

	KIRMIZI KOD YÖNETİM EKİBİ GÖREV TANIMI			
KODU: KY.YD.102	YAYIN TARİHİ: OCAK 2016	REVİZYON NO: 09	REVİZYON TARİHİ: 25.03.2022	SAYFA NO: 1/1

Kırmızı kod; hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

Hastanede, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Hastanenin tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunmalı, sistemin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Acil uyarı sistemi, gerektiğinde ilgili kişileri uarmaya yönelik görsel ve işitsel fonksiyona sahip olmalıdır. Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalı.

Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.

Sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

Tutulan kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Yangının çıktığı tarih ve saat
- Yangının çıktığı yer
- Yangının başlama nedeni
- Çevrede oluşan olumsuzluklar
- Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri

Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır.

Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.

Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Ekipte yer alan üyenin ekibin iş ve işleyişlerine katılamaması durumunda söz konusu görevlere yerine bakan kişi vekâlet eder.

3. Çalışma Usul ve Esasları:

Ekip üyeleri SKS çerçevesinde, Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütür.

Gerektiğinde hastane yöneticileri ve diğer hastane çalışanları toplantıya davet edilebilir.

Toplantılar gerçekleştirilir. Toplantı Tutanak Formu ile toplantı kararları kayıt altına alınır.

Kararın bir örneği Kalite Yönetim Birimine ve üst yönetime gönderilir.

4.EKİBİN TOPLANMA SÜRESİ: 4 AYDA BİR

5. Komite Yer Alan Kişiler:

NO	GÖREVİ/ÜNVANI	ADI SOYADI
1	Başhekim Yardımcısı	Uz. Dr. Ahmet Hamdi ERKAL
2	Sağlık Bakım Hiz. Müd.	Pınar UYANIK
3	İdari ve Mali Hiz. Müd. Yrd.	Esin Engin ASLAN
4	Kalite Yönetim Direktörü	Ahmet AKYOL
5	İş Sağlığı Güvenliği Uzmanı	Leyla SÖNMEZ
6	Psikolog	Ayşe Nur GÜLFİDAN
7	Sivil Savunma Uzmanı	Ekrem AYDIN