

FertillifeÖzel Dr. Fatih Ögüç Fertillife
Afyon Hastanesi**ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ****Döküman Kodu:**
AY.PR.01**Yayın Tarihi:**
13.02.2021**Revizyon**
Tarihi:01.01.2022**Revizyon No:01****Sayfa No:1/4****REVİZYON BİLGİSİ****Revizyon Tarihi****Revizyon No****Açıklama****01.01.2022****01****SKS6.1'e göre Gözden geçirildi.**

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü İmza	Kalite Müdürü İmza	Genel Müdür İmza

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 2/4
---	------------------------------------	---	------------------------	----------------------

1. **AMAÇ:** Bu prosedürün amacı hastanemizde üretilen tüm atıkların hasta, hasta yakınları, ziyaretçi ve hastane çalışanlarının sağlığını tehdit etmeyecek şekilde toplanması, taşınması, ayrıştırılması, geçici depolanması ve kurumdan uzaklaştırılması ile ilgili standart bir yöntem belirlemektir.

2. **KAPSAM:** Bu prosedür, hastane kaynaklı tüm atıkların üretimi ve toplanmasından, kurumdan uzaklaştırılmasına kadar olan süreci ve bu sürecin kontrolünün sağlanması ile ilgili faaliyetler esnasında hastanemizin tüm birim ve çalışanlarını kapsar.

3. KISALTMALAR

4. **TANIMLAR :**UATF(Ulusal Atık Toplama Formu)

4.1. **Tıbbi Atık:** Ünitelerden kaynaklanan, “Atıkların Sınıflandırılması Tablosu”nda yer alan enfeksiyöz atık, patolojik atık, kesici-delici ve laboratuvar atıklarıdır.

4.1.1.**Enfeksiyöz Atık:** Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, anatomik parçalar, otopsi materyali, plasenta, fetus ve diğer patolojik materyali; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tamponlar, eküvyon ve benzeri atıkları; karantina altındaki hastaların vücut çıkartılarını; bakteri ve virüs tutucu hava filtrelerini; enfeksiyöz ajanların laboratuvar kültürlerini ve kültür stoklarını; ifade eder.

4.1.2. **Patolojik Atık:** Cerrahi girişim, otopsi veya anatomi çalışması sonucu ortaya çıkan dokuları, organları, vücut parçalarını, vücut sıvılarını ve insan fetusu içeren atıklardır.

4.1.3.**Kesici-Delici Atık:** Enjektör ve diğer tüm tıbbi girişim iğneleri, lanset, kapiller tüp, bistüri, bıçak serum seti iğnesi, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, inraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklardır.

4.1.4.**Laboratuvar Atık:** Kültür ve stoklar, Enfeksiyöz vücut atıkları,serolojik atıklar,diğer kontamine laboratuvar atıkları(pipet,petri vb) atıklardır.

4.2. **Eysel Nitelikli Atıklar:** Hastane birimlerinden kaynaklanan “Atıkların Sınıflandırılması Tablosu” nda yer alan başta mutfak, bahçe ve idari birimlerden kaynaklanan atıklar olmak üzere kontamine olmamış atıklardır.

4.3. **Ambalaj (Geri Dönüşüm) Atıkları:** Hastane birimlerinden kaynaklanan ürünlerin tüketimi sonucu oluşan, “Atıkların Sınıflandırılması Tablosu” nda yer alan kontamine olmamış tekrar kullanılması, geri dönüştürülmesi, geri kazanılması gereken ekonomik değere sahip plastik, metal, cam, kompozit ve kağıt-karton ambalajların atıklarıdır.

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 3/4
---	------------------------------------	--	---------------------------	-------------------------

4.4. Tehlikeli Atık: Ünitelerden kaynaklanan, “Atıkların Sınıflandırılması Tablosu” yer alan genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atıklar ve basınçlı kaplardan oluşan atıklardır.

4.4.1.Radyoaktif Atık: Tekrar kullanılması düşünülmeyen her türlü radyoaktif maddeler veya radyoaktif madde bulaşmış malzemelerden oluşur.

