınlık, şüphe, inanamama, korku, kontrol edilemeyen ağlama, suçluluk, yas, utanç, huzursuzluk, çaresizlik, umutsuzluk, depresyon, olağan aktivitelerden zevk alamama, kendini soyutlamak, engellenmişlik, güçsüzlük hissi, hayal kırıklığı, ilgisizlik, gelecek kaygısı, yardım edenlere karşı reddedici olmak şeklinde kendini gösterir. Düşünsel tepkiler; konsantrasyon bozukluğu, kafa karışıklığı, olayları çarpıtmak, önlenemeyen düşünceler, kendine güvende azalma, yetersizlik, kendi kendini suçlamak şeklinde ortaya çıkar. Fiziksel tepkiler ise; yorgunluk, uyku bozuklukları, ağrılarda artış, bağışıklık sisteminde zayıflama, baş ağrısı, artan hastalıklar, mide-bağırsak hastalıkları, iştahta değişiklik, cinsel güçlükler, sürekli irkilmek şeklinde görülür.

Personel Psikolojik Destek Sorumlusu, fakülte personeline psiko-sosyal hizmetler desteğinin sağlanmasından sorumludur. Afetten etkilenen, panik olan çalışanları sakinleştirir, sorunlu personeli tespit ederek ortamdan uzaklaştırır, personelin dinlenme ve kişisel ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili alanların oluşturulmasını sağlar.

Afet sürecindeki yoğun travma maruziyeti, kötü ortam koşulları, beslenememe, aileye ulaşamama, aileden haber alamama, aile için endişelenme vb. sosyal sorunlar nedeniyle personel kısa sürede psikolojik sorunlarla ve tükenmişlik sendromuyla karşı karşıya kalmaktadır.

Aileleri için endişelenecek bir durum olmadığını bilmek, personelin işine odaklanmasını kolaylaştırır. Daha istekli ve verimli çalışmalarını sağlar. Bu sağlayabilmek için; Operasyon ekibinde yer alan Personel Yakınları Destek Sorumlusu ve Psikolojik – Sosyal Destek Sorumlusu ile Lojistik ekibinde yer alan ve Aile Destek Sorumlusu koordineli olarak çalışarak aşağıdaki tedbirleri alırlar:

1. Personel yakınları için psikolojik, ruhsal ve duygusal destek verilmesi sağlanır.
2. Personel yakınları için fakültede bir toplanma ve bekleme alanı oluşturulur.
3. Personel yakınlarına, personelle ilgili bilgi verilir.
4. Hasta ya da yaralı durumda olan personel yakınlarının tedavi edilmesi sağlanır.
5. Yalnız ve kimsesiz kalan personel yakınlarının ihtiyaçları karşılanır.
6. Gerekirse personelin ailesi fakülteye getirtilerek rahat çalışmasına yardımcı olunur.
7. Fakülte personeli ve fakültede gönüllü olarak görev alanların yakınlarının barınma ve beslenmelerine yönelik hizmetler organize edilir.
8. Eve gidemeyecek olan fakülte personelinin ailelerinin durumu hakkında bilgi toplanır, ihtiyaç varsa yakınlarının barınak, beslenme, sağlık bakımları ve çocuk bakımlarının karşılanması sağlanır.
9. Gerekli hallerde, personel yakınlarının fakülteye ulaşımı için, Lojistik biriminden destek alınır.

Fakülte Afet Yönetimi sürecinde, Personel Aileleri Toplanma Alanı olarak Fakültenin Dersliklerinde yer alan Konferans Salonu kullanılacaktır. Buranın kullanımının mümkün olmaması durumunda ise; A blok 3. Katta bulunan Klinik Personel Aileleri Toplanma Alanı olarak düzenlenecektir.

17. YOTA PLANLAMASI

Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması – YOTA – çalışmalarının amacı; depremlerin, bina içindeki araç-gereçler, eşyalar, asansörler, iç sistemler, pencere camları, dekoratif mimari duvarlar ve tavanlar gibi yapısal olmayan elemanlar üzerindeki etkilerinden kaynaklanan güvenlik tehditlerini ortadan kaldırmaktır.

YOTA çalışmaları, depremden zarar görebilecek ya da olağan işleyişi kamu güvenliği açısından tehdit oluşturan her türlü tesisat ile teçhizatın belirlenmesini de kapsar.

Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü – Afete Hazırlık Eğitim Birimi tarafından 2004 yılında yayınlanan AFETE (DEPREME) HAZIRLIKLI OLMA KLAVUZU'nda fakültelerde gerçekleştirilmesi gereken YOTA faaliyetleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

1. Her türlü tıbbi cihazın sabitlenmesi
2. Düşme ve sallanma riski olan aydınlatma ile ilgili tesisat ve diğer unsurların tutturulması
3. Bilgisayar, televizyon, yazıcı, telefon v.b. masa üstü araç-gerecin sabitlenmesi
4. Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi
5. Oksijen tüplerinin, fakülte arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi veya sabitlenmesi
6. Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi
7. Ağır unsurların çalışma alanlarından uzak yerlere asılması
8. Duvarlardaki tablo vb.nin kancalı vidalarla tutturulması
9. Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması
10. Çekmecelerin veya dolap kapaklarının sarsıntı esnasında çıkmalarını ya da açılmasını engelleyecek tarzda özel kilit sistemleri kullanılması
11. Pencere camlarının kırılıp insanların üzerine düşmesini engelleyecek koruyucu film kaplanması, kalın perdeler kullanılması veya kırılmaz cam takılması gibi önlemlerin alınması, bu uygulamanın öncelikle kaçış ve çıkış yollarının üzerindeki camlar için yapılması
12. Fakültelerin satın alma süreçlerinde depreme uygun standartlarda araç- gereç ve malzeme alımını sağlaması için, hazırlanan teknik şartnamelerde ilgili maddelere yer verilmesi
13. Kablolu asansörlerin değerlendirmeye alınması

14. Acil durum ışıklarının (kaçış işaretleri) tüm çıkış yollarında (koridor, merdivenler) bulunmasının sağlanması

15. Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi

16. Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması

17. Fakültenin sıhhi tesisatının sarsıntıya, bükülmeye ve kopmaya dayanıklı plastik malzemeden seçilmesi.

Fakültemizde İş güvenliği çalışmaları çerçevesinde, yapısal olmayan tehlikeleri tespit edebilmek amacıyla bir ekip oluşturulmuştur.

Bu ekip fakülte içerisindeki yapısal olmayan tehlikeleri tespit etmekte ve tehlike yaratan eşyaların yerlerini değiştirmek gibi basit değişikliklerle alınabilecek önlemleri derhal uygulamaya koymakta; tadilat gerektirecek tedbirler için gerekli malzemenin tespitini yaparak çalışmalarına devam etmektedir.

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi yönetimi, YOTA çalışmalarını bir yönetim ilkesi olarak benimsenmiştir. Fakülte genelinde bir yandan mevcut yapısal olmayan tehlikeleri ortadan kaldırmak için çalışmalar sürmekte; diğer yandan da yapılan her yeni düzenlemede depreme uygun araç – gereç ve malzeme kullanılmasına gayret edilmektedir

18. FAKÜLTE GÜVENLİĞİ ve TESİS GÜVENLİĞİNE YÖNELİK PLANLAMA

18.1. Fakülte Güvenliği

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nin güvenliği, Fakülte Sekreterliğine bağlı Gözetim Denetim ve Kontrol Hizmetleri Birimi tarafından sağlanmaktadır.

2 Güvenlik görevlisi ve 3 Gece nöbetçi personel tarafından hizmet veren Gözetim Denetim ve Kontrol Birimi; hastaların, refakatçilerin ve personelin can ve mal güvenliğinin sağlanması ve fakülte binası ile içindeki demirbaş eşyaların korunması için 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir.

Tüm fakülte iç ve dış çevresi kapalı devre kamera sistemiyle 24 saat kontrol altında tutulmaktadır. S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi toplam 80 kameradan alınan görüntü 5 kayıt cihazına kaydedilmekte 16 monitörden takip edilmekte ve kayıtlar onbeş gün boyunca saklanmaktadır.

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi'nde güvenlik ile ilgili Beyaz kod uygulaması vardır:

1. Fakültede bulunan hasta / hasta yakını ve fakülte çalışanlarının hırsızlık, fiziksel saldırı ve cinsel tacize maruz kalmaları halinde olay yerindeki sabit telefonlar aracılığı ile 1111 aranarak beyaz kod verilir.

18.2. Tesis Güvenliği

S.Ü. Diş Hekimliği Fakóltesi'nde kalite çalışmaları çerçevesinde Tesis Güvenliği Komitesi oluşturulmuştur. Komite; fakóltede hastalara hasta yakınlarına, fakólte bünyesinde çalışanlara ve fakólte ortamında bulunan diğer kişilere güvenli, işlevsel ve etkin bir ortam ve evre sağlamak için gerekli dzenlemelerin yapılması amacıyla çalışmaktadır.

19. TEHLİKELİ MADDELERİN YÖNETİMİ

S.Ü. Diş Hekimliği Fakóltesi'nde tehlikeli maddelerin yönetimi, Tesis Yönetimi ve Güvenlik Komitesi tarafından hazırlanan Tehlikeli Madde Yönetim Planı ile dzenlenmiştir.

TEHLİKELİ MADDE YÖNETİM PLANI

1.AMAÇ: Bu planın amacı S.Ü. Diş Hekimliği Fakóltesi'nde kullanılan tehlikeli maddelerin envanterinin çıkarılması, kullanılması, kontrolü, depolanması, taşınması, atıklarının uzaklaştırılması ve kullanırken sağılma veya temas halinde yapılması gerekenlerin planlanması ve eğitimi için standart bir yöntem belirlemektir.

2.KAPSAM: Bu plan S.Ü. Diş Hekimliği Fakóltesi'nde tehlikeli madde yönetimine yönelik yapılacak faaliyetleri kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu planın uygulanmasından Ameliyathane depo sorumluları sorumludur.

4.TANIMLAR

Tehlikeli Madde: Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden dolayı ya da yasal nedenler dolayısı ile özel işleme tabi olacak maddelerdir.

5.PLAN AKIŞI:

S.Ü. Diş Hekimliği Fakóltesi; hastalar, aileleri, çalışanlar ve ziyaretçiler için güvenli, fonksiyonel, ve destekleyici bir altyapı ile hizmet vermektedir.

Üst yönetim,

- Tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol etmek ve
- Kazaları ve yaralanmaları önlemek ve güvenli ortam sağlamak konularında gerekli önlemleri almaktadır.

5.1.Tehlikeli Madde Kontrolü Planının Hazırlanması:

Etkili bir güvenlik yönetimi ve tehlikeli madde kontrolü programı; fakóltede risklerin azaltılması, kazalardan korunma, hastaların, refakatçilerin ve ziyaretçilerin güvenliği ve korunması gibi konuları içerir.

Tehlikeli madde ve atıklar fakólte tarafından tanımlanır ve plana göre güvenle kontrol edilir. Bu maddeler ve atıklar; kimyasalları, kemoterapötik ajanları, radyoaktif madde ve atıkları, tehlikeli gazları ve buharları ve diğer tıbbi ve bulaşıcı hastalık atıklarıdır.

Plan, aşağıdaki başlıkları kapsar.

- Tehlikeli maddelerin envanterinin hazırlanması,
- Tehlikeli madde güvenlik çizelgesinin hazırlanması,
- Tehlikeli maddelerin etiketlenmesi,

- Tehlikeli maddelerin taşınması, saklanması ve kullanımı;
- Dökülme, maruz kalma ve diğer vakaların rapor edilmesi ve araştırılması;
- Kullanım, dökülme veya maruz kalma sırasında uygun koruyucu ekipman kullanımı
- İzinleri, lisansları veya diğer düzenleyici şartları içeren dokümantasyon
- Tehlikeli atıkların uzaklaştırılması,
- Tehlikeli madde eğitimi

5.1.1.Tehlikeli Madde Envanterinin Hazırlanması:

Fakültede kullanılan tüm tehlikeli maddelerin (kimyasallar, radyoaktif zararlı gaz ve buhar v.b.) isimleri, bu maddelerin firma isimleri, kullanıldıkları yer ve depolandıkları yer “Tehlikeli Madde Envanteri” üzerinde tanımlanır. Envanter Depo sorumluları tarafından hazırlanır ve Dekanlık tarafından onaylanır. Envanter dışında yeni bir tehlikeli maddenin kullanımı durumunda birimler tarafından görüş sunulur, Depo sorumluları tarafından gerekli incelemeler yapıldıktan sonra Tehlikeli Madde Envanteri’ ne alınır. Envantere yeni eklenen tehlikeli madde Depo sorumluları tarafından “Tehlikeli Madde Güvenlik Çizelgesi” ne eklenir. Envanterin tamamı Depo sorumluları tarafından yılda bir kez gözden geçirilir ve gerekli revizyonlar yapılır.

5.1.2.Tehlikeli Madde Güvenlik Formlarının Hazırlanması:

Tehlikeli Madde Envanteri doğrultusunda Depo sorumluları tarafından “Tehlikeli Madde Güvenlik Çizelgesi” hazırlanarak, tehlikeli maddenin depolandığı ve kullanıldığı alanlara asılır.

5.1.3.Tehlikeli Maddelerin Etiketlenmesi:

Tehlikeli maddeler “Kimyasal Malzeme Depolama Talimatı” nda belirtildiği şekilde etiketlenir.

5.1.4.Tehlikeli Maddelerin Taşınması, Saklanması ve Kullanılması:

5.1.4.1.Kimyasallar “Kimyasal Malzeme Depolama Talimatı“, doğrultusunda depolanır.

5.1.4.2.Tehlikeli madde kullanımı, taşınması, atılması sırasında Tehlikeli Madde Güvenlik Çizelgesi” nde belirtilmiş olan kişisel koruyucu önlemler alınmalıdır. İlgili bölüm yöneticisi tarafından tehlikeli madde kullanılan, bulunan bölümlerde kişisel koruyucu malzemelerin bulunması sağlanır, işlevselliği kontrol edilir.

5.1.4.3.Kişisel koruyucu malzemelerin gerekli yerlerde bulunup bulunmadığı, miktar ve fonksiyonel olarak yeterli olup olmadığı “Emniyet Planı” doğrultusunda yapılan denetimler sırasında değerlendirilir.

5.1.5.Dökülme, Maruz Kalma Ve Diğer Vakaların Rapor Edilmesi Ve Araştırılması:

Envanterde tanımlanan maddelere maruz kullanılan herhangi bir durumda, öncelikle, bölüm sorumlusu tarafından ya da bölüm çalışanları tarafından, “Tehlikeli Madde Güvenlik Çizelgesi”ne göre ilk müdahale yapılır. Maruz kalan kişi acil servise başvurur. Dökülme sonrası tespit eden kişi tarafından “Tehlikeli Madde Kaza Bildirim Formu” doldurularak Tesis Yönetimi ve Güvenlik Komitesi’ ne iletilir. Bildirim değerlendirilir, gerekli araştırma yapılarak, düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanır.

5.1.6.Uygun Koruyucu Ekipmanlar:

Tehlikeli Madde Envanterinde yer alan maddeleri taşıırken, kullanırken ve bertaraf ederken belli kurallara uyulması ve bazılarında özel yöntemlere uyulması gerekebilir. Bu tür durumlarda giyilmesi gereken kıyafetler, maske, eldiven vb. varsa, bunlar her maddeye ait “Tehlikeli Madde Güvenlik Çizelgesi”nde belirtilmiştir. Her bölüm kendi kullandığı maddelerle ilgili uygulamaları bilmek ve yerine getirmekle sorumludur.

5.1.7.İzinler, Lisanslar Veya Diğer Düzenleyici Şartları İçeren Dokümantasyon

Tedarikçi firmalardan; alkol için “T.C. Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu” tarafından firma adına düzenlenmiş dağıtım yetki belgesi, diğer tehlikeli maddeler için ise Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ruhsat ve diğer gerekli sertifikalar (CE, ISO vb.) aranmaktadır.

5.1.8.Tehlikeli Atıkların Etiketlenmesi ve Uzaklaştırılması:

Tehlikeli maddeler “Atık Yönetimi Prosedürü“ doğrultusunda etiketlenerek uzaklaştırılır.

5.1.9.Tehlikeli Madde Eğitimi:

Malzeme alınan firmaların eğitim sorumluları tarafından tehlikeli maddelerle ilgili olarak aşağıda belirtilen konularda çalışanlara eğitim verilir.

- Tehlikeli maddelerin kullanımı,
- Tehlikeli maddelerin taşınması,
- Tehlikeli maddelerin depolanması,
- Tehlikeli maddelerin uzaklaştırılması,
- Tehlikeli maddelerin dökülme anında yapılacaklarla işlemler.

20. TIBBİ EKİPMANLARIN YÖNETİMİ

S.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi’nde tıbbi ekipmanların yönetimi, Tesis Güvenliği Komitesi tarafından hazırlanan Tıbbi Cihaz Yönetim Planı ile düzenlenmiştir.

TIBBİ CİHAZ YÖNETİM PLANI

1.AMAÇ: Bu planın amacı; tıbbi cihazların envanterinin çıkarılması, bakım ve kalibrasyon faaliyetlerin yürütülmesi ve arıza takiplerinde standart bir yöntem belirlemektir.

