T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Radyasyon Güvenliği Komitesi Kuruluş ve Çalışma Esasları Yönergesi

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Tanımlar ve Çalışma İlkeleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönerge Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (OMUSUVAM)'nde tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile yapılan ışınlamaların denetlenmesi ve radyasyonun zararlı etkilerinden çalışanların, hastaların, halk ve çevrenin korunmasını sağlamak ve güvenliği ile ilgili görevleri yerine getirmek üzere Radyasyon Güvenliği Komitesinin oluşturulması ve çalışma esaslarını belirlemek amacıyla düzenlenmiştir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, 2690 sayılı "Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu" 4-d Maddesi uyarınca: Radyasyon Güvenliği Komitesi Çalışma Usul ve Esasları talimatı gereği olarak kurulan "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Radyasyon Güvenliği Komitesinin" görev ve çalışma esaslarını kapsar.

Tanımlar

MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Komite: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Radyasyon Güvenliği Komitesini,

b)Bilimsel Danışma Kurulu: 3153 no'lu yasada tanımlanan radyasyonla çalışan 3 Anabilim Dalının (Radyodiagnostik, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi) uzman hekim ve medikal fizik uzmanlarından oluşan kurulu,

c) Dekanlık: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığını

ç)Hastane: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastanesi)'ni

ifade eder.

Çalışma ilkeleri

MADDE 4- (1) Komitenin çalışına ilkeleri, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) "Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği" ve "Radyasyon Güvenliği Mevzuatı" ile uyumludur. Adı geçen Yönetmelik ve Mevzuatta değişiklik olması durumunda, bu uyum, karşılıklı etkileşime izin verecek şekilde sürdürülür,

İKİNCİ BÖLÜM
Komitenin Oluşumu ve İşleyişi

Komitenin oluşumu

MADDE 5- (1) Komite;

a) Radyodiagnostik, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı temsilcileri olan uzman hekimler,

b) Medikal fizik/radyasyon korunması uzmanları,

c) Rutin işlerinde radyasyonu kullanan birimleri (kardiyoloji vb.) temsilen en az bir uzman hekim.

ç) Hemşire müdürlüğünden sorumlu bir kişi,

d) Hastane yönetimini temsilen Başhekim veya Başhekim Yardımcısından, oluşur.

MADDE 6- (1) Radyodiagnostik, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı temsilcisi olan uzman hekimler, medikal fizik/radyasyon korunması uzmanları ile rutin işlerinde radyasyonu kullanan birimleri (kardiyoloji vb.) temsilen en az bir uzman hekim, Dekanlık tarafından ilgili Anabilim Dalı Başkanlıklarından görevlendirilir.

(2) Hemşire müdürlüğünden sorumlu bir kişi ile Hastane yönetimini temsilen katılacak kişi Hastane Başhekimliği tarafından belirlenir.

Bu dokümanın basılı hali kontrolsüz doküman kabul edilmektedir. Lütfen web sitesinden en son versiyonuna ulaşınız.

MADDE 7- (1) Komite üyeleri kendi aralarından Başkan, ikinci Başkan ve bir Genel Sekreter seçerler.

MADDE 8- (1) Komite üyelerinin görev değişiminde, üye çoğunluğunun korunması sağlanır. Yeni Komite üyeleri, Dekanlık ve Hastane Başhekimliği tarafından ilgili birimlere bildirilir.

MADDE 9- (1) Komite toplantıları medikal fizik/radyasyon korunması uzmanı ve Hastane yönetimi temsilcisi mutlaka bulunmak kaydıyla ve çoğunluk sağlanarak yılda en az 4 (dört) kere yapılır.

MADDE 10- (1) Komite kararları oy çokluğu ile alınır.

MADDE 11- (1) Komite toplantı raporları tüm üyelere ve gerek duyulan hallerde alınan kararlarla ilgili kurum (Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, vb.) ve kişilere dağıtılarak, raporun bir kopyası arşivlenir.

MADDE 12- (1) Komite üyelerinin birbiri ardına iki kez mazereti olmadan toplantıya katılmaması halinde üyeliği düşer ve yeni üye Madde 5'e göre belirlenir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Komitenin Yetki ve Sorumlulukları

Temel güvenlik standartları

MADDE 13

a) Hastanede radyasyonlu alanlarda çalışan personel, hasta ve ziyaretçilerinin radyasyon güvenliğinin sağlanması ve bu alanların yönetim adına denetlenmesi,

b) Radyasyon cihazları, radyoaktif maddeler ve iyonlaştırıcı radyasyonun zararlarına karşı korumayı sağlayıcı belirlenmiş ilke ve önlemlerin Hastanede uygulanmasının sağlanması,

c) Hastanede radyoaktif maddeleri ve radyasyon cihazlarını bulunduran birimlerin TAEK "Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği"ne uygun lisanslandığının yönetim adına yılda en az bir defa denetlenmesi uygun koşulların devamlılığının sağlanması,