4.4.2.Farmasötik Atık: Kullanma süresi dolmuş veya artık kullanılmayan, ambalajı bozulmuş, dökülmüş ve kontamine olmuş ilaçlar, aşılarda, serumlar ve diğer farmasötik ürünler ve bunların artıklarını ihtiva eden kullanılmış eldivenler, hortumlar, şişeler ve kutulardır.

4.4.3.Genotoksik Atık: Hücre DNA’sı üzerinde mutasyon yapıcı, kanserojen, insanda düşüğe neden olabilen türden farmasötik ve kimyasal maddeleri, kanser tedavisinde kullanılan sitotoksik (antineoplastik) ürünleri ve radyoaktif materyali ihtiva eden atıklar ile bu tür ajanlarla tedavi gören hastaların idrar ve dışkı gibi vücut çıkartılarını içeren atıklardır.

4.4.4.Kimyasal Atık: Ünitelerde tedavi, temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan ve insan ve çevre sağlığı için çeşitli etkilerle zararlı olabilen kimyasal maddelerin gaz, katı veya sıvı atıklarıdır.

4.5. Tıbbi Atık Taşıma Arabası: Hastanede üretilen tüm tıbbi atıkların toplanarak geçici atık deposuna taşınmasında kullanılan arabalardır.

4.6. Atık Taşıma Arabası Tıbbi atık olmayan tüm atıkların toplanarak geçici atık deposuna taşınmasında kullanılan arabalardır.

4.7. Tıbbi Atık Sorumlusu: Hastane Yönetimi adına, hastanede atık yönetiminin ilgili talimata uygun olarak gerçekleştirilmesi için gerekli tüm basamakları denetleyen ve organizasyonu sağlayan kişidir.

4.8. Tıbbi Atık Personeli: Hastanedeki tüm birimlerden alınan tıbbi atıkları Tıbbi Atık Taşıma Arabası’nda toplayan ve geçici depolara güvenli bir şekilde taşınmasını sağlayan personeldir.

4.9. Kırmızı çöp torbası: Tıbbi atıkların toplanması için kullanılan yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden, sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “**Uluslararası Biyotehlike**” amblemi ile “**DİKKAT TIBBİ ATIK**” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar.

4.10. Siyah çöp torbası: Evsel nitelikli atıkların toplanması için kullanılan “**Tıbbi Atık Yönetmeliği**”nde tanımlanan şartlara uygun siyah plastik torbadır.

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 4/4
---	------------------------------------	--	---------------------------	-------------------------

4.11. Kesici-Delici Alet Kutusu: Delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “**Uluslararası Biyotehlike**” amblemi ile “**DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK**” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutulardır.

4.12. Uluslararası Biyotehlike Amblemi: Tıbbi atık torbaları veya kapları ile kesici-delici atık kapları, bunların taşınmasında kullanılan konteyner ve araçlar üzerinde bulundurulması gereken amblemidir.






4.13. Uluslararası Radyoaktif atıklar amblemi: Radyoaktif atıkların toplandığı kap veya kurşunlu kutuların üzerinde bulunması gereken amblemidir.

4.14. Tehlikeli Atık Amblemi: Tehlikeli atıkların toplandığı kap ve paletlerin üzerinde bulunması gereken amblemidir.

4.15. Geri Kazanılabılır Ambalaj Sembolü: Birbirini takip eden üç adet dairesel ok işaretinden oluşan sembolü,

4.16. Atık Pil Amblemi: Atık pillerin toplandığı kabın üzerinde bulunması gereken amblemidir.

4.17. Semboller

Uluslararası Biyotehlike	
Uluslararası Radyoaktif Atıklar	
Tehlikeli Atık	
Geri Kazanılabılır Ambalaj	
Atık Pil	

5. SORUMLULAR: Bu planın uygulanmasından tüm birimler, kontrolünden

5.1 Başhekim, Başhekim Yard., Tıbbi Atık personeli, Destek Hizmetleri Sorumlusu, İş Güvenliği Uzm, Satın alma Müd., Enfeksiyon Kontrol Komitesi sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. TIBBİ ATIKLAR

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 5/4
---	------------------------------------	--	---------------------------	-------------------------

6.1.1. Biyotehlike amblemi olan kırmızı çöp torbaları ofis alanları dışında normal servislerde, polikliniklerde, tedavi odalarında, yoğun bakım ünitelerinde, laboratuvar, radyoloji ünitesinde ve tüm alanlarda bulundurulmalıdır. Bu alanlar dışında kırmızı çöp torbası konulması gereken alanlar Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin önerileri doğrultusunda belirlenir.

