



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



1. AMAÇ

Bu prosedürün amacı; ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları'nı oluşturan dokümanların hazırlanması, onayı, dağıtımı, kullanımı, güncelleştirilmesi ve iptalinin kontrol altında gerçekleştirilmesi için sorumluluk, yetki ve iş akışlarını tanımlamaktır.

2. KAPSAM

Bu prosedür hastanenin hizmet kalitesi ve verimliliği üzerinde etkisi bulunan doküman yönetim süreçlerini ve Kalite Yönetim Birimi ile diğer çalışanları kapsar.

3. KISALTMALAR

ISO: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Teşkilâtı)

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

Rev.: Revizyon

Rev.No: Revizyon numarası

4. TANIMLAR

Dış kaynaklı doküman: Hastane tarafından hazırlanmamış fakat faaliyetlerin gerçekleşmesinde faydalanılan, hastanenin bir dokümanı gibi kullanılan tüm dokümanlardır.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Dokümanın adı: Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

Dokümanın Kodu: Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan Kalite Yönetim Birimi tarafın doküman yönetim sistemi rehberinde ve Kalite El Kitabında belirtilen 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 yapılacağını gösteren dokümandır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>1 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



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

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

Revizyon: Hazırlanmış olan dokümanlarda, herhangi bir uygunsuzluğun giderilmesi ya da geliştirilmesi amacı ile yapılan değişikliklerdir.

Rev. No: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

Rev. Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Rıza Belgesi/Onam Formu: 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. Bir talimat genellikle bir prosedüre bağlı olarak bir veya birden çok spesifik operasyonu anlatır. Talimatlar kısa basit ve anlaşılır olmalıdır.

Taslak: Kalite kayıtlarının resmen uygulamaya geçirilmeden işlerliğinin gözden geçirilmesi açısından takip edildiği dokümanlardır.

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

Yardımcı doküman: Prosedür, talimat, form, liste, plan, rehber, rıza belgesi ve dış kaynaklı doküman dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümanlardır. Politika, proses, broşür, etiket vb. dokümanlardır.

5. SORUMLULAR:

Kalite Yönetim Direktörü: Her türlü faaliyet ve operasyonun onaylı prosedür ve talimatlar tarafından yapılmasından ve tarif edilmesinden, yeni prosedür ihtiyaçlarını belirlemekten, bunların en iyi bilgi ve tecrübelerin birikimiyle kurulmasından sorumludur.

Birim Kalite Sorumluları: Kendi birimlerine ilişkin doküman yönetiminden sorumludur.

Kalite Yönetim Koordinatörü: Direktörün onayladığı faaliyet ve operasyon prosedür ve talimatlarla tarif edilmesinden ve yürütülmesinden sorumludur.

Kalite Sorumlusu: Her türlü faaliyet ve operasyonun doküman sistemine aktarılmasından, (prosedür, talimat vb) dokümanların hazırlanmasından ve doküman yönetiminden ve arşivlenmesinden sorumludur.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>2 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



6. FAALİYET AKIŞI

6.1. Genel

6.1.1. Hastane ile ilgili işleyişlerde Kalite Yönetim Direktörü, komiteler ve birimlerle işbirliği içinde hangi operasyon ve faaliyetlerin prosedürler ve talimatlar vasıtasıyla kontrollü ve/veya yazılı hale getirileceğinin belirlenmesinden sorumludur.

6.1.2. Prosedürler ve talimatlar genellikle birden çok kişinin katıldığı grupların (komiteler) koordinasyonunda, belirli planlar dâhilinde hazırlanır. Resmi bir prosedür gerçekçi ve kullanılabilir olmalıdır. Prosedür ideali değil, gerçekte ne yapıldığını tam olarak yansıtmalıdır. Prosedürün ve prosedürde kullanılacak talimatların detay seviyesi, faaliyetin önemine ve ilgili dokümanları kullanacak çalışanların eğitim seviyesine göre değişebilir.

