

## DİYALİZ MERKEZİ /ÜNİTE İDARİ VE TEKNİK DENETLEME FORMU

İL:  
İLÇE:  
BÖLGE:

TARİH:

KAMU-ÖZEL DİYALİZ MERKEZ/ÜNİTE İDARİ DENETİM FORMU	
<b>Denetlenen Merkezin /Ünitenin :</b>	
Adı:	
Adresi:	
Cihaz Sayısı:	
Sahibinin /Şirketin Adı:	
Ruhsat Tarih ve Sayısı:	
Faaliyet izin tarihi:	
Telefon No.	
<b>Mesul Müdür/Başhekim/Başhekim yardımcısı</b>	
Adı-Soyadı:	
Varsa sertifikası	
Diploma No:	

## A-İDARİ DENETİM

	Evet / Hayır	Açıklama*	Verilen süre	Verilen süre sonunda Yapılacak işlem/ İdari Ceza
1-) a) Diyaliz Merkezi/ünitesi ruhsatında kayıtlı isimi kullanılıyor mu? b) Diyaliz Merkezinin/ünitesinin sahip değişikliği var mı? c) Diyaliz Merkezinin/ ünitesinin adresi ruhsatta kayıtlı adres ile aynı mı?			1 ay	Düzeltilme yapılana kadar faaliyet izni en fazla altı ay süre ile askıya alınır. Devamı halinde ruhsat ve faaliyet izni iptal edilir.
2-) Mesul müdür belgesi var mı?			Madde 24' e göre işlem yapılır	Madde 24' e göre işlem yapılır
3-) Merkezde çalışan diyaliz sertifikalı tabip sayısı Yönetmelikte belirtilen standartlara uygun mu?			Madde 24' e göre işlem yapılır	Madde 24' e göre işlem yapılır
4-) Faaliyet izin belgesinde belirtilen cihazdan fazla cihaz kullanımı var mı?		Fazla cihaz kaldırılır.	Mesul müdür uyarılır.SGK ya bildirilir	Tekrarında ruhsat ve faaliyet izin belgesi iptal edilir.
5-) Diyaliz teknikeri/hemşire sayısı Yönetmelikte belirtilen standartlara uygun mu?			Madde 24' e göre işlem yapılır	Madde 24' e göre işlem yapılır
6-) Merkezde çalışan uzman tabip, tabip, hemşire, diyaliz teknikeri ve diğerleri için sigorta primleri bordrosu mevcut mu? Herhangi sosyal güvenlik kuruluşundan gelir ve aylık almakta olup merkezde çalışanlar için (uzman tabip, tabip ve diğerleri) Sosyal Güvenlik Destek Prim Bordrosu mevcut mu?				Eksiklik tespit edilirse SGK'ya bildirim yapılır.
7-) Çalışan tüm personelin müdürlüğe bildirim yapılmış mı? Personel çalışma belgeleri var mı?			1 hafta	Süre sonunda, bildirim yapılana kadar ilgili personel çalıştırılmaz.
8-) Binanın merkez/ünite olarak kullanılan kısımlarında, laboratuvar dışında başka amaçlı oda veya birimler var mı?			1 ay	Gerekli düzenleme yapılmaz ise ruhsat ve faaliyet izni iptal edilir.

9-) Ruhsata esas olan bina projesinde tedavi alanlarında izinsiz değişiklik var mı?			1 ay	Binanın izinli projesine uygun hale getirilene kadar faaliyeti durdurulur.
10-) Yönetmelięe aykırı olarak ruhsata esas olan bina durumunda izinsiz olarak yapılan esaslı değişiklik var mı?			1 ay	Verilen süre zarfında yeni hasta alımının durdurulur ve süre sonunda değişiklik izin başvurusu yapılmazsa ruhsat iptal edilir.
11-) Merkezler/üniteler, hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulamaları ile ilgili Yönetmelikte öngörülen kayıt ve bilgileri eksiksiz ve usulüne uygun tutuyor mu? Süresi içerisinde TÜRKDİVES e girişini yapıyor mu ? İstenilen bilgileri Müdürlüğe gönderiyor mu?		Madde 28'e göre işlem yapılır.		Madde 28'e göre işlem yapılır.

