

	<b>ERCIYES 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 YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>03</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>1 / 12</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 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:

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

**Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır.

**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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6. FAALİYET AKIŞI:

#### 6.1. Doküman İhtiyacının Belirlenmesi:

**6.1.1.** Kalite Yönetim Birimi ve Bölüm Kalite Sorumluları tarafından Sağlıkta Kalite Standartlarının tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

#### 6.2. Sağlıkta Kalite Standartları Doğrultusunda Hazırlanabilecek Doküman Türleri:

- Prosedür
- Talimat
- Rehber
- Form
- Plan

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

	<b>ERCIYES 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 YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>03</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>2 / 12</b>

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

### 6.3. Hazırlanacak Dokümana İlişkin Karar Verme Süreci:

**6.3.1.** Kalite Direktörlüğü ve Bölüm Kalite Sorumluları tarafından Sağlıkta Kalite Standartların tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

**6.3.2.** Sağlıkta Kalite Standartlarında standart ya da değerlendirme ölçütlerinde; “tanımlanmalıdır” ya da “belirlenmelidir” şeklinde ifade edilen durum, süreç ya da görevler için doküman ya da kayıtlı bir belge oluşturulmalıdır.

**6.3.3.** Kurum işleyişi sırasında ekstra yeni bir dokümana ihtiyaç duyulması halinde de yine ilgili Bölüm Kalite Sorumlusu tarafından Kalite Direktörlüğüne ihtiyaç bildirilir ve birlikte değerlendirilir. İhtiyaç olduğu belirlenen dokümanın türüne (Prosedür, Talimat, Form, Plan, Liste vb.) karar verilir.

### 6.4. Hazırlanacak Dokümanı Etkileyen Unsurlar:

**6.4.1.** Hastanemizde hazırlanması gereken dokümanların sayısı ve içeriği aşağıdaki özelliklere göre belirlenir.

- Kurumun büyüklüğü ve hizmet sunum alanları
- Kurum süreçlerinin karmaşıklığı
- Kurumda çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimleri

**6.4.2.** Büyük ve nitelikli olarak daha fazla farklı alanda hizmet sunulması, daha fazla sayıda doküman hazırlama ihtiyacını oluşturmaktadır. Doküman sayısındaki artış süreçlerin karmaşıklığı ile de bağlantılıdır. Bu süreç karmaşıklığının daha iyi anlaşılması için daha fazla dokümana ihtiyaç duyulmaktadır.

**6.4.3.** Hastanemizde çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitim düzeyleri arttıkça hazırlanmasına ihtiyaç duyulacak doküman miktarı da azalacaktır.

**6.4.4.** 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.


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

### 6.5. Doküman Formatında Dikkat Edilecek Hususlar:

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

- Adı
- Kodu (No)
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihi
- Revizyon Numarası

<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>03</b>
	<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
	<b>SAYFA NO:</b>	<b>3 / 12</b>
<b>DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>		

- Sayfa No / Sayfa Sayısı
- Sağlık Bakanlığı Logosu ve / veya Kurum Logosu
- Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

**6.5.2.** Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri; 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.

**6.5.3.** Yukarıda bahsedilen tüm bilgiler doküman üzerine format olarak farklı şekillerde oluşturulabilir.

### **6.6. Doküman Türleri İçin Format Şartı:**

**6.6.1. Prosedür ve Talimat;** Kurumunun tüm prosedür ve talimatları yukarıda belirtilen format şartlarına uygun olarak hazırlanmalıdır.

**6.6.2. Rehberler;** Belirtilen format şartlarının tümü rehberler için de geçerlidir. Rehberler için kapak sayfaları düzenlenebilir. Ama format açısından istenen bilgilerin tümü, kapak (ön veya arka) sayfalarında yer almalıdır.

