



1.0 AMAÇ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde gerçekleştirilen uygulamalara ait süreçlerin planlanarak yazılı hale getirilmesi, uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak gerçekleştirilmesi, yazılı dokümanların belirlenmesi, hazırlanması, kontrol edilmesi, onaylanması, yayınlanması, revizyonu, iptali ve dış kaynaklı dokümanların kontrolü ile ilgili metotların belirlenmesini ve kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

2.0 KAPSAM

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde, Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde hazırlanan ve yayınlanan tüm iç ve dış kaynaklı dokümanlarla ilgili düzenlemeleri kapsamaktadır.

3.0 KISALTMALAR

KTÜ: Karadeniz Teknik Üniversitesi

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

4.0 TANIMLAR

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

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

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

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

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

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

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

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

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

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

Dokümanın Adı: Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

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

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Hastane Başmüdürü
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• Birim Kalite Temsilcileri
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİYET AKIŞI

6.1 DOKÜMAN İHTİYACININ BELİRLENMESİ

6.2 DOKÜMANLARIN FORMATI

6.3 DOKÜMANLARIN HAZIRLANMASI

6.4 DOKÜMANLARIN KODLANMASI

6.5 DOKÜMANLARIN ONAYLANMASI

6.6 DOKÜMAN TALEBİ VE GÜNCELLENMESİ

6.7 DOKÜMANLARIN YAYINLANMASI VE DUYURULMASI

6.8 DOKÜMANLARIN MUHAFAZA EDİLMESİ

6.9 DOKÜMANLARIN ASILMASI

6.10 DOKÜMANLARIN KULLANIMDAN KALDIRILMASI VE İMHASI

6.11 DIŞ KAYNAKLI DOKÜMANLAR

6.1 DOKÜMAN İHTİYACININ BELİRLENMESİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak kurumumuzun büyüklüğü ve hizmet sunum alanlarının fazlalığı, multidisipliner çalışma sistemi, çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimlerinin fazla olması hazırlanacak dokümanların sayısını ve içeriğini önemli derecede etkilemektedir.

Bu sürecin düzgün yönetilebilmesi için; Kalite Koordinatörlüğü başkanlığında Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri ve ilgili Komite Üyeleri bir araya gelerek “*Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Rehberi*” ni bölüm/birimler bazında tüm standartlarını inceleyerek, hangi standartlar için hangi dokümanların hazırlanması gerektiğine karar verirler.

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.

Örneğin; KKY05.01 kodlu “*Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.*” değerlendirme ölçütü incelendiğinde; değerlendirme ölçütünün karşılandığını belgeleyebilmek açısından bir “*Toplantı Tutanağı*” na gereksinim vardır.

KKY05	Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.	KKY05.01	Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.
		KKY05.02	Değerlendirme toplantılarında, kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve kalite süreçleri değerlendirilmelidir.
		KKY05.03	Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.

Doküman hazırlamada *Temel Hedef*, KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak gerekli ve faydalı olacağı düşünülen, aynı işin tüm birim/bölemlerde aynı şekilde yapılmasını sağlamak ve standardize etmek için en az sayıda dokümanın hazırlanmasıdır.

Amaç, kimsenin okumadığı veya bilmediği aynı zamanda yönetilmesi oldukça zorlaşan hantal bir doküman yönetim sisteminin önüne geçmektir.

6.2 DOKÜMANLARIN FORMATI

6.2.1 Dokümanın Formatı Nasıl Olmalıdır

SKS-Hastane Sürüm-6 gereği dokümanlar belli bir formata sahip olmalıdır. Tüm dokümanlarda asgari:

Dokümanın,

- Adı
- Kodu
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihi
- Revizyon Numarası
- Sayfa No/Sayfa Sayısı
- Kurumun Logosu
- Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri; kişi ya da kişilerini, unvan ve imzaları yer alır. 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.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak yukarıda bahsedilen tüm bilgiler doküman üzerine bulundurulacak şekilde standart format belirlenmiştir