**B-İLAÇ, CİHAZ, ARAÇ VE GEREÇLER**

	Evet / Hayır	Açıklama *	Verilen süre	Verilen süre sonunda Yapılacak işlem/ İdari Ceza
1-) Merkezde/ünitede bulunan yedek hemodiyaliz cihazı Yönetmelikte belirtilen sayıya uygun mu?		Mesul müdür uyarılır fazla olan cihaz derhal kaldırılır. SGK'ya bilgi verilir.		İlkinde 3 ay tekrarımda 6 ay yeni hasta almı durdurulur.
2-) a) Taşınabilir monitörlü elektrokardiografi cihazı ve defibrilatör mevcut mu? b) Ambu ve airway de içeren tam donanımlı acil müdahale kiti mevcut mu? c) Hasta hassas tartı sistemi mevcut mu?		Olmayan cihaz yazılacak	1 hafta	Faaliyet izni eksiklik giderilene kadar askıya alınır.
3-) a) İhtiyaç anında birden fazla hastaya yetecek kapasitede olan oksijen desteği mevcut mu? b) Birisi enfekte hastalar için olmak üzere en az iki adet Aspiratör mevcut mu? c) Sedyel/ katlanabilir sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu? ç) Hastane bünyesinde bulunmayan diyaliz merkezleri için sterilizasyon temini mevcut mu?		Olmayan yazılacak	1 ay	3 ay süre ile yeni hasta almı durdurulur.
4-) Yönetmelik uyarınca usulüne uygun laboratuvarı veya laboratuvar anlaşması var mı?			1 ay	Merkezin faaliyeti eksiklik giderilene kadar askıya alınır.
5-) Hemodiyaliz cihazlarının bakım, onarım ve kalibrasyon ölçümleri teknik servis elemanları, teknisyen tarafından cihazın teknik özelliğine göre düzenli yapılıyor mu? Cihaz seri numaraları Müdürlüğe bildirilenlerle aynı mı?		Belgelendirme istenir	1 ay	Bakım, onarım ve kalibrasyon yapılmayan cihazlar kaldırılır.
6-) Yönetmeliğin ekinde (Ek-7) yer alan bulundurulması zorunlu asgari ilaçlar mevcut mu?		Olmayan yazılacak	1 ay	Faaliyet izni eksiklik giderilene kadar askıya alınır.

**C-HİZMET BİRİMLERİNE ESAS BİLGİLER**

	Evet / Hayır	Açıklama *	Verilen süre	Verilen süre sonunda Yapılacak işlem/ İdari Ceza
1-) Sertifikalı tabip görevi başında mı?(Ünitelerde sertifika şartı aranmaz)			Mesul müdür uyarılır	İlkinde 3 ay tekrarımda 6 ay merkezin yeni hasta kabulü durdurulur.
2-) Diyaliz tedavisi gören her hasta için ayrı bir hasta takip dosyası mevcut mu?			Mesul müdür uyarılır	Tekrarımda merkezin 3 ay yeni hasta kabulü durdurulur.
3-Hastalara, Yönetmeliğin eki (EK-3)'de sayılan laboratuvar tetkikleri belirtilen periyotlarda yapılıyor mu?			Mesul müdür uyarılır. 1 hafta	İlkinde 6 ay tekrarımda 1 yıl merkezin yeni hasta kabulü durdurulur. SGK'ya bildirilir.
4-) Merkezde çalışan uzman tabip varmı ya da uzmanlık hizmeti alınıyor mu?				Faaliyet izni iptal edilir. SGK'ya bildirilir.

5-) Diyaliz tedavisi gören hastaların ilgili merkezlerce/ünitelerce ayda en az bir defa uzman tabip muayene ve değerlendirmesi yapılarak kaydediliyor mu?			Mesul müdür uyarılır SGK'ya bildirilir	İlkinde 3 ay tekrarımda 6 ay merkezin yeni hasta kabulü durdurulur.
6-) Sertifikalı tabip tedavi seansı sırasında hastaları tıbbi yönden izleyerek, her diyaliz seansında hastanın dosyasına günlük gözlem notu kaydediyor mu?			Mesul müdür uyarılır	Tekrarında merkezin 3 ay yeni hasta kabulü durdurulur.
7-) Diyaliz merkezlerinde çalışan personele, işe başlarken ve daha sonra yılda bir kez rutin olarak HCV antikor, Hbs Ag ve Hbs Ab, HIV 1+2 antikor tavin testleri yapılıyor mu?			Mesul müdür uyarılır	Tekrarında merkezin 3 ay yeni hasta kabulü durdurulur.
8-) Her seans sonrası cihazların dezenfeksiyonu ve yüzey dezenfeksiyonu düzenli olarak yapılıyor mu? Kayıtları tutuluyor mu?			Mesul müdür uyarılır	Tekrarında merkezin 3 ay yeni hasta kabulü durdurulur.
9-) Merkezler/üniteler; programlı olarak diyalize aldıkları her hastayı organ nakil merkezine başvurması için bilgilendiriyor ve buna ilişkin imzalı bir bilgi notunu dosyada saklıyor mu?			Mesul müdür uyarılır 1 ay süre verilir	Her tekrarımda 1 ay yeni hasta alımı durdurulur.
10) Diyaliz merkezleri/üniteleri enfeksiyon kontrolüne yönelik Bakanlıkça belirlenen kurallara uyuyormu ?			Mesul müdür uyarılır 1 ay süre verilir	tekrarımda 3 ay yeni hasta alımı durdurulur.
11)Enfeksiyon Kontrolüne yönelik hizmet içi eğitimler Yönetmeklite belirtilen şekilde veriliyor mu? Kayıtları tutuluyor mu?			Mesul müdür uyarılır 1 ay süre verilir	Her tekrarımda 1 ay yeni hasta alımı durdurulur.
12)Diyaliz tedavisine başlamadan önce her hasta renal replasman tedavi seçenekleri hakkında yazılı olarak bilgilendiriliyor mu? Bilgilendirme formu TÜRKDİVES e yükleniyor mu?			Mesul müdür uyarılır 1 ay süre verilir	Her tekrarımda 1 ay yeni hasta alımı durdurulur
13)Merkezin diyetisyen ile danışmanlık sözleşmesi var mı?			Mesul müdür uyarılır 1 ay süre verilir	İlkinde 3 ay tekrarımda 6 ay merkezin yeni hasta kabulü durdurulur.