6.1.3. Yeni bir prosedür yazılırken veya mevcut bir prosedür revize edilirken, prosedürün atıfta bulunduğu veya ilişki içinde olduğu diğer prosedürlerle uyumu gözden geçirilmelidir.

6.1.4. Prosedürleri ve ilgili dokümanları hazırlayan kişiler, hazırlanan dokümantasyonun yeterliliğinin sağlanması amacıyla ilgili tüm dokümanlara ulaşma yetkisine sahiptir.

6.1.5. Doküman hazırlamada temel hedef, gerçekten gerekli ve faydalı olacağı düşünülen en az sayıda doküman hazırlanmalıdır.

6.2. Doküman İhtiyacının Belirlenmesi:

Kalite Yönetim Direktörü ve Bölüm Kalite Sorumluları tarafından SKS'nin tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

6.2.1. SKS'de 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.

Hazırlanacak dokümanların içeriği ve sayısını aşağıda belirtiler durumlar etkiler.

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

6.2.2. Kurum işleyişi sırasında ekstra yeni bir dokümana ihtiyaç duyulursa, ilgili bölüm sorumlusu tarafından Kalite Yönetim Birimi'ne ihtiyaç bildirilir ve birlikte ihtiyaç değerlendirilir.

6.2.3. İhtiyaç olduğu belirlenen dokümanın cinsine (prosedür, talimat, form, liste, plan vb.) karar verilir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
DY.PR.02	16.04.2013	04	08.06.2022	3 / 13



Özel EKOL HASTANESİ DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



6.3. Doküman Hazırlanması:

Hazırlanma ihtiyacı belirlenen doküman ilgili birim sorumlusu, komite/ ekipte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanır. Doküman anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli, açık ve net olmalıdır.

6.4. Hazırlanan Dokümanların Kontrol Süreci Ve Kodlanması:

Taslak olarak hazırlanan dokümanlar, Kalite Yönetim Direktörü tarafından incelenir ve kontrolü yapılır.

6.4.1. Bilgisayar ortamında hazırlanmamışsa; bilgisayara aktarır, dokümanda gerekli düzenlemeleri yapar.

6.4.2. Dokümanın yazım karakteri, punto düzenlemelerini ve içerikte eklenmesi gerekenler ve ilgili dokümanları ilave eder. Dokümanı "Kalite Dokümanları Kod Listesi" ne göre numaralandırır.

Kodlanması: Hastanemizde kullanılan tüm dokümanlara bir kod numarası verilir. Kodlama, dokümanın takibini kolaylaştırmak ve tanınırlığını sağlamak açısından ortak bir dil oluşturur. Hastanemizde dokümanların kodlamasında "Kalite Dokümanları Kod Listesi" kullanılır. Bölüm Adının kısaltması, doküman türü, numarası ile kodlama yapılır.

6.4.3. Sağlıkta Kalite Standartları Doküman Yönetimi Rehberi doğrultusunda, doküman formatını düzenler.

Doküman türleri için format şartı:

Prosedür ve Talimat: Hastanemizin tüm prosedür ve talimatlarında, kurum logosu ve aşağıdaki bilgiler bulunur:

- Dokümanın adı,
- Kodu/Doküman Numarası
- Yayın tarihi
- Revizyon numarası
- Revizyon tarihi
- Sayfa no
- Hazırlayan, inceleyen, onaylayan bilgileri

Rehber: Kapak sayfasında dokümanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası, hazırlayan bulunur. Orijinal nüshasında, ikinci sayfasında hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır.

Form: Bir takım bilgileri kaydetmek için alanlarda kullanılan formlarda, doküman adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev.tarihi ve sayfa numarası bulunur. Orijinal nüshasında; ilave olarak dokümanı hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümü de bulunur.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>4 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



Rıza belgesi: Orijinal nüsnasında; dokümanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası, hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır. Hasta/hasta yakını ve hekimlerin imzaladığı alanlarda kullanılan rıza formlarda hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümleri bulunmaz.

Plan: Dokümanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası, hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır.