Doküman Adı	Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder
Doküman Kodu	Dokümanı ilgilendiren bölüm bazlı kodu ifade eder.
Yayın Tarihi	Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.
Revizyon Tarihi	Dokümanın içeriğinde ya da şeklinde yapılan değişikliklerin yapıldığı tarihi ifade eder.
Revizyon Numarası:	Dokümanın kaç kez değişiklik gördüğünü ifade eder
Hazırlayan	Dokümanı hazırlayan kişi veya kişilerden oluşur.
Kontrol Eden	Doküman yönetimi prosedürü açısından Kalite Koordinatörü kontrol eder ve onaylar
Kontrol Eden	Dokümanın işleyişe uygun olup olmadığını kontrol eden Hastane Başmüdürü
Onay	Başhekim ya da başhekim tarafından görevlendirilmiş Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı

6.2.2 Doküman Yazım Kuralları

Doküman ilgili birim/bölüm, gerekiyorsa komite ve ekipte çalışanlar ile birlikte hazırlanmalı, doküman anlaşılır, öz bilgileri içeren, açık ve net olmalıdır.


Sayfa Yapısı	A4 formatı, yatay ve dikey olarak hazırlanan dokümanın içeriğine göre değiştirilebilir
Antet	12 Punto
Başlık Puntosu	12 Punto (Formlarda ve planlarda değişebilir)
Yazı	Times New Roman
Düz yazı Puntosu	12 Punto (Formlarda ve planlarda değişebilir)
Antet ve Başlık	Bir sayfadan fazla sayfadaki dokümanlarda başlık sadece ilk sayfada bulundurulur.
Numaralandırma	Ana başlıklar 1.0, 2.0, vb. olarak başlığın önüne getirilir.
	Ara başlıklar 1.1,1.2,.....,2.1,2.2,2.3,2.4vb.

6.2.3 Doküman Türlerine Göre Format Nasıl Olmalıdır

- **Prosedür ve Talimat:** Kurumumuzdaki tüm prosedür ve talimatları yukarıda belirtilen format şartlarına uygun olarak hazırlanmalıdır.
- **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.
- **Form:** Basılı olarak kullanılan tüm formlar için belirtilen format şartları geçerlidir. 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.
- **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.

6.2.4 Örnek Şablon

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	DOKÜMAN ADI			
Dok. Kod:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:	Sayfa Sayısı:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDENLER		ONAYLAYAN
ADI/SOYADI ÜNVANI	KALİTE KOORDİNATÖRÜ	HASTANE BAŞMÜDÜRÜ	BASHEKİM

6.3 DOKÜMANLARIN HAZIRLANMASI

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde, doküman hazırlanması gerekli olduğu durumlarda “*Doküman Yönetimi Prosedürü*” esas alınır. Doküman Yönetimi Prosedüründe;

Dokümanların;

- Hazırlanması
- Kontrol süreci
- Kimler tarafından onaylanması gerektiği
- Dağıtılması ve duyurulması
- Güncellenmesi
- Muhafazası, arşivlenmesi
- Kullanımdan kaldırılması ve imhası
- Kurumsal şablonunun nasıl olacağı belirlenir.

6.3.1 SKS Doğrultusunda Hazırlanabilecek Doküman Türleri

SKS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri;

1. Prosedür
2. Talimat
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.



6.3.2 Prosedürlerin Hazırlanması

Hazırlanan 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 belirlenir.
3. **Kısaltmalar:** Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.
4. **Tanımlar:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olacağı

KONTROLLÜ KOPYA

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.
7. **İlgili Dokümanlar:** Tüm faaliyetler ardışık bir şekilde tamamlandıktan sonra “**İlgili Dokümanlar**” başlığı oluşturulur. Bu başlıkta, dokümanda bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.

6.3.3 Talimatların Hazırlanması

Talimatlar tek bir faaliyetin nasıl gerçekleştirildiğini anlatan dokümanlardır. Hazırlanması “**Doküman Yönetimi Prosedür**” ü ile aynıdır.