## D. SU SİSTEMİNİN KONTROLÜ

	Evet / Hayır	Açıklama*	Verilen süre	Verilen süre sonunda Yapılacak işlem/ İdari Ceza
1-) Su sisteminde kullanılması gerekli su, şehir bebeke suyudur. Müdürlüğün onayı dahilinde Kuyu kaynaklı su kullanımına mecbur kaldığı durumlarda çift (iki adet seri bağlı) Medikal Tip Ters Ozmos (RO) sistemi kullanılmalıdır. Diyaliz suyu iletkenliği ikinci Ters ozmos cihazı çıkışında <25 µS/cm'den küçük olmalıdır. Eğer artezyen suyu kullanımı mevcutsa sonuçlar bu değerlerle uyumlu mu?			3 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
2-) Diyaliz Suyu Dağıtım Hatlarının yapımı için kullanılan malzeme 316L paslanmaz çelik, Polivinilidın Florür (PVDF) ya da Cross-linked PolyEthylene-A (PEX-A) gibi hijyenik maddelerden mi yapılmış?			3 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
3-) Suyun dolaşım hattında dolambaçlı bir yol izlemek yerine mümkün olduğunca düz bir hatta akışına yardım eden uygun bir tesisat şeklinde mi çekilmiş? Sürekli yüksek hızlı su sirkülasyonu sağlayan, suyun mümkün olduğunca kısa bir hatta akışına yardım eden diyaliz suyu kalitesini bozmayan uygun bir tesisat mı?			3 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
4-) Sistemde saf su deposu kullanılıyorsa UV ünitesi ve UF filtresinin mevcut mu?			3 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
5-) UV lambası kullanılıyorsa lambanın teknik özelliklerinde belirtilen kullanım saati sonunda değiştirilerek kayıt altına alınıyor mu?			3 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
6-) Hemodiyalizasyon ve Hemofiltrasyon uygulamaları yapılıyorsa ön arıtma ve diyaliz makinesini doğrudan besleyen çift RO (Double pass RO) sistemi mevcut mu?			3 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
7-) Ön arıtmada kullanılan karbon, reçine ve multimedia filtreler, yapılan günlük testlerin sonuçlarına göre ihtiyaç duyulduğunda ve üretici tavsiyeleri dikkate alınarak değiştiriliyor ve değişimler kayıt altına alınıyor mu?			3 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
8-) Açık bikarbonat bidadları kullanılıyorsa arta kalan solüsyonlar ertesi gün kullanılmamalıdır. Bu kurala uyuluyor mu?			Mesul müdür uyarılır	Tekrarında yeni hasta alımı durdurulur.
9-) Su arıtma sisteminden diyaliz makinesine kadar sistemi oluşturan zincirin tüm halkaları basit göstergeler yardımıyla (sertlik, iletkenlik, basınç düşmesi, pH, klor) her gün kontrol edilip kontrol sonuçları kayıt altına alınıyor mu?			1 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.

10-) RO su sistemi çıkış suyunun, kimyasal ve endotoksin kontrolü Diyaliz Su arıtma Sistemi Rehberinde belirtilen usul ve esaslara göre yapılır. Bu kurala uyuluyor mu?			1 ay	Yeni hasta alımı durdurulur.
11-) Bakteriyolojik kontrollerde üreme mevcut mu?				Tahliller tekrarlanır. Tekrarlanan sonuçlara göre bakteriyolojik açıdan uygun olmayan su numunesi kullandığı saptanan merkez/ünitenin faaliyeti Diyaliz Su Arıtma Sistemi Rehberine uygun su sonucu gelene kadar durdurulur.
12-) Endotoksin belirlenen limitlerin üzerinde mi?				Endotoksin açısından uygun olmayan su numunesi kullandığı saptanan merkez/ünite bir ay içerisinde endotoksin açısından uygun hale getirilir. Uygun hale getirilemeyen merkez/ünitenin, uygun su sonucu gelene kadar yeni hasta kabulü durdurulur.

\*Cevabın hayır olduğu kısımlar ve izahat gereken diğer alanlarda açıklama yapınız.