Liste: Dokümanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası, hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır.

Yardımcı doküman: Dokümanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası bulunur, Orijinal dokümanda ilave olarak hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır.

Dış kaynaklı doküman: Format şartı aranmaz, orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcılar tarafından kullanılır.

6.4.4.Dokümanı ilgili birim ile son halini değerlendirir. Hazırlayan Bölüm Sorumlusu ve inceleyen/kontrol eden Kalite Yönetim Direktörü tarafından imzalanır.

6.5. Dokümanların Onaylanması:

Doküman Kalite Yönetim Direktörü tarafından Kalite Yönetim Sistemine uygunluğu açısından değerlendirilir. Kalite Yönetim Direktörü tarafından gözden geçirilmiş tüm dokümanlar Başhekim onayına sunulur. Tüm dokümanlar Başhekim onayı ile yürürlüğe girer. Dokümanda onaylayan bölümünü imzalar.

6.6. Dokümanların Dağıtılması Ve Duyurulması:

Onaylanan doküman, ilgili birimlere bildirilir ve duyurusu yapılır. Dokümana yayın tarihi yazılır.

6.6.1. Kalite Sorumlusu tarafından hastane web sayfasında bulunan "Dokümanlar" kısmına PDF olarak yüklenir ve duyurusu yapılır.

6.6.2. Bölümler basılı dokümanları Kalite Dokümanları dosyalarında saklar.

6.6.3. Kullanıcılara doküman ile ilgili eğitim; Kalite Sorumlusu, Eğitim Sorumlusu ve ilgili birim sorumluları tarafından verilir.

6.7. Dokümanların Güncellenmesi/Revizyonu:

Mevcut kullanımda olan dokümanlar rutin olarak; Kalite Yönetim Direktörü ve ilgili Bölüm Kalite Sorumluları ile birlikte, 2 yılda bir gözden geçirilir. Gözden geçirme tarihi "Kalite Kayıtları Listesi" ne kaydedilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>5 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



6.7.1. Gözden geçirilen dokümanda, yetersizlik ya da ilaveler yapılmasına karar verilirse, doküman güncellenir.

6.7.2. SKS' yapılan güncelleme, değişikliklere ve kurum içindeki süreçlerde oluşan değişikliklere göre dokümanlarda güncelleme yapılabilir.

6.7.3. Kullanımda olan bir dokümanda birim çalışanları ve /veya yöneticileri tarafından değişiklik, düzeltme, ekleme, düzenleme talepleri olduğunda, Kalite Birimine bildirilir.

6.7.4. Talep Kalite Yönetim Direktörlüğü'nde değerlendirilerek uygun bulunur ise ilgili bölüm ile birlikte gerekli değişiklik ve düzenlemeler yapılır.

6.7.5. Bir doküman revizyon yapılırken, yeni bir doküman yazılıyormuş gibi tüm aşamaları yeniden takip edilir.

6.7.6. Bir sayfada değişiklik meydana geldiğinde dokümanda toptan bir revizyon yapılmış kabul edilir. Yapılan revizyon tarih ve numaraları dokümanın revizyon kısmına, son revizyon numarası ve tarihi olarak kaydedilir.

6.7.7. Tüm dokümanların son revizyonlarını göstermek amacıyla Güncel Doküman Listeleri hazırlanır. Dokümanların güncelliği Güncel Doküman Listesi'nde takip edilir.

6.7.8. Revize edilmiş doküman hastane web sitesindeki dokümanlar kısmından bulunan eski doküman silinir, yerine, revize edilmiş doküman PDF olarak yüklenir. Hastane web sitesindeki duyurular kısmından duyurusu yapılır.

6.8. Dokümanların Muhafazası Ve Arşivlenmesi:

Kalite Sisteminde tanımlanmış bulunan tüm dokümanlar (dokümanların ilk hali ve revizyon görmüş tüm orijinaleri) Kalite Birimi tarafından dijital ortamda muhafaza edilir.

