



# RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ



KODU: KY.YD.109	YAYIN TARİHİ: OCAK 2013	REVİZYON NO: 09	REVİZYON TARİHİ: 28.03.2022	SAYFA NO: 1/2
-----------------	-------------------------	-----------------	-----------------------------	---------------

## 1. RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

Hastanemiz radyasyon güvenliği komitesi için TAEK tarafından belirlenen idari gereklilikler şunlardır.

**1.1. Komite üyeleri;** lisans sahibi/sahipleri, Tıbbi Hizmetler Yöneticisi, Sağlık Bakım Hizmetleri Yöneticisi, Kalite Yönetim Direktörü, Çalışan Güvenliğinden Bir Kişi, İlgili Birim Uzman Hekimi, Birim Sorumlusu dan oluşacak kişilerden oluşur.

**1.2** Üyeler tarafından daha önceden belirtilen gündemi görüşmek üzere ve radyasyon korunması görevlisi ile hastane yönetim temsilcisi mutlaka olmak kaydıyla, yılda en az iki kez salt çoğunlukla toplanmalıdır. Olağanüstü durumlarda başkanın çağrısı veya üyelere birinin başkanlığa yapacağı başvuru ve başkanın değerlendirmesiyle acil olarak toplantı yapılabilir.

**1.3.** Kararlar oy çokluğu ile alınmalıdır. Eşitlik durumunda başkanın oyu iki oy sayılır.

**1.4.** Komitenin kimlerden oluştuğu her yıl hastane yönetimi tarafından yayınlanarak, görevi gereği radyasyon kaynağı ile çalışan kişiler ve diğer ilgililere tebliğ edilmelidir.

**1.5.** Komite başkanının seçimiyle göreve gelmesi tavsiye edilir.

**1.6.** Her komite toplantısı rapor edilmeli ve bu rapor aşağıdaki hususları içermelidir.

- Toplantı tarihi
- Toplantıya katılan ve bulunamayan üyeler
- Tartışılan ve karara varılan hususlar
- Yapılmasına karar alınan işler ve tavsiyeler
- Optimizasyon ( **ALARA** ) prensibinin uygulanış ve yürütülmesi çerçevesinde yapılan plan ve programların gözden geçirilerek varılan sonuçlara ilişkin kararlar

**1.7.** Komite toplantı raporu tüm üyelere ve diğer ilgili kurum ( TAEK, Sağlık Bakanlığı, YÖK, vb.) ve kişilere dağıtılmalı ve bir kopyası da ayrı dosyada saklanmalıdır.

**1.8.** Komite, TAEK' in ve diğer ilgili kuruluşların ( Sağlık Bakanlığı gibi ) yayınlamış oldukları radyasyondan korunma ve güvenliği mevzuatını inceleyip, yerine getirmekle yükümlü olduğu tüm hususları yürürlüğe koymak üzere ayrıntısıyla planlayıp; tanı, tedavi ve araştırma amaçlarıyla radyasyonla çalışılan her bölüm için bir organizasyon şeması oluşturup uygulanmasını sağlamalıdır.

**1.9.** Komite, radyasyon uygulamalarının yapıldığı bölümlerde çalışanların, halkın ve hastaların radyasyon güvenliğini sağlamak ve kişisel veya kolektif dozları "**ALARA**" prensibine uygun şekilde en az seviyede tutabilmek için tüm radyasyonla çalışılan bölümlerde günlük çalışma imkanlarını ve şartlarını belirleyerek ve tehlike durumunda yapılacak işlemleri ve alınacak önlemleri de içerecek şekilde ekteki formata uygun ayrıntılı bir "**Radyasyon Güvenlik Kılavuzu**" hazırlanmasını sağlamalı, onaylamalı, tüm radyasyon görevlilerinin ulaşabileceği şekilde ilgili bölümlere dağıtılmalı, gerekli görüldüğünde ve her yıl bunu yenilemelidir.

**1.10.** Her toplantıda tesiste bulunan tüm radyasyon kaynaklarının envanteri tutulmalı, bu envanter belirli periyotlarla güncellenmelidir.

**1.11.** Komite kullanılan radyasyon kaynaklarına ilişkin güvenlik analizlerinin yapılarak gerekli raporların hazırlanmasını sağlamalıdır.

