

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 1 / 13

1. AMAÇ: Sağlıkta Kalite Standartlarında yer alan yazılı düzenlemeleri oluşturmak, uygulamak, sürdürmek ve etkin çalışmasını desteklemek için gerekli dokümanların oluşturulmasını, onaylanmasını, kontrolünü, yayımlanmasını, dağıtımını, revizyon ve iptal edilmesine dair yetki, sorumluluk ve yöntemleri tanımlamaktır.

2. KAPSAM: Hastanenin tüm birimlerini kapsar.

3. KISALTMALAR

SKS: Sağlıkta kalite standartları

4. TANIMLAR

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Prosedür: Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan do-kümandır.

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; ne-yi, 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 Bel-gesi 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: Kalite yönetim direktörü, Kalite ve Eğitim Hemşiresi, bölüm kalite sorumluları.

6. FAALİYET AKIŞI

SKS Dökümanları ve Dökümanların Kontrolü

Kalite Yönetim Sistemimizde bulunan doküman grupları;

SKS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmektedir:

1. Prosedür

2. Talimat

	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 2 / 13

3. Rehber

4. Form

5. Plan

6. Rıza Belgesi

7. Liste

8. Yardımcı Doküman

-Politika

-Protokol

-Görev-Yetki-Sorumluluklar

-Klinik Rehberler

- İş Akışı

-El hijyeni 5 Endikasyon

-İlaç İmha Tutanağı

Toplantı Tutanakları vs.

6.2.

Dokümanın Formatı Nasıl Olmalı ?

SKS gereği dokümanlar belli bir formata sahip olmalıdır. Tüm dokümanlarda as-gari dokümanın;

-Adı

-Kodu

-Yayın Tarihi

-Revizyon Tarihi

-Revizyon Numarası

-Sayfa No/Sayfa Sayısı

-Sağlık Bakanlığı Logosu

-Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

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 formlar-da yer almasına gerek yoktur. Orijinal form üzerinde (ön, arka veya kapak sayfa-sı) bulunması yeterlidir.

Doküman Türleri İçin Format Şartları

Prosedür ve Talimat: Kurumunun tüm prosedür ve talimatları yukarıda belirtilen format şartlarına uygun olarak hazırlanmalıdır.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 3 / 13

Rehberler: Belirtilen format şartlarının tümü rehberler için de geçerlidir. Rehberler için kapak sayfaları düzenlenebilir. Ama format açısından iste-nen bilgilerin tümü, kapak (Ön veya arka) sayfalarında yer almalıdır.

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.

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 hali-ne gelecektir. Bu yüzden rıza formlarının basılı nüshalarında hazırlayan-onaylayan-kontrol eden bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

Plan: Hazırlanan tüm planlarda yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

Liste: Hazırlanan tüm listelerde yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

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

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

Dokümanların Hazırlanması

Doküman ilgili bölüm/komite/ekte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanmalıdır.

Doküman **anlaşılır** olmalı, **öz bilgiler** içermeli **açık ve net** olmalıdır.

Prosedürler Nasıl Hazırlanmalı?

Prosedürlerde 6 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 belir-lenir.
- 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: Tüm faaliyetler ardışık bir şekilde tamamlandıktan sonra "İlgili Dokümanlar" başlığı oluşturulur. Bu başlıkta, dokümanda bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.

Talimatlar Nasıl Hazırlanmalı ?

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

Rehberler Nasıl Hazırlanmalı ?

Rehberler kurumların çalışanları ya da kurumdan hizmet alan kişiler için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı oluşturulan dokümandır.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 4 / 13

SKS Hastane (Versiyon 5)'de rehber hazırlanması istenen standartlar yer almaktadır. Bu rehberlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber
- Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi
- Hastane Bilgi Rehberi
- Biyokimya Test Rehberi
- Mikrobiyoloji Test Rehberi

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.

Rehberlerde önemli olan kullanıcıya verilmesi arzu edilen bilgiyi içerecek şekilde oluşturulmasıdır. Verilmesi arzu edilen bilgi kısa, öz ve anlaşılır bir formatta bir araya getirilmeli, kullanıcının gerçekten faydalanabileceği, sade ve anlaşılır rehberlerin hazırlanması hususuna dikkat edilmelidir.