6.1.2. Tıbbi atıklar **Atık Yönetim Planı'na** göre polikliniklerden, ünitelerden, ameliyathaneden toplanmalı ve geçici atık deposuna taşınmalıdır. Lüzum halinde, özellikle yoğun bakımlar ve ameliyathane gibi bölümlerden belirlenen saatler dışında da toplanmalı ve geçici atık deposuna taşınmalıdır. Tıbbi atıklar kaynağında toplandıktan sonra kesinlikle herhangi bir yerde biriktirilmemeli, bekletilmemeli, hemen geçici atık deposuna taşınmalıdır. Gerektiğinde taşıma zamanı, atığın toplandığı saate göre ayarlanmalıdır

6.1.3. “Tıbbi atık taşımakla görevlendirilen temizlik personeli tıbbi atık toplama işlemi sırasında kolay yıkanabilen **turuncu renkli özel kıyafet, koruyucu gözlük, maske ve eldiven** kullanır. Bu özel kıyafet ve ekipmanlar diğer temizlik elemanı kıyafetlerinden **ayrı bir alanda** muhafaza edilir. Eldivenli elle kesinlikle yüzeylerle temas edilmemeli, gereken her durumda bir eldeki eldiven çıkarılarak hareket edilmelidir. Kirli kıyafetler tıbbi atık poşetine konularak ağzı bağlı şekilde çamaşırhane personeline teslim edilir. Çizmeleri kurum-ev idaresi deposunda muhafaza edilir, çizmelere bulaş varsa sabunlu su ile temizlenir. Kurum içerisinde tıbbi atık elemanları temizliğine dikkat eder.

6.1.4. Tıbbi atıkların toplanmasında, yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, her iki yüzünde görülebilecek büyüklükte “**Uluslararası Biyotehlike**” amblemi ile “**DİKKAT! TIBBİ ATIK**” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır. Torbalar ağzına kadar doldurulmamalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmamalı ve tekrar kullanılmamalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır. Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenmeli, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır.

6.1.5. Tıbbi atık içeren çöp torbalarından birisinin toplama veya taşıma aşamasında patlaması halinde bu torba hemen ikinci bir kırmızı çöp torbası içine konur, su sızıntısı var ise talaş ile

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 6/4
---	------------------------------------	--	---------------------------	-------------------------

yoğunlaştırılarak sadece bu iş için kullanılan kürek ile toplanır ve toplama veya taşıma işlemine devam edilir.

6.1.6. Patlama sonucu çevreye sızan sıvılar “**Temizlik ve Dezenfeksiyon Prosedürü**”ne göre temizlenir ve dezenfekte edilir.

6.1.7. Tıbbi atıklar taşıma arabaları ile transfer edilir, kesinlikle elle taşınmaz.

6.1.8. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulundurulur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle evsel atıklar, ambalaj atıklar ve tehlikeli atıklar ile karıştırılmaz.

6.1.9. Atık olduğu birimden çıkar çıkmaz, ‘**Atık Yönetim Planı**’na göre geçici depo alanına ulaştırılır. Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenir. toplama ve taşıma işlemi sırasında direkt el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır.

6.1.10. Tıbbi nitelikli atıkların tıbbi atık geçici deposuna transferi “**Atık Toplama Planı**” nde belirtilen saatlerde yapılır.

6.1.11. Atık toplama, taşıma ve depolamada görevli personele göreve başlamadan önce oryantasyon eğitimi verilir. Yılda iki kez rutin olarak hizmet içi eğitim verilir ve gerekli görüldüğünde bu eğitimler tekrarlanır. Temizlik personeline verilmiş olan hizmet içi eğitim, eğitim sonrası ünitelerde bütün aşamaları ile uygulamalı olarak yaptırılır.. Yapılan eğitimler kayıt altında tutulur.