6.3.4 Rehberlerin Hazırlanması

Rehberler KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi çalışanları ya da kurumdan hizmet alan kişiler için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı oluşturulan dokümandır.

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 getirilmelidir.

6.3.5 Planları Hazırlanması

Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir. Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulanacak şekilde sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir.

Aşağıdaki soruların cevapları uygun formatlarda bir araya getirilerek plan oluşturulmalıdır.

- Ne
- Ne zaman
- Nasıl
- Nerede
- Kim tarafından
- Hangi sürede, sorularının cevapları tablo veya metin şeklinde bir araya getirildiğinde plan oluşturulmuş olacaktır.

6.3.6 Rıza Belgelerinin Hazırlanması

Hastanın işleme özel olarak bilgilendirilmesine yönelik oluşturulan rıza belgesinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- 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 edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar
- İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, unvanı, imzası ve tarih bilgisi
- Hastanın adı, soyadı, imzası ve tarih bilgisi

Yukarıdaki başlıklar altında hazırlanan içerik mümkün olduğunca hasta tarafından anlaşılabilir

bir dilde ve öz bilgiler içerecek şekilde hazırlanmalıdır

6.4 DOKÜMANLARIN KODLANMASI

6.4.1 Kodlama Sistematığı

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde dokümanın kurumda takibini kolaylaştırmak, sağlıkta kalite camiası içerisinde anlaşılabilir olması açısından SKS Doküman Yönetim Sistemi içerisinde tanımlanmış kodlama sistemi kullanılması benimsenmiştir.

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.

Bölüm Adı	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
Kurumsal Verimlilik	KV
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İÖ
Afet ve Acil Durum Yönetimi	AD
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	KBR
Eğitim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Erişim	HE
Yaşam Sonu Hizmetler	YS
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	ŞÇ
Hasta Bakımı	HB
İlaç Yönetimi	İY
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EN
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS
Transfüzyon Hizmetleri	TH
Terapötik Aferez Hizmetleri	TA
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
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	RH
Biyokimya Laboratuvarı	BL
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Patoloji Laboratuvarı	PL
Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Kemoterapi Hizmetleri	KH
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	ON
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	FR
Palyatif Bakım Kliniği	PB
Evde Sağlık Hizmetleri	ES
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Bilgi Yönetim Sistemi	BY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA

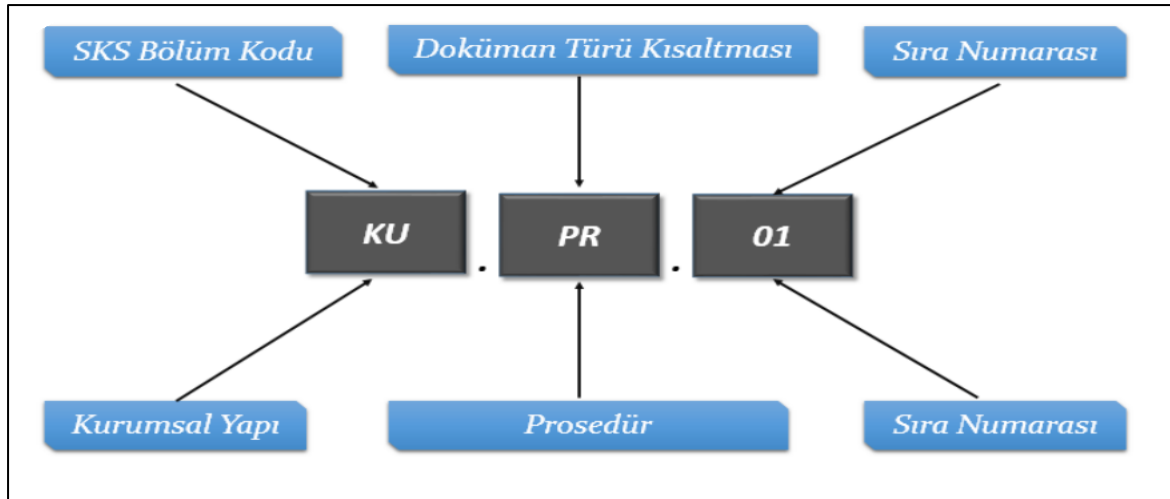
Atık Yönetimi	AY
Dış Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ

Tablo 1: SKS Bölüm Kodları

Doküman Türü	Kısaltma	Örnek
Prosedür	PR	Endoskopi Ünitesi Prosedürü
Talimat	TL	Hasta Kayıt Talimatı
Form	FR	5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu
Plan	PL	Tıbbi Cihazların Bakım ve KalibrasyonlarınaYönelik Plan
Rehber	RH	Genel ve Bölüm Uyum Rehberleri
Liste	LS	Yüksek Riskli İlaç Listesi
Rıza Belgesi	RB	Enjeksiyon Rıza Belgesi
YardımcıDoküman	YD	İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanakları

Tablo 2: Doküman Türleri Kısaltma Tablosu

Prosedür içerisinde paylaşılmış olan SKS içerisinde tanımlanmış kısaltmalar kullanılmak üzere bölüm bazlı kodlama sistemi aşağıda tabloda gösterilen şekilde yapılmaktadır.



KU: Kurumsal Yapı (Tablo 1’de tüm diğer SKS bölümlerinin kodları görülmektedir.)

PR: Prosedür (Tablo 2’de tüm doküman türleri için kullanılacak kısaltmalar görülmektedir.)

01: Prosedüre verilen sıra numarasını ifade eder.

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda “**KU.PR.01**” kodu bize dokümanın, Kurumsal Yapı Bölümünün 1 numaralı prosedürü olduğunu göstermektedir.

6.5 DOKÜMANLARIN ONAYLANMASI

- Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde, birim kalite temsilcileri ya da hastane çalışanları tarafından hazırlanmış tüm dokümanlar **Kalite Koordinatörlüğüne** verilir.
- Kalite Koordinatörlüğü tarafından uygun olup olmadığı incelenir, gereken düzenlemeler yapılır.
- Uygun olan doküman Başhekimlik onayına sunulur.
- 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.



Dok. Kod:

Yayın Tarihi:

Revizyon No:

Revizyon Tarihi:

Sayfa Sayısı:

1.0 AMAÇ

2.0 KAPSAM

3.0 KISALTMALAR

4.0 TANIMLAR

5.0 SORUMLULAR

6.0 FAALİYET AKIŞI

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

HAZIRLAYAN	KONTROL EDENLER		ONAYLAYAN
ADI/SOYADI ÜNVANI	KALİTE KOORDİNATÖRÜ	HASTANE BAŞMÜDÜRÜ	BASHEKİM

- Orijinal form üzerinde (ön, arka veya kapak sayfası) bulunması yeterlidir.
- Bu kurallar SKS çerçevesinde hazırlanan tüm dokümanlar için geçerlidir.

6.7 DOKÜMAN TALEBİ VE GÜNCELLENMESİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak yeni oluşturulan ve kullanıma giren dokümanlar;