SKS'de ayrıca aşağıdaki 2 rehberin de kullanılması istenmektedir:

- Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi
- Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi

Ancak bu rehberler kurum tarafından hazırlanması gereken rehberler değildir. Bu rehberler kurum için dış kaynaklı doküman niteliğindedir. Kurum SKS'de belirtilen rehberlerin dışında da gerekli gördüğünde rehberler hazırlayabilir.

Plan Nasıl Hazırlanmalı?

Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir.

Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulanan şekilde sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir. Bu yüzden SKS'nin bazı standartlarında kurumun planlar oluşturması ve bu planlar doğrultusunda faaliyetlerini gerçekleştirmesi istenmektedir. Aşağıda SKS'de istenen planlardan örnekler sunulmuştur.

- Öz Değerlendirme Planı
- Tıbbi Cihazların Bakım ve Kalibrasyon Planları
- Bölüm Bazında Temizlik Planı
- Acil Durum ve Afet Planı

Aşağıdaki soruların cevapları uygun formatlarda bir araya getirilerek plan oluşturulmalıdır.

- Ne zaman

-Nasıl

-Nerede

-Kim tarafından

-Hangi sürede

Yukarıdaki soruların cevapları tablo veya metin şeklinde bir araya getirildiğinde plan oluşturulmuş olacaktır.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 5 / 13

Rıza Belgesi Nasıl Hazırlanmalı?

Rıza belgesi asgari aşağıdaki başlıklar altında hazırlanmalıdır:

İşlemin kim tarafından yapılacağı

- İşlemden beklenen faydalar
- 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

Yukarıdaki başlıklar altında hazırlanan içerik mümkün olduğunca hasta tarafından anlaşılabilir bir dilde ve öz bilgiler içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

Dış Kaynaklı Doküman

Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

Örnek:

-Sağlıkta Kalite Standartları

-Mevzuat

-Rehberler

-Protokoller vs.

Dış kaynaklı dokümanlarda dikkat edilmesi gereken hususlar:

-Kurumda kullanılan dış kaynaklı doküman listeleri oluşturulmalı

-Dış kaynaklı doküman listeleri belirli aralıklarla kontrol edilerek güncellenmeli

-Kullanım alanlarında güncel dokümanın bulunması sağlanmalıdır.

SKS Bölüm Bazlı Kodlama

Bu kodlama sistemi, dokümanların SKS bölümlerinin ve doküman türlerinin kısaltmalarının belirli bir sistematik içerisinde dizilişi esasına dayanır. Doküman kodu; SKS bölüm kodu, doküman türü kısaltması ve bu doküman için kurum tarafından verilen numaradan oluşur. Bölüm kodu, doküman türü kısaltması ve sıra numarası arasında ayıraç olarak nokta (.) işareti kullanılır.

SKS BÖLÜM BAZLI KODLAMA TABLOSU

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 6 / 13

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

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 7 / 13

Doküman Türleri Kısaltma Kod Tablosu

DOKÜMAN TÜRÜ	KISALTMA	ÖRNEK
Prosedür	PR	Doküman Hazırlama Prosedürü
Talimat	TL	Hasta Kayıt Birimi Çalışma Talimatı
Form	FR	Eğitim Talep Formu
Plan	PL	Tıbbi Cihazların Bakım Ve Kalibrasyonlarına Yönelik Plan
Rehber	RH	Genel ve Bölüm Uyum Rehberi
Liste	LS	Görev Tanımları Listesi
Yardımcı Doküman	YD	İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanağı
Rıza Belgesi	RB	Enjeksiyon Rıza Belgesi
Görev Tanımı	GT	Tüm Birimlerin ve Çalışanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Dokümanların Duyurulması

Tüm dokümanlar bilgisayar ortamında çalışanlarla paylaşılmalıdır. Üzerine kayıt alınması gereken mahiyetteki dokümanlar haricinde birimlerde basılı kopya bulundurulması engellenmelidir. Böylece eski tarihli dokümanların kullanımının önüne geçilmiş olacaktır. Her yayınlanan dokümanın ilgililere bilgisayar ağları üzerinden duyurulması sağlanmalıdır. Hazırlanan dokümanın duyurulmasının yanı sıra, ilgililere mutlaka eğitim verilmelidir. Unutulmamalıdır ki, sadece Kalite Yönetim Biriminin ve Bölüm Kalite Sorumlusunun haberdar olduğu dokümandan hiçbir fayda sağlanamaz.