6.1.12. Görevli tüm personelin hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışıklık durumu kontrol edilip, duyarlı olan personel aşılanır. Tıbbi atık taşımada, depolamada görevli personele ayrıca tetanos aşısı yapılır. Doktor, hemşire, temizlik personeli ve diğer personel kesici ve delici alet yaralanmaları meydana geldiği durumlarda enfeksiyon hemşiresine bildirilerek Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı ile birlikte değerlendirilir. Kesici Delici Aletlerin Yönetimi Talimatı’na göre takibi yapılır.

6.1.13. Patolojik Atıklar hastadan çıkan vücut sıvısı için tıbbi atık bölümünde anlatılan işlemler uygulanır. Hastadan alınan patolojik numuneler anlaşmalı patoloji laboratuvarına gönderilir ve işlem sonrası atıklar patoloji laboratuvarının sorumluluğundadır. Patolojik işlem gerektirmeyen büyük parçalar ve ekstremitte amputasyon organ parçaları kırmızı çöp torbalarına konularak Başhekim imzası ve hastane kaşesi ile onaylanmış olarak düzenlenen evrak ile birlikte hasta yakınına gömülmesi için teslim edilir.

6.2. Laboratuvar atıkları: Laboratuardaki makinelerden çıkan tehlikesiz sıvı atıklar kanalizasyona verilir.

6.3. EVSEL NİTELİKLİ ATIKLAR

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 7/4
---	------------------------------------	--	---------------------------	-------------------------

- 6.3.1. Evsel atıklar tıbbi, tehlikeli ve ambalaj atıklarından ayrı olarak siyah renkli plastik torbalarda toplanır
- 6.3.2. Evsel nitelikli atıklar temizlik personeli tarafından, steril olmayan plastik atık eldiveni giyilerek toplanır. Atık toplama işlemini takiben eldiven çıkarılarak “**Hijyenik El Yıkama Talimatı**”na göre el hijyeni uygulanır.
- 6.3.3. Evsel nitelikli atıklar toplanmaları sırasında tıbbi atıklar ile karıştırılmazlar
- 6.3.4. Karıştırılmaları durumunda tıbbi atık olarak kabul edilmelidirler.
- 6.3.5. Evsel nitelikli atık içeren çöp torbalarından birisinin toplama veya taşıma aşamasında patlaması halinde bu torba hemen ikinci bir siyah çöp torbası içine konur ve toplama veya taşıma işlemine devam edilir. Patlama sonucu yüzeye sızan sıvılar uygun yöntemle temizlenir.
- 6.3.6. Evsel nitelikli atıklar siyah çöp poşeti geçirilmiş çöp kovalarına atılır.
- 6.3.7. Evsel nitelikli atıklar, temizlik personeli tarafından “**Atık Toplama Planı**” na ve ihtiyaca göre değişen sıklıkta (çöp kovaları doldukça) boşaltılır.
- 6.3.8. Boşaltma sonrasında çöp kovalarında gözle görülebilir kirlenme var ise su ve deterjanla yıkanır, kurulanır. Yeni siyah çöp poşeti takılır.
- 6.3.9. Evsel nitelikli atıkların evsel atık deposuna transferi “**Atık Toplama Planı**” nde belirtilen saatlerde yapılır.
- 6.3.10. Toplanan evsel nitelikli atıkların, Katı Atık Kontrolü Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda taşınmaları ve bertaraf edilmeleri sağlanmalıdır
- 6.3.11. Ayrı toplanan evsel nitelikli atıklar, ünite içinde sadece bu iş için ayrılmış taşıma araçları ile taşınarak geçici atık deposuna götürülür ve ayrı olarak geçici depolanır.

6.3 KESİCİ DELİCİ ALET ATIKLARI

- 6.3.1 Hasta bakım hizmeti verilen tüm alanlarda (muayene ve tedavi odaları, ameliyathane vb.) kesici-delici alet kutusu bulundurulmalıdır.
- 6.3.2 Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “**Uluslararası Biyotehlike**” amblemi ile “**DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK**” ibaresi taşıyan plastik kutular içinde toplanır
- 6.3.3 Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında dolduktan sonra, ağzları kapatılır, diğer tıbbi atıklarla karıştırılmadan kırmızı plastik torbalara konulur.