#### DENETLEME EKİBİ

İl Sağlık Müdürü veya ilgili Başkan

Adı soyadı:

İmzası:

Nefroloji Uzmanı

Adı soyadı:

İmzası:

Başkan Yardımcısı

Adı soyadı:

İmzası:

Sertifikalı Uzman Tabip

Adı soyadı:

İmzası:

## TIBBİ DENETİM FORMU

İL: TARİH:

MERKEZİN/ÜNİTENİN ADI:

## HEMODİYALİZ - Kt/V üre

	Hasta Sayısı ve Yüzdesi		
	<1.2	≥1.2	Toplam
<b>OCAK – HAZİRAN</b>			
<b>TEMMUZ – ARALIK</b>			

- Diyaliz öncesi ve sonrası kan örnekleri aynı seansta alınmalıdır. Diyaliz öncesi kan örneği diyaliz işlemine başlamadan önce, diyaliz sonrası kan örneği diyalizin sonunda kan akım hızı 100 ml/dk'ya azaltıldıktan 15 saniye sonra alınır.
- Kt/V üre, Daugirdas 2 formülü ile hesaplanır. Hesaplama için bakınız: [www.tsn.org.tr](http://www.tsn.org.tr)  

$$Kt/V = -\ln[(\text{Diyaliz sonrası BUN} / \text{Diyaliz öncesi BUN}) - (0.008 \times \text{diyaliz süresi})] + [(4 - (3.5 \times \text{Diyaliz sonrası BUN} / \text{Diyaliz öncesi BUN})) \times (\text{ultrafiltrasyon volümü} / \text{vücut ağırlığı})]$$
*BUN (mg/dl), Diyaliz süresi (saat), Ultrafiltrasyon volümü (litre), Vücut ağırlığı (kg)*
- 6 aylık dönemdeki tüm ölçümlerin ortalaması alınır.
- Erişkinlerde ve çocuklarda (yaş <18); Kt/V üre değeri 1.2'den düşük olan hasta oranı % 25'in altında olmalıdır.

## PERİTON DİYALİZİ - Kt/V

	Hasta Sayısı ve Yüzdesi		
	<1.7	≥1.7	Toplam
<b>OCAK - ARALIK</b>			

- Peritoneal ve rezidüel renal Kt/V üre'nin toplamı alınır ve bulunan rakam 7 ile çarpılarak haftalık değer olarak ifade edilir.
- Total vücut suyu erişkinlerde Watson formülleri, çocuklarda Gehan veya George formülleri ile hesaplanır.
- Bir yıllık dönemdeki tüm ölçümlerin ortalaması alınır.
- Erişkinlerde ve çocuklarda (yaş <18); total Kt/V üre değeri 1.7'den düşük hasta oranı % 30'un altında olmalıdır.

**SERUM ALBÜMİN DÜZEYİ**

	Hasta Sayısı ve Yüzdesi		
	<3.5 gr/dl	≥3.5 gr/dl	Toplam
<b>OCAK - HAZİRAN</b>			
<b>TEMMUZ - ARALIK</b>			

- Hemodiyaliz hastalarında kan örneği diyaliz öncesi alınır.
- 6 aylık dönemdeki tüm ölçümlerin ortalaması alınır.
- Serum albümin düzeyi farklı yöntemlerle tayin edilebilir. *Bromocresol purple* yöntemini kullanan merkezlerde/ünitelerde, bunu kanıtlamak koşuluyla ölçülen serum albümin düzeyine 0.5 gr/dl ilave edilir.
- Erişkinlerde; serum albümin düzeyi 3.5 gr/dl'den düşük olan hasta oranı hemodiyaliz hastalarında % 30'un, periton diyalizi hastalarında % 40'in altında olmalıdır.
- Çocuklarda (yaş <18); serum albümin düzeyi 3.5 gr/dl'den düşük olan hasta oranı hemodiyaliz hastalarında % 35'in, periton diyalizi hastalarında % 50'nin altında olmalıdır.

**HEMOGLOBİN DÜZEYİ**

	Hasta Sayısı ve Yüzdesi		
	<10 gr/dl	≥10 gr/dl	Toplam
<b>OCAK - HAZİRAN</b>			
<b>TEMMUZ - ARALIK</b>			

- Hemodiyaliz hastalarında kan örneği diyaliz öncesi alınır.
- 6 aylık dönemdeki tüm ölçümlerin ortalaması alınır.
- Erişkinlerde; hemoglobin düzeyi 10 gr/dl'den düşük olan hasta oranı % 30'un altında olmalıdır.
- Çocuklarda (yaş <18); hemoglobin düzeyi 8 gr/dl'den düşük olan hasta oranı % 30'un altında olmalıdır.

**SERUM FOSFOR DÜZEYİ**

	Hasta Sayısı ve Yüzdesi		
	<5.5 mg/dl	≥5.5 mg/dl	Toplam
<b>OCAK-HAZİRAN</b>			
<b>TEMMUZ-ARALIK</b>			

- Hemodiyaliz hastalarında kan örneği diyaliz öncesi alınır.
- 6 aylık dönemdeki tüm ölçümlerin ortalaması alınır.
- Erişkinlerde; fosfor düzeyi 5.5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı % 40'in altında olmalıdır.
- Çocuklarda (yaş <18); fosfor düzeyi 5.5 mg/dl'den yüksek olan hasta oranı % 60'in altında olmalıdır.