**6.6.3. Form:** Basılı olarak kullanılan tüm formlar için belirtilen format şartları geçerlidir. Bir takım bilgileri kaydetmek için oluşturulmuş formların orijinal nüshalarında Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgileri bulunmalıdır. Ancak kullanım alanlarında bulunan formlarda Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

**6.6.4. Rıza Belgesi:** Rıza belgelerinin orijinal nüshalarında yukarıda format şartları aynen geçerlidir. Ancak bu belgeyi, hem hasta (veya yakını) hem de kurum çalışanı imzalayacağından, Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgileri de ekleneceği düşünüldüğünde çok sayıda imzanın bulunduğu bir belge haline gelecektir. Bu yüzden rıza formlarının basılı nüshalarında Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

**6.6.5. Plan:** Hazırlanan tüm planlarda yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

**6.6.6. Liste:** Hazırlanan tüm listelerde yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

**6.6.7. Yardımcı Doküman:** Kurum kullandığı yardımcı dokümanın format şartlarına yukarıda belirlenen ilkeler doğrultusunda kendi karar verir.

**6.6.8. Dış Kaynaklı Dokümanlar:** Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.

### **6.7. Dokümanların Hazırlanması:**

**6.7.1.** Hazırlanma ihtiyacı belirlenen dokümanlar belirlenen formata ve doküman hazırlama kurallarına uygun olacak şekilde ilgili birim sorumlusu, kurul (komite) / ekipte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanır.

**6.7.2.** Dokümanlar öz bilgileri içermeli, anlaşılır, açık ve net olmalıdır.

**6.7.3.** Taslak olarak hazırlanan dokümanlar düzenlenmesi için elektronik ortamda Kalite Yönetim Birimine teslim edilir. Kalite Yönetim Biriminde dokümanın adı, dokümanın kodu, yayın tarihi, revizyon tarihi, revizyon numarası, sayfa numarası kısımları ve içeriği düzenlenir. Dokümanların orijinallerinde Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan kısımları bulunur.

**6.7.4.** Hazırlanan dokümanın tüm sayfalarına çapraz şekilde “**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**” yazılı filigran yerleştirilerek son şekli verilir.

**6.7.5.** Doküman uygunluk açısından Kalite Yönetim Direktörü ve / veya Kaliteden sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından değerlendirilerek kontrol edilir. Kalite Yönetim Direktörünün dokümanın “Kontrol Eden” kısmını imzalamasından sonra Başhekimin onayına sunulur. Başhekim de dokümanın “Onaylayan” kısmını imzalamasının ardından doküman yürürlüğe girer.

<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 YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>		REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		SAYFA NO:	4 / 12

**6.7.6.** Onaylanan ve yürürlüğe giren tüm dokümanlar “Doküman Takip Formuna” kaydedilir. Güncellemelerin (revizyon) ve gözden geçirmelerin takibi bu form ile sağlanır.

**6.7.7.** Başhekim onayından sonra yürürlüğü giren tüm dokümanların (bölüm formları hariç) otomasyon sistemi üzerinden kaydı yapılarak ilgililerin erişimi sağlanır.

#### **6.7.8. Prosedürlerin Hazırlanması;**

**6.7.8.1.** Prosedürler kurumda icra edilmekte olan ve bir dizi faaliyetten meydana gelen bir işin işlem basamaklarını anlatan dokümanlardır. Bu dokümanın hazırlanmasında amaç, aynı işin farklı şekillerde icra edilmesini engellemek ve yapılan iş için en uygun yöntemin belirlenerek yürürlüğe girmesini sağlamaya yardımcı olmaktır. Bir yönüyle işin icra edilmesinde uyulacak kurallar da belirlenmiş olur.

**6.7.8.2.** Prosedürlerde 6 (altı) temel başlık bulunur.

**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 hazırladıysa, prosedürde bu dokümana atıf yapılır.

**Örnek:**

#### **PROSEDÜR**

1. Adım	Faaliyet 1	Faaliyet 2	Faaliyet 3	Faaliyet 4
	↓	↓	↓	↓
<b>2. Adım</b>	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?
<b>3. Adım</b>	Cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülür.			
<b>4. Adım</b>	Çok uzunsa ayrı bir doküman yazılıp atıfta bulunulur.			

**7. İlgili Dokümanlar:** Tüm faaliyetler ardışık bir şekilde tamamlandıktan sonra “İlgili Dokümanlar” başlığı oluşturulur. Bu başlıkta, 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 YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>		REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		SAYFA NO:	5 / 12

### 6.7.9. Talimatların Hazırlanması;

6.7.9.1. 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.	

### 6.7.10. Rehberlerin Hazırlanması;

6.7.10.1. 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.

6.7.10.2. 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 getirilerek rehber hazırlanır.