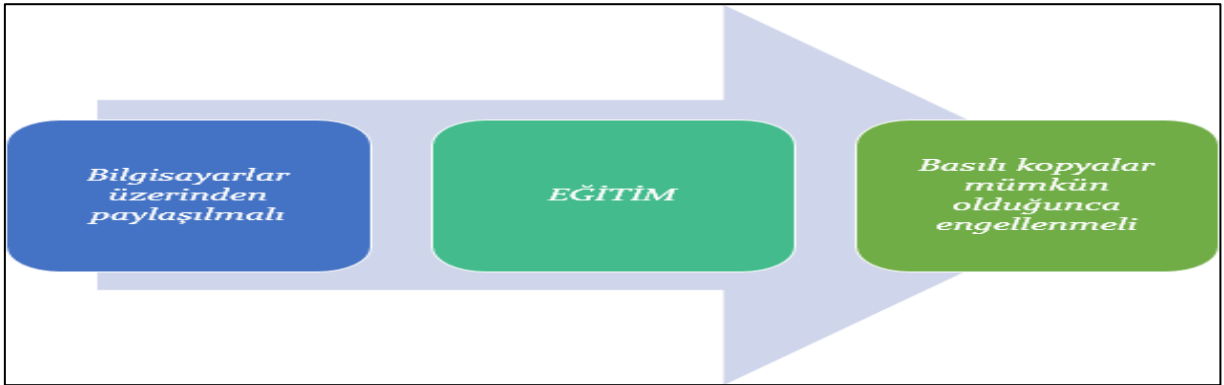
- Bölüm/Birim/Üniteler yeni bir doküman talebi için **Kalite Koordinatörlüğü** ile iletişime geçmelidir.
- Revizyon veya iptal talebi için, HBYS de bulunan **Kalite Modülü** üzerinde ilgili doküman seçilip **“Revizyon Talebi”** butonu tıklandığında **“Revizyon Talep Formu”** doldurulup **Kalite Koordinatörlüğüne** ulaştırılması sağlanır.
- **Kalite Koordinatörlüğüne** ulaşan revizyon talebi için ilgili Bölüm/Birim/Ünite revizyonu gerçekleştirmek için **Kalite Koordinatörlüğü** ile iletişime geçerek kullanımdaki dokümanın revizyonunu gerçekleştirir.
- **Kalite Koordinatörlüğüne** ulaşan iptal talebi koordinatörlük tarafından değerlendirilerek iptal işlemi gerçekleştirilir.
- Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilir.
- Kalite Modülü üzerinden yayınlanan dokümanlar da hiçbir değişiklik olmamışsa 2. yılında sistemde **“Revizyon Doküman Listesine”** düşer,
- **“Revizyon Doküman Listesine”** düşen dokümanlar için ilgili Bölüm/Birim/Ünite ile iletişime geçilerek doküman içeriğinde değişiklik yok ise **“Revizyon Tarihi”** ve **“Revizyon Numarası”** güncellenerek imzaya çıkarılmadan sisteme yüklenir, doküman içeriğinde değişiklik var ise revizyonu sağlanarak **“Revizyon Tarihi”** ve **“Revizyon Numarası”** güncellenip yeniden imzaya çıkarılarak sisteme yüklenir.
- Dış kaynaklı dokümanlar yılda bir kez revizyona tabi tutulur.
- Doküman revizyonunda, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Başhekimlik onayını takiben revizyon doküman yayınlanır, ilgililere duyurulması sağlanır ve gerekli ise revizyon doküman ilgili kişilere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılır.
- Güncellenen dokümana **“Revizyon No”** ve **“Revizyon Tarihi”** yazılır.

- Dokümanın ilk yayınında “**Revizyon Numarası Sıfır (0)**”, “**Revizyon Tarihi ise Boş**” olmalıdır.
- Dokümanın eski versiyonları artık geçersiz doküman olduğundan, değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Koordinatörlüğünce fiziki ve elektronik olarak arşivlenir.
- Kalite Koordinatörlüğünde kullanılan tüm dokümanların bilgisayar ortamında bir listesi bulunur. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içerir.
 - Doküman Adı
 - Doküman Kodu
 - Yayın Tarihi
 - Revizyon Tarihleri
 - Revizyon Numarası

6.8 DOKÜMANLARIN YAYINLANMASI VE DUYURULMASI

Dokümanlar;