Dokümanlar Nasıl Muhafaza Edilmeli?

Orijinal dokümanlar SKS değerlendirmelerinde delil niteliği taşıyacaklardır. Üst yönetim tarafından fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış tüm orijinal dokümanlar muhafaza edilmelidir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır. SKS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları gibi) orijinal nitelikteki dokümanlar gibi düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.

Not: Bilgisayar bulunmayan bölümlerde kontrolsüz kopyaların basılı olarak bulundurulmasına müsaade edilebilir.

Dokümanların Revizyonunda Nelere Dikkat Edilmeli ?

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

Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Başhekim onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 8 / 13

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

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

Dokümanların Asılmasında Nelere Dikkat Edilmeli ?

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

-Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmeli ve bu amaçla kullanılacak alanlarda, görselliğe 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 asılma-malıdır.

-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.

Güncel Doküman Listelerinin Oluşturulması ve Takibi

Güncel Doküman Listesinin Hazırlanması

SKS kapsamı içinde hazırlanmış ve yeterlilik açısından onay almış olan tüm dokümanlar Kalite Birimi çalışanı tarafından **Güncel Doküman Listesi** ile kayıt altına alınır. Güncel Doküman Listesi her bir doküman türüne göre ayrı ayrı oluşturulur. Güncel Doküman Listesi üzerinde;

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 9 / 13

dokümanların adı ve kodu, yürürlük tarihi ve revizyon tarihi ve revizyon tarihi tanımlı olmalıdır.

Güncel Doküman Listesinin Takibi

Kalite yönetim biriminde oluşturulan **Güncel Doküman Listesinin** güncelliğinin takibi Kalite Birimi çalışanı tarafından yapılır. Kalite Birimi çalışanı kalite birimine iletilen yeni doküman talepleri, doküman revizyon talepleri ve doküman iptal taleplerinin ardından **Güncel Doküman Listesini** kontrol eder. Yeni doküman talebi olduğunda: Yeni doküman talepleri Kalite Yönetim Birim Sorumlusu tarafından değerlendirilerek üst yönetime onaya gönderir. Onay verildikten sonra Kalite Birimi çalışanı tarafından **Güncel Doküman Listesi'ne** kaydedilir. Doküman revize olduğunda: Sistemde tanımlanan bir dokümanın revize olması durumunda ilgili doküman **Güncel Doküman Listenden** bulunarak revizyon durumu Kalite Birimi çalışanı tarafından kaydedilir. Dokümanın iptal edilmesi: Sistemde tanımlanmış ve uygulamaya alınan bir dokümanın sistemden çıkartılması talebi Yönetim Temsilcisi tarafından da onaylandıktan sonra, Kalite Birimi çalışanı tarafından **Güncel Doküman Listesi** üzerinde bulunan İPTAL kutucuğu işaretlenir.

Dokümanların Yeterlilik Açısından Onaylanması

Hastanemizde oluşturulan dokümanlar yürürlüğe girmeden önce yeterlilik açısından gözden geçirilerek onaylanır. Dokümanların hazırlanması, kontrol edilmesi ve onaylanması tüm doküman gruplarında aynı şekilde yapılır. Dokümanlar, yürürlüğe girmeden önce kalite biriminde Kalite yönetim direktörü tarafından onaylanır. Tanımlanan bu dokümanların içeriğinde bulunan hazırlayan (Bölüm Kalite Sorumlusu), kontrol eden (Kalite Yönetim direktörü) ve onaylayan (Başhekim) tarafından imzalanması ile yürürlüğe girer.

