 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975</b>	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>DY.PR.01</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>02</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>1 / 9</b>

**1. AMAÇ:** Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları ve Kalite Yönetim Sistemi çerçevesindeki dokümanların hazırlanması, kontrol edilmesi, onaylanması, yayınlanması, dağıtımı, revizyonu, imhası, dokümanların güncelliği, dağıtım esasları ve dış kaynaklı dokümanların kontrolü ile ilgili metotların belirlenmesini sağlamaktadır.

**2. KAPSAM:** Bu prosedür Tüm Birimleri kapsar.

### 3. KISALTMALAR

**SKS:** Sağlıkta Kalite Standartları

### 4. TANIMLAR:

**Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır.

**Prosedür:** Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

**Talimat:** Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

**Rehber:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.

**Form:** İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

**Dış Kaynaklı Doküman:** Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

**Plan:** Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.

**Rıza Belgesi:** Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

**Liste:** Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

**Yardımcı Doküman:** Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.

**Dokümanın Adı:** Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

**Dokümanın Kodu:** Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

**Yayın Tarihi:** Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

**Revizyon Tarihi:** Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

**Revizyon Numarası:** Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

**5. SORUMLULAR:** Bu prosedürdeki işlemlerin yürütülmesinden Tüm Birim Çalışanları sorumludur.


### 6. FAALİYET AKIŞI:

#### 6.1. Dokümanların Hazırlanması:

6.1.1. Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda belirtilmiştir;

- Prosedür
- Talimat
- Rehber
- Form
- Plan
- Rıza Belgesi
- Liste

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	DY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	<b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
		SAYFA NO:	2 / 9

- Yardımcı Doküman
  - ✓ Politika
  - ✓ Protokol
  - ✓ Görev - Yetki ve Sorumluluklar
  - ✓ Klinik Rehberler
  - ✓ İş Akışı
  - ✓ El Hijyeni 5 Endikasyon
  - ✓ İlaç İmha Tutanağı
  - ✓ Toplantı Tutanakları vs.

**6.1.2.** Tüm dokümanlar Kalite Yönetim Birimi ve ilgili Birim Kalite Sorumluları tarafından hazırlanır. Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilir ve Başhekim tarafından onaylandıktan sonra yürürlüğe girer.

**6.1.3.** Dokümanların hazırlanmasında gerçekten gerekli ve faydalı olacağı düşünülen en az sayıda dokümanın hazırlanması ve çok miktarda kimsenin okumadığı veya bilmediği aynı zamanda da yönetilmesi oldukça zorlaşan hantal bir doküman yönetim sisteminin önüne geçilmesi göz önünde bulundurulur.

**6.1.4.** Dokümanların öz bilgileri içermesine, net ve anlaşılır olmasına dikkat edilir. Dokümanlarımız hastane içerisindeki uygulamaları yansıtır.

**6.1.5.** Kalite Yönetim Birimi ve Birim Kalite Sorumluları ile birlikte Sağlıkta Kalite Standartlarının tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

## 6.2. Dokümanların Formatı:

**6.2.1.** Sağlıkta Kalite Standartları gereği dokümanlar belli bir formata sahiptir ve tüm dokümanlarda asgari dokümanın;

- Adı
- Kodu (No)
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihi
- Revizyon Numarası
- Sayfa No / Sayfa Sayısı
- Sağlık Bakanlığı Logosu ve / veya Kurum Logosu
- Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

**6.2.2.** Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgilerinde kişi(ler)in, unvan ve imzalarını içerir. Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgilerinin dokümanın tüm sayfaları üzerinde bulunmasına gerek yoktur. Bu bilgiler orijinal doküman için hazırlanan kapak sayfasında yer alabileceği gibi dokümanın arka yüzünde de bulunabilir. Özellikle hasta ve hekimin de imzalayacağı alanları bulunan rıza belgesi gibi dokümanlarda, bu bilgilerin kullanım alanlarındaki formlarda yer almasına gerek yoktur. Orijinal form üzerinde (ön, arka veya kapak sayfası) bulunması yeterlidir.