6.9. Dokümanların Kullanımdan Kaldırılması:

Dokümanların iptali ve kullanımdan kaldırılması Kalite Yönetim Direktörü'nün sorumluluğundadır.

6.9.1. Güncellenmesi/Revizyonu yapılan doküman Hastane web sayfasında bulunan dokümanlar kısmından silinir.

6.9.2. Dokümanın revize edilmiş haline Kalite Kayıtları Listesinde revizyon numarası ve revizyon tarihi kaydedilir.

6.9.3. Tamamen iptal edilecek olan dokümanlarda, kalite kayıtları listesinde iptal edildiği kaydedilir. Yeni hazırlanacak bir doküman için boşalan kod numarası kullanılabilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>6 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



6.10. Dokümanların İmhası:

Kalite Yönetim Direktörü yürürlükten kalkmış dokümanların orijinallerini süresiz saklar. Elinde bulunan bir dokümanın revize edildiğinden haberdar edilen herkes, eski dokümanı yenisi ile değiştirmekten sorumludur. Kalite takipleri (proses, indikatör, eğitim, anket, öneri ve şikayet vb kayıtları) 5 yıl süre ile, Bölümlerde kullanılan takip formları (ısı-nem, temizlik, ilaç sayım vb) 1 yıl süre ile muhafaza edilir. Muhafaza süresi dolan dokümanlar, takip formları okunmayacak şekilde parçalara ayrılarak, kağıt atık olarak imha edilir.

6.11. Dış Kaynaklı Dokümanların Yönetimi:

Hastanemiz tarafından hazırlanmamış, fakat işleyişte kullanılan dış kaynaklı dokümanlar, orijinal hali ile kullanılır. “Dış Kaynaklı Doküman Listesi” ne kaydedilir. Örneğin: Sağlıkla kalite standartları, mevzuat, rehber, protokoller, Sağlık Müdürlüğü formları vb.

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

6.11.2. Dış kaynaklı dokümanlar, Kalite Yönetim Direktörü tarafından takip edilir. Belirli periyotlarda 6 ayda veya yılda bir kontrol edilerek güncellenir.

6.11.3. Kullanım alanlarında dış kaynaklı dokümanların güncel olması sağlanır.

6.12. Kalite Dokümanları:

6.12.1. Prosedürlerin içeriği

Prosedürler aşağıdaki 7 başlık içerir:

1.Amaç

2.Kapsam

3.Kısaltmalar

4.Tanımlar

5.Sorumlular

6. Faaliyet Akışı /Prosedür

7.İlgili Dokümanlar

Bu başlıklar azaltılamaz ve ek başlık eklenemez. Eklenmesi gereken başlıklar prosedür aşaması olarak tanımlanmalıdır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>7 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



Başlıkların kapsamı gereken ana başlıklar şöyledir:

- 1. Amaç:** Prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.
- 2. Kapsam:** Hazırlanan prosedürün sınırları 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 açıklamasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.
- 5. Sorumlular:** Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirtilen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.
- 6. Faaliyet Akışı/ Prosedür:** Faaliyetin yeterli şekilde detaylı ve adım adım tarifinin yapılmasıdır. Kapsamlı kullanım talimatları ve operatörün temelde bildiği şeyler prosedüre yazılmaz, bunun yerine atıfta bulunulur.

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.

Prosedürlerin Taslak Olarak Yürütülmesi

Prosedürler resmen uygulamaya geçirilmeden işlerliğinin gözden geçirilmesi açısından taslak olarak hazırlanıp takip edilebilir. Prosedürün gerçekte uygulamaya geçirilmesi ancak Kalite Biriminin ilgili prosedürün değişikliklerini tanımlayarak onaylarının sisteme tamamlanması ile başlar.

Prosedürlerin Tanımlanması

Kalite Birim Sorumlusu prosedürlere ‘‘Kalite Dokümanları Kod Listesi’’ ne göre bir numara verir. ‘‘Kalite Dokümanları Kod Listesi’’ nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir.

