



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**TRANSFÜZYON MERKEZİ İÇ DENETİM**  
**PROSEDÜRÜ**



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>BL.PR.08</i>	<i>11.05.2023</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 3</i>

## 1. AMAÇ

Bu prosedürün amacı; İç Denetimlerinin planlanması, gerçekleştirilmesi ve raporlanması için yöntem ve sorumlulukları belirlemektir.

## 2. KAPSAM

Bu prosedür Özel Ekol Hastanesi'nde Kan Transfüzyon Merkezi İç Kontrol Sistemi kapsamındaki tüm birimleri ve süreçleri kapsar.

## 3. SORUMLULAR

Bu prosedürün hazırlanması ve yönetiminden Kalite Direktörü ve Kan Transfüzyon Merkezi ilgili birim yöneticisi sorumludur. Prosedürün uygulanmasına yönelik sorumluluklar prosedürde belirtilmiştir.

## 4. FAALİYET

### İç Denetim Planının Hazırlanması

Özel Ekol Hastanesinde, iç kontrol sisteminin ilgili standart ve yasal mevzuat şartlarını karşıladığını ve etkin olarak sürdürüldüğünü doğrulamak için planlı iç denetim faaliyetleri yürütülür.

İç Denetim Planı, transfüzyon merkezinin yıl içerisinde en az bir defa denetlenmesini sağlayacak şekilde hazırlanır. Denetimlerin tarafsızlığını ve objektifliğini sağlamak esastır. Bu amaçla denetçiler, çalıştıkları birimde denetim yapamazlar.

Ekip Lideri, denetim ekibi ile birlikte denetim hazırlıklarını gerçekleştirir. Denetlenecek birimin organizasyonu, dokümanları ve süreçleri incelenir ve İç Denetim Soru Listesi hazırlanır.

- Önceki denetimlerde tespit edilen uygunsuzlukların takibi,
- Denetlenecek birim ile ilgili yasal mevzuat,
- Denetim ekibi tarafından ihtiyaç duyulabilecek diğer denetim kriterleri, soru listesine eklenir.

Gerekli olması durumunda İç Denetim Soru Listesi dikkate alınarak ekip içerisinde işbölümü yapılabilir, soru listesi çoğaltılabilir. Ekip Lideri, denetlenecek birim sorumlusu ile temasa geçerek, denetim tarihi, saatleri ile İç Denetim Soru Listesi konusunda teyitleşir.

### Denetimin Gerçekleştirilmesi

- Belirlenen tarih ve saatler arasında denetim ekibi denetlenecek birimi ziyaret ederek denetim faaliyetini gerçekleştirir. Denetimler, denetim ekibi ve denetlenen birim yöneticilerinin katıldığı bir açılış toplantısı ile başlatılır. Açılış toplantısında, gerçekleştirilecek denetimle ilgili bilgiler (süreç, uygunsuzluk, raporlama, örnekleme, plan vb.) Ekip Lideri tarafından denetlenecek tarafa aktarılır ve varsa soruları



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**TRANSFÜZYON MERKEZİ İÇ DENETİM**  
**PROSEDÜRÜ**



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>BL.PR.08</i>	<i>11.05.2023</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>2 / 3</i>

cevaplandırılır. Denetim sırasında, ilgili dokümanlar ve kayıtlar örnekleme ile incelenir. İncelemeler; ilgililerle yapılan mülakatlar, dokümanların ve ilgili kayıtların gözden geçirilmesi ve fiziksel ortamın gözlemlenmesi yolu ile yapılır. Yapılan incelemelere ilişkin bulgular İç Denetim Soru Listesi'ne kaydedilir. Yapılan incelemelerde;

- Dokümante edilmiş sistemin ilgili yasal mevzuat şartlarına uygun olup olmadığı,
- Dokümanlarda belirtilen kuralların ilgili birimde etkin olarak uygulanıp uygulanmadığı gözden geçirilir.