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 8/4
---	------------------------------------	---	------------------------	----------------------

6.3.4 Delici ve kesici atık kapları $\frac{3}{4}$ oranında doldukları zaman ünitenin temizlik personeli tarafından derhal yenileri ile değiştirilmelidir.

6.3.5 Yeni kapların kullanıma hazır olarak atığın kaynağında veya en yakınında bulundurulması sağlanmalıdır.

6.3.6 Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz.

6.4. AMBALAJ(GERİ DÖNÜŞÜM)ATIKLARI

6.4.1. Ambalaj atıkları kontamine olmamaları şartıyla diğer atıklardan ayrı olarak mavi renkli plastik torbalarda toplanırlar. Kontamine olmuş malzemeler diğer tıbbi atıklar ile birlikte belirtilen esaslara göre toplanır. Toplanan ambalaj atıklarının, Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda geri kazanılması sağlanır.

6.4.2. Cam Atıklar:Anlaşmalı firma tarafından sağlanan kutulara mavi renkli plastik poşet takılarak toplanır. Toplanan cam atıklar, Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda geri kazanılması sağlanır.

6.4.3. Kağıt Atıklar: Anlaşmalı firma tarafından sağlanan kutulara mavi renkli plastik poşet takılarak toplanır. Toplanan cam atıklar, Ambalaj ve Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda geri kazanılması sağlanır.

6.5. TEHLİKELİ ATIKLAR

6.5.1. “Atıkların Sınıflandırılması Tablosu” yer alan genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atıklar:“Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği”ne uygun olarak ortamdaki uzaklaştırılır.

6.5.2.Bitkisel yağ atıkları: Bitkisel atık yağlarını bertaraf için lisanslı toplayıcı firma tarafından arasındaki protokol gereği bertaraf edilir.

6.5.3.Laboratuvar atıkları: Laboratuardaki makinelerden çıkan tehlikesiz sıvı atıklar kanalizasyona verilir

6.5.4.Diyaliz atıkları: Diyaliz ünitesinde cihazlardan kaynaklanan sıvı atıklar doğrudan kanalizasyona verilir.

6.5.5.Atık piller: Atık piller özel kutularda biriktirilerek lisanlı toplayıcı firma tarafından imha edilmek üzere alınır.

6.5.6.Floresan Lamba Atıkları: Atıklar lisanlı toplayıcı firma tarafından imha edilmek üzere alınır.

ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

Döküman Kodu: AY.PR.01	Yayın Tarihi: 13.02.2021	Revizyon Tarihi: 01.01.2022	Revizyon No: 01	Sayfa No: 9/4
---	------------------------------------	--	---------------------------	-------------------------

7. ÜRETİLEN ATIK MİKTARLARININ AZALTILMASI

- 7.1. Evsel atıkların oluşumunun ve miktarının azaltılması amacı ile:
- 7.1.2. Kaynağında atıkların cinsine göre ayrımın yapılabilmesi için uygun çöp kovası, çöp poşeti vb. kullanımının sağlanması,
- 7.1.3. Evsel atıkların yönetmeliklere uygun şekilde toplanıp geçici depolanması için yer oluşturulması,
- 7.1.4. Bina turu ile kaynağında atık minimizasyonu için görevli personelleri uyararak bilgi verilmesi,
- 7.1.5. Hastane çalışanlarının atık ve çöp üretimi, miktarı ve kaynağında ayrımının sağlanması için eğitim verilmesi,
- 7.1.6. Ambalaj atıkların oluşumunun ve miktarının azaltılması amacı ile:
- 7.1.7. Kaynağında atıkların cinsine göre ayrımın yapılabilmesi için uygun ambalaj atığı aparatının, mavi renkli çöp poşeti vb. kullanımının sağlanması,
- 7.1.8. Ambalaj atıklarının toplanması ve geçici depolanması için uygun yer belirlenmesi,
- 7.1.9. Bina turu ile kaynağında atık minimizasyonu için görevli personelleri uyararak bilgi verilmesi,

Hastane çalışanlarının atık