

ÖZEL MEGAPOINT HASTANESİ
EFOR GÖREV TANIMI

Doküman Kodu	İK.GT.90
Yayın Tarihi	15.02.2025
Rev. Tarihi	28.01.2026
Rev.No	01
Sayfa No	1/2

Görev Unvanı	Efor Hemşiresi
Birim	Kardiyoloji / Efor Testi Ünitesi
Üst Amiri	Kardiyoloji Sorumlu Hekimi / Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
Altında Bağlı Personel	—
Görevin Tanımı	Efor Hemşiresi; kardiyoloji biriminde efor testi uygulamalarının hasta güvenliği, klinik doğruluk ve mevzuata uygun şekilde gerçekleştirilmesi amacıyla test öncesi, test sırası ve test sonrası hemşirelik hizmetlerini yürüten sağlık personelidir.
Görev, Yetki ve Sorumluluklar	1. Efor testi öncesinde hastanın kimlik doğrulamasını yapar ve gerekli bilgilendirmeyi sağlar. 2. Hastanın test öncesi hazırlığını (kan basıncı, EKG elektrotları vb.) yapar. 3. Test sırasında hastanın vital bulgularını ve klinik durumunu yakından izler. 4. Test süresince ortaya çıkabilecek acil durumlara müdahale eder ve hekime bilgi verir. 5. Efor testine ait cihazların çalışır durumda olmasını kontrol eder. 6. Test sonrası hastanın izlem ve güvenliğini sağlar. 7. Test sonuçlarına ait kayıt ve formların eksiksiz doldurulmasına destek olur. 8. Hasta ve hasta yakınlarına test sonrası gerekli bilgilendirmeyi yapar. 9. Enfeksiyon kontrol ve hasta güvenliği kurallarına uygun çalışır. 10. Kullanılan ekipman ve alanın temizlik ve düzeninin sağlanmasına katkı sağlar. 11. Gizlilik ve hasta mahremiyetine uygun çalışır. 12. Denetimlerde efor testine ait kayıt ve belgelerin hazırlanmasına destek olur. 13. Görev alanı ile ilgili kalite göstergelerine ait verilerin toplanmasına destek olur ve gerekli kayıtları Kalite Birimine iletir. 14. Görev alanı ile ilgili olduğu durumlarda kurumda oluşturulan komite ve ekip toplantılarına katılım sağlar.
Vekâlet Durumu	Efor hemşiresinin bulunmadığı durumlarda üst yönetim tarafından görevlendirilen hemşire vekâlet eder.

	ÖZEL MEGAPOINT HASTANESİ EFOR GÖREV TANIMI	Doküman Kodu	İK.GT.90
		Yayın Tarihi	15.02.2025
		Rev. Tarihi	28.01.2026
		Rev.No	01
		Sayfa No	1/2

PERSONEL BEYANI

Yukarıda belirtilen görev tanımını okudum,anladım ve görev sürem boyunca belirtilen görev,yetki ve sorumluluklara uygun şekilde çalışacağımı kabul ve beyan ederim.

Personel;

Adı Soyadı:

Görevi :

İmza:

Tarih:

ONAY

Hazırlayan :

Kontrol Eden:

Onaylayan :

Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

İnsan Kaynakları

Kalite ve Eğitim Müdürü