2.KAPSAM: Bu plan, tıbbi cihazların envanterinin çıkarılması, bakım ve kalibrasyon faaliyetlerin yürütülmesi ve arıza takip faaliyetlerini kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu planın uygulanmasından Teknik servis personelleri ve tıbbi cihazların zimmeti kendisine ait olan kişiler sorumludur.

4.TANIMLAR:

Konsinye:Sarf malzeme, kit, solüsyon v.b. kullanımı karşılığında, kullanım hakkının fakülteye verildiği, mülkiyetinin firmalara ait olduğu tıbbi cihazların genel adı.

5.UYGULAMA:

5.1.Tıbbi Cihazların Satın Alınması Ve Kabulü:

5.1.1.Tıbbi cihaz satın alınması söz konusu olduğunda, talepler “Satınalma Prosedürü” doğrultusunda istemi yapacak olan bölüm Bilim Dalı/Anabilim Dalı tarafından Teknik Şartname, Muhammen bedelin tespiti için gerekli Proforma Fatura ve gerekçeli istem raporu ile birlikte Dekanlığa bildirilir. Dekanlık incelemesine binaen gerekli görüldüğü takdirde Dekanlık tarafından istem Döner Sermaye Koordinatörlüğüne bildirilir.

5.1.2.Talep edilen cihazın marka, Teknik servis vb. açısından değerlendirmesi, piyasa araştırmasının yapılması konularında Teknik servis sorumlusu, Satınalma ve talepte bulunan bölüm sorumlusu tarafından koordineli olarak çalışılır. Gerekli görülen tıbbi cihaz ve donanımda teknik anlamda şartname oluşturulur. Araştırma başlatarak alınacak cihaz veya donanıma ait bilgilere ulaşmada kullanıcı ve piyasa referanslarını da göz önünde bulundurarak şartname hazırlanır.

5.1.3.Satın alımı tamamlanan her türlü medikal cihazın fakülteye kabulü, tıbbi cihazı talep eden bölüm sorumlusu, Teknik servis sorumlusu ve satınalma sorumlusundan oluşan kabul komisyonu tarafından gerçekleşir. Cihazın montaj ve demosu Teknik servis birimi bilgisi dışında gerçekleştirilemez. Cihazın montajı ve demosu tamamlandıktan sonra ilgili dış firma tutanak ile cihazı Teknik servis birimine teslim eder. Yerine montajı yapılması gereken cihazlar dışında kalan cihazlar Teknik servis biriminde kabul edilir. Kabul sırasında aşağıdaki kriterlere uygunluk aranır:

- Cihaza ait kullanım kitapçığı (var ise Türkçesi)
 - Cihaza ait servis kitapçığı
 - Önerilen bakım prosedürü,
 - Önerilen kalibrasyon prosedürü,
 - Cihazın uluslararası kalite belgesi (CE, FDA vb.)
 - Fabrika çıkış ölçümlerine/ kalibrasyona ait raporlar,
 - Mümkünse FDA (Food and Drug Administration) Belgesi
- Şartları karşılayan cihazların kabulü yapılır. Uygun olmayan cihazlar reddedilir.

5.2.Tıbbi Cihazların Envanter Ve Zimmet İşlemleri:

5.2.1.Tıbbi cihazların envanter işlemleri “Demirbaş Malzeme Yönetimi Prosedürü” esas alınarak yapılır.

5.2.2. S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi bünyesinde bulunan tıbbi cihazların envanteri Teknik servis sorumlusu ve Ayniyat sorumlusu tarafından hazırlanır ve “Tıbbi Cihaz Envanter Listesi” ne kayıt edilir.

5.2.3.Yeni alınan ve demirbaş kaydı iptal edilen cihazlar için envantere, gerekli güncelleme işlemleri Ayniyat sorumlusu tarafından yapılır. Her yeni cihaz envantere kaydedildikten sonra “Sicil Kartı” açılır.

5.2.4.Tıbbi cihazların ilgili bölüm sorumlularına zimmetleme işlemleri “Demirbaş Malzeme Yönetimi Prosedürü” ne göre gerçekleştirilir.

5.3.Kullanıcı Eğitimleri:

Yeni alınan cihazların kullanıcı eğitimleri Teknik servis birimi gözetiminde “Eğitim Prosedürü” doğrultusunda yapılır. Teknik servis birimi eğitimi verecek firma ile bağlantıya geçerek eğitimlere katılacak personel sayısına ve Eğitimin verileceği tarihe Teknik servis birimi karar vererek eğitimin verilmesini sağlar. Personel değişimi ve kullanıcı hatalarından oluşan arıza grafiği yükselirse ve verilen eğitimin yetersiz olması durumunda eğitimler gerekli görüldüğü kadar tekrar edilir.

5.4.Periyodik Bakım

5.4.1.Bakım Planının Hazırlanması:

5.4.1.1.Her yıl Eylül-Ekim aylarında, tıbbi envanter dahilindeki bakım gereken tıbbi cihazlar için Teknik servis sorumlusu tarafından yıllık olarak “Bakım Planı” hazırlanır. “Bakım Planı” na dahil edilecek cihazlar ve bakım periyotları belirlenirken, ECRI Standartları ve/veya üretici tavsiyeleri ve/veya kullanım sıklığı referans olarak alınır. Teknik servis sorumlusu planda yer alan cihazların periyodik bakımlarını yapmak ya da yaptırmak ile yükümlü ve yetkilidir.

5.4.2.Tıbbi Cihaz Bakımları

5.4.2.1.Servis Sözleşmesi Olan Tıbbi Cihazların Bakımı;

5.4.2.1.1.Servis sözleşmesi bulunan tıbbi cihazlarda; cihazların hangi firma ile servis sözleşmesi var ise “Bakım Planı” nda belirlenen periyotlarda, koruyucu bakım Teknik servis sorumlusu bilgisinde ya da gözetiminde ilgili firmanın yetkili personeli tarafından gerçekleştirilir.

5.4.2.1.2. Teknik servis sorumlusu tarafından bakım yapılacağı günden bir gün önce ilgili bölüme haber verilerek, uygun olan saatte bakımın yapılması sağlanır. Periyodik bakım yapıldıktan sonra firma tarafından Servis Bakım Raporu düzenlenerek Teknik servise teslim edilir, Teknik servis personeli tarafından rapor dosyalanır, bakımı cihaz üzerindeki “Sicil Kartı” na işlenir.

5.4.2.2.Servis Sözleşmesi Olmayan Tıbbi Cihazların Bakımı:

5.4.2.2.1.Servis sözleşmesi olmayan tıbbi cihazlarda; cihazların periyodik bakımları “Bakım Planı” nda yer aldığı şekilde Teknik servis personelleri ya da ilgili dış firma tarafından yapılır.

5.4.2.2.2. Teknik servis personelleri tarafından gerçekleştirilebilecek bakımlar ise; cihazların teknik kitaplarında yer aldığı şekilde ve ECRI standartları doğrultusunda "Bakım Talimatları" nı kullanarak cihazların bakımları gerçekleştirilir. Bakım işlemlerinde "Tıbbi Cihaz Kılavuzları" ndan faydalanılır.

5.4.3.Dış kuruluşlar tarafından bakım yapılacak ise; Teknik Rapor, Teknik Şartname, proforma fatura (gerekliyse) ve Teknik servis sorumlusunun üst yazısı ile Dekanlığa bildirilerek hizmetin dışarıdan alımı sağlanır. Firmanın bakımı sırasında Teknik servis personelleri tarafından bakıma eşlik edilir ve bakımla ilgili rapor kuruluştan teslim alınarak dosyalanır.

5.4.3.1.1.Cihazların bakımı yaptıktan ya da yaptırdıktan sonra, bakımla ilgili işlemler cihazların "Sicil Kartı"na Teknik servis personeli tarafından işlenir.

5.4.3.2.Garanti Kapsamındaki Tıbbi Cihazların Bakımı:

5.4.3.2.1.Yeni alınan tıbbi cihazlar garanti kapsamında oldukları için; garanti süreleri boyunca cihazların tüm bakım işlemleri Teknik servis Sorumlusu bilgisinde ya da gözetiminde ilgili firmanın yetkili personeli tarafından yapılır.

5.4.3.2.2.Bakımdan sonra firma tarafından düzenlenen Bakım Raporu Teknik servis birimine teslim edilir ve rapor dosyalanır, bakımla ilgili işlemler cihazların "Sicil Kartı"na Teknik servis personelleri tarafından işlenir.

5.4.3.3.Konsinye Tıbbi Cihazların Bakımı;

5.4.3.3.1.S.Ü. Dış Hekimliği fakültesi Laboratuvarlarında bulunan tıbbi cihazların tüm bakım işlemleri Laboratuvar Sorumlusu gözetiminde ilgili firmanın yetkili personeli tarafından yapılır.

5.4.3.3.2.Bakımdan sonra firma tarafından düzenlenen Bakım Raporu Laboratuvar Sorumlusu'na teslim edilir ve Laboratuvar Sorumlusu raporu dosyalar, bakımla ilgili işlemler cihazların "Sicil Kartı"na işlenir.

5.4.3.3.3.Diğer Konsinye olan tıbbi cihazların tüm bakım işlemleri Teknik servis sorumlusu bilgisinde ya da gözetiminde ilgili firmanın yetkili personeli tarafından yapılır.

5.4.3.3.4.Bakımdan sonra firma tarafından düzenlenen Bakım Raporu Teknik servis. birimine teslim edilir ve rapor dosyalanır, bakımla ilgili işlemler cihazların "Sicil Kartı"na Teknik servis personeli tarafından işlenir.

5.5.Kalibrasyon İşlemleri

5.5.1.Kalibrasyon Planının Hazırlanması

5.5.1.1. Teknik servis sorumlusu tarafından her yıl Eylül-Ekim aylarında, tıbbi envanter dahilindeki kalibrasyonu gereken tıbbi cihazlar için “Kalibrasyon Planı” hazırlanır. Kalibrasyona tabi olan cihazların üzerinde “Kalibrasyon Planına Dahildir” etiketi bulundurulur.

5.5.1.2.Kalibrasyon Planına dahil edilecek cihazlar ve kalibrasyon periyotları belirlenirken, ECRI Standartları ve/veya Üretici tavsiyeleri ve/veya kullanım sıklığı referans olarak alınır.

5.5.1.3.Kalibrasyona tabi olan cihazların etiketlerinde demirbaş numarası, kalibrasyon periyodu ve en son kalibrasyon yapıldığı tarih ve yapan kişinin imzası ve bulunur. Dış firmalara yaptırılan kalibrasyonlarda firmanın etiketinde bu bilgilerin bulunması sağlanır.

5.5.1.4. Teknik servis sorumlusu planda yer alan cihazların periyodik kalibrasyonlarını yapmak ya da yaptırmak ile yükümlü ve yetkilidir.

5.5.2.Kalibrasyonların Yapılması

5.5.2.1.“Kalibrasyon Planı” doğrultusunda tıbbi cihazların kalibrasyonu için ilgili bölümlere bilgi verilir.

5.5.2.2.Tıbbi cihazların kalibrasyonları bulunduğu yerde, Teknik servis birimi çalışma alanlarında, ya da ilgili dış firmada gerçekleştirilir. Cihazlar dış firmaya teslim edilecek ise; Teknik servis birim personelleri tarafından “Dış Kuruluşa Cihaz Teslim Formu“ ile cihaz teslim edilir. Aynı form ile cihaz teslim alınır.

5.5.2.3.İlgili dış firma tarafından yapılan tıbbi cihaz kalibrasyonları; uluslar arası kalibrasyon standartlarına uygun olarak dış firma tarafından gerçekleştirilir. Kalibrasyon sonucunda Teknik servis tarafından ilgili kuruluştan Kalibrasyon Sertifikaları teslim alınır.

5.5.2.4.Kalibrasyon işlemleri Teknik servis tarafından yapılabilecek ise; “Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Talimatları” ve “Kalibrasyon Cihazları Çalıştırma Talimatları” doğrultusunda yetkin Teknik servis personeli tarafından gerçekleştirilir. Eğer cihazlarda doğrulama yapılacak ise; Biyomedikal Teknisyenleri tarafından “Doğrulama Talimatı” na göre gerçekleştirilir.

5.5.3.Kalibrasyonların Sertifikalarının Değerlendirilmesi

5.5.3.1.Kalibrasyon Sertifikalarının değerlendirilmesi Teknik servis sorumlusu ve ilgili bölüm sorumluları tarafından yapılır. Değerlendirme işleminde, ECRI standartları ve/veya üretici tavsiyeleri ve/veya kullanıcı görüşü dikkate alınır.

a)Değerlendirme işlemi sonrası kalibrasyon sonucu değerleri normal (*kabul edilebilir sınırlar içinde*) olan cihazlara kalibrasyon etiketi ilgili firma tarafından yapıştırılmış olmalı eğer etiket mevcut değilse “Kalibrasyon Etiket” yapıştırılır, cihazın Kalibrasyon Sertifikası dosyalanır, Kalibrasyonun yapıldığı “Kalibrasyon Planı” na ve “Sicil Kartı” na kayıt edilir ve cihazın kullanımına devam edilir.

b)Değerlendirme sonrası kalibrasyon sonucu değerleri normal olmayan (*kabul edilebilir sınırlar dışında olan*) cihazlar önce bakım/onarıma alınır, daha sonra kalibrasyon işlemi tekrarlanır. Yapılan kalibrasyon sonrası kalibrasyon değerleri;

- Normal ise ; “a” maddesi uygulanır.
- Normal değilse; Bakım/onarım işlemlerine cihaz normal değerleri verinceye kadar devam edilir. Yapılan tüm bakım/onarım işlemleri sonrası, cihazın kalibrasyon sonucu değerleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde değilse ve konu cihazın temsilcisi olan firma tarafından da bu şekilde rapor edilirse, “Demirbaş Malzeme Yönetimi Prosedürü” doğrultusunda cihaz Hurdaya ayrılır ve demirbaş kaydı iptal edilir.

5.5.4.Yeni Alınan Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu

Yeni alınan tıbbi cihazlarla ilgili tüm işlemler “Demirbaş Malzeme Yönetimi Prosedürü” ne göre yapılır. Yeni alınan tıbbi cihazlar kalibrasyon sertifikaları ile teslim alınır. Sertifikalar 5.5.3 maddesi doğrultusunda değerlendirilir.

5.5.5.Konsinye Olan Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu

5.5.5.1.Konsinye olan tıbbi cihazların tüm kalibrasyon işlemleri Teknik servis sorumlusu bilgisinde ya da gözetiminde ilgili firma tarafından yapılır/yaptırılır.

5.5.5.2.Kalibrasyon işlemi sonrası firma tarafından hazırlanan/hazırlatılan cihazlara ait Kalibrasyon Sertifikaları ve Kalibrasyon Etiketleri Teknik servise teslim edilir. Kalibrasyon Sertifikaları 5.3.3.üçüncü maddede belirtildiği şekilde değerlendirilir ve aynı şekilde uygulama yapılır.

5.6.Tıbbi Cihaz Arızaları

5.6.1.Tıbbi cihaz arıza durumlarında ilgili bölüm sorumluları ya da çalışanları tarafından Teknik servise “Tıbbi Cihaz Arıza Bildirim Formu” ile bildirim yapılır. Teknik servis bilgisi dışında hiçbir kişi ya da bölüm, dış firmalardan veya üçüncü şahıslardan bakım ve onarım hizmet isteminde bulunamaz. Arızalı cihaz üzerine “Kullanım Dışıdır” levhası asılarak kullanımı engellenir.

5.6.2. Teknik servis personeli tarafından gelen “Tıbbi Cihaz Arıza Bildirim Formları” doldurulur. Teknik servis sorumlusu tarafından arıza ve iş isteklerine öncelik sırasına göre görevlendirme yapılır. Down Time’lar kayıt altına alınır.

5.6.3.Servis Sözleşmesi Bulunan, Garanti Dahilinde ve Konsinye Cihazların Arıza Giderimi; Arızalı tıbbi cihazın servis sözleşmesi var ise, garanti dahilinde ise ya da Konsinye bir cihaz ise; arıza Teknik servis bilgisinde ya da gözetiminde ilgili firmanın yetkili personeli tarafından servis sözleşmesi, garanti şartları veya konsinye cihaz sözleşmesi maddeleri doğrultusunda giderilir.

5.6.4.Servis Sözleşmesi Olmayan Cihazların Arıza Giderimi; Arızalı tıbbi cihazın servis sözleşmesi (ya da garantisi) yok ise; arızaya ilk müdahale ve mümkünse arıza giderimi Teknik servis personeli tarafından yapılır. Teknik servis personeli arızanın giderilmesi için ilgili dış firmaya gereksinim duyarsa “Döner Sermaye Prosedürü” çerçevesinde Teknik Şartname, Muhammen bedelin tespiti için gerekli Proforma Fatura ve gerekçeli istem raporu ile birlikte Başhekimliğe bildirilir. Dekanlık incelemesine binaen gerekli görüldüğü takdirde Dekanlık tarafından istem Döner Sermaye Koordinatörlüğüne bildirilir ve Hizmet Satın alınır.

5.6.5.Sigorta Kapsamında Olan Cihazların Arıza Giderimi; Arızalanan cihaz sigorta kapsamında ise; Teknik servis sorumlusu arızayı Sigorta şirketine bildirir. Teknik servis sorumlusu ve firma yetkilisi, sigorta şirketi exper görevlisinin gözetiminde arıza tespit ve arıza giderimi işlemleri tamamlanır.