- Kalite koordinatörlüğüne iletilen dokümanlar “**Doküman Yönetimi Prosedürü**” ne göre hazırlandıktan sonra başhekimlik onayından geçmesi sağlanır.
- Onaylanan dokümanlar **İntranet** ortamında **Kalite Modülü** üzerinde ilgili Bölüm/Birim/Ünite kısmına yüklenerek basılı kontrollü kopya olarak yayınlanır.
- Yayınlanan dokümanların duyurusu **Kalite Modülü** üzerinden yapılarak tüm çalışanlarla paylaşılır.
- Yayınlanan dokümanın duyurulmasının yanı sıra, ilgililere gerekli eğitimlerin verilmesi sağlanır.
- Üzerine kayıt alınması gereken, mahiyetteki dokümanlar (Temizlik Planı ve Kontrol Çizelgesi, Rıza Belgeleri vb. gibi) haricinde Bölüm/Birim/Ünitelerde basılı kopya bulundurulmaz. Böylece eski tarihli dokümanların kullanımının önüne geçilmiş olur.
- Bilgisayar bulunmayan bölümlerde dokümanların basılı olarak bulundurulmasına müsaade edilebilir.



6.9 DOKÜMANLARIN MUHAFAZA EDİLMESİ

Sağlıkta Kalite Standartları gereği hazırlanan tüm dokümanlar delil niteliği taşımakta olup;

- Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar **Kalite Koordinatörlüğü** biriminde muhafaza edilir.
- Orijinal kopyası yürürlüğe giren dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde saklanarak arşivlenir.
- İçeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınır.
- SKS Hastane Sürüm-6 doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da orijinal nitelikteki dokümanlar gibi düzenli bir şekilde muhafaza edilir.
- Aynı zamanda HBYS üzerinde Kalite Koordinatörlüğü modülünde elektronik ortamda da saklanılmaktadır.
- Elektronik ortamda bulunan her türlü bilgi ve belge; erişim, saklama, tasfiye ve transfer edilebilecek şekilde elektronik olarak arşivlenir.

6.10 DOKÜMANLARIN ASILMASI

Kalite Koordinatörlüğü tarafından asılacak dokümanlar T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün “**Dokümanların Asılması Genelgesine**” uygun olarak, hastane içerisinde belirlenmiş alanlarda bulunan panolara asılır.

Hastanemizde Klinikler de ve Yoğun Bakımlarda en fazla 4 adet pano olması gerektiğine karar verilmiştir. Panoların içeriği aşağıdaki gibi olmalıdır.

KONTROLLÜ KOPYA

Panolar ve panolara asılacak dokümanlar görsel olarak uygun şekilde düzenlenir.

Pano 1: Personel Bilgilendirme Panosu

- Hemşire Çalışma Listesi,
- Temizlik Personeli Çalışma Listesi,
- Asılacak Dokümanların Kontrolü Formu
- Tutanaklar,
- Kongre, Seminer, Panel ve Eğitim Duyuruları,
- İdari Duyurular,
- Personel bilgilendirme tabloları

Pano 2: Hasta Bilgilendirme Panosu

- Hasta/ Hasta Yakını Bilgilendirme Rehberi
- Hastalara Yönelik Eğitim Vb. Duyurular,
- Hastanenin Düzenine Ait Uyarı Yazıları,

Pano 3: Tetkik Panosu

- Yatan Hastalara Ait Tetkikler,
- Tetkikler İçin Alınan Randevular

Pano 4: Doktor Bilgilendirme Panosu

- Asistan çalışma listesi,
- Tutanaklar, Kongre, Seminer, Panel ve Eğitim Duyuruları,
- İdari Duyurular

Hasta/hasta yakını bilgilendirilmeleri bölüm/birimlerde bulunan elektronik bilgilendirme ekranlarından yapılmaktadır.

Poliklinik sekreterliklerin de öncelikli hasta gurubu listesi ve Anabilim Dalı Öğretim üyeleri listesi yazılı halde bulunmaktadır.