**6.2.3.** Yardımcı doküman için format şartlarına yukarıda belirlenen ilkeler doğrultusunda Üst Yönetim karar verir.

**6.3.4.** Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmaz. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulur.

## 6.3. Dokümanların Kodlanması:

**6.3.1.** Kurumda kullanılan tüm dokümanlara bir kısaltma kodu verilir ve yayınlanan dokümanlar bu kodlarla yayınlanır.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------

 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>DY.PR.01</b>
	<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>02</b>
	<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>SAYFA NO:</b>	<b>3 / 9</b>
<b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b>		

#### Doküman Türleri Kısaltma Tablosu;


Doküman Türü	Kısaltmalar	Örnek
Prosedür	<b>PR</b>	Endoskopi Ünitesi Prosedürü
Talimat	<b>TL</b>	Hasta Transfer Talimatı
Form	<b>FR</b>	5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu
Plan	<b>PL</b>	Tıbbi Cihazların Bakım ve Kalibrasyonlarına Yönelik Plan
Rehber	<b>RH</b>	Genel ve Bölüm Uyum Rehberleri
Liste	<b>LS</b>	Yüksek Riskli İlaç Listesi
Rıza Belgesi	<b>RB</b>	Enjeksiyon Rıza Belgesi
Yardımcı Dokümanlar	<b>YD</b>	El Hijyeni 5 Endikasyon, İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanaqları vb.

#### Bölüm Kısaltmaları Tablosu;

Kurumsal Yapı	KU	İlaç Yönetimi	İY	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Kalite Yönetimi	KY	Enfeksiyonların Önlenmesi	EN	Patoloji Laboratuvarı	PL
Doküman Yönetimi	DY	Sterilizasyon Hizmetler	SH	Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Risk Yönetimi	RY	Transfüzyon Hizmetler	TH	Tesis Yönetimi	TY
Güvenlik Raporlama Sistemi	GR	Radyasyon Güvenliği	RG	Otelcilik Hizmetleri	OH
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD	Acil Servis	AS	Bilgi Yönetimi	BY
Eğitim Yönetimi	EY	Ameliyathane	AH	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Sosyal Sorumluluk	SS	Yoğun Bakım Ünitesi	YB	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmet	TA
Hasta Deneyimi	HD	Yeni Doğan Yoğun Bakım	YD	Atık Yönetimi	AY
Hizmete Erişim	HE	Doğum Hizmetler	DH	Dış Kaynak Kullanımı	DK
Yaşam Sonu Hizmetler	YS	Diyaliz Ünitesi	Dİ	Göstergelerin İzlenmesi	Gİ
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ	Psikiyatri Hizmetleri	PS	Bölüm Bazlı Göstergeler	GB..*
Hasta Bakımı	HB	Biyokimya Laboratuvarı	BL	Klinik Göstergeler	GK..*

\* Nokta yerine gelecek olan harfler, gösterge grubuna göre değişmektedir.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	DY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	<b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
		SAYFA NO:	4 / 9

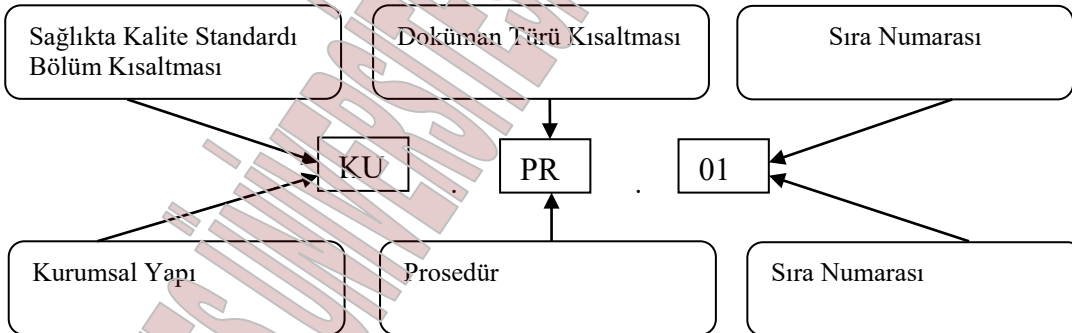
### Sağlıkta Kalite Standartlarında Yer Almayan Bölüm Kısaltmaları Tablosu;