## HEPATİT B ve C

Merkezde/ünitede diyalize yeni başlayan HBsAg (+) ve/veya anti-HCV (+) hastalar hariç olmak üzere, 6 aylık dönemde HBsAg (+) ve anti-HCV (+) hasta oranındaki artış % 5'in altında olmalıdır.

## GENEL HÜKÜMLER

- Tıbbi yeterlilik ile ilgili Ek-2 Tıbbi Denetim Formunda belirtilen ölçütler çerçevesinde merkezler ve üniteler denetlenir. Bu denetimde ilgili formda belirtilen ölçütlerin altı aylık izlemdeki tüm ölçümlerin ortalaması alınır. Bu ölçütlerden birden fazlası hedefin dışında olan merkez/ünite, düzeltici eylemleri planlaması için yazılı olarak uyarılır. Altı ay sonraki değerlendirmede iki parametrede yetersizliği devam eden merkezin/ünitenin yeni hasta alımı üç ay, üç veya daha fazla parametrede yetersizliği devam eden merkezin/ünitenin ise altı ay süreyle durdurulur.
- Merkezde/ünitede kronik diyaliz programına yeni alınan hastalar (insidan veya prevalan) üç aydan sonra değerlendirmeye alınır.
- Tıbbi denetim kriterleri hasta sayısı 20'un altında olan ünitelere uygulanmaz.

## MORTALİTE

Hasta sayısı ne olursa olsun tüm merkezler ve üniteler, mortalite oranı ve nedenleri bakımından denetlenir. Hasta sayısı 20'nin altında olan üniteler ve merkezde/ünitede kronik diyaliz programına yeni alınan (merkezdeki diyaliz süresi üç aydan kısa olan) hastalar hariç yıllık mortalite oranı % 25'in üzerinde olan merkez/ünite, düzeltici eylemlerin uygulanması için yazılı olarak uyarılır. Uyarıya rağmen sonraki yıl mortalite oranı % 25'den fazla olmaya devam eden merkezin/ünitenin yeni hasta alımı durdurulur ve müdürlük veya Bakanlık tarafından görevlendirilen en az iki nefroloji uzmanı tarafından merkezde/ünitede inceleme yapılır. İnceleme sonucu düzenlenecek rapora göre faaliyeti uygun görülmeyen merkezin/ünitenin faaliyetine son verilerek belgeleri iptal edilir. Kaza, yangın, deprem, doğal afet durumları hariç yıllık mortalite oranı % 50'nin üzerinde olan merkezin/ünitenin faaliyetine, Diyaliz Bilimsel Danışma Komisyonunun görüşü alınarak herhangi bir uyarı yapılmaksızın son verilebilir. Diyaliz bilimsel danışma komisyonu bu konuda ki değerlendirmelerini hastanın yaşı, eşlik eden durumlar ve risk faktörleri, böbrek yetmezliğinin süresi, diyaliz süresi ve hastanın durumuna göre beklenen mortalite oranlarını da dikkate alarak karar verir. İnceleme sonucu düzenlenecek rapora göre faaliyeti uygun görülmeyen merkezin/ünitenin faaliyetine son verilerek belgeleri iptal edilir.

## DENETLEME EKİBİ

İl Sağlık Müdürü veya İlgili Başkan

Adı soyadı:

İmzası:

Nefroloji uzmanı

Adı soyadı:

İmzası:

Başkan Yardımcısı

Adı soyadı:

İmzası:

Sertifikalı uzman

Adı soyadı:

İmzası:

## DİYALİZ HASTALARINA YAPILMASI GEREKEN LABORATUVAR TETKİKLERİ

Diyaliz tedavisine ilk defa alınacak hastalarda kan grubu bilinmiyorsa kan grubu tayini ve son bir ay içinde bakılmamışsa HIV ve Hepatit testleri (HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV) yapılır. Daha sonra kronik hemodiyaliz ve periton diyalizi hastaların takibinde;

### **Hemodiyaliz hastalarında;**

#### **a) Ayda bir defa yapılması gereken tetkikler;**

- 1) Kan üre veya üre nitrojeni (giriş ve çıkış),
- 2) Serum kreatinini (giriş ve çıkış),
- 3) Serum potasyumu (giriş ve çıkış),
- 4) Serum sodyum, kalsiyum ve fosfor,
- 5) Alanin aminotransferaz (ALT),
- 6) Kan şekeri,
- 7) Serum total protein ve albümin,
- 8) Hemogram (6-12 parametre),
- 9) Kt/V, URR.