Yeni Doküman Talebi ve Doküman İptal / Revizyon İşlemleri

Yeni Doküman Talebi

- Birim çalışanları tarafından hazırlanan dokümanlar sisteme dahil edilmek üzere kalite birimine getirilmeden önce ilgili birim sorumlusunun onayından geçirilir.
- Birim sorumlusunun Yeni Doküman Talep Formunu onaylamasının ardından, birim çalışanı talep edilen dokümanı **Yeni Doküman Talep Formu** ile kalite birimine iletir.
- Kalite birimine getirilen dokümanlar ilk değerlendirmenin ardından gerek görülür ise diğer birimlerin onayını da almak üzere ilgili birimlere KYB tarafından **Yeni Doküman Talep Formu** ile birlikte sevk edilir.
- Dokümanın sevk edildiği birimlerden gelen öneriler yeni doküman talebini yapan birim çalışanı ve sorumlusu ile yeniden değerlendirilir.
- Dokümanın sevk edildiği birimlerden gelen öneriler uygun bulunur ise talep edilen

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 10 / 13

dokümana ilgili değişiklikler eklenir

- KYB yapılan tüm işlemlerin sonuçlarını **Yeni Doküman Talep Formu**na kaydeder.
- Doküman ile ilgili tüm bilgilerin toplanması ile birlikte, doküman şablonu daha önce kalite birimi tarafından belirtilen kriterlere uygunluk açısından KYB Yardımcısı tarafından kontrol edilir. Gerekli düzenlemelerin yapılmasının ardından belirlenen kurallara göre ilgili birimlerin imzaları toplanarak doküman sisteme dahil edilir.

Doküman Revizyon İşlemleri

- Daha önce sistemde tanımlanmış ve kullanılmakta olan dokümanların revizyon talebi istekleri birim çalışanları tarafından **Doküman Revizyon Talep Formu** ile öncelikle birim sorumlusunun onayı alınır.
- Birim sorumlusunun **Doküman Revizyon Talep Formunu** onaylamasının ardından, birimi çalışanına revizyon talebini Doküman Revizyon Talep Formu ile kalite birimine iletir.
- Revizyon talebi Kalite Birimi tarafından değerlendirilir. Revizyon talebi yapılan doküman, talep eden personel dışında diğer birimlerin işleyişini de etkiliyor ise KYB tarafından **Doküman Revizyon Talep Formu** ve revizyon talebi yapılan doküman(lar) ilgili birimlerin de düşüncelerini almak üzere diğer birimlere gönderilir.
- Diğer birimlerden gelen kararın olumsuz olması durumunda KYB ilgili tarafları bir araya getirerek ortak bir karar alınmasına yardımcı olur.
- Diğer birimlerden revizyon ile ilgili olumsuz bir karar gelmez ise Kalite Birimi çalışanı tarafından doküman revize edilir.

Dokümanın revizyon işlemlerinde sırası ile şu işlem basamakları takip edilir:

- Birimden gelen revizyon talepleri ve yapılan işlemler **Doküman Revizyon Talep Formuna** kaydedilir.
- Revizyon yapılacak doküman üzerinde gerekli değişiklikler Kalite Birimi çalışanı tarafından dokümanın ilk revizyon numarası (0) iken bir basamak arttırılarak (01) olarak kaydedilir. Bu aynı doküman üzerinde farklı revizyon talepleri gelmesi durumunda bir basamak arttırılmaya devam eder.
- Dokümanın yürürlük tarihi aynı kalmak suretiyle, revizyon tarihi girilir.
- Dokümanın Kalite Biriminde bulunan eski nüshası dosyadan çıkartılarak Üzerine siyah renkli **“REVİZE EDİLMİŞTİR”** kaşesi KYB tarafından basılarak revizyonlar için hazırlanan dosyaya kaldırılır.