Doküman Türü	Kısaltmalar	Doküman Türü	Kısaltmalar
Kalite El Kitabı	KEK	Göğüs Cerrahi	GSC
Proses Kartı	PRK	Göğüs Hastalıkları	GH
Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	ERÜ SUAM	Göz Hastalıkları	GÖZ
Adli Tıp	ADT	İç Hastalıkları	İÇH
Aile Hekimliği	AİH	Kalp - Damar Cerrahi	KDC
Anestezi ve Reanimasyon	AR	Kardiyoloji	KRD
Beslenme ve Diyet Birimi	BDY	Kulak Burun Boğaz	KBB
Beyin Cerrahi	BC	Nöroloji	NR
Çocuk Cerrahi	ÇC	Nükleer Tıp	NT
Çocuk Psikiyatrisi	ÇPSK	Ortopedi ve Travmatoloji	ORT
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	ÇH	Parazitoloji	PRZ
Dermatoloji	DM	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	PRC
Döner Sermaye İşletmesi	DSİ	Radyasyon Onkolojisi	RO
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	EKM	Radyodiagnostik	RAD
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	FTR	Spor Hekimliği	SPH
Genel Cerrahi	GC	Üroloji	ÜR
Genetik Laboratuvarı	GL		

6.3.2. Bu kodlama sistemi, dokümanların Sağlıkta Kalite Standartları bölümlerinin ve doküman türlerinin kısaltmalarının belirli bir sistematik içerisinde dizilişi esasına dayanır. Doküman kodu; Sağlıkta Kalite Standardı bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve bu doküman için verilen numaradan oluşur. Bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve sıra numarası arasında ayıraç olarak nokta (.) işareti kullanılır. Bölüme ait dokümanlar kodlanırken her tür için sıra numarası 01 den başlar.


#### Örnek 1:

**Doküman Kodu: KU.PR.01** = Kurumsal Yapının 1 (bir) numaralı Prosedürü



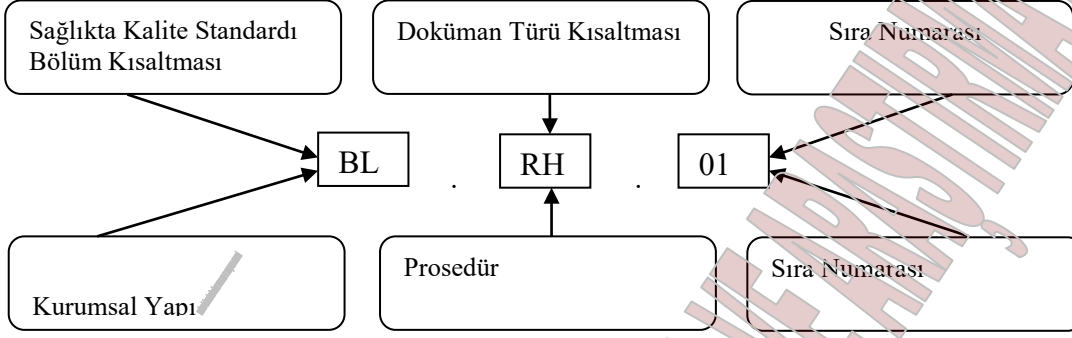
<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------



 <p><b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b></p> <p><b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b></p>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>DY.PR.01</b>
	<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>02</b>
	<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>SAYFA NO:</b>	<b>5 / 9</b>

**Örnek 2:**

**Doküman Kodu: BL.RH.01** = Biyokimya Laboratuvarının 1 (bir) numaralı Rehberi



**Örnek 3: Sağlıkta Kalite Standardında Yer Almayan Bölüm İçin;**

**Doküman Kodu: BH.FR.01** = Başhekimlik 1 numaralı Formu


**6.4. Doküman Türlerine Göre Düzenlemeler:**

**6.4.1.** Her birim ihtiyacı olan dokümanları belirlenen formata ve doküman hazırlama kurallarına uygun olacak şekilde hazırlayarak düzenlenmesi için elektronik ortamda Kalite Yönetim Birimine teslim eder. Hazırlanan ve düzenlenen dokümanlar önce Kalite Yönetim Direktörü ve Kaliteden sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından değerlendirilerek kontrol edilir. Kalite Yönetim Direktörünün kontrol imzasından sonra Başhekim onayı ile uygulamaya girer.