6.7.10.3. Rehberlerde önemli olan kullanıcıya verilmesi arzu edilen bilgiyi içerecek şekilde oluşturulmasıdır. Verilmesi arzu edilen bilgi kısa, öz ve anlaşılır bir formatta bir araya getirilmelidir.

6.7.10.4. Kurum tarafından hazırlanmayan rehberler dış kaynaklı doküman niteliğindedir. Sağlıkta Kalite Standartlarında belirtilen rehberlerin dışında da gerekli görüldüğünde rehberler hazırlanır.

### 6.7.11. Planların Hazırlanması;

6.7.11.1. Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir. Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulan şekle sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir.


Bu nedenle Sağlıkta Kalite Standartlarında bazı standartlarında planlar oluşturulmuştur ve planlar doğrultusunda faaliyetler gerçekleştirilmiştir (Öz Değerlendirme Planı, Risk Yönetimi Planı, Afet ve Acil Durum Planı, Temizlik ve Dezenfeksiyon Planı, Tıbbi cihazların Bakım, Onarım, Ayar, Test, Kontrol ve Kalibrasyon Planı gibi).

6.7.11.2. Her birim ihtiyacı olan planları; aşağıdaki soruların cevapları uygun formatlarda bir araya getirilerek oluşturur.

- Ne
- Ne Zaman
- Nasıl, Nerede
- Kim Tarafından
- Hangi Sürede

6.7.6.3. Planlar, yukarıdaki sorulara cevap verecek biçimde tablo veya metin halinde hazırlanır.

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

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>DY.PR.01</b>
	<b>DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
<b>REVİZYON NO:</b>		<b>03</b>	
<b>REVİZYON TARİHİ:</b>		<b>TEMMUZ 2020</b>	
<b>SAYFA NO:</b>		<b>6 / 12</b>	

### 6.7.12. Rıza Belgelerinin Hazırlanması;

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

**6.7.12.2.** Rıza belgesi asgari aşağıdaki başlıklar altında hazırlanmalıdır;

- İşlemden beklenen faydaları
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- Varsa işlemin alternatifleri
- İşlemin riskleri - komplikasyonları
- İşlemin tahmini süresi
- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar
- Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edil-memesi durumunda yaşanabilecek sorunlar
- İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, unvanı, imzası ve tarih bilgisi
- Hastanın adı, soyadı, imzası ve tarih bilgisi

**6.7.12.3.** Birimler ihtiyaçları olan rıza belgelerini asgari yukarıdaki başlıkları içeren mümkün olduğunca hasta tarafından anlaşılabilir bir dilde ve öz bilgiler ihtiva edecek şekilde hazırlar.

### 6.7.13. Dış Kaynaklı Dokümanlar;

**6.7.13.1.** Kurumumuz bünyesinde hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümanlar (Birincil ve İkincil Mevzuatlar, Sağlıkta Kalite Standartları, Rehberler, Protokoller ve hazırladığımız fakat kaynak olarak yararlandığımız dokümanlar) olup, herhangi bir şartı aranmaz ve orijinal formatında güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulur.

**6.7.13.2.** Dış kaynaklı dokümanlar tedarikçilerden, diğer resmi veya özel kuruluşlardan, web sayfasından ve ilgili müdürlüklerden temin edilebilir.

**6.7.13.3.** Güncelliği; Üst Yönetim, ilgili birimin kendisi ve Kalite Yönetim Direktörü tarafından internet adresleri üzerinden takip edilir. Kalite Yönetim Direktörü tüm hastanede birimlere kullandıkları dış kaynaklı dokümanları kendisine bildirmesini talep eder, bildirilen dokümanları elektronik ortamda kayıt altına alır ve belirli periyotlarla güncelliğini takip eder.

**6.7.13.4.** Bilgisayar ağı üzerinden kullanım alanlarında dış kaynaklı dokümanların güncel olması sağlanır.

### 6.7.14. Yardımcı Dokümanların Hazırlanması;

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

**6.7.14.2.** 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.

### 6.7.15. Diğer Dokümanlar;

**6.7.15.1.** Kalite El Kitabı (KEK); TS EN ISO 9001:2015 standart maddelerini kapsayacak şekilde Kalite Yönetim Direktörü tarafından hazırlanır.