5.6.6.Arızanın giderilmesinden sonra ilgili firma, düzenlediği Arıza Raporu’nu Teknik servis birimi personeli ne onaylatır. Teknik servis birimi personeli tarafından rapor dosyalanır ve arıza giderimi ile ilgili işlemler “Sicil Kartı” na kaydedilir.

5.7.Cerrahi Alet Arızaları

5.7.1.Cerrahi aletlerin arıza durumlarında ilgili bölüm sorumluları ya da çalışanları tarafından Teknik servis’ e haber verilir. Teknik servis arızalı aleti “Satın Alma Prosedürü” doğrultusunda Teknik Şartname, Muhammen bedelin tespiti için gerekli Proforma Fatura ve gerekçeli istem raporu ile birlikte Başhekimliğe bildirilir. Dekanlık incelemesine binaen gerekli görüldüğü takdirde Dekanlık tarafından istem Döner Sermaye Koordinatörlüğü’ne bildirilir. Hizmet Alımı sonuçlandığında ilgili dış firmaya onarım için cerrahi alet/aletler gönderilir, onarımdan gelen aletler bölüme teslim edilir. Tüm bu işlem sırasında “Cerrahi Alet Onarım Formu” kullanılır.

5.7.2.Eğer onarılamayacak durumda arızalanan cerrahi alet belirlenirse durum Teknik servis personeli tarafından ilgili bölüm sorumlusuna iletilir ve "Demirbaş Malzeme Yönetimi Prosedürü"ne göre hurda işlemi yapılır. İlgili bölüm sorumlusu "Demirbaş Malzeme Yönetimi Prosedürü" doğrultusunda yeni cerrahi alet isteğinde bulunur.

5.8.Bakım Ve Arıza Giderimi İçin Yedek Parça Sağlanması

Tıbbi cihazların bakım ve arıza giderim işlemleri için yedek parça gerekli ise; Teknik servis sorumlusu tarafından gerekli yedek parça için fiyat araştırması yapılır. “Satın Alma Prosedürü” doğrultusunda Teknik Şartname, Muhammen bedelin tespiti için gerekli Proforma Fatura ve gerekçeli istem raporu ile birlikte Dekanlığa bildirilir. Dekanlık incelemesine binaen gerekli görüldüğü takdirde Dekanlık tarafından istem Döner Sermaye Koordinatörlüğüne bildirilir. Yedek parçanın sağlanma süresi konusunda ilgili bölüm sorumlusu bilgilendirilir. Yedek parça, sağlandığında gerekli bakım ve arıza giderimi işleminde kullanılır.

21. KURUMLARARASI KOORDİNASYON PROSEDÜRÜ

Fakülte Afet Yönetimi sürecinde işbirliği yapılacak kurumlarla iletişim Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu tarafından gerçekleştirilir.

Kurumlararası Koordinasyon Sorumlusu; İrtibat Direktörü'dür. S.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde bu görev; Fakülte Afet Planı'ndan sorumlu Dekan Yardımcısı'na verilmiştir.

22. KAYITLARIN TUTULMASI ve ALTERNATİF PLANLAMA

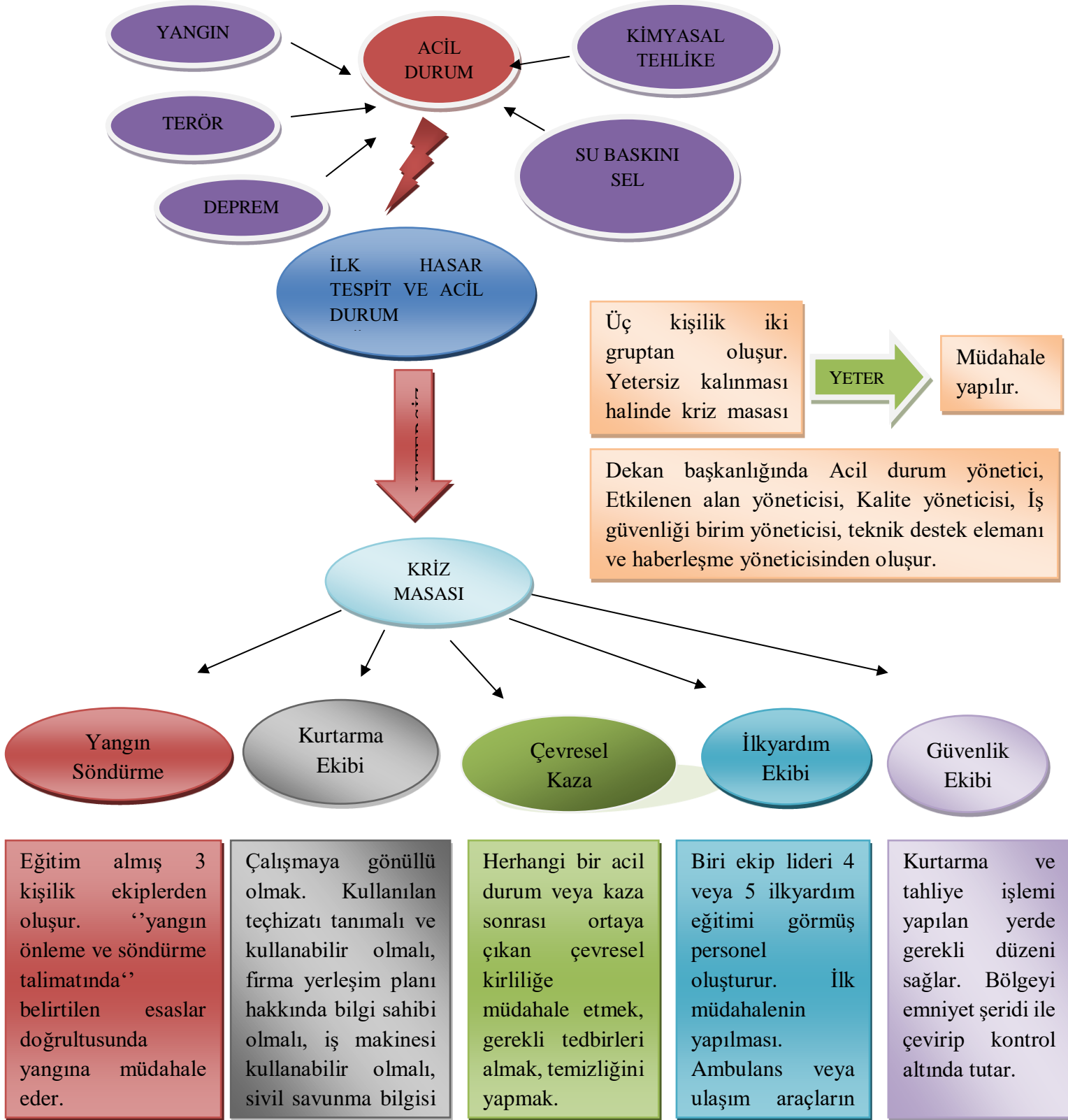
1. Afet yönetimi sürecinde bilgisayar sisteminin kullanılmadığı durumlarda hasta kayıtları; açılacak olan poliklinik defterine yapılacaktır.
2. Hasta kayıtları hastaların triaj kartlarındaki numaralar ile yapılacaktır.
3. Alan triajı yapılarak fakülteye ulaşan hastalara ikinci bir kart verilmeyecek; işlemleri mevcut triaj kartındaki numara ile yapılacaktır.
4. Tutulan kayıtlarda; hastanın adı, soyadı, vatandaşlık numarası, cinsiyeti, yaşı, geldiği yer, hastayı kimin getirdiği, hastanın kaydının yapıldığı tarih ve saat, yaralanma özellikleri ve triaj düzeyleri mutlaka yer alacaktır.
5. Hastalar kayıt işlemleri esnasında kendilerine verilen hasta kartları ile takip edileceklerdir.
6. Tahlil ve tetkik istemleri ise Acil Servis'te hazır bulundurulmuş matbu istem formları ile gerçekleştirilecektir.

23. YÜRÜLÜLÜK

- Bu plan Dekan onayı ile yayımı tarihinde yürürlüğe girer.
- Her dört yılda bir Yönetmeliğe göre gözden geçirilerek revize edilir.

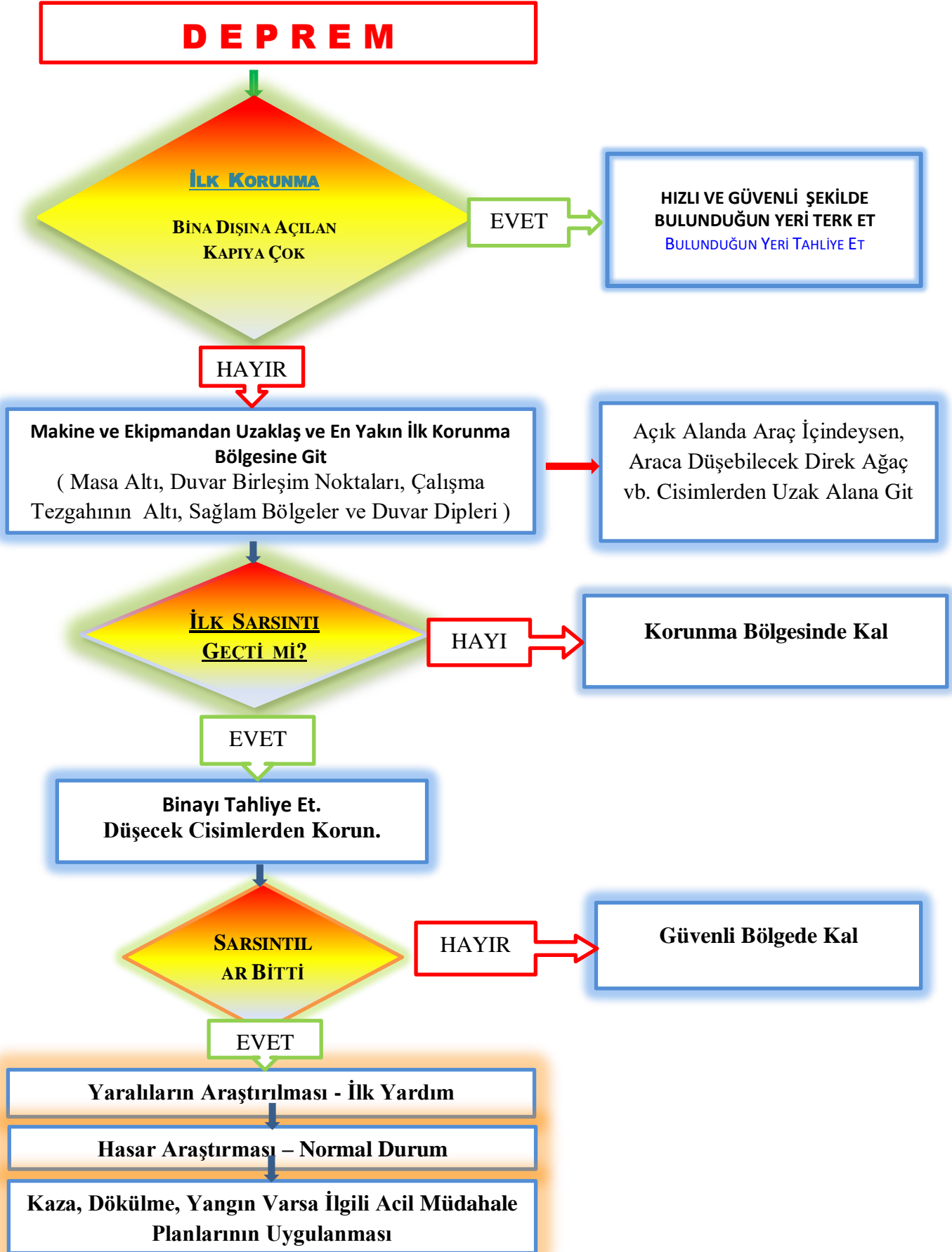
24. ACİL DURUM AKIŞ ŞEMALARI

24.1 ACİL DURUM ORGANİZASYON YAPISI

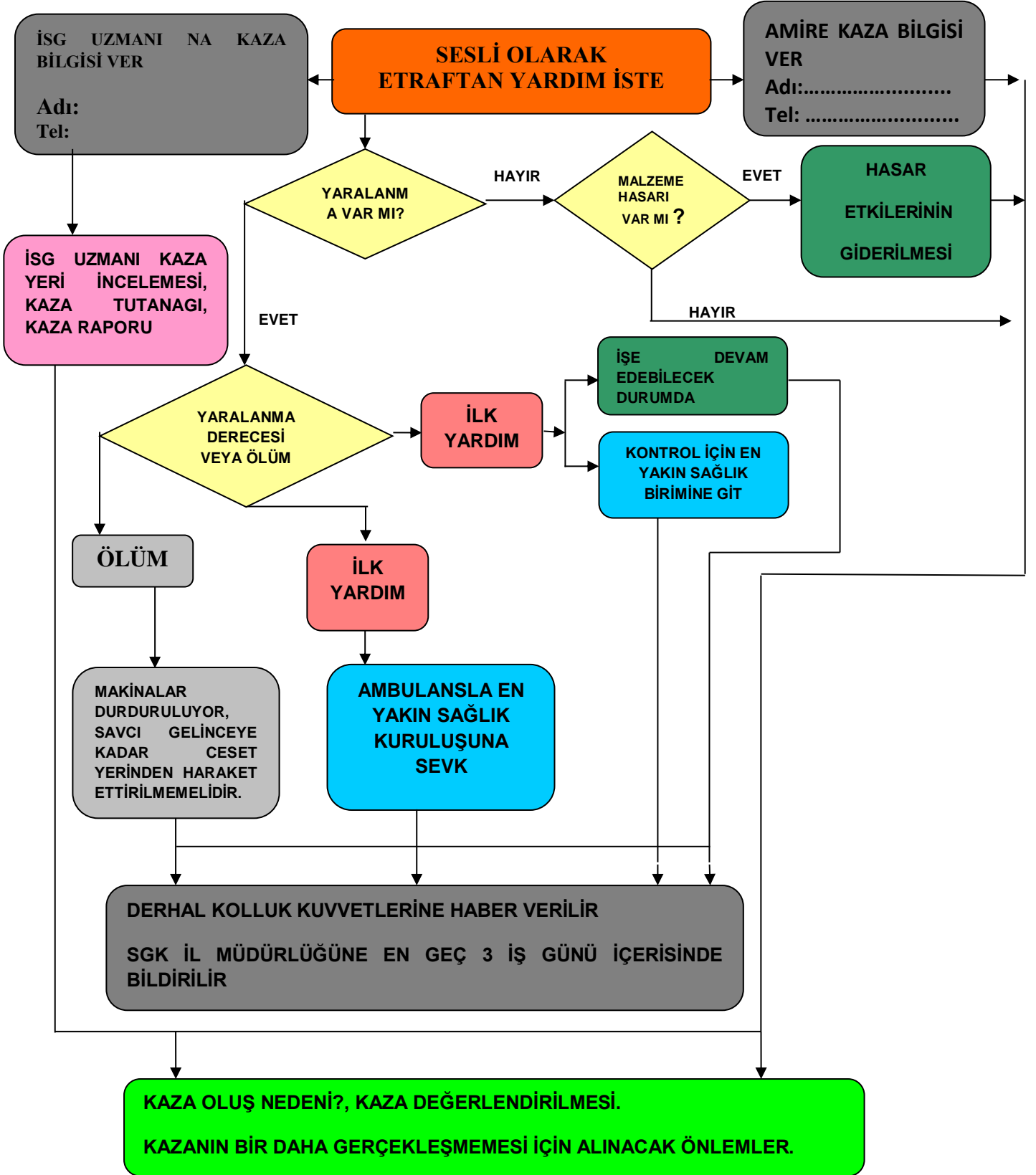


KRİZ MASASI DAHA ÖNCE BELİRLENEN ALANDA TOPLANIR, YAŞANAN ACİL DURUMA GÖRE EKİPLERİ YÖNLENDİRİR VE EKİPLER DIŞINDA KALAN PERSONELİ YİNE DAHA ÖNCE DEN BELİRLENEN ALANA (DEKANLIK GİRİŞİNDEKİ AÇIK BÖLGEYE) YÖNLENDİRİR VE BURADA İŞÇİLER SAYILIR VE DURUM TESPİTİ YAPILIR.