**6.4.2.** Prosedürler; hangi konularda prosedür hazırlanacağını ilgili bölümlerin taleplerini ve kalite faaliyetlerinin gereklerini dikkate alarak Kalite Yönetim Birimi belirler. Her birimin ihtiyacı olan prosedürler 6 (altı) temel başlık bulunduracak şekilde hazırlanır.

- 1. Amaç:** Bu bölümde prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.
  - 2. Kapsam:** Bu bölüm hazırlanan prosedürün sınırlarını belirler. Prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadığı belirlenir.
  - 3. Kısaltmalar:** Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.
  - 4. Tanımlar:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.
  - 5. Sorumlular:** Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirlenen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.
  - 6. Faaliyet Akışı:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde aşağıdaki işlem basamakları izlenir:
    - Adım 1:** İşin başladığı andaki ilk faaliyetten başlanarak tüm faaliyetler sıralanır.
    - Adım 2:** Her faaliyet için; "Ne? Neden? Ne zaman? Nerede? Nasıl? Kim?" sorularından uygun olanların cevabı aranır.
    - Adım 3:** Alınan cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülerek prosedür hazırlanmış olur.
    - Adım 4:** İşlem basamakları içerisinde yer alan bir faaliyet başka bir doküman yazmayı gerektirecek kadar uzunsa veya bu faaliyet için daha önce bir doküman hazırlandıysa, prosedürde bu dokümana atıf yapılır.
- İlgili Dokümanlar:** Dokümanda bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	DY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	<b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
		SAYFA NO:	6 / 9

Örnek:

### PROSEDÜR

1. Adım	Faaliyet 1	Faaliyet 2	Faaliyet 3	Faaliyet 4
	↓	↓	↓	↓
2. Adım	Ne? Neden? Nerede? Ne Zaman? Nasıl? Kim?	Ne? Neden? Nerede? Ne Zaman? Nasıl? Kim?	Ne? Neden? Nerede? Ne Zaman? Nasıl? Kim?	Ne? Neden? Nerede? Ne Zaman? Nasıl? Kim?
3. Adım	Cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülür.			
4. Adım	Çok uzunsa ayrı bir doküman yazılıp atıfta bulunulur.			

4.4.3. Talimatlar tek bir faaliyetin nasıl gerçekleştirildiğini anlatan dokümanlardır. Hazırlanması Prosedür ile aynıdır.

Örnek:

### TALİMAT

1. Adım	Faaliyet 1
	↓
2. Adım	Ne? Neden? Nerede? Ne Zaman? Nasıl? Kim?
3. Adım:	Cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülür.
4. Adım:	Çok uzunsa ayrı bir doküman yazılıp atıfta bulunulur.

6.4.4. Rehberler kurumların çalışanları ya da kurumdan hizmet alan kişiler için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı oluşturulan dokümandır ve kullanıcının gerçekten faydalanacağı bilgiler sade ve anlaşılır şekilde hazırlanır.

Rehberlerin hazırlanmasında aşağıdaki adımlar izlenir:

**Adım 1:** Rehberin içeriğinde yer alacak konular belirlenir.

**Adım 2:** İçerikte yer alacak konular hakkında sunulacak bilgiye karar verilir.

**Adım 3:** Sunulacak bilgi, metin ve görsel anlamda bir araya getirilir.


Kurum tarafından hazırlanmayan rehberler dış kaynaklı doküman niteliğindedir.

6.4.5. Planlar; Her birim ihtiyacı olan planları “Ne, Ne Zaman, Nasıl, Nerede, Kim Tarafından, Hangi Sürede” soruların cevaplarını verecek biçimde; ister tablo isterse de metin halinde hazırlar.

