|  |  |
| --- | --- |
| Kurum Adı |  |
| Merkez Adresi |  |
| Faaliyet gösterilen başka adres (şube, tesis vb.) var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ***(Varsa Tablo-1 doldurunuz.)*** |
| Telefon |  | Fax |  |
| E-Posta |  | Web Adresi |  |
| Kurum Müdürü |  | Yetkili Temsilci |  |
| Vergi Dairesi |  | Vergi No |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Referans | Eğitim Kurumları İçin Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyon Önleme Kontrol Kılavuzu |
| Başvuru Türü | ☐ İlk Belgelendirme☐ Adres Değişikliği | ☐ Yeniden Belgelendirme☐ Unvan/Statü Değişikliği | ☐ Takip☐ Şikâyet İncelemesi |
| Kapsam (Belgelendirmeye esas faaliyetlerinizin kapsamı) |  |
| Faaliyetleriniz kapsamında (varsa) dışarıdan temin edilen prosesler/ürünler/hizmetler |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Toplam Çalışan Sayısı |  | Temizlik Hizmetleri Çalışan Sayısı |  |
| Alt İşveren Çalışanı Sayısı |  | Geçici Çalışan Sayısı |  |
| Merkez Adres Vardiya Sayısı |  | Vardiyalarda Çalışan Sayısı | ……../……….. |

**Tablo – 1: Merkez Haricinde Ürün veya Hizmet üretilen Şube, Tesis vb. Bilgileri**

(Bu tablonun her bir tesis için ayrı ayrı doldurulması gerekmektedir.)

|  |  |
| --- | --- |
| Adı |  |
| Adresi |  |
| Toplam Çalışan Sayısı |  |
| İlgilinin Adı Soyadı |  | Unvanı: | Tel. No: |
| Başlıca Ürün/Hizmet(ler) ve Prosesler |  |
| Belgelendirmeye esas faaliyetleriniz kapsamında (varsa) dışarıdan temin edilen prosesler/ürünler/hizmetler |  |
| Vardiya Sayısı |  | Vardiyalarda Çalışan Sayısı | ……../……….. |

|  |
| --- |
| **BAŞVURU ESNASINDA GÖNDERİLMESİ GEREKEN DOKÜMANLAR** |
| **İlk Başvuruda İstenilen evraklar** |
| **Not: Belgelendirme Kuruluşu talep etmesi durumunda aşağıda belirtilen dokümanlara ek başka dokümanlar da isteyebilir** |
| 1. Hijyen şartlarını içeren risk değerlendirmesi
 |
| 1. Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Eylem Planı/Planları
 |
| 1. Temizlik ve dezenfeksiyon planları/talimatları
 |
| 1. Hijyen, Enfeksiyon önleme ve Kontrol faaliyetleri ile ilgili protokol ve kayıtların güncel durumu (İlgili Soru Listelerinde belirtilen doküman ve kayıtlar)
 |
| 1. Kuruluş Öz Değerlendirme Soru Listesi
 |
| **Adres ve Unvan Değişikliğinde İstenilen evraklar** |
| 1. Hijyen şartlarını içeren risk değerlendirmesi (Adres değişikliğinde taşınma kaynaklı)
 |

1. Form müracaat sahibi veya yetkilisi tarafından çok dikkatli bir şekilde doldurulmalı ve her sayfası parafe edilmelidir. Bu form kuruluşların şartlarını anlamak ve ileride herhangi bir anlayış farklılığının oluşmaması amacıyla hazırlanmıştır.
2. Eksik doldurulan formlar kesinlikle işleme alınmayacaktır.
3. Tüm bilgiler kuruluşların izni olmaksızın üçüncü şahıslara kesinlikle bildirilmeyecektir.
4. Formlar doldurulmadan önce Belgelendirme Kuralları ve Belgelendirme Süreci hakkında detaylı bilgi için <http://www.merkezisgb.meb.gov.tr/> adresi ziyaret edilecektir.

**MEB Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyon Önleme Belgesi Uygunluk Beyanı**

1. İlgili tarafları da kapsayan kuruluşun tüm alanlarını içerecek şekilde salgınlara yönelik özellikle hijyen şartlarını içeren bir risk değerlendirmesinin yapıldığını,

2. Salgın hastalık dönemlerinde, kuruluşa ilk girişten itibaren sağlık otoritelerince belirtilen, salgın hastalıkların tespiti amacıyla belirlenmiş yöntemlerin uygulandığı ve gerekli durumlarda kişilerin kuruluşa alınmayıp en yakın sağlık kuruluşuna sevki ile ilgili bir yöntem belirlendiğini,

3. En az aşağıdaki maddeleri içeren Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Eylem Planı/Planları hazırlandığını,

a) Kapasite kullanımını bulaşı riskini minimum düzeyde tutacak şekilde,

b) Azaltılmış çalışan sayıları dikkate alınarak ve gerekli değişiklikleri yapmak için güncel planın hazır ve erişilebilir olmasını sağlayan,

c) Mevcut kapasite değerlendirilmesini,

d) Salgın hastalık semptomları olan hastaları tespit edebilmek için birimlerde sağlık otoritelerince belirlenen yöntemlerin uygulandığını,

4. En az aşağıdaki maddeleri içeren Kontrol Önlemleri Hiyerarşisi oluşturulduğunu,

a) Semptomları olan kişilerin erken saptanmasını,

b) Sağlık otoritesine bildirilmesini/raporlanmasını;

c) Kişilerin erken izolasyonunu,

d) Kişilerin sağlık kuruluşuna nakledilmesi/naklinin sağlanmasını,

e) Doğrulanmış salgın hastalıklı kişilerin iyileşmesini takiben sağlık otoritelerince belirlenen sürenin sonrasında kuruluşa dönmesinin sağlanması,

5. Aşağıdaki hususlar dahil olmak üzere gerekli olan iç ve dış iletişimlerin planlandığını,

a) Ne ile ilgili iletişim kuracağını,

b) Ne zaman iletişim kuracağını,

c) Kiminle iletişim kuracağını,

d) Nasıl iletişim kuracağını,

e) Kimin iletişim kuracağını.