#### **b) Üç ayda bir defa yapılması gereken tetkikler;**

- 1) Hepatit göstergeleri negatif olan hastalarda ELISA 2, 3 veya Mikropartikül İmmün Assay (MEIA) veya kemiluminesans yöntemiyle tayin edilmek kaydıyla HBsAg, HBsAb, Anti-HCV, (HBsAb pozitif olan hastalarda HBsAg ve HBsAb tetkikleri 3 ay yerine 6 ayda bir yapılır) (Anti HCV(+)) olan her hastaya HCV RNA bakılır. HCV RNA pozitif ise HCV RNA'nın altı ayda bir takip edilmesi gerekir.)
- 2) Serum demiri, total demir bağlama kapasitesi, ferritin,
- 3) Ürik asit,
- 4) C-reaktif protein,
- 5) Venöz bikarbonat (total karbondioksit),
- 6) Alkalen fosfataz,
- 7) İntakt paratiroid hormon,
- 8) Diyabetik hastalarda HbA1c.

#### **c) Altı ayda bir defa yapılması gereken tetkikler;**

- 1) Lipitler (total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, trigliserid),
- 2) Anti-HIV tetkikleri (ELISA 2-3, Mikropartikül İmmünassay-MEIA veya kemiluminesans),
- 3) Tele kardiyogram,
- 4) Elektrokardiyogram.

#### **d) Yılda bir defa yapılması gereken tetkikler;**

- 1) Hepatit göstergeleri pozitif olan hastalarda ELISA 2, 3 veya Mikropartikül İmmün Assay (MEIA) veya kemiluminesans yöntemiyle tayin edilmek kaydıyla HBsAg, HBsAb, Anti-HCV,

Bu periyotlarda tetkikleri yapılan hastalar başka merkezde/ünitede diyalize girdiğinde tetkiklerin yeniden yapılmasına gerek yoktur.

## **Periton diyalizi hastalarında;**

Takip sıklığı: Tedavi ile ilgili bir tıbbi gereklilik veya komplikasyon olmadıkça süreçte periton diyalizi hastalarının ayda bir kez periton diyalizi merkezi tarafından kontrolü yapılır. Tedavinin birinci yılını tamamlamış olan hastalar, klinik durumlarına göre merkez tarafından bir veya iki ayda bir izlenebilir.

Periton diyalizine yeni başlayan veya periton diyalizi merkezine ilk kez gelen hastaların kan grubu tayini, HIV ve hepatit testleri öncelikle yapılır.

### **a) Her kontrolde yapılması gereken tetkikler;**

- 1) Kan üre veya üre nitrojeni,
- 2) Serum kreatinin,
- 3) Serum sodyum, potasyum,
- 4) Serum kalsiyum, fosfor,
- 5) Kan şekeri,
- 6) Total protein ve albümin,
- 7) Alanin aminotransferaz,
- 8) Hemogram (6-12 parametre).

### **b) Üç ayda bir defa yapılması gereken tetkikler;**

- 1) Ürik asit,
- 2) Venöz bikarbonat (total karbondioksit),
- 3) Serum demiri, total demir bağlama kapasitesi, ferritin,
- 4) C-reaktif protein,
- 5) İntakt paratiroid hormon,
- 6) Alkalen fosfataz,
- 7) Diyabetik hastalarda HbA1c.

### **c) Altı ayda bir defa yapılması gereken tetkikler,**

- 1) Lipidler (total kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, trigliserid),
- 2) Tele kardiyogram,
- 3) Elektrokardiyogram,
- 4) Diyaliz yeterlilik göstergeleri (Kt/Vüre) (İlk test periton diyalizine başlandıktan sonra ilk ay içinde yapılır ve daha sonra 6 ayda bir tekrarlanır. Klinik gereklilik halinde daha sık yapılabilir).

### **d) Yılda bir defa yapılması gereken tetkikler;**

- 1) HBsAg, HBsAb, Anti-HCV, Anti-HIV (ELISA 2,3 veya mikropartikül immünassay veya kemiluminesans yöntemiyle),
- 2) Burun kültürü (klinik gereklilik halinde daha sık yapılabilir).

### **e) Diğer uygulamalar;**

- 1) Peritoneal eşitleme testi (PET): İlk test periton diyalizine başlandıktan sonra 4-8. haftalarda yapılır ve daha sonra klinik gereklilik halinde tekrarlanır.
- 2) Bağlantı seti değişimi: Altı ayda bir veya bir aydan kısa sürede tekrarlayan peritonit atağından sonra değiştirilir.
- 3) Hasta eğitimi: Tedavi başlangıcında yapılır ve daha sonra altı ayda bir tekrarlanır.
- 4) Ev ziyaretleri: Hastanın klinik durumunun gerektirmesi halinde merkezler tarafından ev ziyaretleri yapılabilir.

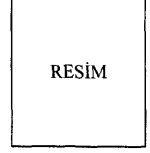
T.C.  
..... VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Belge No:

Tarih :

ÇALIŞMA BELGESİ

PERSONELİN



Adı ve Soyadı :

Unvanı :

T.C. Kimlik Numarası :

Görevi :

Baba Adı :

Doğum Yeri :

Doğum Tarihi :

Mezun Olduğu Okul/Fakülte :

Mezuniyet Tarihi :

Diploma No :

Uzmanlık Diploma No (varsa) :

Diyaliz Sertifika No :

GÖREV YAPACAĞI SAĞLIK KURULUŞUNUN

Adı :

Adresi :

Çalışma Saati/Vardiya Sayısı :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan sağlık çalışanın (tam zamanlı /kısmi zamanlı/konsültan olarak)  
..... isimli özel sağlık kuruluşunda mesleğini icra etmesi uygun görülmüştür.