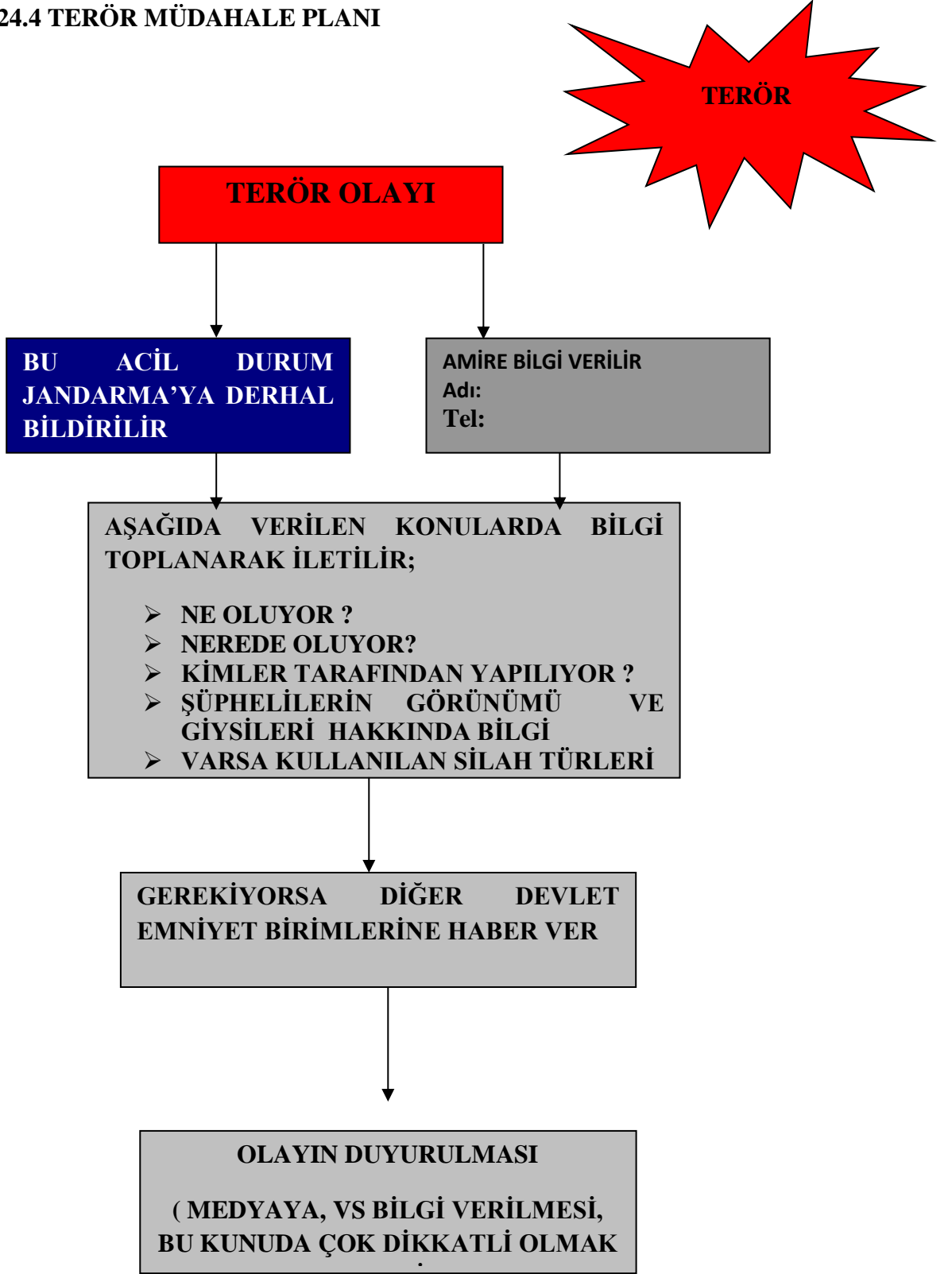
24.2 DEPREM ACİL DURUM PLANI



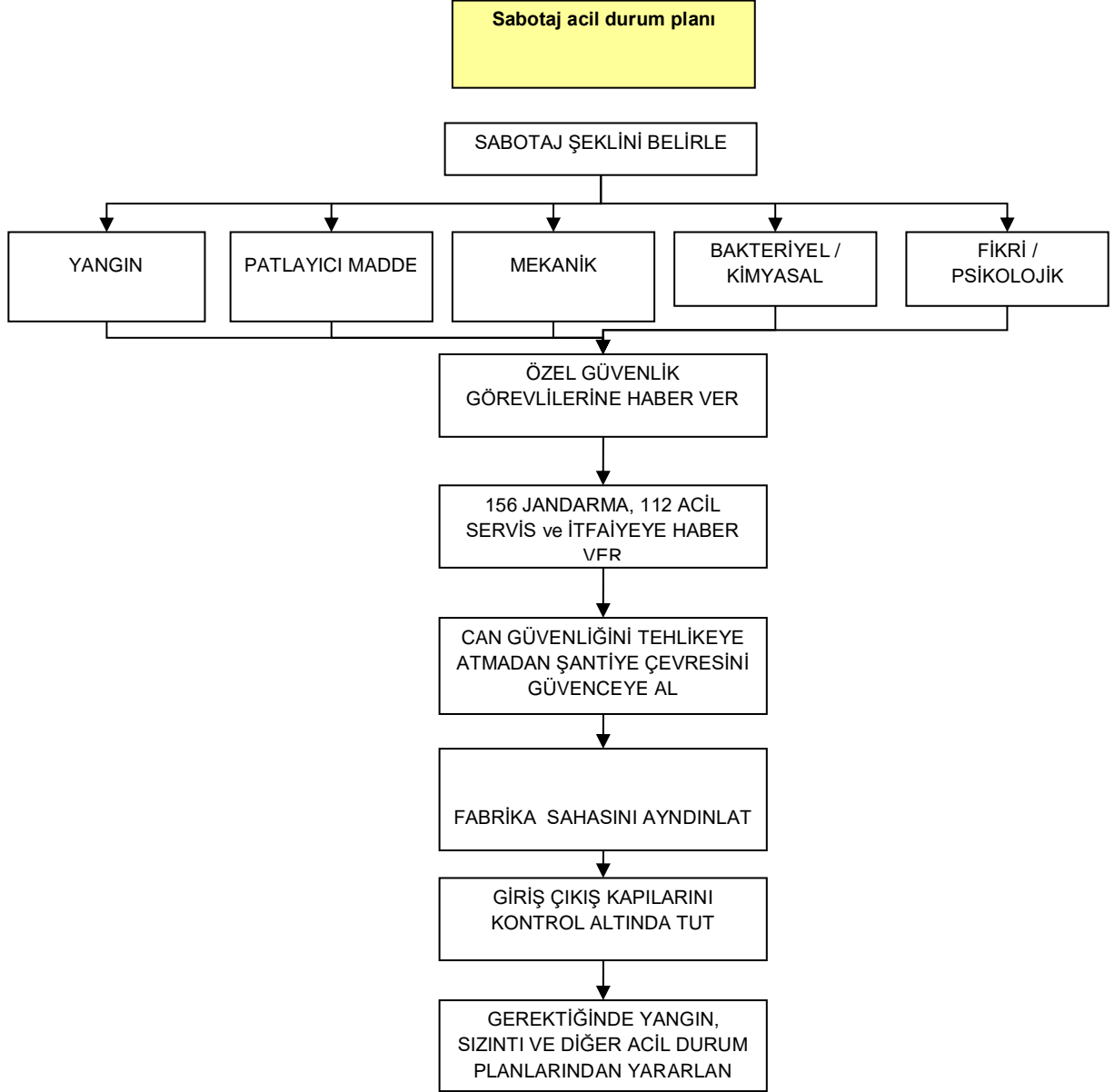
24.3 İŞ KAZASI MÜDAHALE PLANI



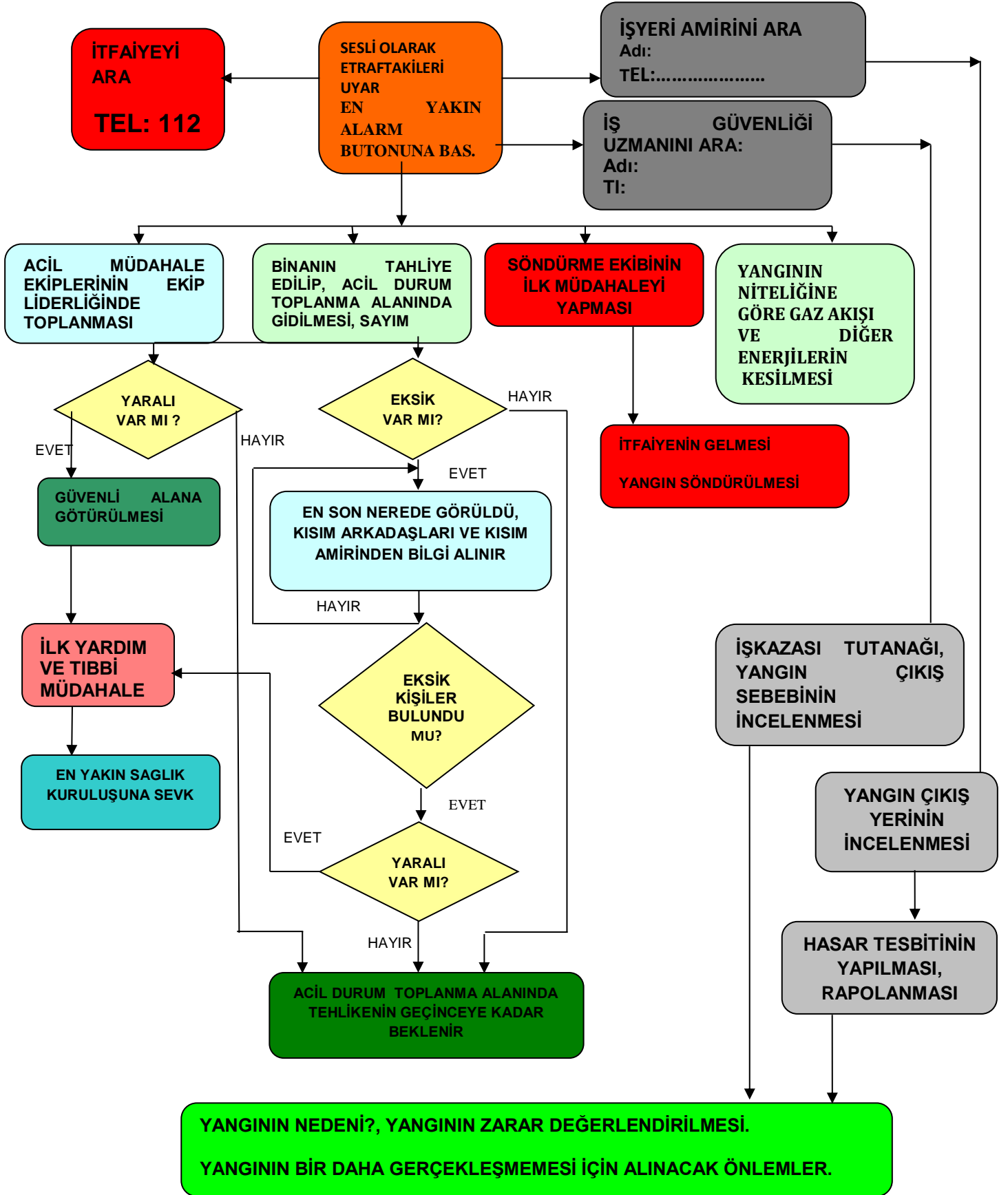
24.4 TERÖR MÜDAHALE PLANI



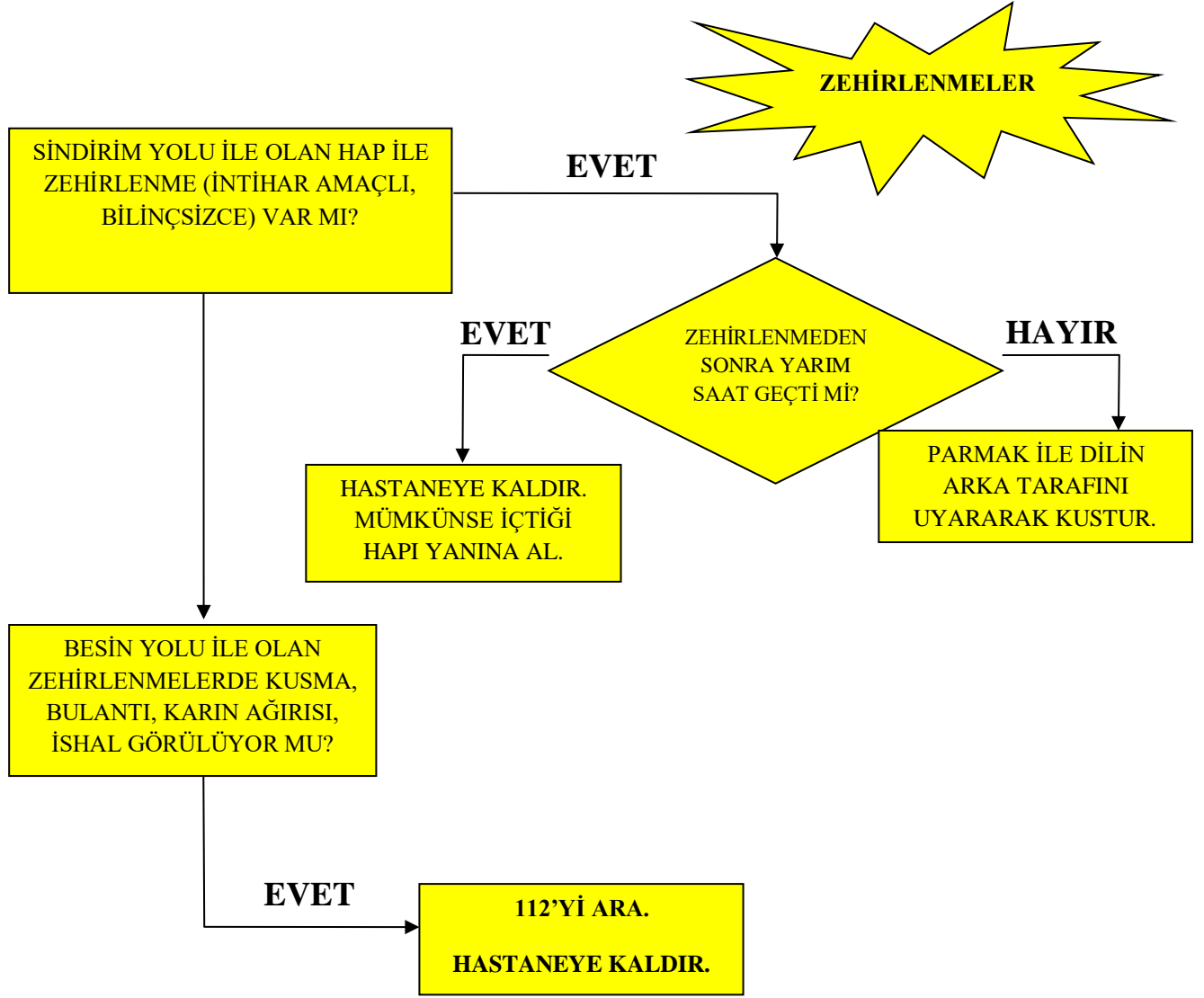
24.5 SABOTAJ ACİL DURUM PLANI



24.6 YANGIN MÜDAHALE PLANI



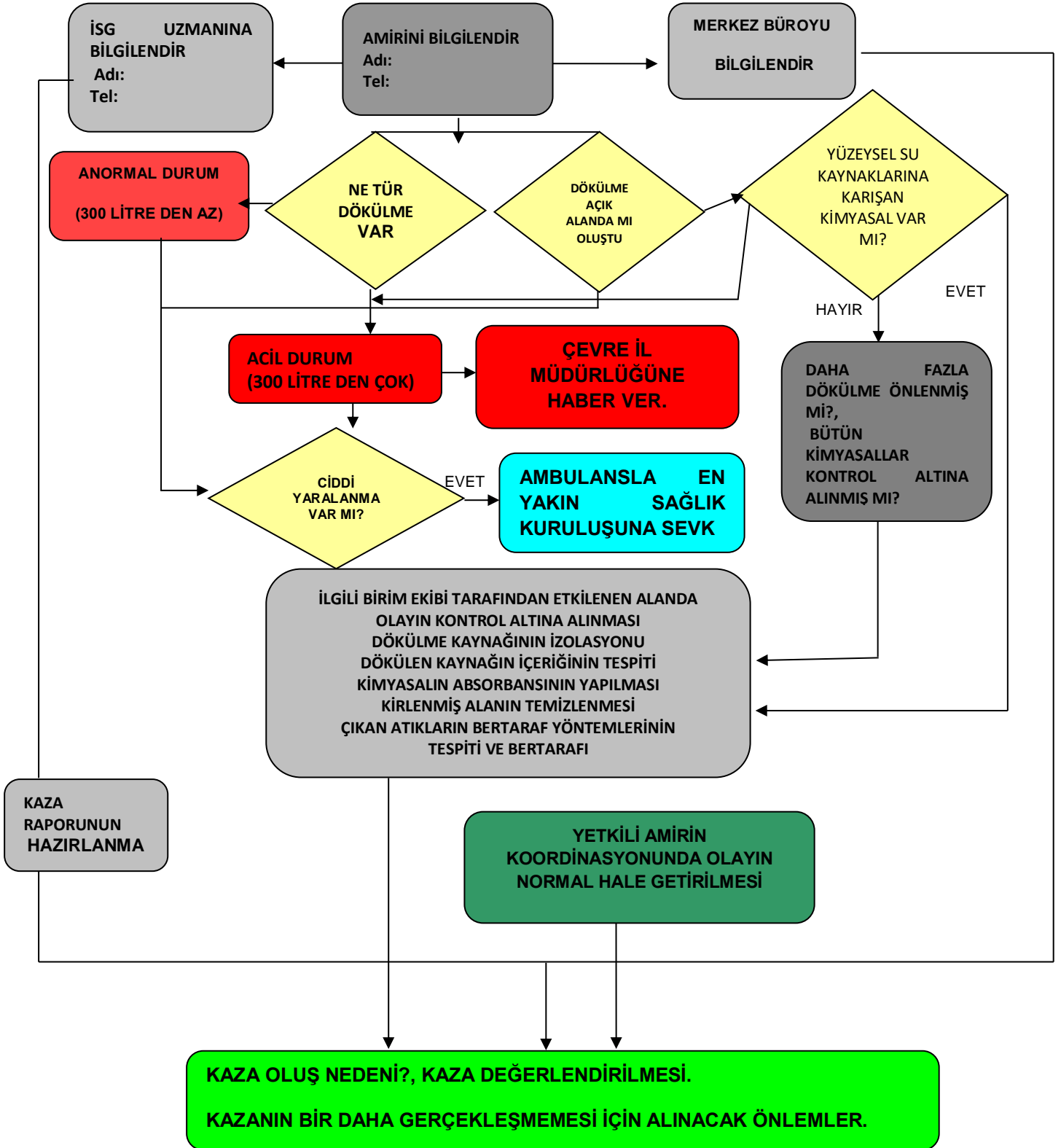
24.7 ZEHİRLENMELER ACİL DURUM PLANI



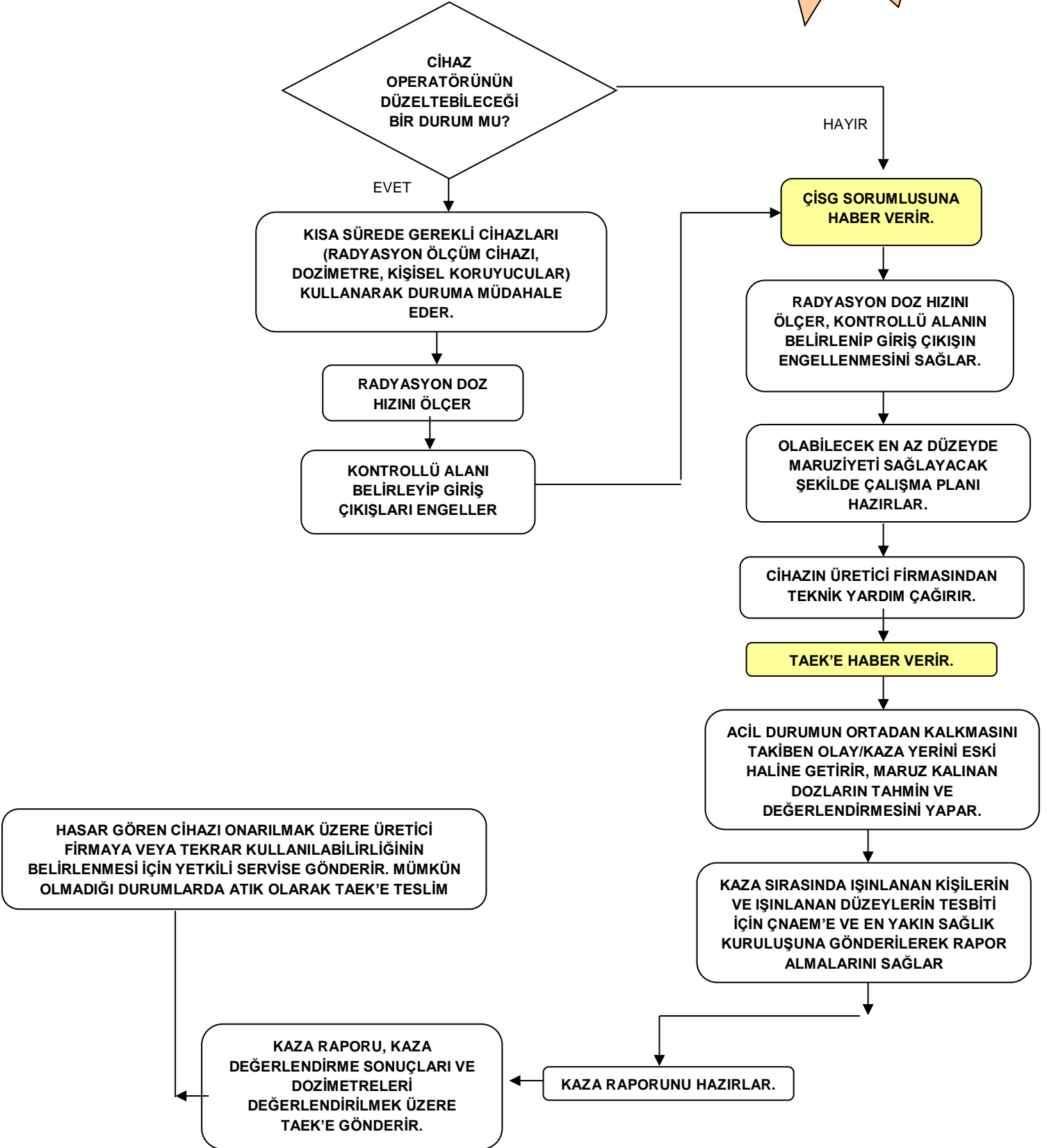
24.8 ELEKTRİK ÇARPMASI ACİL DURUM PLANI



24.9 DÖKÜLME SIZINTI MÜDAHALE PLANI

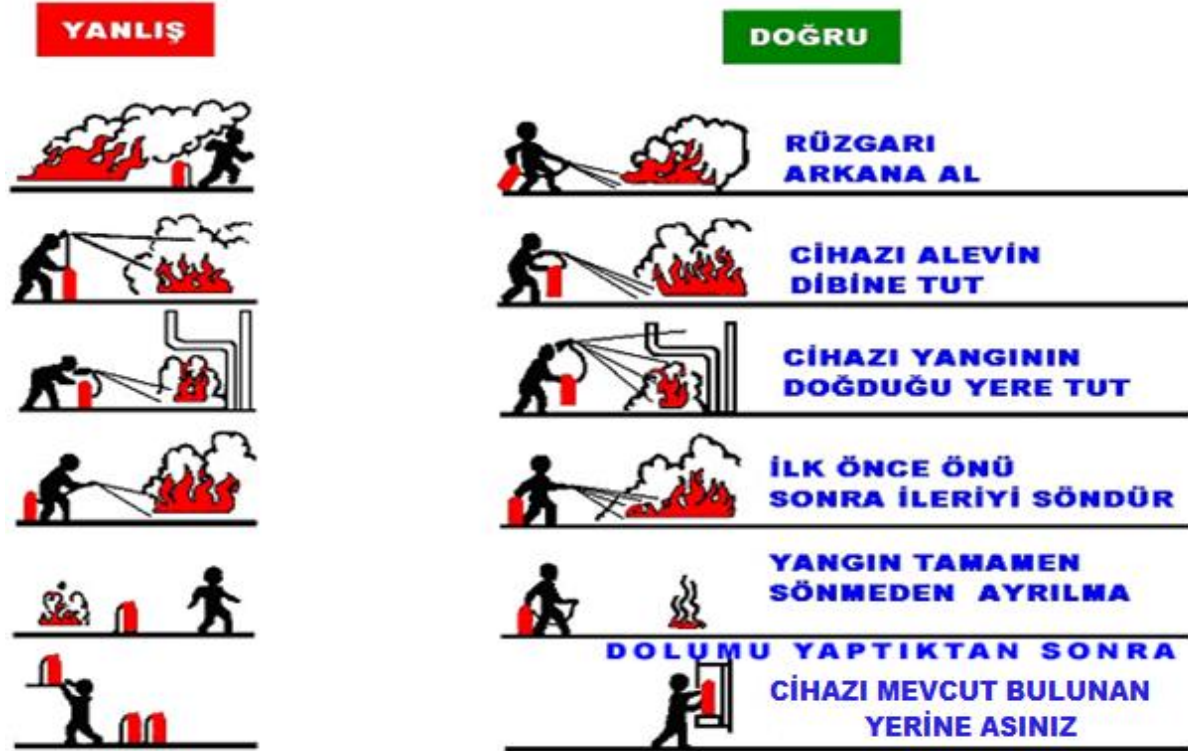


24.10 RADYOAKTİF ACİL DURUM PLANI



24.11 SÖNDÜRME MADDELERİNİN YANGIN TÜRLERİNE GÖRE KULLANIM ŞEMASI

SÖNDÜRME MADDESİ	A (KATI)	B (SIVI)	C (GAZ)	D (METAL)	1000 V' a kadar Elektrik
Su	X				
Köpük	X	X			
ABC Tozu	X	X	X		
BC Tozu		X	X		X
CO ₂		X	X		X
Halon ve Alternatifleri		X	X		
D Tozu				X	



24.12 ACİL DURUM TELEFON LİSTESİ

ACİL DURUM TELEFON LİSTESİ	
İTFAİYE	112
AMBULANS - İLK YARDIM	
POLİS	
ZEHİR DANIŞMA	114
JANDARMA İMDAT	156
ALO VALİLİK	179
SAĞLIK DANIŞMA	184
SU ARIZA	185
ELEKTİRİK ARIZA	186
DOĞALGAZ ACİL	187
TELEFON ARIZA	121
İL AFET SEKRETERLİĞİ	(0 332) 322 9924



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**25. ACİL DURUM VE AFET
YÖNETİMİ
RİSK DEĞERLENDİRME
RAPORU**

HAZIRLAMA TARİHİ: 04.10.2023

YENİLEME TARİHİ: 04.10.2027

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam ve Dayanak

1.Amaç

“Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nin” “Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi- Konya” adresinde faaliyette bulunduğu alanlarda, karşılaşılabilecek olayların ve acil durumların meydana gelme olasılığını tahmin etmek, bu durumlarda yapılacakları belirlemek ve bunlardan kaynaklanabilecek muhtemel yaralanma ve hastalıkları, çevresel etkileri önlemek veya azaltmak için planlar ve yöntemler oluşturmak ve bunları sürdürmektir.

Risk değerlendirmesi var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin; çalışanlara, öğrencilere, vatandaşlara, işyerine ve çevresine verebileceği zararların ve bunlara karşı alınacak önlemlerin belirlenmesi amacıyla yapılması gerekli çalışmaları ifade eder.

Risk değerlendirilmesinin asıl amacı; çalışanların, öğrencilerin ve vatandaşların sağlığını ve güvenliğini korumaktır.

Bu bağlamda;

Verimliliğin artmasını sağlar.

Acil durumlara karşı hazırlıklı olmayı sağlar.

Rekabet gücünü ve etkinliğini korumamızı sağlar.

2.Kapsam

“Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nin” faaliyet gösterdiği tüm eğitim, öğretim, barınma ve klinik alanlarında karşılaşılabilecek yangın, kaza, deprem, çeşitli tehditler ve çevre kazalarını kapsar.

3.Dayanak

- a) 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun,
- b) 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler İle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun,
- c) Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliği
- d) Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği,

İKİNCİ BÖLÜM

Genel Bilgiler

4.İşyeri Bilgileri

Unvanı : SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Adresi : Akademi Mah. Alaaddin Keykubat Kampüsü, Yeni İstanbul
Cad, 42250 Selçuklu / Konya
Tel. No : 332 223 1210
Faks No : 332 241 0062
Faaliyet alanı : Sağlık
Tehlike sınıfı : TEHLİKELİ
SGK Sicil Numarası : 413 300 200 6102
Çalışan sayısı : 312
Vergi Dairesi/Vergi No : Meram V.D. / 7590363057
Toplam Kullanım Alanı (m²) : 6.328

5.İşveren / İşveren Vekili Bilgileri

Adı Soyadı : Prof Dr. Gül TOSUN
Görevi : İŞVEREN VEKİLİ

6.İş Güvenliği Uzmanı Bilgileri

Adı Soyadı : Atilla BULUT
Belge Sınıfı : A Sınıfı
Belge Tarihi :
Belge No :

7.İşyeri Hekimi Bilgileri

Adı Soyadı : Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK
Belge Tarihi :
Belge No :

8.Risk Değerlendirme Ekibi

İşveren Vekili : Prof Dr. Gül TOSUN
İşyeri Hekimi : Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK
İş Güvenliği Uzmanı : Atilla BULUT
Öğretim Üyesi Temsilcisi : Dr. Öğr. Üyesi Ali Rıza ÇETİN
Çalışan Temsilcisi : Kamuran YAZAR
Kalite Sorumlusu : Bedriye ALKAN

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Risk Değerlendirme Aşamaları ve Yöntemi