6.12.2. Talimatların İçeriği

Tek bir faaliyetin nasıl gerçekleştirildiğini anlatan dokümanlardır. Hazırlanmasında prosedür hazırlanma süreci ile aynıdır. Bu faaliyette Ne? Neden? Nerede? Ne zaman? Nasıl? Kim tarafından? Sorularına cevaplar bulunur.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
DY.PR.02	16.04.2013	04	08.06.2022	8 / 13



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



1.Amaç

2.Kapsam

3.Tanımlar

4.Uygulama

5.İlgili Dokümanlar

Bir cihazın kullanımı gibi spesifik işlerin tarifinde düz metin olarak talimat yazılabilir. Aynı şekilde talimatla verilmek istenen bilgi şekilsel veya tablo ifadeleri ile anlatılmışsa bu başlıklar kullanılmayabilir. Talimatların yazım formatı kullanım ihtiyacına göre serbest bırakılmıştır.

Kalite Birim Sorumlusu talimatlara” Kalite Dokümanları Kod Listesi” ne göre bir numara verir. “Kalite Dokümanları Kod Listesi” nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir.

6.12.3. İndikatör/Gösterge İçeriği

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ”Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi” doğrultusunda ve ayrıca hastanemizde takip edilmesi belirlenmiş olan indikatör/göstergeler hazırlanıp takip edilir.

İndikatör/Gösterge kartı: Takip edilen indikatör/gösterge kartında aşağıda belirtilen bilgiler bulunmalıdır.

- İndikatörün adı,
- ”Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi”nde belirtilen indikatör/gösterge kodu,
- Tanımı
- Amaç
- Hesaplama yöntemi / Formülü
- Alt indikatörleri /göstergeleri
- Hedef değeri
- Veri kaynağı
- Veri giriş periyodu
- Sorumlular
- Sonuçların paylaşılacağı kişiler
- Açıklama

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>9 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



Veri toplama ve analiz formu: İndikatör verilerinin toplu kaydedildiği veri toplama formu ve aylık analiz yapılan formdur.

Yıllık veri analiz formu: Yıllık değerlendirmenin takip edildiği formdur.

6.12.4. Proses İçerikleri

Prosesler bölümlerin performans parametrelerinin belirlenip takip edildiği dokümanlardır. Proses içeriğinde aşağıdaki bilgiler bulunur;

- Amaç
- Prosesin sınırları
- Proses sahibi
- İhtiyaç duyulan girdiler
- İhtiyaç duyulan ayrıntılı kaynaklar
- Proses Çıktıları
- Proses Faaliyetleri
- Proses performans kriterleri
- B u prosesle ilgili prosedürler
- Etkileşen prosesler

6.12.5. Rehberlerin İçerikleri Ve Hazırlanması:

Rehberler, hastanemiz çalışanları ya da hastanemizden hizmet alan kişiler için yol gösterme ya da bilgilendirme amacı ile hazırlanan dokümanlardır.

SKS Kapsamında hazırlanması istenen rehberler aşağıdakilerdir.

- Genel ve Bölüm Uyum Eğitimleri İçin Rehber
- Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi
- Hastane Bilgi Rehberi
- Biyokimya Test Rehberi

Rehberlerin hazırlanma aşamalarında aşağıdaki adımlar izlenir:

Adım 1: Rehberlerin içeriğinde yer alacak konular belirlenir.

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

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>10 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



Adım 3: Sunulacak bilgi, metin ve görsel anlamda bir araya getirilerek rehber hazırlanır.

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

Rehberin orijinal nüshasında hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümleri bulunur, basılı olarak kullanım alanlarındaki rehberlerde, Doküman adı, doküman no, yayın tarihi, rev.no, rev, tarihi, sayfa no ve hazırlayan bilgileri bulunur.

Kalite Yönetim Direktörü rehberlere kod numarası verir.

6.12.7. Planların Hazırlanması:

Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir. Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulan şeklide sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir. Planlarda, ne, ne zaman, nasıl, nerede, kim tarafından, hangi sürede sorularının cevapları uygun formatta bir araya getirilerek oluşturulur.