**İL SAĞLIK MÜDÜRÜ**  
(veya İlgili Başkan)

## DİYALİZ MERKEZLERİ/ÜNİTELERİ DOSYA ÖZETİ FORMU

## DİYALİZ MERKEZİNİN/ÜNİTENİN ADI:

RESMİ MAKAMA BAŞVURU DİLEKÇESİ	VAR/YOK
Kaç adet cihazla merkezi/ünitei açmak istediğini yazınız	
Diyaliz Merkezinin/ünitenin açık adresi	
Diyaliz merkezinin/ünitenin sahibinin adı	
Formun düzenlenme nedeni	

- Yapı Kullanma İzin Belgesi ..... VAR / YOK  
 ·İtfaiye Müdürlüğünden yangın önlem raporu ..... VAR / YOK  
 ·Diyaliz Merkezinin kurucusunun Belgeleri .....Şahıs ise nüfus cüzdan sureti / Vakıf ise Vakıf Senedi / Şirket ise Şirket Sözleşmesi  
 ·1/100 ölçekli proje ..... VAR / YOK  
 ·Personelin İsim, unvan ve merkezdeki görevini gösterir liste ..... VAR / YOK

## ·PERSONEL BELGELERİ

## ·Mesul müdürün/ Başhekimin

Adı Soyadı:	
Unvanı:	
Diploması:	VAR/YOK
Çalışma Sözleşmesi:	VAR/YOK
Sertifika Numarası ve Tarihi:	
SGK kaydı:	

## ·Nefroloji uzmanı, yoksa sertifikalı uzman tabip

Adı Soyadı:	
Unvanı:	
Diploması:	VAR/YOK
Uzmanlık Belgesi:	VAR/YOK
Çalışma Sözleşmesi:	VAR/YOK
Sertifika Numarası ve Tarihi:	
SGK kaydı:	

**·Uzman tabiplik hizmeti alınmışsa**

Alınan kurumun adı:	
Adresi:	
Sözleşme/Protokol başlangıç tarihi:	
Sözleşme/Protokol bitiş tarihi:	

**·Sertifikalı hekimin**

Adı Soyadı:	
Diploması:	VAR/YOK
Çalışma Sözleşmesi:	VAR/YOK
Kurs Belgesi:	UYGUN/ UYGUN DEĞİL
Sertifika Numarası ve Tarihi:	
SGK kaydı:	

**Hemşire/Diyaliz Teknikeri**

ADI - SOYADI:	DİPLOMASI

**·Diyetisyenin:**

Adı Soyadı:	
Diploması	VAR/YOK
Çalışma Sözleşmesi	VAR/YOK



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**DİYALİZ MERKEZİ/ÜNİTESİ RUHSATI**

\*Ruhsat No :

**DİYALİZ MERKEZİNİN/ÜNİTESİNİN**

Adı :  
Adresi :  
Sahibinin Adı :  
Ruhsat Onay Tarih ve sayısı :  
Uygulayacağı Diyaliz Yöntemi : Hemodiyaliz ve/veya Periton Diyalizi  
Hemodiyaliz Cihaz Sayısı : .... + .... Cihaz

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri dahilinde yukarıda adı yazılı özel diyaliz merkezinin Faaliyet İzin Belgesi ile birlikte hasta kabul ve tedavi etmek üzere faaliyet göstermesi için işbu ruhsat verilmiştir.

ONAY

...../...../.....

İmza

\* Ruhsat numaraları il trafik kodu / merkez numarası şeklinde verilir. (Örnek: 06/01)

Not:Ruhsat, merkezin görüldür bir yerine asılır.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**DİYALİZ MERKEZİ MESUL MÜDÜRLÜK BELGESİ**

Resim

**DİYALİZ MERKEZİNİN**

Adı :  
Adresi :  
Sahibinin Adı :  
Ruhsat Onayı Tarih ve Sayısı :

**MESUL MÜDÜRÜN**

Adı ve Soyadı :  
Diploma ve Tescil Numaraları :  
İhtisas Dalı ve Numarası :  
Diyaliz Sertifika Numarası :

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri dahilinde Diyaliz Merkezi Ruhsatı almış yukarıda adı yazılı

Diyaliz Merkezi Mesul Müdürlüğünü Dr./Uzm.Dr. .... ' nın yürütmesi için işbu belge verilmiştir.

ONAY

...../...../.....

İmza  
Mühür

Not: Belge, merkezin görülür bir yerine asılır.