9.Risk Değerlendirme Aşamaları

Bu çalışmada Risk Değerlendirme Yöntemi olarak Çalışma Ortamının incelenmesi, Tehlike kaynakları, Alınması Gereken Önlemler ve Olası Etki/Zarar'ın bulunduğu Kontrol Listeleri ve Fine Kinney metodu (Olasılık X Frekans X Şiddet = Risk) birlikte kullanılacaktır.

10.Risk Değerlendirmesi Süreçleri

Risk değerlendirmesi, aşağıdaki sıralamada yer alan aşamaların yerine getirilmesi yoluyla gerçekleştirilir:

a) Planlama

Risk değerlendirmesi çalışmaları, mevcut mevzuat ve işyeri koşulları çerçevesinde planlanır.

b) İşyerinde Yürütülen Çalışmaların Sınıflandırılması

İşyerinde yürütülmekte olan veya yürütülecek olan faaliyetler özelliklerine göre sınıflandırmaya tabi tutulur. Sınıflandırmada, sürekli olmamakla birlikte periyodik olarak veya değişen aralıklarla yürütülen bakım ve onarım gibi faaliyetler de dikkate alınır. Sınıflandırmada, işyerinin içinde ve dışında yürütülen işler, üretim veya hizmet sürecinin aşamaları, planlanmış veya ani faaliyetler, çalışanların görev tanımları gibi unsurlardan da yararlanılabilir.

c) Bilgi ve Veri Toplama

- Bilgi ve veri toplamada,
- İşyerinde yürütülen işler,
- Bu işlerin süresi ve sıklığı,
- İşin yürütüldüğü yer,
- İşin kim veya kimler tarafından yürütüldüğü,
- Yürütülen işten etkilenebilecek olanlar,
- Alınmış olan eğitimler,
- İşin yürütümü için ön izin gerekip gerekmediği,
- İşin yürütümü sırasında kullanılacak makina ve ekipman,
- Bu makina ve ekipmanların kullanım talimatları,
- Kaldırılacak veya taşınacak malzemelerle bunların özellikleri,
- Kullanılan kimyasallar ve özellikleri,
- Mevcut korunma önlemleri,
- Daha önce meydana gelmiş olan kaza veya meslek hastalıkları gibi unsurlar dikkate alınır.

d) Tehlikelerin Tanımlanması

Tehlikelerin tanımlanması, aşağıda belirtilen tehlike veya kaynaklarının bulunup bulunmadığı, tehlike varsa bundan kimlerin ve ne şekilde etkilenebileceği dikkate alınarak yapılır.

- Yangın, parlama ve patlama,
- Deprem
- Sel
- Toprak kaymaları
- Salgınlar
- Terör eylemleri
- Göç
- Endüstriyel patlama
- Nükleer ve kimyasal kazalar
- Savaş
- Kayma, takılma ve benzeri nedenlerle düşme,
- Yüksekten düşme,
- Cisimlerin düşmesi,
- Hareketli erişim ekipmanları (Merdivenler, platformlar),
- Ürünler, emisyonlar ve atıklar,
- Elektrikli aletler,
- Aydınlatma,
- Termal konfor koşulları (Sıcaklık, nem, havalandırma),
- Biyolojik Ajanlar (Mikroorganizmalar, bakteriler, virüsler),
- Rutin çalışma,
- İstenmeyen insan davranışları (Dikkatsizlik, yorgunluk, aldırmazlık, anlama güçlüğü, öfke, kavga etmek),
- İşyeri koşullarına göre diğer tehlike kaynakları.

e) Risk Analizi

Risk analizi ile (d) bendinde belirlenen tehlikelerin verebileceği zarar, hasar veya yaralanmanın şiddeti ve bu zarar, hasar veya yaralanmanın ortaya çıkma olasılığı belirlenir. Risk analizinde, tehlikeye maruz kalan kişi sayısı, tehlikeye maruziyet süresi, kişisel koruyucuların sağladığı korunma ve güvensiz davranışlar gibi unsurlar dikkate alınır.

f) Risk Değerlendirmesi

Risk değerlendirmesinde, (e) bendinde belirlenen risklerin ağırlık oranları hesaplanarak derecelendirme yapılır ve önlem alınmasının gerekli olup olmadığına karar verilir.

g) Önlemlerin Belirlenmesi

İlgili mevzuat ve işyeri koşulları dikkate alınarak alınması gerekli önlemlere Düzeltici ve önleyici faaliyetlere (DÖF) karar verilir. İşyerindeki riskleri kontrol altına alma yöntemleri, önceliğin derecesine göre ve en öncelikli olandan daha az öncelikli olana doğru sıralanmak üzere aşağıdaki gibi olmalıdır:

- Riskleri kaynağında yok etmeye çalışmak,

- Tehlikeli olanı, daha az tehlikeli olanla değiştirmek,
- Toplu koruma önlemlerini, kişisel korunma önlemlerine tercih etmek,
- Mühendislik önlemlerini uygulamak,
- Ergonomik yaklaşımlardan yararlanmak,

Risk değerlendirme raporunda, risk değerlendirmesini yapan kişilerin ad, soyad ve imzaları ile risk değerlendirmesinin yapıldığı tarih belirtilir.

h) Denetim, İzleme ve Gözden Geçirme

İşyerinde gerçekleştirilen risk yönetiminin tüm aşamaları ve uygulanması düzenli olarak denetlenir, izlenir ve aksayan yönler yeniden gözden geçirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