İncelemeler sırasında tespit edilen her bir sapma bir uygunsuzluk olarak tanımlanır, denetlenen tarafla paylaşılır ve teyitleşirler. Tespit edilen her bir uygunsuzluk için denetçi tarafından İç Denetim Uygunsuzluk Raporu hazırlanır. İç Denetim uygunsuzluk raporunun bir kopyası denetlenen birim sorumlusuna verilir. Tüm incelemeler tamamlandıktan sonra denetim bitirilir. Denetimin bitiminde, Denetim Ekibi ve denetlenen taraf yöneticilerinin katıldığı bir kapanış toplantısı gerçekleştirilir. Ekip Lideri tarafından denetim sonucunda tespit edilen bulgular ve uygunsuzluklar ile düzeltici faaliyet süreleri hakkında bilgi verilir.

### **Denetim Raporunun Hazırlanması**

Denetim tamamlandıktan sonra, denetim ekibi tarafından İç Denetim Raporu düzenlenir. Raporun bir kopyası denetlenen birim sorumlusuna gönderilir. Denetim sürecinin tamamlanması ile birlikte denetim kayıtları Ekip Lideri tarafından derlenerek Üst Yönetici 'ye ve Transfüzyon uzman hekimine iletilir. Denetim kayıtları; İç Denetim Raporu, tamamlanmış soru listeleri ve uygunsuzluk raporlarından oluşur.

### **Düzeltilici Faaliyetlerin Gerçekleştirilmesi ve Takibi**

Denetimde tespit edilen uygunsuzluklar birim sorumlusu tarafından gözden geçirilir, ilgililerle görüşülerek bu uygunsuzlukların giderilmesi ve tekrarının engellenmesi için gerçekleştirilecek faaliyetler belirlenir ve uygulanır. Düzeltici faaliyetlerin 15 gün içerisinde tamamlanması esastır. Daha uzun bir süreye ihtiyaç duyulması halinde birim sorumlusu Ekip Lideri ile görüşerek ek süre talep edebilir. Gerçekleştirilen düzeltici faaliyetler birim sorumlusu tarafından İç Denetim Uygunsuzluk Raporu'na kaydedilir ve bu faaliyetlere ilişkin kanıtlarla birlikte Ekip Lideri'ne iletilir. Ekip Lideri, gerçekleştirilen düzeltici faaliyetleri ve bunlara ilişkin kanıtları inceleyerek, yapılan düzeltici faaliyetlerin etkinliğini ve yeterliliğini değerlendirir. Gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin yetersiz olması durumunda, Ekip Lideri birim sorumlusu ile temasa geçerek, ek düzeltici faaliyetler yapılmasını talep edebilir. Tüm düzeltici faaliyetlerin tamamlanmasından sonra, Ekip Lideri değerlendirme sonuçlarını İç Denetim Uygunsuzluk Raporu'na kaydeder ve uygunsuzluğu kapatır.

	<b>Özel EKOL HASTANESİ</b> TRANSFÜZYON MERKEZİ İÇ DENETİM PROSEDÜRÜ			
<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<b>BL.PR.08</b>	<b>11.05.2023</b>	<b>00</b>	<b>-</b>	<b>3 / 3</b>



### İç Denetim Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Üst Yönetici Temsilcisi, Transfüzyon Merkezi'ne ait iç denetimlerin tamamlanmasından sonra, denetim sürecinin eksiksiz bir şekilde tamamlandığını kontrol eder, denetim ekibinden gelen raporları değerlendirir, iç kontrol sistemi ile ilgili olarak iyileştirme ihtiyaçlarını belirler ve sonuçları İç Denetim Sonuç Raporu'nu hazırlar. Kalite Direktörü ve Transfüzyon Merkezi sorumlusu tarafından rapor sonuçları görüşülerek değerlendirmeye alınır. Değerlendirme sonucu alınan kararlar raporlanarak düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır.

### İLGİLİ DOKÜMANLAR

İç Kaynaklı Dokümanlar

- İç Denetim Raporu

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
<b>Kalite &amp; Akreditasyon Sorumlusu Sude BAKIR</b> 	<b>Kalite Koordinatörü Yeşim İNÇİ</b> 	<b>Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR</b> 