

## EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU İÇİN BULUNDURULMASI GEREKEN ARAÇ-GEREÇ, TIBBİ CİHAZ VE İLAÇLARIN ASGARİ STANDARDI

### a) Bulundurulması Gereken Araç-Gereç ve Tıbbi Cihazlar

- 1-Tansiyon aleti, stetoskop, derece,
- 2-Şeker ölçüm cihazı ve stripler,
- 3-EKG cihazı (portatif),
- 4-Ambu ve maskesi, dosiflowairway, abeslang,
- 5-Entübasyon seti,
- 6-Sütür malzemeleri,
- 7-Cut-down seti,
- 8-Otoskop-ofthalmoskop seti,
- 9-Işık kaynağı,
- 10-Oksijen tüpü,
- 11-Pulsioksimetre cihazı,
- 12-Laboratuar tetkikleri için alınacak kan ve numuneler için gerekli kan setleri, kültür tüp ve kapları,
- 13-İdrar stikleri,
- 14-Değişik ebatlarda sondalar (NG, İdrar),
- 15-Pansuman ve yara bakım malzemeleri,
- 16-Değişik ebatlarda enjektör,
- 17-Steril ve non-steril eldiven,
- 18-Alkollü ped, dezenfektan, galoş, serum seti ve askısı, idrar torbası, turnike, maske, alkol, bisturi vb.
- 19-Tıbbi atık kutusu, poşet,
- 20-Kayıt, reçete yazımı ve benzeri işlemler için gerekli basılı form, kırtasiye ve malzemeler.
- 21-Vakanın durumuna göre verilecek tıbbi hizmetin gerektirdiği, ekip tarafından lüzumlu görülen diğer tıbbi malzemeler sorumlu tabibin talebi üzerine ayrıca ilave edilir.  
(Örneğin; Taşınabilir fototerapi cihazı, bilirübinometri cihazı, bebek tartısı ve benzeri.)

### b) Bulundurulması Gereken İlaçlar

- 1-Adrenalin ampul,
- 2-Atropin ampul,
- 3-İsorbide dinitrate,
- 4-Antipretikler,
- 5-Antibiyotikler,
- 6-Antispazmodik ampul,
- 7-Antianksiyetik ampul,
- 8-Antihistaminik,
- 9-Diuretik,
- 10-Dopamin,
- 11-Serum fizyolojik ampul,
- 12-Calcium ampul,
- 13-Kortikosteroid ampul,
- 14-Dextroz 100ml/500ml,
- 15-Izotonik 100ml/500ml,
- 16-% 20 mannitol 100 cc,
- 17-Captopril 25mg.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e6324cb

\*Bu Listede asgari standardı belirlenen araç-gereç, tıbbi malzemeler ile ilaçlar bir ziyaretçi çantası düzeninde tertip edilir ve ev ziyaretleri için hazır bulundurulur.

## EVDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ SUNUMU İÇİN BULUNDURULMASI GEREKEN ARAÇ-GEREÇ, TIBBİ CİHAZ VE İLAÇLARIN ASGARİ STANDARDI

### a. Acil yardım için gereken araç-gereçler

1. Tansiyon aleti, stetoskop, derece,
2. Şeker ölçüm cihazı ve stripler,
3. Ambu ve maskesi, dosiflow airway, abeslang,
4. Sütür malzemeleri,
5. Oksijen tüpü,

### b. Acil yardım ilaç seti

1. Adrenalin ampul,
2. Atropin ampul,
3. İsosorbide dinitrate
4. Antihistaminik,
5. Dopamin,
6. Serum fizyolojik ampul,
7. Kortikosteroid ampul,

### c. Evde Diş Tedavisi İçin İhtiyaç Duyulan Genel Asgari Malzemeler

1. Portatif (taşınabilir) ışık,
2. Portatif ünit (motor, suction),
3. Portatif aerator, mikromotor,
4. Portatif röntgen cihazı,
5. Eldiven,
6. Maske/Koruyucu gözlük,
7. Diş hekimi, hemşire ve yardımcı personel için koruyucu kıyafet,
8. Tek kullanımlık hasta önlüğü,
9. Dezenfeksiyon solüsyonu,
10. Plastik örtü/stretch film,
11. Kâğıt peçete, pamuk rulo,
12. Likit sabun,
13. Enjektör ucu vb. kesici, batıcı gereçler için atık depolama kutusu,
14. Diğer atıklar için tıbbi atık kutusu,
15. Kirli aletleri taşımak için muhafaza,
16. Steril edilebilir hasta tükürme kabı,

### Pedodonti Seti

1. Muayene seti (ayna, sond, presel) ve taşıyıcısı,
2. Pedodontik davye, elevatör,
3. Enjektör,
4. Topikal anesteziik sprej/krem,
5. Lokal anesteziik solüsyon,
6. Gazlı bez,
7. Pamuk rulo,
8. Topikal uygulama için florür jel ve vernikler,
9. Profesyonel florür jel için uygulama kaşığı,
10. Flor ve klorheksidin içeren cilalar,
11. Plak boyama materyali, elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e6324cb
12. Diş fırçası, Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imz
13. Diş ipi,



..... (Sağlık Kuruluşu/ TSM /AHB )  
EVDE SAĞLIK HİZMETİ BAŞVURU FORMU

**KİMLİK BİLGİLERİ**

Adı : .....  
Soyadı : .....  
Anne adı : .....  
Baba adı : .....  
Doğum tarihi : .....  
Doğum yeri : .....  
T.C. Kimlik No.: .....