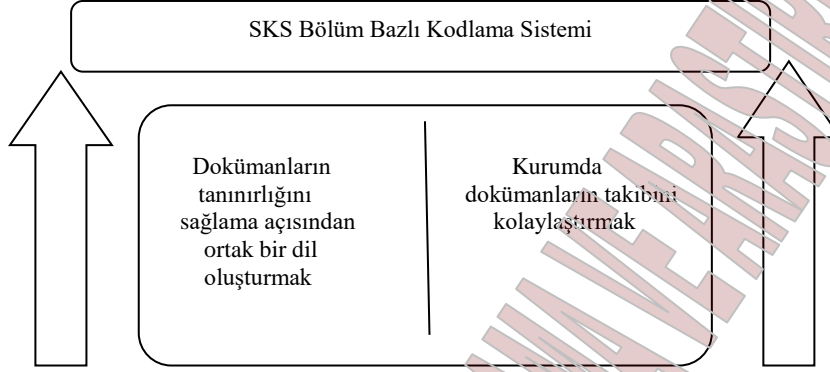
**6.7.15.2.** Proses; Girdileri çıktılara dönüştüren birbirleri ile ilgili olan veya etkileşimde bulunan bir faaliyetler dizisidir. Oluşturulan proses kartları bölümlerin performans parametrelerinin belirlenip takip edildiği dokümanlardır. Bu kartlar standart olmayıp, klinikler, poliklinikler, yoğun bakımlar, üniteler, laboratuvarlar, idari birimler, ameliyathaneler ve acil servis olmak üzere düzenlenmiştir.

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

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	DY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	<b>DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		SAYFA NO:	7 / 12

### 6.8. Dokümanların Kodlanması:

6.8.1. Hastanemizde kullanılan tüm dokümanlara bir kod numarası verilir. Bu hem dokümanın kurumda takibini kolaylaştıracak hem sağlıkta kalite camiası için dokümanların tanınırlığını sağlama açısından ortak bir dil oluşmasına katkıda bulunmuş olacaktır.



### 6.8.2. Sağlıkta Kalite Standartları Bölüm Bazlı Kodlama;

#### Bölüm Kodları Tablosu;

Kurumsal Yapı	KU	Hasta Bakımı	HB	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Kalite Yönetimi	KY	İlaç Yönetimi	İY	Patoloji Laboratuvarı	PL
Doküman Yönetimi	DY	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EN	Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Risk Yönetimi	RY	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS	Kemoterapi Hizmetleri	KH
Kurumsal Verimlilik	KV	Transfüzyon Hizmetler	TH	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	ON
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO	Radyasyon Güvenliği	RG	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	FR
Afet ve Acil Durum Yönetimi	AD	Acil Servis	AS	Tesis Yönetimi	TY
Kimyasal, Biyolojik, Radyasyon ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	KBR	Ameliyathane	AH	Otelcilik Hizmetleri	OH
Eğitim Yönetimi	EY	Yoğun Bakım Ünitesi	YB	Bilgi Yönetimi	BY
Sosyal Sorumluluk	SS	Yeni Doğan Yoğun Bakım	YD	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Hasta Deneyimi	HD	Doğum Hizmetleri	DH	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Hizmete Erişim	HE	Diyaliz Ünitesi	Dİ	Atık Yönetimi	AY
Yaşam Sonu Hizmetler	YS	Psikiyatri Hizmetleri	PS	Dış Kaynak Kullanımı	DK
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ	Biyokimya Laboratuvarı	BL	Göstergelerin İzlenmesi	Gİ

<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 YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		SAYFA NO:	8 / 12

#### Doküman Türleri Kısaltma Tablosu;

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


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

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

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 ayrıca olarak nokta (.) işareti kullanılır. Bölüme ait dokümanlar kodlanırken her tür için sıra numarası 01' den başlar.