RİSK ANALİZİ YÖNTEMİ : KINNEY METODU

OLASILIK DEĞERİ	OLASILIK Zararın Gerçekleşme Olasılığı	FREKANS DEĞERİ	FREKANS Tehlikeye Zaman İçerisinde Maruz Kalma Tekrarı	ŞİDDET DEĞERİ	ŞİDDET İnsan ve/veya Çevre Üzerine Yaratacağı Tahmini Zarar
10	Beklenir, Kesin	10	Hemen Hemen Sürekli Saatte Birkaç Defa	100	Birden Fazla Ölümlü Kaza Çevresel Felaket
6	Yüksek, Oldukça mümkün	6	Sık Günde Bir veya Birkaç Defa	40	Ölümlü Kaza Ciddi Çevresel Zarar
3	Olası	3	Ara Sıra Haftada Bir veya Birkaç Defa	15	Kalıcı Hasar/Yaralanma, İş Kaybı
1	Mümkün Fakat Düşük	2	Sık Değil Ayda Bir veya Birkaç Defa	7	Önemli Hasar / Yaralanma, Dış İlk Yardım
0,5	Beklenmez Fakat Mümkün	1	Seyrek Yılda Birkaç Defa	3	Küçük Hasar / Yaralanma, İç İlk Yardım
0,2	Beklenmez	0,5	Çok Seyrek Yılda Bir veya Daha Az	1	Ucuz Atlama Çevresel Zarar Yok
<p>OLASILIK (ŞANS): Zararın gerçekleşme olasılığıdır. İlk yaptığınız risk değerlendirmesinde hiçbir kontrol önlemi dikkate alınmamalıdır. Bundan dolayı da olasılıklar hep en kötü olasılık olarak düşünülmelidir.</p>		<p>FREKANS: Tehlikeye zaman içerisinde maruz kalma sıklığıdır. Dikkat edilmesi gereken “işin yapılma sıklığı değil, işi yaparken tehlikeye maruz kalma sıklığıdır.” Rutin olmayan bir faaliyeti değerlendirmemiz gerekirse, o faaliyet sırasında tehlikeye maruz kalma sıklığını düşünmemiz gerekmektedir. Örneğin, 7,5 saatlik günlük çalışma süresi içinde maruz kalınan süre baz alınmalıdır.</p>		<p>ŞİDDET: Tehlikenin insan ve/veya çevre üzerinde yaratacağı tahmini zarardır. Yapacağımız risk analizinde şiddet puanlamasını yaparken zarar kısmında “ölüm” var ise puanlamanın buna uygun şekilde “40 puan (tek ölüm)” veya birden çok ölüm var ise “100 puan (birden çok ölüm)” yapılmalıdır. Eğer yapacağımız şiddet değerlendirmelerinde herhangi bir şüphe var ise daha yüksek puan verilmesi doğru olacaktır.</p>	

$$\text{RİSK DEĞERİ (R)} = \text{OLASILIK} \times \text{FREKANS} \times \text{ŞİDDET}$$

RİSK DEĞERİ	RİSK ADI	EYLEM	TERMİN SÜRESİ
$1801 \leq R$	Tolerans Gösterilemez Risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede
$401 \leq R < 1801$	En Kısa Sürede Giderilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmuyorsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
$201 \leq R < 401$	Esaslı Risk	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1 -3 Ay İçinde
$71 \leq R < 201$	Önemli Risk	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
$21 \leq R < 71$	Olası Risk	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl İçinde
$R < 21$	Önemsiz Risk	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol proseslerine ihtiyaç olmayabilir	Kontrol

Olasılık, frekans ve şiddet değerlerini yukarıda verilen tablolara uygun olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Kullanılan sayısal verilerin çarpımı tekrardan bir sayısal sonuç ortaya çıkaracaktır. Ortaya çıkan bu sonuç "Risk Değerlendirme Sonucu" olacaktır. Risk değerlendirme Sonucunda "70" ten yüksek çıkan riskler için mutlaka bir Düzeltici Önleyici Faaliyet (DÖF) planlanmalıdır.

Risk değerlendirme sonucunda ortaya çıkan her 70 puan ve üstü olan risklerle ilgili olarak aksiyonlar planlanmalıdır. Bu aksiyonlar içinde sorumlular, temrinler maliyetler vb. ihtiyaçlar belirlenmelidir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Risk Değerlendirme Tablosu ve Ekler

Ekler

Ek-1) Risk Değerlendirme Tablosu

ALTINCI BÖLÜM

Acil Durum Eylem Planı ve Risk Değerlendirme Onayları

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULU

İŞVEREN/VEKİLİ	İŞYERİ HEKİMİ	İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI	ÖĞRETİM ÜYESİ TEMSİLCİSİ	Fakülte Sekreteri	ÇALIŞAN TEMSİLCİSİ	KALİTE SORUMLUSU
Adı- Soyadı: Prof.Dr. Gül TOSUN İmza:	Adı-Soyadı: Doç.Dr.Hakan AKBAYRAK İmza:	Adı-Soyadı: Atilla BULUT İmza:	Adı-Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza ÇETİN İmza:	Adı-Soyadı: Ramazan DÜNDAR İmza:	Adı-Soyadı: Kamuran YAZAR İmza:	Adı-Soyadı: Niyazi DÜNDAR İmza:

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ACIL DURUM 1

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revize Sayısı : 1

Revize Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIRI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0,2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerektirmez.	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlarına ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0,5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir.	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl İçinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı.	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı.	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay İçinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1801	En Kısa Sürede Giderilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülmeye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla ölümlü kaza / Felaket	1801 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir.	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
1	Acil Durum	Acil durum eylem planının hazırlanması ve çalışanlar tarafından bilinmemesi	Acil durumda belirsizlik	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Fakülte acil eylem planı hazırlanmış ve 06.07.2018 Tarihi için eğitim ve tatbikat planlandı.	6	3	40	720	Acil durum planı çalışanlarca paylaşılmalı ve eğitimler düzenlenmelidir.	İşveren veya İşveren vekili				
2		Acil Durum Tatbikatının Yapılmaması	Acil durumda yapılacakların bilinmemesi	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	06.07.2018 Tarihi için eğitim ve tatbikat planlandı.	6	3	40	720	Hazırlanan acil durum planının uygulama adımlarının düzenli olarak takip edilebilmesi ve uygulanabilirliğinden emin olmak için işyerlerinde yılda en az bir defa olmak üzere tatbikat yapılmalı, denetlenmeli ve gözden geçirilerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.					
3		Acil servis telefon numaralarının görünürlüğünün sağlanmaması	Acil Duruma Erken Mudahale Edememe	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Fakülte içerisinde Acil Çağrı sistemi kurulu ve tatbikatları ve kontrolleri yapılmaktadır.	3	2	40	240	Acil servis telefon numaraları, kurumunun yerleşkesindeki koridora göz hizasında görünür ve dikkat çekecek şekilde asılmalıdır.					
4		Güvenli acil toplanma bölgesinin çalışanlar tarafından bilinmemesi	Acil durumda panik	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Acil afet planında belirlenmiş A blok dekanlık giriş önündeki boş alan	3	2	40	240	Acil durumlarda çalışanların toplanacağı güvenli alan belirlenmeli, buralar "Acil Toplanma Bölgesi" levhası ile işaretlenmeli ve çalışanlar bilgilendirilmelidir.					
5		Acil durumlar (acil çıkış, yangın vb.) için uyarı levhalarının olmaması	Acil durumlarda oluşacak yığılma	Ezilme, yaralanma, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Her katta uyarı çıkış levhaları asılmış durumda	3	2	40	240	Acil durum, uyarı, ikaz, emredici ve yasaklayıcı güvenlik ve işaret levhaları gerekli yerlere asılmalıdır.					
6		Acil Çıkış kapılarının mevzuata uygun olmaması (dışa açılmaması, otomatik olması)	Acil durumlarda oluşacak yığılma	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Bina giriş kapıları otomatikler yanlara ve diğerleri dışa açılır şekilde ayarlandı.	3	2	40	240	Acil Durum Kapıları (Bina giriş kapısı dahil) mevzuata uygun hale getirilmeli					

İşveren / İşveren Vekili

İşyeri Hekimi

İş Güvenliği Uzmanı

Öğretim Üyesi Temsilcisi

Çalışan Temsilcisi

Kalite Sorumlusu

Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

Atilla BULUT

Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Kamuran YAZAR

Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ACIL DURUM 2

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revize Sayısı :1

Revize Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0,2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerekmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlarına ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0,5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Half yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl içinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay içinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay içinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1001	En Kısa Sürede Giderilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülmeye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla ölümlü kaza / Felaket	1001 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
7	Acil Durum	Acil çıkış yolu üzerinde engel olması	Acil durumlarda oluşacak yığılma	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Acil çıkışlara yönelik düzenlemeler bulunmaktadır.	3	2	40	240	Acil çıkış yolu üzerindeki engeller kaldırılmalı	İşveren veya İşveren vekili				
8		Deneyimsiz acil durum ekibi	Yaralanmalara müdahalede gecikme	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Mavi Kod Sistemi kurularak müdahale ekipleri oluşturulmuştur. Sağlık Çalışanlarına yönelik CPR eğitimleri devam etmektedir	3	2	40	240	Oluşturulan acil durum ekiplerine yeterli eğitimler verilmeli.					
9		Sığınak Olmaması	Acil durumlarda korunma	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Fakültede sığınak bulunmamaktadır.	3	2	40	240	Acil durumlarda kullanılacak sığınak oluşturulmalıdır.					
10	İlk Yardım	İlk yardımcı bulunmaması	Yaralanmalara müdahalede gecikme	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Yeterli sayıda ilk yardım eğitilmiş personel bulunmamaktadır.	3	2	40	240	Her 20 çalışan için 1 personel, Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş ilkyardım eğitim merkezine gönderilmeli, ilk yardım uygulamaları konusunda eğitilmeli ve "Temel İlyardım Eğitimi" sertifikası almalıdır.					
11		İlk yardım dolaplarının olmaması	Yaralanmalara müdahalede gecikme	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Kliniklerde ilk yardım dolabı bulunmamaktadır.	1	1	40	240	İlk yardım dolabı oluşturulmalı. İçinde azami ölçüde temel ilk yardım malzemeleri bulundurulmalı ve kontrolleri yapılmalı					

İşveren / İşveren Vekili
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

İşyeri Hekimi
Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

İş Güvenliği Uzmanı
Atilla BULUT

Öğretim Üyesi Temsilcisi
Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Çalışan Temsilcisi
Kamuran YAZAR

Kalite Sorumlusu
Bedriye ALKAN

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0,2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerekmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedürlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0,5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerekir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl İçinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Yılda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerekir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay İçinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1801	En Kısa Sürede Gözlenecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla ölümlü kaza / Felaket	1801 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
13	Zemin	Sıvı dökülmesi sonucu kaygan zemin	Kayma sonucu yaralanma	Yaralanma, Maddi Hasar, İş Gücü Kaybı.	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Temizlik yapılan alet ve el arabalarına ait özel bir oda ve depo ayrılmamıştır.	3	1	15	45	Yerler paspaslandıktan sonra temizlik görevlisi kaymayı engellemek için üçgen (sarı üçgen) levhası koymalıdır	İşveren veya İş veren vekili				
14	Raf ve Dolaplar	İstifleme	Yüksekten Cisim Düşmesi	Yüksekten cisim düşmesi sonucu yaralanma vb	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Bina içerisindeki dolapların üzerine istifleme bir hayli fazladır. Bu	3	2	15	90	İstiflemelere izin verilmemelidir. Dolabın devrilmesi veya zemindeki maddenin unutulup birkaç kişi tarafından dolabın yerini değiştirme esnasında cismi düşme olasılığı çok yüksektir. Veya herhangi bir deprem veya sallantı halinde, deprem çalışanlara zarar vermese dahi yanlış istiflenmiş cisimlerin çalışanlara zarar verme olasılığı bir hayli yüksektir.					
15		Dolap ve Rafların duvara monte edilmemesi	Dolapların Devrilmesi	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Kliniklerdeki ve diğer odalardaki yüksek dolaplar duvarlara sabitleme işlemi yapıldı.	3	2	15	90	Deprem veya sarsıntı gibi durumlarda devrilebilecek ekipmanlar duvara sabitlenmemesi; Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir					
16	Havalandırmanın yetersiz oluşu	Bunaltı, Stres, Nem	Hastalık, iş gücü kaybı	Havalandırma elektrikli aksamının tehlikeli ve yeterli havalandırmanın eksik oluşu	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Pencereler yeterli sayıda olup, hava sirkülasyonunu sağlayacak şekilde havalandırma paneli yapılmış,	1	1	15	15	Havalandırma sistemlerinin çalışırılığı kontrol edilmelidir.					
17	Bina İçi Merdivenler	Merdivenler	Kayma ve düşme sonucu yaralanma ve ölüm	Yaralanma, uzun süreli kayıp, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Bina içindeki merdivenlerden bazılarının kaydırmaz bantı yoktur, var olan bantların bazıları ise tahrip olmuş ve işlevliği kaybolmuştur.	1	1	15	15	Gerekli kaydırmaz bant temin edilip tüm bina dolaşarak tüm merdivenlere monte edilmelidir.					
18	Bina İçi Merdiven Boşlukları	Merdiven aralıklarında düşmelere karşı file olmaması	Düşme sonucu yaralanma, ölüm	Yaralanma, uzun süreli kayıp, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	B Blok Kat aralarındaki boşlukta düşmelere karşı file yoktur	3	2	40	240	B Blok Kat aralarındaki boşluğun düşmelere karşı file ile kapatılması.					

İşveren / İşveren Vekili

İşyeri Hekimi

İş Güvenliği Uzmanı

Öğretim Üyesi Temsilcisi

Çalışan Temsilcisi

Kalite Sorumlusu

Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

Atilla BULUT

Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Kamuran YAZAR

Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) YANGIN

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revize Sayısı : 1

Revize Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Siddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0,2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerekmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0,5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Half yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl içinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay içinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay içinde
6	Yüksek / Odukaça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1001	En Kısa Sürede Giderilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1001 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir.	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş x R				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş x R			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
19	Yangın	Yangın	Yanık, boğulma, yaralanma, ölüm	Yangına müdahalede gecikme, yaralanma / ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Yangın söndürme sistemleri uygun yerlerde toplam 17 adet yangın söndürme dolabı ve 85 adet yangın söndürme tüpü bulunmakta olup yıllık kontrolleri teknik servis tarafından yapılmaktadır. Ayrıca yangın söndürme ekibi oluşturulmuştur.	3	2	40	240	Mevcut durum korunmalı ve yılda en az bir sefer yangın tatbikatı yapılmalıdır.	İşveren veya İşveren vekili				
20		Yangın söndürme cihazı	Patlama, yangın, zehirlenme, yaralanma, ölüm	Yangına müdahalede gecikme, yaralanma / ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Yeterli sayıda yangın söndürme tüpü mevcut olup, periyodik bakımları yapılmıştır. Yangın söndürme tüpü kuru kimyevi tozlu tiptir.	3	2	40	240	Mevcut durum korunmalı, yangın söndürme tüpünün periyodik kontrolleri ve doluların gerçekleştirilmelidir.					
21		Yangın algılama ve bildirme tesisatının olmaması	Yangın sonucu ölüm, zehirlenme	Yangına müdahalede gecikme, yaralanma / ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Alarm sistemi kurulmuş aktif olarak çalışmamaktadır.	3	2	40	240	Yangın algılama ve bildirme alarm sisteminin işleyişi kontrol edilmelidir.					
22		Yangın Söndürme dolabının önünün kapalı olması	Acil durumlarda müdahalelerin gecikmesi	Yangına müdahalede gecikme, yaralanma / ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Yangın Söndürme dolapları uygun şekilde ayarlanmış ve çalışırılığı kontrol edilmiştir.	3	2	40	240	Yangın söndürme dolabının önü açık, görülebilir hale getirilmelidir.					
23		Giriş-çıkış kapıları	Acil durumlarda oluşacak yığılma	Ezilme, yaralanma, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Kurum A blok giriş kapısı raylı sistem olup, Diğer bloktaki kapılarda dışarı açılır şekilde olmamakla beraber mesai saatleri içerisinde sürekli açık tutulmaktadır.	3	2	40	240	Otomatik kapıların Elektrik kesintisi halinde kendiliğinden açılır şekilde ayarlanmalıdır. Alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir					
24	Merdivenler	Acil durumlarda oluşacak yığılma	Ezilme, yaralanma, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Yangın çıkışları A, B, bloklarda olup, A ve B Blok yangın çıkışı ışıklı tabela ile yönlendirilmiştir.	3	2	15	90	Bina içerisindeki merdivenlerden bazılarının kaydırmaz bantı yoktur, var olan bantların bazıları ise tahrip olmuş ve işlevliği kaybolmuştur. Gerekli kaydırmaz bant temin edilip tüm bina dolayarak tüm merdivenlere monte edilmelidir.						