**1.12.** Komite, her toplantıda yürürlükteki radyasyondan korunma ve güvenliği programları dahilinde alınan kişisel ve kolektif dozları değerlendirmesi ve personelin bu değerlendirmeler hakkında bilgi sahibi olmasının sağlanması, iyileştirme gerektiren uygulamalara dönük tavsiyeleri belirlemelidir.

**1.13.** Komite, radyasyonla çalışan kişilerin eğitim ve deneyimi ile ilgili olarak yeterlilik değerlendirmeleri yaparak gereken bilgi aktarımını sağlamak üzere eğitim programlarını oluşturmalı ve gereksinimlere göre yenilemelidir.

**1.14.** Komite, üç ayda bir radyasyon korunması görevlisi/görevlilerinin tuttıkları kayıtlar ve hazırladıkları raporlara göre; personel radyasyon dozlarını, radyasyon ölçüm taramaları ( survey ) sonuçlarını, kontaminasyon olaylarını, radyoaktif atık kayıtlarını, kalite kontrol kayıtlarını, bakım onarım kayıtlarını, eğitim programlarını incelemeli ve değerlendirmelidir.



## RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ



KODU: KY.YD.109	YAYIN TARİHİ: OCAK 2013	REVİZYON NO: 09	REVİZYON TARİHİ: 28.03.2022	SAYFA NO: 1/2
-----------------	-------------------------	-----------------	-----------------------------	---------------

**1.15.** Komite, üç ayda bir radyasyon korunması görevlisi/görevlilerinin yardımıyla tüm olağandışı durumları gözden geçirmeli, sebepleri, gelişimi, alınan önlemleri ve tekrarlanmaması için yapılan düzenlemeleri değerlendirmelidir.

**1.16.** Komite, “Etik Kurul” ile işbirliği yaparak, araştırma amacıyla yapılacak her türlü radyasyon içeren uygulamalara dönük önerileri inceleyip, radyasyon güvenliği açısından değerlendirmeli ve gerekçelendirme prensibine uygun olarak karar almalıdır. Komiteden onay almadan radyasyon içeren hiçbir çalışma başlatılmamalıdır.

**1.17.** Komite, her yıl radyasyon güvenliği programlarını yeniden gözden geçirmeli, aksayan yönleri saptamalı, yenilemelidir.

**1.18.** Komite, her yıl hazırlanan radyasyon güvenliği programlarının ve “Radyasyon Güvenliği Kılavuzu”nun bir kopyasını TAEK’e göndermelidir.

### 2. KOMİTENİN TOPLANMA SÜRESİ:

Yılda iki kez toplanır.

### 3. GEREKTİĞİNDE DÜZELTİCİ-ÖNLEYİCİ FAALİYETLER BAŞLATILIR:

#### • Düzeltici Faaliyet:

Tespit edilen bir uygunsuzluğun sebebini veya diğer istenmeyen durumu yok etmek için yapılan faaliyet. Düzeltici faaliyet ise tekrar meydana gelmeyi önlemek için yapılır.

#### • Önleyici Faaliyet:

Potansiyel (olabilme olasılığı yüksek olan bir olay) bir uygunsuzluğun sebebini veya diğer istenmeyen olabilecek durumların bertaraf edilmesi için yapılan faaliyet. Önleyici faaliyet bir olumsuz olayın meydana gelmesini önlemek için yapılır.

### 4. KOMİTEDE YER ALAN KİŞİLER:

- |                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| -1 Tıbbi Hizmetler Yöneticisi | -1 Sağlık Bakım Hizmetler Yöneticisi |
| -1 İlgili Birim Uzman Hekimi  | -1 Birim Sorumlusu                   |
| -1 Kalite Yönetim Direktörü   | -1 Çalışan Güvenliği                 |

S.NO	GÖREVİ	AD-SOYAD
1	Başhekim Yardımcısı	Uz. Dr. Ahmet Hamdi ERKAL
2	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	Pınar UYANIK
3	İdari ve Mali İşler Müd. Yrd.	Esin Engin ASLAN
4	Kalite Yönetim Direktörü	Ahmet AKYOL
5	Radyoloji Sorumlu Hekimi	Uz. Dr. İsmail TAŞKENT
6	Radyoloji Birim Sorumlu Teknisyeni	Cezmi SUBAŞI
7	İş Sağlığı Güvenliği Uzmanı	Leyla SÖNMEZ
8	Anjiyo Birim Sorumlusu	Ömer TAŞTAN
9	Ameliyathane Birim Sorumlusu	İzzettin ÇETİN