ç) Pratik uygulamalardaki herhangi bir radyasyon kaynağı ile ilgili olarak, kişisel doz değerleri, ışınlanan kişi sayısı ve ışınlanma olasılıkları bütün ekonomik ve sosyal faktörler dikkate alınarak mümkün olan en düşük seviyede tutulması (ALARA ilkesi · -As Low As Reasonably / Achiveable),

d) TAEK "Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği"nde belirtilen, radyasyon güvenliğine ilişkin ulusal mevzuatın Hastanede tüm radyasyonla çalışan birimlerde uygulanmasının sağlanması,

e) Radyasyon alanlarında (Denetimli Alanlar) uygun ikaz ve etiketlerin, çalışıma talimatlarının ve kaza durum müdahale planının kolayca görülecek yerlerde bulunmasının sağlanması,

f) Yeni radyasyon kaynakları ve cihazların seçimi ile radyasyon alanlarının planlanmasında· radyasyon güvenliği kriterlerinin uygunluğunun denetlenmesi,

g) Radyasyon kaynaklarının kaybı, çalınması, hasar görmesi halinde gerekli önlemlerin alınması, en hızlı haberleşme aracı ile Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'na bildirilmesinin sağlanması.

ğ) Hastane içinde radyoizotopların kullanılması, ithali, ihracı ve nakline ait esasların TAEK tüzük ve yönetmeliklerine uygunluğunun kontrol edilmesi,

h) 1-131 radyoaktif madde verilen hastaların vücuttaki radyoaktivite miktarının 600MBq'e düşmesi halinde taburcu edilmesinin denetlenmesi. Taburcu edilen ya da ayaktan tedavi dozu verilen hastaya diğer kişilerle temasları ve radyasyon korunması ile ilgili yazılı bilgi verilmesi. Bu malzemelerin lisanslı bölgelerde korunmasının, depolanmasının ve kullanılmasının sağlanması,

ı) Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak "Radyasyon Güvenlik El Kitabı"nn hazırlanması, güncellenmesi ve Başhekimlik tarafından ilgili bölümlere dağıtılmasının sağlanması,

i)İyonlaştırıcı radyasyon ile çalışan üç ana birim olan Radyodiagnostik. Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalında "Radyasyon Çalışma Grupları" oluşturulmasının sağlanması.

j) Herhangi bir radyasyon kazasından sonra Komitenin bilgilendirilmesinin sağlanması.

k) Radyasyon uygulamalarının yer aldığı bilimsel araştırma ve çalışmalarda Etik Kurullara danışmanlık yapmak üzere Madde 3'de belirtilen "Bilimsel Danışma Kurulu"nun oluşturulmasının sağlanması.

Ölçüm ve izlem

MADDE 14

a) Hastanede rutin eğitim, araştırma, bilimsel çalışmalarda kullanılacak radyoaktif madde kullanım yeri ve şeklinin uygunluğunun radyasyon güvenliği açısından kontrol edilmesi,

b) Daha önce ve halen zehirli kimyasal, biyolojik maddeler veya diğer tehlikeli koşullara maruz kalarak çalıştırılan kişilerin radyasyona maruz kalmayı gerektirecek görevlerde çalıştırılmalarının sağlanması,

c) Radyasyonlu alanlarda yapılan işin niteliğine uygun giysi ve teçhizat (kurşun önlük, gonad koruyucu, kurşun paravan, tiroid koruyucu vb.) kullanımının sağlanması ve denetlenmesi,

ç) Hastanede işe alınacak radyasyon görevlilerinin sağlık durumlarının yapacağı işe uygun olup olmadığı hakkında sağlık raporu alınmasının sağlanması ve ilgi bölümler tarafından çalıştıkları süre içinde, en az yılda bir kez tıbbi muayenelerinin (hematolojik, dermatolojik, radyolojik, göz) yaptırılması, takip edilmesi, kayıtlarının tutulması, sağlık muayene sonuçlarının yılda bir kez Komiteye sunularak değerlendirilmesi.

d) İyonlaştırıcı radyasyon kaynakları kullanılan ve bulundurulan bölümlerde çalışanların radyasyon ölçümleri için uygun cihazların (TLD, cep, film dozirnetri) kullanılmasının sağlanması ve denetlenmesi.