İşveren / İşveren Vekili
Prof. Dr. Abdullah KALAYCI

İşyeri Hekimi
Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

İş Güvenliği Uzmanı
Atilla BULUT

Öğretim Üyesi Temsilcisi
Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Çalışan Temsilcisi
Kamuran YAZAR

Kalite Sorumlusu
Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ELEKTRİK 1

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revizyon Sayısı : 1

Revizyon Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIRI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0,2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerekmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlarına ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0,5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yılı içinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay içinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay içinde
6	Yüksek / Oldukça mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1801	En Kısa Sürede Gözlenilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülmeye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla ölümlü kaza / Felaket	1801 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
25	Elektrik	Elektrik arızası	Yangın veya elektrik şoku	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Elektrik arızası olan durumlarda teknik servis tarafından müdahale edilmektedir.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inebilir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir	İşveren veya İşveren vekili				
26		Kaçak akım rölesi	Yangın veya elektrik şoku	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Kolidorlardaki ara panolarda kaçak akım röleleri takılmıştır.	3	2	15	90	Tüm panolara kaçak akım sigortası, ana panoya kaçak akım rölesi takılmalı. Aylık kontrolleri yapılmalı.					
27		Aydınlatma	Karanlık	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Aydınlatma problemi yoktur. Elektrikler kesilmesi durumunda jeneratör devreye girmektedir.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inebilir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir					
28		Topraklama	Elektrik Çarpması	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Topraklama yapılmıştır.	3	2	15	90	Topraklama direnci ölçülmeli, alet, makine ve panolar topraklanmalı.					
29		Fiş ve prizler	Elektrik çarpması sonucu yaralanma, ölüm	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Kablolar tavanda, masa kenarlarında ve duvarda uygunsuz olarak toplanmıştır. Zeminde bulunan kablolar ve çoklu prizler tespit edildiğinde uygun düzenlemeler yapılmaktadır.	3	2	15	90	Birbirleri ile temas eden kabloların yangın çıkarma ihtimali yüksektir. Bir kabloların ezilmesi veya açılması sonucu çalışanın temas ettiği anda ölümlü veya yaralanmalı kaza olma ihtimali yüksektir. Bu tür kablolar iyi bir şekilde ayarlanıp spiral borular içerisine geçirilmeli ve sabitlenmelidir.					
30		Yetkisiz personelin arızaya müdahalesi	Elektrik Çarpması	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Yetkisiz personelin arızalara müdahalelerine izin verilmemektedir.	3	2	15	90	Yetkisiz personelin arızaya müdahalesi kesinlikle engellenmelidir. Tüm bakım ve tamiratlar yetkili servis elemanı tarafından gerçekleştirilmelidir.					

İşveren / İşveren Vekili
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

İşyeri Hekimi
Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

İş Güvenliği Uzmanı
Atilla BULUT

Öğretim Üyesi Temsilcisi
Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Çalışan Temsilcisi
Kamuran YAZAR

Kalite Sorumlusu
Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ELEKTRİK 2

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revize Sayısı : 1

Revize Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0,2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerektirmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlarına ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0,5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülebilir ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl içinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay içinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay içinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1001	En Kısa Sürede Gözlenilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saate birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1001 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş x R				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş x R			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
31	Elektrik	Elektrik Tesisatı	Elektrik çarpması	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Tesisat teknik servis tarafından kontrol edilmektedir.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir	İşveren veya İşveren vekili				
32		Elektrik sigorta panoları	Elektrik çarpması	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Binadaki Ara Pano'nun önünde yalıtkan paspas yoktur.	3	2	15	90	Yalıtkan paspas temin edilmelidir. Aksi taktirde müdahale sonucu elektriğin boşalma ihtimali sıfırdır ve ölümlü sonuçlanabilecek kaza olma olasılığı yüksektir. Ara panolara yetkisiz kişilerce müdahale edilmemelidir. Ara panonun gövde topraklaması yapılmalıdır. Panonun üstüne gerekli uyarı levhaları yapıştırılmalıdır. (DİKKAT ELEKTRİK ÇARPAR-YETKİSİZ KİŞİLERCE MÜDAHALE EDİLMEMELİDİR-YAKLAŞMA! vb..) Ara panoların ise kapakları sürekli kapalı tutulmalıdır anahtar müdahale ile görevli kişide bulunmalıdır. Bölüm amirleri tarafından bu konuda çalışanlar sözlü bir şekilde uyarılmalıdır. Islak el ile müdahale edilmemelidir.					
33		Elektrikli Isıtıcılar	Elektrik çarpması, Yanık	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Bina içerisinde kullanılmamaması gereken ısıtıcılar kullanılmaktadır.	3	2	15	90	Elektrikle çalışan ısıtıcıların kaldırılması gerekmektedir. Eğer kullanılacaksa alt bölümüne ve elektriğin giriş yaptığı noktaya su asla değdirilmemelidir. Islak elle asla temas edilmemelidir. Kullanılmadığı sırada prizden çıkarılmalıdır. Elektrikle çalışan tüm aletler yetkili mühendis tarafından elektrik kaçağı olup olmadığı kontrol edilmelidir.					
34		Açıkta bulunan kabloların varlığı	Elektrik çarpması	Takılıp Düşme, Elektrik Çarpması, Yaralanma, Ölüm	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Açıkta bulunan kablolar tespit edilmesi durumunda teknik servis tarafından tamirati yapılmaktadır.	3	2	15	90	Birbirleri ile temas eden kabloların yangın çıkarma ihtimali yüksektir. Bir kablondan ezilmesi veya açılması sonucu çalışanın temas ettiği anda ölümlü veya yaralanmalı kaza olma ihtimali yüksektir. Bu tür kablolar iyi bir şekilde ayarlanıp spiral borular içerisine geçirilmeli ve sabitlenmelidir.					
35		Arızalı lambalar	Bunaltı, stres, göz hastalıkları	Hastalık, iş gücü kaybı	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Patlayan floresan ampüller teknik servis tarafından değiştirilmektedir.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir					

İşveren / İşveren Vekili
Prof.Dr. Abdullah KALAYCIİşyeri Hekimi
Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAKİş Güvenliği Uzmanı
Atilla BULUTÖğretim Üyesi Temsilcisi
Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALIÇalışan Temsilcisi
Kamuran YAZARKalite Sorumlusu
Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU)
BAHÇE VE ÇATI

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revize Sayısı :1

Revize Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0.2	Beklenmez	0.5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerektirmez.	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0.5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl İçinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış iş yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay İçinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1601	En Kısa Sürede Gözlenecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1601 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
36	Bahçe Zemini	Zemin	Kayma, takılma, düşme sonucu yaralanma	Yaralanma, uzuv kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Bahçe zemininde takılıp düşmeye neden olacak girinti ve çıkıntıların sürekli gözden geçirilmekte, düşmeye neden olacak etkilere ortadan kaldırılmaktadır	3	1	15	45	Mevcut durum Sürekli olarak devam ettirilmeli, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile çalışanların dikkatli olması durumunda riskler en aza inecektir	İşveren veya İşveren vekili				
37	Bina Girişi	Bina Girişi (Merdiven)	Kayma ve düşme sonucu yaralanma ve ölüm	Yaralanma, uzuv kaybı, ölüm	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Bina girişindeki merdivenlerden bazılarının kaydırmaz bantı yoktur, var olan bantların bazıları ise tahrip olmuş ve işlevliği kaybolmuştur. Gerekli kaydırmaz bant temin edilip tüm bina dolaşarak tüm merdivenlere monte edilmelidir.	3	1	15	45	Bina Giriş merdiveni kiş aylarında kaymaz halı veya zemin kaydırmaz ile kaplanmalı.					
38	Yüksekte Çalışma	Seyyar merdivenler	Yüksek noktalara ulaşmak isterken meydana gelebilecek kaza	Yaralanma, uzuv kaybı, ölüm	Çalışanlar	Ayaklı merdiven bulunmaktadır	3	1	15	45	İş güvenliği tedbirleri alınarak çalışılmalı.					
39		Cisim düşmesi	Yüksekte bulunan cisimlerin düşmesi ile meydana gelebilecek kaza sonucu yaralanma, ölüm,	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar	Bina içerisindeki dolapların üzerine istifleme bir hayli fazladır.	3	1	15	45	Bu tür istiflemelere izin verilmemelidir. Dolabın devrilmesi veya züerindeki maddenin unutulup birkaç kişi tarafından dolabın yerini değiştirme esnasında cismi düşme olasılığı çok yüksektir. Veya herhangi bir deprem veya sallantı halinde, deprem çalışanlara zarar vermesi dahi yanlış istiflenmiş cisimlerin çalışanlara zarar verme olasılığı bir hayli yüksektir.					
40	Cam yüzeylerinin temizlenmesi	Düşme	Yüksek noktalara ulaşmak isterken meydana gelebilecek kaza	Yüksekten Düşme, Yaralanma, Ölüm	Çalışanlar	Klinik çalışanları tarafından klinik camları temizlenmektedir.	3	1	15	45	İş güvenliği tedbirleri alınarak camlar temizlenmelidir					
41	Çatıda yapılan çalışmalar	Düşme	Güvenlik tedbirlerinin alınmaması	Düşme, Yaralanma, Uzuv İncinmesi, Ciddi Yaralanma, Ölüm	Çalışanlar	Çatıda yapılan çalışmalar için güvenlik tedbirleri alınmaktadır.	3	1	15	45	İş güvenliği tedbirleri alınarak çatıda ve yüksek yerlerde çalışılmalıdır.					

İşveren / İşveren Vekili

İşyeri Hekimi

İş Güvenliği Uzmanı

Öğretim Üyesi Temsilcisi

Çalışan Temsilcisi

Kalite Sorumlusu

Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

Atilla BULUT

Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Kamuran YAZAR

Bedriye ALKAN

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0,2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerektirmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol proseslerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0,5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yı İçinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Aydı 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay İçinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1801	En Kısa Sürede Gözlenecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülmeye kadar iş başlatılmamalı, şeker devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1801 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çözümler kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
42	Araç Park Yerleri	Araç Parkında Otomatik hareket eden bariyerin ışıklı sesli ikaz sisteminin olmaması	Sıkışma ve çarpma	Yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Araç Parkında bir tanesi dışında Otomatik hareket eden bariyerin ışıklı sesli ikaz sistemi yoktur.	3	2	15	90	Otomatik hareket eden bariyerin ışıklı sesli ikaz sistemi takılması.	İşveren veya İşveren vekili				
43		Araç Parkında Otomatik hareket eden bariyerin durdurma sensörünün aktif kullanımı	Sıkışma ve çarpma	Maddi kaza	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Araç Parkında Otomatik hareket eden bariyerlerin durdurma sensörü çalışmaktadır	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir					
44		Araçların park alanında Yaya Giremez İşaret Levhasının olmaması	Araç çarpması, trafik kazası	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Araçların park alanında Yaya Giremez İşaret Levhası yoktur	3	2	15	90	Araçların park alanında Yaya Giremez İşaret Levhası takılması.					
45		Araçların park giriş kapısında ilgili trafik işaret levhasının olmaması	Araç çarpması, trafik kazası	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Araç park girişleri kumandalı bariyerle kapatılmış durumdadır	3	2	15	90	Araçların park giriş kapısında ilgili trafik işaret levhası takılması					
46		Araçların park alanına uygun olmayan park ve belirlenen araç sayısından fazla park edilmesi	Araç çarpması, trafik kazası	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar Öğrenciler Vatandaşlar	Misafir araç parkı yetersizliğinden dolayı özellikle kış aylarında çok sayıda uygunsuz araç parkı yapılmaktadır.	3	2	15	90	Araçların park alanına uygun olmayan park ve belirlenen araç sayısından fazla park edilmesinin önlenmesi					

İşveren / İşveren Vekili
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

İşyeri Hekimi
Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

İş Güvenliği Uzmanı
Atilla BULUT

Öğretim Üyesi Temsilcisi
Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Çalışan Temsilcisi
Kamuran YAZAR

Kalite Sorumlusu
Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ARAÇLAR

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revize Sayısı :1

Revize Tarihi : 04.10.2023

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0.2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerekmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0.5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yı İçinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
3	Orta	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay İçinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1601	En Kısa Sürede Gözlemlenecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1601 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
47	Makam ve Hizmet Araçları	Araçların görev kaydının tutulmaması	Amaç Dışı Kullanım	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar	Araç görev kaydı düzenli olarak tutulmaktadır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir	İşveren veya İş veren vekili				
48		Araçlarda ilk yardım çantasının olmaması	Trafik Kazası	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar	Hizmet aracında ilk yardım çantası bulunmamaktadır.	3	2	15	90	Hizmet aracında ilk yardım çantası temin edilmesi.					
49		Lastiklerde Aşınma	Trafik Kazası	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar	Hizmet aracındaki lastikler aşınmıştır.	3	2	15	90	Hizmet aracındaki lastikler aşınmıştır yenileri ile değiştirilmesi.					
50		Araçlarda yangın tüpünün olmaması veya boş olması	Trafik Kazası	Yangın ve kaza sonucu yangına bağlı yaralanma ve ölüm	Çalışanlar	Hizmet aracında yangın tüpü bulunmamaktadır.	3	2	15	90	Hizmet aracında yangın tüpü temin edilmesi.					
51		Araçların fenni ve egzoz muayenelerinin yapılmaması	Aşırı duman, boğulma	Çevre kirliliği, yaralanma, ölüm	Çalışanlar	Hizmet aracının Ağustos 2018'de egzoz muayenesi dolmaktadır.	3	2	15	90	Hizmet aracının Ağustos 2018'de egzoz muayenesi yapılması.					
52		Şoför ve yolcuların emniyet kemeri kullanmaması	Trafik Kazası	Can ve Mal Kaybı	Çalışanlar	Şoför ve yolcuların emniyet kemeri kullanması konusunda uyarılmıştır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen göstermeye devam ettirilmelidir					
İşveren / İşveren Vekili		İşyeri Hekimi		İş Güvenliği Uzmanı		Öğretim Üyesi Temsilcisi				Çalışan Temsilcisi		Kalite Sorumlusu				
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI		Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK		Atilla BULUT		Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI				Kamuran YAZAR		Bedriye ALKAN				

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACİL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ÇALIŞMA ALANLARI 1

Yerildiği Tarih : 04.10.2023

Revizyon Sayısı : 1

Revizyon Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0.2	Beklenmez	0.5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerektirmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0.5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Half yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl İçinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
3	Orta	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay İçinde
6	Yüksek / Orduka Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1801	En Kısa Sürede Giderilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürüncüne kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1801 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
53	İş Sağlığı ve Güvenliği	İş sağlığı ve güvenliği eğitimi	İş kazası	Yaralanma, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm, Maddi kayıp	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Çalışanların kendi mesleki alanları, iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları en çok oluşan iş kazaları, meslek hastalıkları ile kendi işinde meydana gelebilecek risklerin nelerden oluştuğu ile ilgili Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri verilmiş ve verilme devam edilmektedir.	6	3	40	720	Mevcut durum korunmalı, eğitimler periyodik olarak verilmeye devam edilmeli, kontrolü sağlanmalı	İşveren veya İşveren vekili				
54		Çalışanların bilinçsiz ve dikkatsiz hareket etmeleri	İş kazası	Yaralanma, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm, Maddi kayıp	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Çalışanların kendi mesleki alanları, iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları en çok oluşan iş kazaları, meslek hastalıkları ile kendi işinde meydana gelebilecek risklerin nelerden oluştuğu ile ilgili Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri verilmiş ve verilme devam edilmektedir.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, eğitimler periyodik olarak verilmeye devam edilmeli, kontrolü sağlanmalı ve çalışanların bilinçlendirilmesi ile dikkatsiz hareket etmeleri önlenerek riskler en aza inecektir					
55		İşyeri hekiminin olmaması	İş kazası	Yaralanma, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm, Maddi kayıp	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	İş Yeri Hekimi vardır.	3	2	15	90	Çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alınarak sağlık gözetimine tabi tutulmaları sağlanmalı					
56		Kullanılan araç gereçlerin kullanım talimatlarının olmaması	İş kazası	Yaralanma, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm, Maddi kayıp	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Cihaz kullanımına yönelik talimatlar hazırlanmamıştır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, eğitimler periyodik olarak verilmeye devam edilmeli, kontrolü sağlanmalı ve çalışanların bilinçlendirilmesi ile dikkatsiz hareket etmeleri önlenerek riskler en aza inecektir					
57		Kişisel Koruyucu Donanım Kullanılmaması	İş kazası	Yaralanma, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm, Maddi kayıp	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Kişisel koruyucu donanım kullanılması sağlanmaya çalışılmaktadır.	3	2	15	90	Çalışan personele KKD sağlanmalı ve kullanılmalıdır (Maske, Eldiven, İş Elbisesi vb.)					
58		Gerekli güvenlik ve sağlık işaret levhalarının olmaması	İş kazası	Yaralanma, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm, Maddi kayıp	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Gerekli güvenlik ve sağlık işaret levhaları takılmaktadır.	3	2	15	90	Gerekli yerlere uyarı, yasak, emredici, acil çıkış levhaları asılmalıdır. Çalışanın bunlara sürekli uyması sağlanmalıdır.					
59	Fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenlere yönelik ölçüm, test, analiz ve değerlendirmelerinin yapılmaması	İş kazası	Yaralanma, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm, Maddi kayıp	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	İş sağlığı ve güvenliği çalışmaları devam etmektedir.	3	2	15	90	Güvenli bir çalışma ortamı sağlamak amacıyla çalışma ortamındaki kişisel maruziyetlere veya çalışma ortamına yönelik fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenlere yönelik ölçüm, test, analiz ve değerlendirmeleri, ön yeterlik veya yeterlik belgesini haiz laboratuvarlara yaptırılmalı						
İşveren / İşveren Vekili		İşyeri Hekimi		İş Güvenliği Uzmanı		Öğretim Üyesi Temsilcisi		Çalışan Temsilcisi		Kalite Sorumlusu						
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI		Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK		Atilla BULUT		Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI		Kamuran YAZAR		Bedriye ALKAN						