6.4.6. Rıza Belgeleri; Birimler ihtiyaçları olan rıza belgelerini aşağıdaki başlıklara açıklama yapacak (hastanın anlayacağı dilde ve öz bilgiler içeren) şekilde hazırlar.

- İşlemin kim tarafından yapılacağı,
- İşlemden beklenen faydalar,

<b>HAZIRLAYAN:</b> KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	<b>KONTROL EDEN:</b> KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	<b>ONAYLAYAN:</b> BAŞHEKİM
--	--	-------------------------------

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	DY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	<b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
		SAYFA NO:	7 / 9

- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
- Varsa işlemin alternatifleri,
- İşlemin riskleri ve komplikasyonları,
- İşlemin tahmini süresi,
- Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- Rızanın alındığı tarih ve saat

**6.4.7. Dış Kaynaklı Dokümanlar;** Hastanemiz bünyesinde hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümanlar (Birincil ve İkincil Mevzuatlar ve hazırladığımız fakat kaynak olarak yararlandığımız dokümanlar) olup, herhangi bir şartı aranmaz ve orijinal formatında güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulur. Güncelliği Üst Yönetim, ilgili birimin kendisi ve Kalite Yönetim Birimi tarafından takip edilir. Güncelleme gerekliliği tespit edildiği anda ilgili birim tarafından Kalite Yönetim Birimine bildirir. Bu dokümanların takibi “ Doküman Takip Formundan” yapılır.

**6.4.8. Meslek bazında işleyiş ile ilgili oluşturulan görev tanımları;** Görev Yetki ve Sorumluluklar başlığı ile çalıştığı bölüm, bağlı olduğu üst makam, bağlı birimler, yerini alacak kişi, gerekli nitelikler, görev - yetki ve sorumluluklar maddelerinden oluşturularak hazırlanır.

**6.4.9. Oluşturulan proses kartları standart olmayıp, klinikler, poliklinikler, yoğun bakımlar, üniteler, laboratuvarlar, idari birimler, ameliyathaneler ve acil servis olmak üzere düzenlenmiştir.**

**6.4.10. Her bölümün sorumlusu kendi bölümü için kalite dokümanlarının zamanında hazırlanmasından ve Kalite Yönetim Birimine ulaştırılmasından yetkili ve sorumludur. Bölümler tarafından hazırlanan dokümanların birbirleriyle ilişkileri yönünden incelenip, koordinasyon sağlanmasından ve takibinden Kalite Yönetim Birimi sorumludur.**

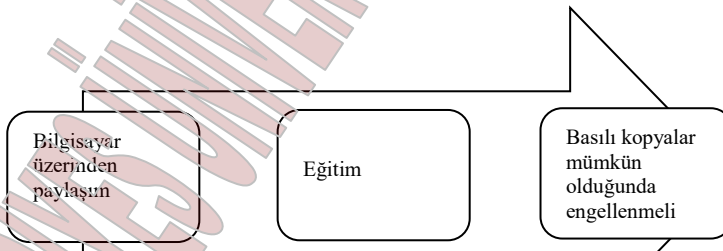
**6.4.11. Tüm dokümanlar bilgisayar ortamında hazırlanır ve orijinal nüshaları Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir.**