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**DİYALİZ MERKEZİ/ÜNİTESİ FAALİYET İZİN BELGESİ**

**DİYALİZ MERKEZİNİN/ÜNİTESİNİN**

Adı :  
Adresi :  
Sahibinin Adı :  
Ruhsat Onay Tarih ve Ruhsat No :  
Uygulayacağı Diyaliz Yöntem : Hemodiyaliz ve/veya Periton Diyalizi  
Hemodiyaliz Cihaz Sayısı : .... + .... Cihaz

Mesul Müdürün/Başhekim  
Adı ve Soyadı :  
Göreve Başlama Tarihi :

Hemodiyaliz Uzman  
Adı ve Soyadı :  
Göreve Başlama Tarihi :

Periton Diyalizi Uzman  
Adı ve Soyadı :  
Göreve Başlama Tarihi :

Uzman Tabiplik Hizmeti  
Alınan Kurum/Kuruluş Adı :  
Sözleşme/Protokol Başlangıç :  
Sözleşme/Protokol Bitiş :

Sertifikalı Tabibin  
Adı ve Soyadı :  
Göreve Başlama Tarihi :  
Adı ve Soyadı :  
Göreve Başlama Tarihi :

Diyaliz Teknikeri Sayısı :  
Sertifikalı Hemşire Sayısı :  
Yardımcı Personel Sayısı :  
Bünyesinde Bulunan :  
Laboratuvarlar  
Sözleşme ile Satın Aldığı :  
Hizmetler

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri dahilinde hasta kabul ve tedavi etmek üzere yukarıda yazılı özel diyaliz merkezinin faaliyet göstermesi için ..... / ..... / ..... tarihinde iş bu belge verilmiştir.

ONAY

..... / ..... / .....  
İmza  
Mühür

**DİYALİZ MERKEZLERİNDE/ÜNİTELERİNDE BULUNDURULMASI ZORUNLU ASGARİ İLAÇ LİSTESİ**

	İlaç	Min. Adet
1	%0,09 Nacl 1000cc	2
2	%5 Dekstroz 500cc	2
3	% 20 Dekstroz 500cc	2
4	Atropin amp 0,5mg	4
5	Adrenalin amp 0,5mg	5
6	Aminocardol amp	5
7	Aritmal amp veya muadili:Jetmonal amp	5
8	Diltizem amp	5
9	Digoxin amp	5
10	Avil amp	5
11	Onadron amp veya Dekort amp.	5
12	Prednol amp 20mg	2
13	Prednol amp 40mg	2
14	Buscopan amp	5
15	Amiodoron amp	5
16	Novalgin amp	5
17	Ulcuran amp	5
18	Metpamid amp	5
19	İnsulin Kristalize flk.	1
20	Calcium Picken amp %7,5 veya Calcium Sandoz amp	5
21	Lasix amp	5
22	Potasyum Klorür amp	5
23	Sodyum Birkarbonat amp	5
24	Jetokain amp	5
25	Protamin amp	3
26	Nitroderm TTS 5 mgr	3
27	Beloc 5mg Ampul veya 1mg Ampul	5
28	Libavit K Ampul	5
29	Batikon Antiseptik Solüsyon	500cc
30	Diazem Ampul (Kontrolle tabi ilaç)	5
31	DOPAMİN AMP	3
32	AMİNOCARDOL Amp.	2
33	DİLTİZEM Amp.	2
34	ARVELES/Voltaren Amp.	2
35	KAPRİL 25 Mg. Tab.	1
36	Parol/Minoset Tab.	2
37	Perfalgam Serum	5

\*ilaçların yerine aynı bileşimde veya aynı etkiye sahip başka muadil ilaçlar bulundurulabilir.

## DİYALİZ EĞİTİMİ BAŞVURU FORMU

ADI	
SOYADI	
BABA ADI	
DOĞUM TARİHİ	
DOĞUM YERİ	
MEZUN OLDUĞU OKUL	
MEZUN OLDUĞU YIL	
HALEN ÇALIŞTIĞI KURUM	
ADRES	

BAŞVURMAK İSTEDİĞİ SERTİFİKASYON PROGRAMI		
Hemodiyaliz Uzman Tabipliği sertifikası	Hemodiyaliz tabipliği sertifikası	Periton diyaliz teknikerliği sertifikası

Başvuru Sahibinin  
Adı Soyadı  
Tarih ve İmza

Tasdik Olur  
Kurum Yetkilisinin  
Adı Soyadı  
İmza/Mühür

## DİYALİZ EĞİTİMİ BAŞVURU BELGELERİ

Başvuru dilekçesine aşağıda belirtilen belgeler eklenir:

- Personel tarafından doldurulacak ve bağlı olduğu kurum amirince onaylanacak Diyaliz Eğitimi Başvuru Formu,
- Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan personel için, ilgili kurum amirince onaylanmış diploma ve uzmanlık belgeleri,
- Herhangi bir resmî kuruluştaki çalışmayan personel için, bu durumu belgeleyen kayıtlar ile diploma ve/veya uzmanlık belgelerinin örneği,
- Özel diyaliz merkezleri veya kamu kurum ve kuruluşlarınınca düzenlenecek gerekeçli ihtiyaç yazısı.