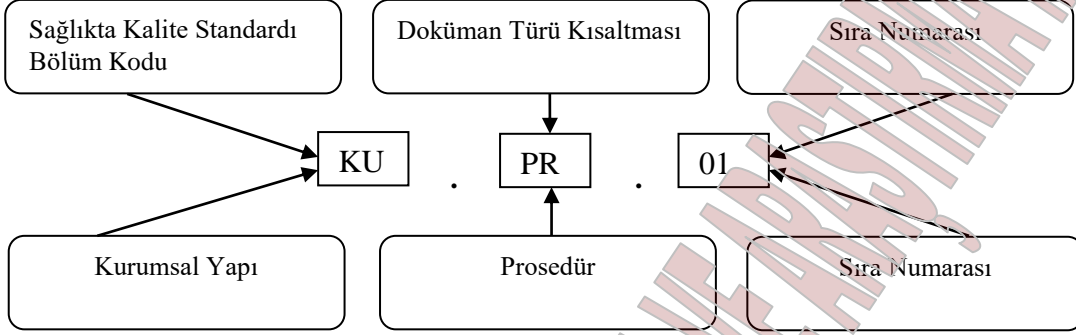
<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------



	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	DY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	<b>DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		SAYFA NO:	9 / 12

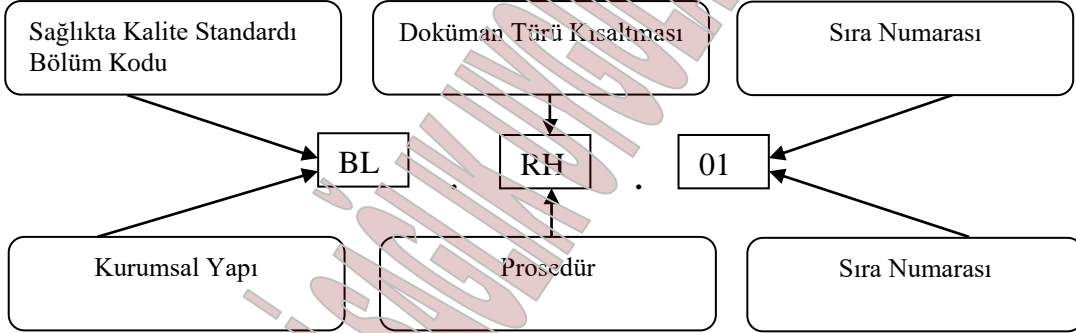
### Örnek 1:

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



### Örnek 2:

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



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

**Doküman Kodu: ERÜ.SUAM.FR.01** = Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 1 numaralı Formu

### 6.9. Dokümanların Yayınlanması (Dağıtım) ve Duyurulması:


**6.9.1.** Tüm dokümanların yayınlanması (dağıtım) ve duyurulması bilgisayar ortamında otomasyon sistemi üzerinden yapılır ve çalışanlarla paylaşılır.

**6.9.2.** Üzerine kayıt alınması gereken mahiyetteki dokümanlar haricinde birimlerde basılı kopya bulundurulmaz. Böylece eski tarihli dokümanların kullanımının önüne geçilmiş olur. Bilgisayar bulunmayan birimlerde dokümanların basılı olarak bulundurulmasına müsaade edilir.

**6.9.3.** Yayınlanan her dokümanın bilgisayar ortamında otomasyon sistemi üzerinden duyurulmasının yanı sıra ilgililere eğitimler de verilir.

**6.9.4.** Bölümlerin kendilerine ait oluşturdukları formların (Ör; Çocuk Psikiyatri Cümle Tamamlama Testi, Fizik Tedavi Hasta Egzersizleri, Genel Cerrahi Meme Muayene Formu vb.) yayınlanması (dağıtım) ve duyurulması sadece bölümü ilgilendirdiği ve bölüm içinde kullanılacağı için otomasyon ortamında yayınlanmayıp, doğrudan bölüme flaş bellek veya mail ortamında gönderilerek ilgili bölümle paylaşılır.

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

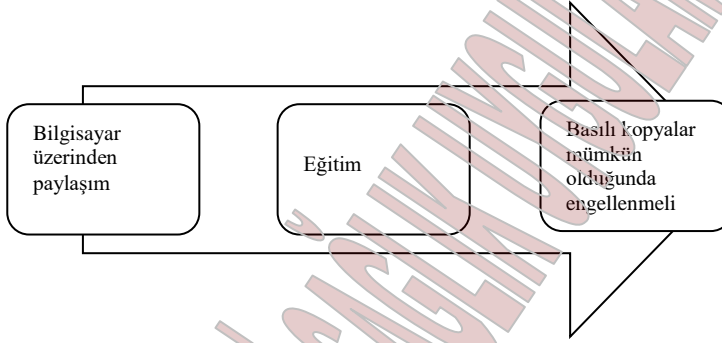
	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>DY.PR.01</b>
	<b>DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>OCAK 2007</b>
<b>REVİZYON NO:</b>		<b>03</b>	
<b>REVİZYON TARİHİ:</b>		<b>TEMMUZ 2020</b>	
<b>SAYFA NO:</b>		<b>10 / 12</b>	