Dış kaynaklı dokümanlarda, asılması istenen dokümanlar başhekimliğe onay için gönderilir. Burada asılması uygun görülenler "**ASILMASI UYGUNDUR**" kaşesi ile onaylanır. Kaşenin üzerinde dokümanın asılma ve indirilme tarihleri ve hangi panoya asılacağı yazılmalıdır. Dış kaynaklı kongre, sempozyum, panel gibi mesleki eğitim ve bilgilendirme organizasyonlarının duyurusu, toplantı / eğitim salonu, yemekhane gibi personelin ortak kullanım alanındaki panolara başhekimin onayıyla asılabilir.

6.11 DOKÜMANLARIN KULLANIMDAN KALDIRILMASI VE İMHASI

Kalite Yönetim Sistemi içerisinde ihtiyaç duyulmayan ve gereksiz olan dokümanların yürürlükten kaldırılmasından Kalite Koordinatörlüğü sorumludur.

Dokümanların iptali için, ilgili birim kalite temsilcisi tarafından Talep Kalite Koordinatörlüğü iletilir. İptal konusunda nihai karar verme yetkisi Kalite Koordinatöründedir.

Revize veya iptal edilmiş dokümanların elektronik ortamdaki kopyaları web sayfasından kaldırılır. Yayından kaldırılan elektronik ortamdaki doküman silinmez. Kalite Koordinatörlüğü tarafından yine bilgisayar ortamında oluşturulan "**ARŞİV/İPTAL**" klasörüne kaydedilir. İptal edilen dokümanların basılı kopyaları tüm alanlarda imha edilir.

Prosedür, Talimat ve kalite sistemine ait diğer dokümanların revizyon ve iptal olan orijinal kopyaları Kalite Koordinatörlüğünde 1 (bir) yıl süre ile muhafaza edilir.

İptal edilen dokümanın kod numaraları tekrar başka bir dokümana verilmez.

Takip çizelgeleri, takip formları, cihaz bakım/kontrol formları vb. gibi formlar Bölüm/Birimler tarafından "**2 yıl**" süre ile saklanmalıdır. Saklama süresi dolan formlar imha edilmelidir.

6.12 DIŞ KAYNAKLI DOKÜMAN

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılması gereken dokümandır.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Farabi Hastanesi olarak; Dış kaynaklı dokümanların takibinden ve kuruluş içinde kopyaların kontrollü olarak dağıtımından ve değiştirilmesinden başhekimlik sorumludur.

Hastane ile ilgili dış kaynaklı dokümanlar, Sağlıkta Kalite Standartları, Yönetmelikler, Mevzuatlar, Rehberler, Protokollere benzeri dokümanları kapsamaktadır. Standart, Yasa, Yönetmelik, Tebliğ, Şartname

vb. dış kaynaklı dokümanların güncelliklerinin takibi resmî gazetenin/internet ortamında ilgili sitelerin izlenmesi yolu ile yapılır.

Kalite Koordinatörlüğü modülü üzerinden ilgili linke ulaşılacak ve güncel halinin takip edilebileceği şekilde sistem hazırlanmıştır. Başhekimlik ve yazı işleri müdürlüğünden geçen dış kaynaklı dokümanları Kalite Koordinatörlüğü "***Dış Kaynaklı Doküman Listesine***" kaydeder, ilgili link bağlantısını yapar. Dış kaynaklı dokümanlar ilgili oldukları bölümlerin sorumlularına Kontrollü Doküman olarak dağıtılırlar Kalite Koordinatörü gerek gördüğü durumda bu dokümanların orijinal nüshasını saklar. HBYS de dış kaynaklı doküman listesinde yayınlanır.

Dış kaynaklı dokümanlarda dikkat edilmesi gereken hususlar:

- Kullanılan dış kaynaklı doküman listeleri elektronik olarak oluşturulur ve belirli aralıklarla kontrol edilerek güncellenir.
- Kullanım alanlarında güncel dokümanın bulunması sağlanır.

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 Sağlıkta Kalite Standartları Doküman Yönetimi Rehberi

7.2 T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Dokümanların Asılması Genelgesi