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ÇALIŞMA ALANLARI 2

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revizyon Sayısı : 1

Revizyon Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Siddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0.2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerektirmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0.5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl içinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış işi gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay içinde
3	Orta	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay içinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1801	En Kısa Sürede Gösterilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülmeye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Keskin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla ölümlü kaza / Felaket	1801 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
60	Çalışma Alanları	Elverişsiz çalışma şartları	Yetersiz çalışma alanı, aydınlatma, sıcaklık oluşması	Yorgunluk, Stres, Üst Uzun Bozuklukları, İskelet bozuklukları, Baş ağrısı, Göz yorgunluğu	Çalışanlar	Masaların altında engel bulunmamasında, Yeterli aydınlatma sağlanmaktadır.	1	1	15	15	Mevcut durum korunmalı, çalışanlara yeterli çalışma alanı sağlanmalıdır.	İşveren veya iş veren vekili				
61		Elektrik ekipmanlarının kullanımı	Elektrik şoku, Yanmalar, Yangın, Uzatma kablolarına takılarak düşmeler Kesikler / sıyrıklar, adale yaralanmaları ve diğer fiziksel yaralanmalar	Yaralanma, iş gücü kaybı, ölüm	Çalışanlar	Kullanmadan önce çalışanlar tarafından gerekli kontroller yapılmakta, Elektrik ekipmanları düzenli kontrole tabi tutulmaktadır.	1	1	15	15	Mevcut durum korunmalı, Elektrik ekipmanının etrafında yeterli uzaklıkta prizler bulunmalıdır. Gerekli olmadıkça asla adaptör ve uzatma kablo kullanılmamalıdır. Alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile çalışanların dikkatli olması durumunda riskler en aza inecektir					
62		Ekranlı Araçlara Fazla Bakılması	Göz Rahatsızlıkları	Hastalanma, uzuv kaybı	Çalışanlar	Mevcut durum gözlenmemiştir.	1	1	15	15	Ekranlı Araçlarla çalışılması esnasında sürekli olarak bakılması gözün kurumasına neden olmaktadır. Bu sebeple ekranlı araçlarla çalışan personellere Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Eğitimi verilmelidir.					
63		Masa, sandalye, klavye düzen, mouse, monitör Oturma Koltuk Ergonomisi	İskelet ve Kas Sistemi Rahatsızlıkları	Yaralanma, iş gücü kaybı	Çalışanlar	Mevcut durum gözlenmemiştir.	1	1	15	15	Koltuk seçimleri kişilere uygun ve ergonomik şartları yerine getirir özellikte olmalı, yükselip alçalabilir özellikte seçimler yapılmalı, omurga ve eklem şeklini bozmayacak şekilde olmalıdır. Çalışanlara Ergonomi ve Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Eğitimi verilmelidir.					
64		Uygun olmayan çalışma pozisyonu	Üst Uzun Bozuklukları İskelet bozuklukları Bas ağrısı Göz yorgunluğu	Yaralanma, iş gücü kaybı,	Çalışanlar	Ekranın üst kenarı çalışanın göz hizasına ayarlı, Klavye yüksekliğini ve açısı çalışanın rahat edeceği konuma getirilmiş, Sandalyenin yüksekliği ve masaya yakınlığı çalışanlar tarafından ayarlanmakta, 5 ayaklı dönerli sandalye mevcuttur	1	1	15	15	Mevcut durum korunmalı, Çalışanların rahat edebilecekleri konumlar sağlanmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile çalışanların dikkatli olması durumunda riskler en aza inecektir					
65		Tekrarlanan hareket, monotonlaşan çalışma şekli, kas iskelet sistemi duruş bozuklukları	Kas ve iskelet sistemi hastalıkları, Meslek hastalığı, Psiko-sosyal rahatsızlıklar	Yaralanma, iş gücü kaybı,	Çalışanlar	Çalışanlara iş eğitimi verilerek gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.	1	1	15	15	Mevcut durum korunmalı, eğitimler periyodik olarak verilmeye devam edilmeli					

İşveren / İşveren Vekili	İşyeri Hekimi	İş Güvenliği Uzmanı	Öğretim Üyesi Temsilcisi	Çalışan Temsilcisi	Kalite Sorumlusu
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI	Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK	Atilla BULUT	Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI	Kamuran YAZAR	Bedriye ALKAN

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Şiddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIFI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0.2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, iş yarımı gerektirmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedürlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0.5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, iş yarımı gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yıl içinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayağa tedavi, daj, iş yarımı gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay içinde
3	Orta	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay içinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1001	En Kısa Sürede Giderilecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir seviyeye düşürülmeye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmayorsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saate birkaç defa)	100	Birden fazla ölümlü kaza / Felaket	1001 ≤ R	Toleransa gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
66	Ekranlı Araçlarla Çalışma	Uzun süreli çalışmalar	Üst Uzun Bozuklukları İskelet bozuklukları Bas ağrısı Göz yorgunluğu	Yaralanma,Dikkat dağıklığı, iş gücü kaybı,	Çalışanlar	Uzun süreli çalışmalarda kısa aralar verilmekte, Çok yoğun iş varsa kısa ve sık ara vermekte.	1	1	15	15	Çalışanlar uzun süreli çalıştırılmamalı, eğer çalışmaları gerekiyorsa Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolünün yanında çalışanların dikkatli olması durumunda riskler en aza inecektir	İşveren veya İş veren vekili				
67		Aşırı is yüklenmesi ve iş yoğunluğu Aşırı istekler	Yorgunluk Stres Üst Uzun Bozuklukları İskelet bozuklukları	Yaralanma,Dikkat dağıklığı, iş gücü kaybı,	Çalışanlar	Çalışanlar iş konusunda kararlara dahil edilmekte, Çalışanlarla iyi bir iletişim sağlanmaktadır. Çalışanlar görevlerini ve sorumluluklarını bilmektedirler.	1	1	15	15	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir					
68		Çalışanların yapısal farklılıkları	Üst Uzun Bozuklukları İskelet bozuklukları Bas ağrısı Göz yorgunluğu	Yaralanma,Dikkat dağıklığı, iş gücü kaybı,	Çalışanlar	Çalışanların bilgisayar monitörüne Gözün bakış açısı 20 - 30 derece yukarıda, ekrandan uzaklık ise ortalama 60 - 70 santim olacak şekilde oturmakta, Oturulan sandalyenin yüksekliği, kaşanın gövde üzerinde dik aç ile duracak şekilde ayarlanmaktadır. Sırt, boyun ve beli dik tutmaları, kambur oturmamaları yönünde çalışanlar dikkat etmekte, Bilgisayar başında her saat başı ayağa kalkmakta ve dolaşmaktadır. Evrakların ve kullanılan diğer gereksinimlerin Bilgisayar yakınında bulundurulmakta, Kontrolsüzce bunlara uzanıp, bel ve sırtı anormal şekilde döndürerek çeşitli risklere girilmemektedir.	1	1	15	15	Mevcut durum korunmalı, Çalışanların rahat edebilecekleri konular sağlanmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile çalışanların dikkatli olması durumunda riskler en aza inecektir					
69		Ofis Eşyalarının düzenlenmesi	Kas ve iskelet problemleri sırt ağrıları Eşyaların Düşerek yaralaması	Yaralanma,Dikkat dağıklığı, iş gücü kaybı,	Çalışanlar	Taşınacak yollar takılma ve kaymadan arındırılmış, olan engeller kaldırılmakta, eşyaların tutulacak yerlerini önceden belirlenerek daha iyi tutmak için eldiven kullanılmaktadır. Taşınacak eşyaların önce içleri boşaltılmakta, sökülmesi gereklier sökülmemekte ve boş taşınmaktadır	1	1	15	15	Mevcut durum korunmalı, tekerlekli taşıyıcılar ve kaldırıcılar kullanılmalı, eşyalar doğru teknikle kaldırılmaktadır. Alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile çalışanların dikkatli olması durumunda riskler en aza inecektir					
70		Bilgisayar Kullanımı	İskelet ve Kas Sistemi Rahatsızlıkları	Yaralanma,Dikkat dağıklığı, iş gücü kaybı,	Çalışanlar	Bürolar ve kliniklerde bilgisayar kullanımı yayındır.	1	1	15	15	Koltuk seçimleri kişilere uygun ve ergonomik şartları yerine getirir özellikle olmalı, yükselip alçalabilir özellikle seçimler yapılmalı, omurga ve eklem şeklini bozmayacak şekilde olmalıdır. Personele Ergonomi ve Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Eğitimi verilmelidir. Arzalı olan koltuklar yenisi ile değiştirilmeli ve düzenli olarak kontrol edilmeli.					

İşveren / İşveren Vekili
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

İşyeri Hekimi
Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

İş Güvenliği Uzmanı
Atilla BULUT

Öğretim Üyesi Temsilcisi
Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Çalışan Temsilcisi
Kamuran YAZAR

Kalite Sorumlusu
Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACIL AFET RİSK ANALİZİ RAPORU) ÇALIŞMA ALANLARI 4

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revize Sayısı :1

Revize Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Siddet	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIRI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMİN SÜRESİ
0.2	Beklenmez	0,5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerekmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlarına ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0.5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yılı içinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Aydı 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Aylık içinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Aylık içinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümli kaza	401 ≤ R < 1001	En Kısa Sürede Gözlemlenecek Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1001 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
71	Çalışma Alanları	Hijyen kuralları	Hijyen kurallarının eksikliği sonucu mikrop kapma, hastalanma	Hastalık, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm,	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Fakülte genelinde hijyen kurallarına dikkat edilmekte olup uygun eğitimler verilmektedir.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir	İşveren veya İşveren vekili				
72		Ofis içerisindeki sıcaklık ve nem	Bunaltı, Stres	Hastalık	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Ofis içerisindeki sıcaklık ve nem, rahatsızlık vermeyecek düzeyde tutulmaktadır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, çalışma odalarında bulunan yazıcılar mevcut ortamdan uzaklaştırılmamalıdır					
73		Fotokopi ve yazıcılar	Ozon, karbon monoksit ve toz üretme Göz de tahrip, baş ağrısı	Hastalık	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Yoğun olarak kullanılan fotokopi ve yazıcılar mevcut ortamdan uzaklaştırılmamalıdır	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, çalışma odalarında bulunan yazıcılar mevcut ortamdan uzaklaştırılmamalıdır					
74		Termal konfor	Bunaltı, hastalık, stres	Hastalık	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Sıcaklık ve nem, rahatsızlık vermeyecek düzeyde tutulmakta, Odalar belli aralıklarla havalandırılmaktadır	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, gerekli kontroller sağlanmalı, odalar belirli aralıklarla havalandırılmaya devam edilmelidir					
75		Odalarda ilaçlanmamasından kaynaklanan haşereler	Hastalık	Hastalık	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Düzenli aralıklarla odalar haşerelere karşı ilaçlanmaktadır	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, gerekli kontroller sağlanmalı, odalar düzenli aralıklarla haşerelere karşı ilaçlanmaya devam edilmelidir. Alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir					
76		Bakteri ve virüsler	Bulaşıcı Hastalıklar	Hastalık	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Klinikler, Koridorlar, Lavabolar ve Tuvaletler belirli periyotlarla temizlenmektedir.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. Yapılan temizlikler ilgili çalışanlar tarafından kayıt altında tutulmalıdır.					

İşveren / İşveren Vekili
Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

İşyeri Hekimi
Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

İş Güvenliği Uzmanı
Atilla BULUT

Öğretim Üyesi Temsilcisi
Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Çalışan Temsilcisi
Kamuran YAZAR

Kalite Sorumlusu
Bedriye ALKAN

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ (ACİL AFET RISK ANALİZİ RAPORU)
ÇALIŞMA ALANLARI 5

Verildiği Tarih : 04.10.2023

Revizye Sayısı :1

Revizye Tarihi : 04.10.2027

Olasılık	TANIMLAMA	Frekans	TANIMLAMA	Sıklık	TANIMLAMA	R - DEĞER	RİSK SINIRI	YAPILMASI GEREKENLER	TERMIN SÜRESİ
0.2	Beklenmez	0.5	Çok seyrek (Yılda 1 veya daha seyrek)	1	İş saati kaybı yok, ilk yardım gerektirmez	R < 21	Önemsiz	Belirlenen riskleri ortadan kaldırmak için ilave kontrol prosedurlerine ihtiyaç olmayabilir.	Kontrol
0.5	Beklenmez ama mümkün	1	Seyrek (Yılda birkaç defa)	3	Hafif yaralanma, iş günü kaybı yok, ilk yardım gerektirir	21 ≤ R < 71	Kabul Edilebilir	Mevcut kontroller sürdürülmeli ve bu kontrollerin sürdürüldüğü denetlenmelidir.	1 Yı İçinde
1	Mümkün ama düşük	2	Sık değil (Ayda 1 veya birkaç defa)	7	Yaralanma, ayakta tedavi, dış ilk yardım gerektirir, iş günü kaybı	71 ≤ R < 201	Orta	Belirlenen riskleri düşürmek için hemen faaliyetler başlatılmalıdır.	6 Ay İçinde
3	Olası	3	Ara sıra (Haftada 1 veya birkaç defa)	15	Ciddi yaralanma, uzun süreli tedavi, meslek hastalığı, iş günü kaybı	201 ≤ R < 401	Önemli	Bu riskler için acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir.	1-3 Ay İçinde
6	Yüksek / Oldukça Mümkün	6	Sık (Günde 1 veya birkaç defa)	40	Ölümlü kaza	401 ≤ R < 1001	En Kısa Sürede Gözlemlenebilir Risk	Belirlenen risk kabul edilebilir bir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı, eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Gerçekleşen faaliyetlere rağmen riski düşürmek mümkün olmazsa faaliyet engellenmelidir.	1 Aydan Kısa Süre İçinde
10	Kesin beklenir	10	Hemen hemen sürekli (1 saatte birkaç defa)	100	Birden fazla olumlu kaza / Felaket	1001 ≤ R	Tolerans gösterilemez risk	Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünlümelidir	Hemen veya 1 haftadan kısa sürede

S.N.	Yapılan Faaliyet	Tehlike	Risk	Sonuç	Riskten Etkilenenler	Mevcut Durum	Risk = O x F x Ş				Alınacak Önlemler	Sorumlu/Termin	Risk = O x F x Ş			
							O	F	Ş	R			O	F	Ş	R
77	Çalışma Alanları	Temizlik malzemeleri, Paspaslar, temizlik bezleri	Kimyasal Maruziyet, Bulaşıcı Hastalıklar	Hastalık, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm,	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Paspasların tuvaletlerde yıkanmamakta, temizlik bezleri temizlenmemekte, Temizlik bezleri temiz olarak kullanılmakta, Antiseptik sıvılar kullanılmakta	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen devam ettirilmelidir	İşveren veya İşveren vekili				
78		Kötü kokular	Mide Bulantısı, Kusma	Hastalık	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Laboratuvarlara havalandırma sistemleri kurulmuştur.	3	2	15	90	Pencere yerine etkin havalandırmayı sağlayacak üniteler entegre edilmeli.					
79		Kullanılan kimyasallar	Kimyasal Maruziyet	Hastalık, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm,	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Kimyasallar uygun yerlerde depolanması için uyarılarda bulunulmuştur.	3	2	15	90	Kullanılan kimyasalların tamamı işaretlenmeli, malzemelerin isimleri ve tehlike işaretleri üzerlerine yazılmalıdır. Kimyasallar kendi ambalajlarında ağzı kapalı muhafaza edilmeli. Çalışanlar, temizlikte kullanılan kimyasalların tehlikeleri ve kullanımı konusunda bilgi sahibi olması sağlanmalı.					
80		Lavabolar	Düşmesi sonucu yaralanma, ölüm	Hastalık, Meslek hastalığına yakalanma, Ölüm,	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Lavabolar Düşmeyecek şekilde duvara sağlam olarak monte edilmiş ve temizlikleri düzenli olarak sağlanmaktadır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. Bağlantı yerleri düzenli olarak kontrol edilmeli.					
81		Çöp Kovaları	Bulaşıcı Hastalıklar	Hastalık, Ölüm,	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Çöp kovalarının içerisine plastik çöp poşetleri konulmakta ve çöpler bu poşetlerin içerisine atılmaktadır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen devam ettirilmeli ve Atık konusunda eğitimler verilmelidir.					
82		Kirlenmiş su soğutucusu	Enfeksiyon/zehirlenme, suyun bozulması	Hastalık, Ölüm,	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	Aritma sistemi kurulmuş durumdadır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, alınan tedbirlerin devamlılığı ve kontrolü ile riskler en aza inecektir. İlgili çalışanlar tarafından gerekli dikkat ve özen devam ettirilmelidir					
83		Havalandırma, iklimlendirme	Zehirlenme,	Hastalık, Ölüm,	Çalışanlar, Stajyer Öğrenciler	İklimlendirme cihazlarının filtreleri değiştirilmiş, yıllık bakımları yetkili kişilerce yapılmıştır. Pencere yeterli sayıda olup, hava sirkülasyonunu sağlayacak şekilde havalandırma panelyapılmış, havalandırma sürekli olarak sağlanmaktadır.	3	2	15	90	Mevcut durum korunmalı, gerekli kontroller sağlanmalı, periyodik kontroller yetkili kişiler tarafından gerçekleştirilmeli					

İşveren / İşveren Vekili

Prof.Dr. Abdullah KALAYCI

İşyeri Hekimi

Dr. Öğretim Üyesi Hakan AKBAYRAK

İş Güvenliği Uzmanı

Atilla BULUT

Öğretim Üyesi Temsilcisi

Dr. Öğr. Üy. Murat Selim BOTSALI

Çalışan Temsilcisi

Kamuran YAZAR

Kalite Sorumlusu

Bedriye ALKAN