#### **6.5. Dokümanların Yayını ve Duyurulması:**


**6.5.1. Tüm dokümanların yayını ve duyurulması (formlar hariç) bilgisayar ortamında otomasyon sistemi üzerinden yapılır. Her birimin kendine ait dokümanlarını otomasyon ortamında ulaşma yetkisi verilerek görülmesi sağlanır. Dokümanlar üzerinde değiştirme ve çıktı alma yetkisi Kalite Yönetim Birimine ait olup, birimler kendilerine ait dokümanları otomasyon üzerinden sadece görme yetkisine sahiptir. Ancak formlar, dış kaynaklı dokümanlar vb. bu uygulamanın dışındadır. Başka birim elemanı dokümana ulaşmak istediğinde Kalite Yönetim Direktörüne bir yazı ile başvurur. Kalite Yönetim Direktörü uygun görürse aynı yazının altına imzasını atarak onaylar ve Kalite Yönetim Birimi tarafından bu onaylı yazıyı gördükten sonra ilgili kişiye istediği dokümanın orijinalinden çoğaltıp mavi renkli **BİLGİ İÇİNDİR** ve kırmızı renkli **ÇOĞALTILAMAZ** mührü vurarak ilgili kişiye verilir. Bu mührerler dokümanların hastane dışına çıkarılmasını, habersiz çoğaltılmasını önlemek amacıyla Kalite Yönetim Birimi tarafından vurulur. Bu mührü vurma yetkisi sadece Kalite Yönetim Birimine aittir.**

**6.5.2. Üzerine kayıt alınması gereken mahiyetteki dokümanlar haricinde birimlerde basılı kopya bulundurulmaz. Böylece eski tarihli dokümanların kullanımının önüne geçilmiş olur.**

**6.5.3. Hazırlanan dokümanın duyurulmasının yanı sıra eğitimler verilir.**



<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------

 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>DY.PR.01</b>
	<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>02</b>
	<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>SAYFA NO:</b>	<b>8 / 9</b>
<b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b>		

## 6.6. Dokümanların Muhafazası: (Saklama Süresi ve İmhası):

6.6.1. Üst Yönetim tarafından fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış tüm orijinal dokümanlar Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde dosyalanır ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gerekli tedbirler.

6.6.2. Sağlıkta Kalite Standardı doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları gibi) orijinal nitelikteki dokümanlar gibi düzenli bir şekilde muhafaza edilir. Bilgisayar bulunmayan bölümlerde kontrolsüz kopyaların basılı olarak bulundurulmasına müsaade edilebilir.

6.6.3. Dokümanlar “Devlet Arşiv Yönetmeliği”, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi "Yükseköğretim Üst Kuruluşları ve Yükseköğretim Kurumları Saklama Süreli Standart Dosya Planı" ve “Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sağlık Kayıtları Kurulu Yönergesi”ne göre muhafaza edilir ve imhası da bu usul ile gerçekleştirilir.

## 6.7. Dokümanların Revizyonu ve Dağıtımı:

6.7.1. Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.

6.7.2. Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulur. Başhekim onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanır, ilgililere duyurulması sağlanır ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılır.

6.7.3. Güncellenen dokümana revizyon no ve revizyon tarihi yazılır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenir.

6.7.4. Kurumda kullanılan tüm dokümanın bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.

- Doküman Adı
- Doküman Kodu
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihleri
- Revizyon Numarası

6.7.5. Bölüm kalite sorumlusu değiştiğinde kendi bölümüne ilişkin dokümanları gözden geçirerek yeni bölüm sorumlusuna devretmelidir.

6.7.6. Tüm birimler bilgisayar ortamında disket, USB, mail vb. araçlarla Kalite Yönetim Biriminden değişiklik talebinde bulunabilirler. Talep edilen değişiklik teklifleri, Başhekim, Kalite Yönetim Direktörü ve ilgili birimle koordine kurularak incelenir. Uygun görülmesi halinde değişiklik yapılarak dokümanın yayınlanması sağlanır.

6.7.7. Formlar dışındaki dokümanların dağıtımı ve revizyonu Kalite Yönetim Birimi tarafından otomasyon ortamında yapılmaktadır. Formların dağıtımı ve revizyonu Kalite Yönetim Birimi tarafından yürütülür. Yürürlükten kalkan form dışındaki dokümanların imhası otomasyon üzerinden Kalite Yönetim Birimi tarafından yapılır. Formların basılması Kalite Yönetim Biriminin denetiminde olmaktadır. Yürürlükten kaldırılan formlar Kalite Yönetim Birimi tarafından toplanarak yeniden kullanımı engellenir.