**6.9.5.** Tüm bölümlerin kendilerine ait oluşturdukları formların matbaada basım işlemleri Kalite Yönetim Biriminin kontrolünde yapılmaktadır.

**6.9.6.** 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.

**6.9.7.** 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**" kaşesi vurarak ilgili kişiye verilir. Bu kaşeler dokümanların hastane dışına çıkarılmasını, habersiz çoğaltılmasını önlemek amacıyla Kalite Yönetim Birimi tarafından dokümana basılır. Bu kaşeyi dokümana basma yetkisi sadece Kalite Yönetim Birimine aittir.

**6.9.8.** Basılı kopya bulundurulmasını gerektiren durumlarda Kalite Yönetim Birimi tarafından orijinal imzalı dokümanın fotokopisine mavi renkli "**KONTROLLÜ DOKÜMAN**" ile kırmızı renkli "**ÇOĞALTILAMAZ**" kaşesi basılarak bulundurulması sağlanır.



#### **6.10. Dokümanların Güncellenmesi (Revizyon):**

**6.10.1.** Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilir.

**6.10.2.** Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulur. Başhekim onayını müteakip güncellenmiş doküman yayımlanır, ilgililere bilgisayar ortamında duyurulması sağlanır ve en kısa zamanda bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılır.


**6.10.3.** Güncellenen dokümana revizyon no ve revizyon tarihi yazılır. Dokümanın ilk yayımında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları artık geçersiz doküman olduğundan ve değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince hem dosyada hem de bilgisayar ortamında arşivlenir.

**6.10.4.** Kurumda kullanılan tüm dokümanların listelendiği "Doküman Takip Formu" oluşturulmuştur. Bu forma dokümanın ilk oluşturulduğu andan itibaren kaydı yapılır ve güncellemelerin (revizyon), gözden geçirmelerin izlenmesi de sağlanmış olur. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içerir;

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

**6.10.5.** Bölüm Kalite Sorumlusu değiştiğinde kendi bölümüne ilişkin dokümanları gözden geçirerek yeni bölüm sorumlusuna devretmelidir.

<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 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 YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>03</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>11 / 12</b>

**6.10.6.** Öz değerlendirmelerde de dokümanların en son tarihli ve onaylı olanların kullanılıp kullanılmadığının takibi yapılır.

**6.10.7.** Tüm birimler dokümanlarla ilgili Kalite Yönetim Biriminden değişiklik talebinde bulunabilirler ve bu taleplerini Birim Sorumlusunun bilgisi ve onayı ile iletirler. Talep edilen değişiklik teklifleri, Kalite Yönetim Direktörü ve ilgili Birim Sorumlusu ile koordine kurularak incelenir. Uygun görülmesi halinde değişiklik yapılarak dokümanın yayınlanması sağlanır.

**6.10.8.** Bölümlerin kendilerine ait oluşturdukları formların (Ör; Çocuk Psikiyatri Cümle Tamamlama Testi, Fizik Tedavi Hasta Egzersizleri, Genel Cerrahi Meme Muayene Formu vb.) güncellenmesi ve duyurulması bölümü ilgilendirdiği ve bölüm içinde kullanılacağı için otomasyon ortamında yapılmayıp, doğrudan bölüme flaş bellek veya mail ortamında gönderilir.

**6.10.9.** Güncellenmesi (revizyonu) yapılan dokümanın son hali (bölüm formları hariç) otomasyon sistemine kaydedilir ve ilgililerin dokümanın son haline ulaşmaları sağlanır.

**6.10.10.** Otomasyon sistemine yüklenen dokümanlar ilgili bölümlerin “Doküman Takip Formu” niteliğinde olup, bölümler Sağlıkta Kalite Standartları gereğince oluşturulan dokümanların listesinin ve güncelliğinin takibini buradan gerçekleştirir.