6. Hijyen, enfeksiyon önleme ve kontrolünün oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması için ihtiyaç duyulan kaynakların tespit ve temin edileceğini,

7. Hijyen, enfeksiyon önleme ve kontrolün sağlanmasının etkili şekilde uygulanması ile proseslerin işletilmesi ve kontrolü için sorumlu olacak kişi/kişilerin belirlenerek, görevlendirileceğini,

8. Mümkün olduğunca acil durumlarla başa çıkmak için görevde hazır, eğitilmiş en az bir kişi belirleneceğini,

9. Salgın hastalık dönemlerinde, kuruluşa ilk girişten itibaren sağlık otoritelerince belirtilen, salgın hastalıkların tespiti amacıyla belirlenmiş yöntemlerin uygulandığı ve gerekli durumlarda kişilerin kuruluşa alınmayıp en yakın sağlık kuruluşuna sevki ile ilgili bir yöntem belirleneceğini ve uygulanacağını,

10. Virüsün bulaş yolları ve önlenmesine yönelik çalışanların/personelin/öğrencilerin düzenli eğitimi, uygun el hijyeni ve ortam temizliği ile salgın hastalık farkındalığının sağlanacağını,

11. Kuruluş boyunca, enfeksiyon yayılmasını önlemenin yollarını açıklayan poster/afiş, tabela ve uyarı işaretleri yerleştirileceğini,

12. Salgın hastalık belirtileri gösteren kişilere yapılacak işlemler ile ilgili asgari olarak aşağıda belirtilen adımları içeren bir eylem planı ya da yöntem belirleneceğini,

● Belirti gösteren kişinin tolere edebiliyorsa hastalık bulaştırmasına karşı önlemler sağlanır ve ayrı alana alınır, yerel sağlık otoritesine bilgi verilerek sağlık kuruluşuna sevkinin sağlanması,

● Hastanın tedavisi için bulunulan yerdeki hastanenin pandemik polikliniğine yönlendirilmesi için yerel sağlık otoritesine durum bildirildikten sonra tedavinin ne şekilde devam edeceğine hekim karar verecektir ancak iş yerinde tedavi süreci devam edemez.

● Hasta personel iş yerinde çalışmaya devam etmemeli, tıbbi bakım ihtiyacı ise kuruluşun sağlık personeli tarafından verilebilmesi,

● Sadece bu hasta kişi tarafından kullanılmak üzere bir oda/tuvalet belirlenmesi,

● Hasta kişinin kuruluşta ortak alanları kullanmasının sınırlandırılması,

● Sürekli kişisel koruyucu donanım kullanmasının sağlanması, öksürme hapşırma sonrası mutlaka el hijyeni sağlanması, çevre temasının minimuma indirilmesi,

● Kişisel koruyucu donanım kullanımı hasta kişi tarafından tolere edilemezse, ağzı kaplayacak şekilde pamuklu bez (tek kullanımlık mendil) sağlanması ve kullanım sonrasında hemen bir tıbbı atık torbasına atılması. Tıbbi atık torbası mevcut değilse, sağlam çift plastik torbaya yerleştirip, kapatılması ve tıbbi atık olarak düşünülmeli evsel atık olarak atılması sağlanması; ellerin sabun ve suyla veya alkol bazlı el antiseptiği ile temizlenmesinin sağlanması,

● Hastanın izole edildiği odanın havalandırılmasının sağlanması,

● Belirgin Bulaşıcı hastalık semptomları (ateş, kuru öksürük veya nefes almada zorluk) olan bir kişi ile ilgilenirken, maske, göz koruması, eldiven ve önlük dâhil olmak üzere her zaman ek koruyucu donanım kullanılması. Kullanılan koruyucu donanımın dikkatlice (maskenin ön yüzüne temas edilmeden ve diğer koruyucuların kirli yüzeylerine temastan kaçınarak) çıkarılması,

● İlk önce eldivenler ve elbisenin çıkarılması, el hijyeni yapılması, sonra göz koruması çıkarılması en son maskenin çıkarılması ve hemen sabun ve su veya alkol bazlı el antiseptiği ile ellerin temizlenmesi.

● Belirtileri olan kişinin vücut sıvılarıyla temas eden eldivenleri ve diğer tek kullanımlık eşyaları tıbbi atık olarak kabul edilerek uygun şekilde bertaraf edilmesi

13. Şüpheli Bulaşıcı hastalık vakasının tahliyesi/transferi ile ilgili yöntem belirleneceğini, Sağlık otoritesininin değerlendirmesi sonucu tavsiyeler dikkate alınarak şüpheli vakanın en uygun sağlık kuruluşuna yönlendirileceğini, hasta kişinin olası temaslılarının saptanması ve yönetiminin, sağlık otoritesinin talimatlarına uygun olarak yapılacağını beyan ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Bu Formda verilen bilgilerin doğruluğunu taahhüt eder, bilgi eksikliği veya yanlış bilgilendirmeden kaynaklanabilecek her türlü olumsuz duruma ilişkin sorumluluğu kabul ederim. | **Kaşe / İmza / Mühür** |
| Yetkili Adı Soyadı: |
| Unvanı : |  |
| Tarih : |  |