6.7.8. Kalite Yönetim Birimi, revizyonu yapılan dokümanın, yayınlanmış bütün revizyonlarını içeren yeni dokümanı arşivinde muhafaza eder. Orijinal nüshasına kırmızı renkli **İPTAL EDİLMİŞTİR** mührü vurulduktan sonra bütün doküman yeniden yayınlanana kadar saklanır.

6.7.9. Bütün Prosedür, Talimat ve Kalite El Kitabında yapılan değişiklikler sayfa bazında yapılır ve takip edilir.

6.7.10. Prosedür, talimat ve formlarda yapılan revizyonlar Doküman Takip Formundan takip edilir.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------



 <p><b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ</b> <b>HASTANELERİ</b> 1975</p>	<p><b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK</b> <b>UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b></p>	DOKÜMAN KODU:	DY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	<p><b>DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ</b></p>	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
		SAYFA NO:	9 / 9

**6.7.11.** Kalite El Kitabındaki revizyonlar, sayfa bazında yapılır ve Doküman Takip Formundan takibi sağlanır. Kitap tamamen revize edilip, yeniden yayınlanırsa, kapaktaki revizyon tarihi ve revizyon no kısımlarına işlenir. Kalite El Kitabı yılda bir kez Kalite Yönetim Birimi tarafından kontrol edilip, üst yönetimle görüşüldükten sonra ihtiyaç varsa revize edilir. Yeni revizyon numarası ve tarihi Kalite El Kitabının kapak sayfasına işlenir.

**6.7.12.** Ayrıca Kalite El Kitabının ve bütün dokümanların son durumları (revize olan ve olmayan bütün dokümanlar) Doküman Takip Formundan da genel olarak takip edilir.

**6.7.13.** Kalite Yönetim Sistemi dokümanları hazırlayan birim sorumlusu tarafından her yılın sonunda gözden geçirilerek varsa yapılan değişiklikler Kalite Yönetim Birimine bildirilerek revizyon işlemi gerçekleştirilir.

**6.7.14.** Dokümanların en son tarihli ve onaylı olanların kullanılıp kullanılmadığının takibi, öz değerlendirme sırasında yapılır.

**6.7.15.** Yürürlükten kaldırılan ve / veya iptal edilen dokümanların kodu (numarası) yeni yayınlanan dokümanlara verilir.

#### **6.8. Dokümanların Asılması:**

**6.8.1.** Dokümanların basılı olarak duyurulması gerektiği durumlarda aşağıda belirlenen kurallara riayet edilmesi gerekmektedir:

- Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmeli ve bu amaçla kullanılacak alanlarda, görseleğe uygun ve estetik panolar bulunmalıdır.
- Panolara hangi dokümanların asılması gerektiği tanımlanmalı ve tanımlı dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalıdır.
- Panolar ve panolarda asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.
- Panolarda asılacak dokümanlara onayın nasıl verileceği, dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ile ilgili kurumlara ait kurallar belirlenmelidir.
- Hastalara yönelik yapılacak bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.
- Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hazırlanan dokümanlar asılmamalıdır.
- Hastaların hizmet aldığı alanlarda hastaların bilgilendirilmesine yönelik dokümanlar dışındaki dokümanlar (Form, talimat, personele ilişkin duyuru, belgelendirme belgeleri vb) asılmamalıdır.
- Bakanlığımızca verilmeyen ve başka kurumlardan alınan belgeler kesinlikle asılmamalıdır.
- Belirlenen alanlar / panolar dışında bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklama yapılması durumunda bu bilgilerin uygun ve estetik tarzda hazırlanması ve görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenerek asılması gerekmektedir.

**6.8.2.** Dokümanların asılmasında başlıca dikkat edilecek hususlar:

- Alanlar (Panolar) belirlenmeli,
- Asılabilecek dokümanlar belirlenmeli,
- Kurallar belirlenmeli (Onay, Süre),
- Görseleğe uygun ve estetik panolar hazırlanmalı,
- Görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmeli,
- Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hazırlanan dokümanlar asılmalı.

#### **7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

- 7.1. Doküman Takip Formu
- 7.2. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.3. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik
- 7.4. TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Standardı

<p><b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b></p>	<p><b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b></p>	<p><b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b></p>
---	---	--