**6.10.11.** Kalite Yönetim Birimi, revizyonu yapılan dokümanın, yayınlanmış bütün revizyonlarını içeren yeni dokümanı arşivinde muhafaza eder. Orijinal nüshasına kırmızı renkli “**İPTAL EDİLMİŞTİR**” kaşesi basıldıktan sonra dokümanın revizyon yapılmış orijinal son hali, iptal edilmiş dokümanın üstüne konularak muhafazası sağlanır.

**6.10.12.** Kalite El Kitabındaki revizyonlar, sayfa bazında yapılır ve “Doküman Takip Formundan” takibi sağlanır. Kitap tamamen revize edilip, yeniden yayınlanırsa, kapaktaki revizyon tarihi ve revizyon kodu kısımlarına işlenir. Kalite El Kitabı yılda bir kez Kalite Yönetim Birimi tarafından kontrol edilip, üst yönetimle görüşüldükten sonra ihtiyaç duyulursa revize edilir.

#### **6.11. Dokümanların Muhafazası ve Arşivlenmesi:**

**6.11.1.** Kalite Yönetim Sisteminde tanımlanmış, elektronik ve / veya ıslak imzalı tüm orijinal dokümanlar Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde dosyalanır, raflandırılır ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gerekli tedbirler alınarak ve dış etkenlerden korunması sağlanır.

**6.11.2.** 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.

**6.11.4.** Dokümanlar “Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”, “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi” ve “Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sağlık Kayıtları Kurulu Yönergesi” ne göre muhafaza edilir.

**6.11.5.** Yürürlükteki tüm dokümanların elektronik ortamda da erişim, saklama, tasfiye ve transfer edilebilecek şekilde arşivlenmesi sağlanır.


#### **6.12. Dokümanların İmhası:**

**6.12.1.** Dokümanlar “Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”, “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi” ve “Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sağlık Kayıtları Kurulu Yönergesi” ne göre imhası gerçekleştirilir.

#### **6.12. Dokümanların Gözden Geçirilmesi:**

**6.12.1.** Kalite Yönetim Sistemi kapsamında hazırlanan dokümanlar, Kalite Yönetim Sisteminde değişiklik olması veya yeni standart yayınlanması durumunda, hizmetlerimizde yenilik ve / veya değişiklik olması durumunda, bunlardan hiçbiri olmasa dahi yılda bir kez Kalite Yönetim Direktörü ve hazırlayan birim sorumlusu tarafından gözden geçirilir ve “Doküman Takip Formunda” kayıt altına alınır.

<b>HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: 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>DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>03</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>12 / 12</b>

### 6.13. Dokümanın İptal Edilmesi ve / veya Kullanımdan Kaldırılması:

**6.13.1.** Dokümanların iptali ve / veya kullanımdan kaldırılması Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğundadır. Kalite Yönetim Birimi tarafından kullanımdan kaldırılan dokümanın orijinalinin her sayfasına kırmızı renkli “**İPTAL EDİLMİŞTİR**” kaşesi basılarak dosyada muhafaza edilir.

**6.13.2.** Dokümanların yürürlükteki güncel durumları (revizyon) “Doküman Takip Formuna” kaydedilir ve takibi buradan yapılır.

**6.13.3.** Kullanımdan tamamen kaldırılan dokümanın kaydı otomasyon sistemi üzerinde de silinir.

**6.13.5.** Dokümanın basılı kontrollü kopyası bulunuyorsa Kalite Yönetim Birimi tarafından toplanarak imha edilir ve yeniden kullanımı engellenir.

**6.13.6.** Tamamen iptal edilen ve kullanımdan kaldırılan dokümandan boşalan kod numarası yeni hazırlanacak olan başka bir dokümana verilir.

### 6.14. Dokümanların Asılması:

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

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

**6.14.2.** Dokümanların basılı olarak duyurulması gerektiği durumlarda aşağıda belirlenen kurallara uyulması gerekmektedir:

- Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmeli ve bu amaçla kullanılacak alanlarda, görşelliğe 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.

### 7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Doküman Takip Formu
- 7.2. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.3. Sağlıkta Kalite Standartları Doküman Yönetimi Rehberi
- 7.4. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik
- 7.5. TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı

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