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 11 / 13

- Yönetim Temsilcisi revizyon işlemlerinde Kalite Birimi çalışanını haberdar eder. Kalite Birimi çalışanı revize edilen dokümanın kullanım noktalarından toplanması için **Doküman Dağıtım Formu**’nu kontrol eder ve ilgili yerlerden geçerliliğini yitiren dokümanları toplayarak **Doküman Toplama Formuna** ile kayıt altına alır ve imha etmek üzere KYB teslim eder ya da Kalite Doküman Yönetim Programı üzerinden kaldırılır.
- Revizyon talebine göre değerlendirilerek hazırlanan yeni doküman ise ilgili birimlere dağıtılır.
- Yapılan değişiklikler Kalite Birim çalışanı tarafından belirtildiği şekilde **Güncel Doküman Listesine** işlenir.
- Yayınlanan Kitaplar, sayfa bazında revizyon yapılır. Revizyon yapılan sayfanın revizyon no su bir (1) arttırılır (00 ise 01 olur) ve el kitabının “Revizyon Sayfasına” işlenir. Yapılan revizyon sayısı 30” a ulaştığında, bütün sayfalara revizyon no (00) verilmek sureti ile Kitaplar yeniden yayınlanır, yürürlük tarihi ve el kitabı doküman numarası değiştirilir.

Doküman İptali

- Birimlerde kullanılmakta olan ve çeşitli nedenlerden ötürü kullanımdan kaldırılması düşünülen dokümanların iptal talepleri Kalite Birimine **Doküman İptali Talep Formu** ile iletilir.
- KYB iptal talebi yapılan dokümanın iptal işlemleri öncesinde talep yapan personel dışında kullanıcılarında faydalanıp faydalanmadığı konusunda bilgi toplar.
- **Diğer Birimlerden de Toplanan Bilgilerin Olumlu Olması Durumunda Kalite Birimi Çalışanı şu İşlem Basamaklarını Takip Eder:**
- Doküman iptal gerekçelerinin **Doküman İptali Talep Formu** ile kayıt altına alır.
- İptal edilen dokümanı Performans ve Kalite Biriminde bulunan dosyasından çıkartarak siyah renkli **“İPTAL”** kaşesi ile işaretler.
- Kalite Birimi çalışanı iptal edilen dokümanın kullanım noktalarından toplanması için **Doküman Dağıtım Formu’nu** kontrol eder ve ilgili yerlerden geçerliliğini yitiren dokümanları toplayarak **Doküman Toplama Formu** ile kayıt altına alır ve imha etmek üzere toplar. Ayrıca dokümanı Kalite Doküman Yönetim Programı üzerinden kaldırır.
- İptal edilen doküman Kalite Birimi çalışanı tarafından **Güncel Doküman Listesinde** de işaretlenir.
- İptal edilen dokümanın doküman numarası sistem içerisinde bir daha kullanılmaz.

Doküman Dağıtım / Toplama İşlemleri

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 12 / 13

➤ **Dokümanların Dağıtımı**

- Kalite Yönetim Sistemi içerisinde tanımlanan dokümanların ilgili alanlarda güncel hali ile bulunması kalite yönetim direktörü ve Kalite Birim çalışanı sorumluluğundadır. SKS kapsamında hazırlanan delil niteliği taşıyacağından ıslak imza ve orijinal dokümanlar halinde KYB saklanır. Dokümanlar, gerekirse **Doküman Dağıtım Formu** ile ilgili birimdeki kişilere imza karşılığında iletilir. Ancak dokümanların dağıtımı genel olarak hastanemize ait Kalite Doküman Yönetimi Programı üzerinden KBY çalışanı tarafından yapılır. İptal, revizyon işlemleri de Kalite Doküman Yönetim Programı üzerinden gerçekleşir.
- Kontrollü kopya kaşesi ile işaretlenen dokümanlar ilgili birimlere imza karşılığı **Doküman Dağıtım Formu** ile dağıtılır.
- Dağıtılan dokümanlar birimlerde daha önceden oluşturulmuş olan Kontrollü Kopya Dokümanları klasörlerine birim sorumluları tarafından yerleştirilir. Bu dokümanların incelenmesi ve muhafazası tamamen birim sorumlularının sorumluluğundadır.
- **Dokümanların Toplanması**
- Bilgisayar ortamında Kalite Doküman Yönetim Programı üzerinden paylaşılan belgeler program üzerinden ortamdaki kaldırılır.
- Sistem içerisinde revize edilmiş veya tamamen iptal edilerek sistemden çıkartılmış dokümanlar Kalite Birimi çalışanı tarafından Kalite Doküman Yönetim Programı üzerinden kaldırılır. Dağıtım formu ile dağıtılan dokümanlar Doküman **Toplama Formu** ile kayıt altına alınarak toplanır.
- Kalite Birim çalışanı toplanacak dokümanlar için **Doküman Dağıtım Formundan**, daha önceden dağıtım yapılan birimleri inceler.
- Ardından toplanacak olan dokümanların listesini Doküman Toplama Formu ile kayıt altına alarak toplar. Toplanan dokümanların imhası için KYB"ye teslim eder.