e) Radyasyonlu alanlarda çalışan personelin denetimli alanlarda çalışırken kullanmak zorunda olduğu film ve/veya kalem dozimetrileri Komite temsilcisi tarafından kontrolü yapılarak kaydının tutulması. Sonuçların Komitede değerlendirilmesi, Radyasyona maruz kalan ya ela öngörülen sınırın üzerinde doz alan personel için durum değerlendirilmesinin yapılması ve ilgili bölüme tavsiyelerde bulunulması,

Bakım-onarım ve kalite kontrol

MADDE 15

a) Hastanede bulunan radyasyon kaynaklarının bakını, onarım, montaj, demontaj. kaynak değişim işlemlerinin Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan lisans izni almış kişi veya kuruluşlar tarafından yapılmasının sağlanması ve denetlenmesi,

b) Radyasyonla çalışan birimlerde çalışan cihazların, kalite kontrol ve kalite güvenilirlik programlarının oluşturulmasının sağlanması ve denetlenmesi,

c) Cihazların kalite güvenilirlik programlarının uygulanması sürecinde, servis-bakını peri: otlaruım denetlenmesi.

MADDE 16

a) Radyasyon kaynaklarının sızıntı testinin, depolanmasının ve izleminin yapılması,

b)Radyoaktif atıkların Hastanede güvenli olarak toplanmasının, depolanmasının ve tasfiyesinin sağlanması,

c) Radyoaktif atıklara ilişkin kayıtların tutulmasının sağlanması,

ç) Radyasyon kaynaklarına ilişkin kayıtlarda verilen lisans belgelerinin tarih, sayı, kullanım amaçlarının belirtilmesi, lisans belgesi üzerinde bulunan radyasyon kaynaklarının cinsi ve radyoaktivite değerlerinin tutulmasının sağlanması.

MADDE 17- (1) Radyasyonlu alanlarda çalışan personelin çalıştığı sırada kullanmak zorunda olduğu film ve/veya kalem dozimetrelere ait ilgili bölüm tarafından tutulan kayıtlar Komite tarafından kontrol edilerek kaydı tutulur, sonuçlar Komitede değerlendirilir. Radyasyona maruz kalan ya da öngörülen sınırın üzerinde doz alana personel için durum değerlendirilmesi yapılır ve ilgili bölüme tavsiyelerde bulunulur.

Lisans

MADDE 18- (1) Bölümlerin iyonlaştırıcı radyasyon kullanan cihazları için Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan almaları gereken lisans ve lisans vize gibi işlemleri Komite tarafından izlenir.

Atık sistemleri

MADDE 19- (1) Halka, çalışanlara, çevreye zarar vermeyecek miktar ve özellikte olduğu kabul edilen radyoaktif' atıklar, hastane bünyesinde özel korumalı uzun süreli atık bekletme bölümünde tutulur. Atık torbaları kırmızı renkte dayanıklıdır, üzerinde uluslararası klinik atıklar amblemi bulunur. Atıkların tesis içerisinde taşınması, atık bekletme bölümüne nakli ve diğer tıbbi atıklara uygulanan işlemler çerçevesinde belediye denetimi altındaki çöp alanlarına gönderilme aşamaları Komitenin önereceği, Başhekimliğin görevlendireceği sorumlu kişi denetiminde yapılır.

Hasta uygulamaları

MADDE 20- (1) Bölümlerin radyasyon uygulamaları ile ilgili hastaların bilgilendirilmesine yönelik kılavuzlar hazırlamasını sağlar ve denetler.

Eğitim

MADDE 21- (1) Komite, "Eğitim Komisyonu" oluşturarak doğrudan radyasyonla çalışanlara ve yardımcı personele;

-Temel radyasyon fiziği
-Radyasyonun türleri
-Radyasyonun madde ile etkileşimi
-Radyasyonun biyolojik etkileri
-Radyasyondan korunma

gibi konular hakkında eğitim verir ve bu alanda gelişmeleri takip etmelerini sağlar. Eğitim güz dönemi olmak üzere yılda bir kez yapılır. İhtiyaç duyulması durumunda bahar döneminde ikinci bir eğitim programı açılabilir. İçeriği, kapsamı ve zamanı eğitim alacak gurubun gereksinim ve beklentileri doğrultusunda düzenlenir. Bu alanda diğer üniversite ve sağlık kuruluşları ile işbirliği yapılarak eğitim programı güncelleştirmesi sağlanır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Yürütme ve Yürürlük

Yürürlük

MADDE 22- (1) Bu Yönerge, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Senatosunun onayından sonra yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 23- (1) Bu Yönerge hükümlerini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörü yürütür.

Yönergenin kabul edildiği Senato Kararının;	
Tarihi	**Sayısı**
30.06.2009	2009/134