**İLETİŞİM BİLGİLERİ**

Ev Tel: ..... GSM: .....  
E-mail: .....  
Adresi: .....

Güvence Durumu/Sosyal Güvenlik Numarası: .....

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ (Tanı-Tedavi) :** .....

**SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ :**

**DIŞ TEDAVİSİ İHTİYACI (var ise)**.....

Yukarıda açık kimliği, adres ve hastalık bilgileri olan şahsın evde sağlık hizmetine ihtiyacı vardır.  
Taraflımızdan değerlendirilmesi arz olunur.

.../.../20...  
Adı ve Soyadı

Müracaatı yapanın yakınlık derecesi: .....

Açık adresi: .....

\*Müracaatı yapan klinik/müdavi tabip/aile hekimi: .....

**DEĞERLENDİRME SONUCU** .....

**Değerlendiren Tabip:**

Kaşe/İmza

**ONAY**

**Kurum/Kuruluş Amiri**

Kaşe/imza/mühür

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e6324cb

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imz

\*Taburcu aşamasındaki hastalar ile aile hekimleri tarafından yapılan başvurularla doldurulacaktır.

.....

**EVDE SAĞLIK HİZMETİ  
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Bu form Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da hizmet alması istenen kişinin yakınlarına yönelik hazırlanmış bilgilendirme formudur. Formu dikkatlice okuyunuz ve sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa, bilgi almak için hekim/sağlık personeline danışarak yardım isteyiniz. Talebiniz üzerine size yazılı bilgi verilecektir.

**AŞAMALAR**

1. Evde Sağlık Hizmetleri; Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır.
2. Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da bakımından sorumlu olan veli / vasisi tarafından; 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak; Ek-3'te yer alan "Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu" doldurularak; TSM veya AHB'ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine başvuru yapılabilmektedir.
3. Başvuru sonrası merkez/birim tarafından, ön değerlendirme amacı ile ev ziyareti yapılmaktadır.
4. Hasta, Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi tarafından başvuru formu bilgileri incelenerek hizmet için uygun birime yönlendirilmektedir.
5. Başvuru üzerine, tedavi başlamadan önce, ev ziyaretinde bilgilendirme, yapılarak onam formu doldurulmaktadır.
6. Evde Sağlık Hizmetleri planlı hizmetleri kapsamaktadır. Bunun için randevu tarih ve saati ile ziyaret edecek kişilerin bilgileri önceden tarafınıza bildirilecektir.
7. Evde verilen sağlık hizmetleri kapsamında size/hastanıza; kan alma işlemi, EKG çekimi, sonda uygulanması, beslenme için sonda uygulanması, pansuman, ilaç ve benzeri tıbbi uygulamalar yapılabilir. Bu uygulamaların neler olduğu, nasıl yapılacağı ve varsa komplikasyonları hakkında bilgilendirileceksiniz.
8. Hastanın sağlık hizmetlerini ev ortamında almasının uygun olmaması veya ani olarak sağlık sorunları gelişmesi halinde transfer gerekebilir. Nedeni açıklanarak ve transferi sağlanarak uygun sağlık kuruluşuna yönlendirilebilirsiniz.
9. Kişiye verilen evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

- a) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın iyileşmesi;
- b) Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,

- c) Hastanın kendisinin veya veli/vasisinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,  
d) Hastanın vefat etmesi,  
e) Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi,  
f) Hasta veya veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları,  
g) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi,

(e) ve (f) bentlerinde belirtilen nedenlerle hizmetin sonlandırılması kanaatinde olan birim, öncelikle olarak hazırlayacağı tutanak ile durumu, koordinasyon merkezi aracılığı ile evde sağlık hizmetleri komisyonuna iletir. Konu, komisyon marifeti ile karara bağlanır.

### **Bilgilendirme Yapan Kişi**

**Ad Soyadı:**

**Unvan:**

**Tarih:**

**İmza:**

Yukarıdaki bilgileri eksiksiz olarak okudum ve anladım. Evde Sağlık Hizmetlerinden nasıl yararlanabileceğim, başvuru, kabul süreci ile işleyiş hakkında bilgilendirildim. Verilecek hizmetleri kabul ediyorum.

### **Hasta/Hasta Yakını, Vasisi**

**Ad Soyadı:**

**T.C. Kimlik No:**

**Tel. :**

**Adres:**

**Tarih:**

**İmza:**

**EK:**

Evde bakım ve sosyal destek ihtiyaçlarının tedariki için durumumun ilgili kurum ya da kuruluşa (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Belediye gibi) bildirilmesini;

	<b>Onaylıyorum</b>	<b>Onaylamıyorum</b>	<b>İmza</b>
<b>Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü</b>			
<b>Belediye</b>	Evrakın elektronik imzalı suretine <a href="http://e-belge.saglik.gov.tr">http://e-belge.saglik.gov.tr</a> adresinden e6324cb		
<b>Diğer</b>	Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imz		

## LOGOLAR



**T.C. Sağlık Bakanlığı**

**Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Logosu**