Dış Kaynaklı Dokümanların Kontrolü ve Dağıtım

Hastanemizin faaliyeti gereği takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanlar; yasal şartlar ve mevzuatlar, zorunlu

standartlar vb.dir. Bu türden takip edilen tüm dokümanlardır. Gelen Evrak Birimi ve Kalite Birim Sorumlusu tarafından Dış Kaynaklı Doküman Listesi ile kayıt altına alınmaktadır. Hastanemizde dış kaynaklı doküman takibi iki aşamalı olarak yapılmaktadır.

Birinci Aşama: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından değişen ve yeni eklenen mevzuat, yönetmelik, yönerge ve kanunlar hastanemize üst yazı ile tebliğ edilmektedir. Tebliğ edilen dış

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	DOKÜMANLARIN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
DY.PR.01	01.01.2019			Sayfa 13 / 13

kaynaklı dokümanlar Gelen Evrak bölümünden kaydedilerek, tarafından Hastane Mesul Müdürü"ne aktarılmaktadır. Kontrol edilen dış kaynaklı dokümanların Hastane Mesul Müdürü tarafından ilgili birimlere dağıtılması için ilgili doküman üzerinde paraflanmak sureti ile ilgililer belirtilir. İlgililere dokümanlar, ya Evrak Kayıt birimi tarafından Evrak Zimmet Defteri(Matbu) vasıtası ile dağıtılır, ya da Kalite Doküman Yönetim Programı üzerinden gönderilir.

İkinci Aşama; Bu aşamada ise Kalite Birim Sorumlusu, SKS için mevcut kullanımda olan standartların ve bazı mevzuatların takibi söz konusudur. Kalite koordinatörü sistemin kurulumunda referans alınan Hizmet Kalite Standardının takibi ve Kalite Sistemi dokümanlarında atıfları bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı „'Ayaktan ve Yatan Hasta Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği" gibi yönetmeliklerin takibini www.saglik.gov.tr adresi üzerinden yapmaktadır. Değişikliklerin sistem dokümantasyonuna olan etkileri gözden geçirilerek dokümanların güncel kalması için gerekli önlemler Kalite koordinatörü tarafından alınmaktadır.

Dokümanların Asılarak Yayınlanması

- Hastaların bilgilendirilmesinde kullanılacak bilgilendirme dokümanlarının panolara asılarak hastalara ulaştırılması sağlanır.
- Hastaların hizmet aldığı alanlar dışındaki diğer birimlerde mevcut bulunan panolara Sağlık Bakanlığı tarafından gelen bilgilendirme yazıları, hasta ve personel bilgilendirme dokümanları ve birimlerin işleyişleri için gerekli olan dokümanlar, görüntü kirliliği oluşturmayacak bir şekilde asılabilecektir. KDY.TL.01DÖKÜMANLARIN ASILMA KURALLARI TALİMATI ile panolara asılacak dokümanların kontrol ve yönetimi sağlanmaktadır.

Dokümanların İmhası ve Arşivlenmesi

Dokümanlarımız ARŞİV İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜNE göre muhafaza ve imha edilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1** Güncel Doküman Listesi
- 7.2** Yeni Doküman Talep Formu
- 7.3** Doküman Dağıtım Formu
- 7.4** Doküman Revizyon Talep Formu
- 7.5** Doküman Toplama Formu
- 7.6** Doküman İptali Talep Formu

HAZIRLAYAN BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
--	--	-------------------------------