Planların orijinal nüshasında hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümü bulunur, kullanım alanlarında bulunan planlarda hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü bulunmasına gerek yoktur.

Kalite Sorumlusu planlara Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir.

6.12.8. Listelerin Hazırlanması:

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan listeler ilgili bölümler tarafından hazırlanır. Hazırlanan ve onaylanan listelerin orijinalleri Kalite Birimi'nde bulunur. Hazırlanan listeler Başhekim'in onayıyla yürürlüğe girer.

Kalite Sorumlusu listelere Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir.

6.12.9. Formların Hazırlanması:

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan formlar, ilgili departmanlar tarafından hazırlanır ve Kalite Yönetim Direktörünce uygun bulunanların Kalite Yönetim Direktörü tarafından doküman numarası, yayın/ revizyon tarihi ve revizyon numarası verilir. Formların orijinallerinde hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümleri bulunur. Kalite Yönetim Direktörü ve Başhekim 'in imzalarıyla yürürlüğe girer. Hastane web sitesinde, "Dokümanlar" kısmında tüm dokümanlar PDF formatında yüklenmiştir. Her yeni form Kalite Birim Sorumlusu tarafından web sayfasına yüklenir.

Kalite Birim Sorumlusu formlara "Kalite Dokümanları Kod Listesi"ne göre bir numara verir. "Kalite Dokümanları Kod Listesi"nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir.

6.12.10. Rıza Belgeleri / Bilgilendirilmiş Onam İçerikleri Ve Hazırlanması: Rıza belgeleri ilgili bölüm sorumlusu tarafından hazırlanır, hazırlanan doküman kalite birimine kontrol ve kodlanması için iletilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>11 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



Rıza belgesi/ bilgilendirilmiş onam formları, asgari aşağıdaki konuları içerir.

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

6.12.11.Görev Tanımları Hazırlanması Ve İçeriği:

Görev tanımları, kapsayıcı ve net, çatışmaya yol açmayacak şekilde ilgili birim yöneticisi ve insan kaynakları tarafından hazırlanır ve birimler arası ilişkileri içerecek şekilde düzenlenir.

Görev tanımları içeriği:

- Görev Unvanı
- Çalıştığı Bölüm/Birim
 - Bağlı Olduğu Bölüm Yöneticisi / Amir ve Üst Amirler
 - Kendisine Bağlı Kadrolar
 - Yerine Vekalet Edecek Kişi /Görev Devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişiler)
- Yetkinlik Bilgileri
 - Öğrenim
 - Deneyim
 - Eğitim

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>DY.PR.02</i>	<i>16.04.2013</i>	<i>04</i>	<i>08.06.2022</i>	<i>12 / 13</i>



Özel EKOL HASTANESİ DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ



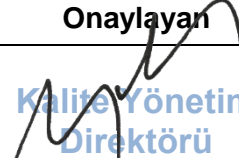


- Kullanması Gereken Cihaz ve Ekipmanlar
- İşinde Gizlilik Gerektiren Durumlar
- Görev Amacı, Tanımı
- Temel İş/Görev, Yetki ve Sorumluluklar
- Yetkiler
- Sağlık Meslekleri için Etik İlkeler
- Çalışma Saatleri

Kalite Sorumlusu görev tanımlarına "Kalite Dokümanları Kod Listesi" ne göre bir numara verir. Görev tanımları Yönetim üzerinden tanımlanmıştır.

6.13. Dokümanların Panolara Asılması:

Hasta ve çalışanlar için bilgilendirme dokümanlarının nereye, kimin kontrolünde ne kadar süre ile asılı olacağı belirlenmiştir. Panolarda asılı dokümanlar güncel ve görsel olarak uygun şekilde asılır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Kardelen ASMA	 Kalite Koordinatörü Yeşim İNCİ	 Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
DY.PR.02	16.04.2013	04	08.06.2022	13 / 13