1. AMAÇ

D.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi Kalite Yönetim Sistemi içinde yer alan dokümanların hazırlanması, yayınlanması, dağıtımı, revizyonu, iptal edilmesi ve saklanması metotları ile bu konudaki yetki ve sorumlulukları belirlemektir.

2. KAPSAM

D.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi'nin tüm birimlerini kapsar.

3. KISALTMALAR

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

4. TANIMLAR

Kurum: D.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır. (SKS 'de yer alan **"Yazılı Düzenleme"** ifadesinden **"Doküman"** anlaşılmalıdır.)

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.

Hazırlayan: Dokümanı hazırlayan bölüm/birim sorumlusu veya kalite sorumlusu ya da ilgili kişidir.

Kontrol Eden: Kalite Yönetim Direktörünü ifade eder.

Onaylayan: Dekanı / Başhekimi ifade eder.

5. SORUMLULAR

Kalite Birimi; Dokümanların; iç ve dış sistemlere, ilgili ulusal/uluslararası standartlar/normlar, yasal yönetmelikler ve talimatlara uygunluğunun sağlanmasından, onayı, dağıtımı, revizyonu, kontrolü ve saklanmasından sorumludur.

Kalite Yönetim Direktörü: Hazırlanan iç kaynaklı dokümanların prosedüre uygun olarak hazırlanması, revizyonu ve dağıtımının kontrolünden sorumludur.

Tüm Bölüm/Birim Sorumluları: Birimlerindeki dokümanları belirlenen şartlara uygun olarak güncelliğini sağlama, koruma, takip etme ve dosyalamaktan sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

Kalite Yönetim Birimi ve Bölüm/Birim Kalite Sorumluları ile birlikte SKS'nin tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

6.1. Dokümanların Hazırlanması: Yazılı düzenlemeler hazırlanırken;

- Ne Yapılacak,
- Nasıl Yapılacak,
- Niçin Yapılacak,
- Nerede Yapılacak,
- Ne Zaman Yapılacak ve
- Kim Yapacak?" Sorularına cevap vermelidir.

Yazılı düzenlemeler ilgili bölüm/birin/komite/ekipte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanmalıdır.
Yazılı düzenlemeler anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli, içeriğinde ki bilgiler açık ve net olmalı, uygulamaları yansıtmalıdır.

6.2. Dokümanların Formatı: Yazılı dokümanın üzerinde
Kurum Adı- Logosu,
Yazılı Düzenlemenin Adı,
Yazılı Düzenlemenin Kodu,
Yayın Tarihi,
Revizyon Numarası,
Revizyon Tarihi,
Sayfa Numarası,
Hazırlayan-kontrol eden-onaylayan onaylayanların ünvanı ve imzası bulunmalıdır. Kurumumuzda aşağıdaki format esas alınarak yazılı düzenlemeler hazırlanır.
Örnek:

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÖRÜ	Doküman No	PR-01
		Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	02.07.2018
		Sayfa No	Sayfa 2/10

Hazırlayan:	Kontrol Eden:	Onaylayan:

6.3. Doküman Türlerine Göre Düzenlemeler:

Her birim/bölüm ihtiyacı olan dokümanları belirlenen formata ve doküman hazırlama kurallarına uygun olacak şekilde hazırlayarak düzenlenmesi için elektronik ortamda Kalite Yönetim Birimine teslim eder. Hazırlanan ve düzenlenen dokümanlar önce Kalite Yönetim Direktörü ve ilgili birimden sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından değerlendirilerek kontrol edilir. Kalite Yönetim Direktörü 'nün kontrol imzasından sonra Başhekim onayı ile uygulamaya girer.

6.3.1. Prosedürler:

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

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.

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.

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.

5. Plan: Hazırlanan tüm planlarda yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

6. Liste: Hazırlanan tüm listelerde yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

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

8. Dış Kaynaklı Dokümanlar: Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır. Her birim ihtiyacı olan prosedürleri 6 temel başlık bulunduracak şekilde hazırlar. Bunlar:
1. Amaç: Prosedürün hangi amaçla yazıldığı yazılır.
2. Kapsam: Hazırlanan prosedürün sınırları belirlenir. Hangi faaliyetleri ve kapsadığı hizmet bölümlerini içerir.
3. Kısaltmalar: Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listelenir.
4. Tanımlar: Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklamasında 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: 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 dönüştürülür.

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 dokümanlara atıfta bulunulur.

- **İlgili Dokümanlar:** Prosedürde bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.
- **Talimatlar:** Prosedürden farkı sadece tek bir faaliyetin anlatılmasıdır. Prosedürle aynı hazırlanır.

6.3.2. Planlar:

Her birim/bölüm ihtiyacı olan planları "Ne, Ne Zaman, Nasıl, Nerede, Kim Tarafından, Hangi Sürede" soruların cevaplarını verecek biçimde; ister tablo isterse de metin halinde hazırlar.

6.3.3. Rehberler:

Rehberler kurumların çalışanları ya da kurumdan hizmet alan kişiler için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı oluşturulan dokümandır. Bölüm/Birimler uygulamalarına yönelik rehber hazırlamak istediğinde aşağıdaki adımlara dikkat ederek rehberi hazırlar.

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 getirilir.

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

6.3.4. Rıza Belgeleri:
Birimler/bölümler ihtiyaçları olan rıza belgelerini aşağıda ki başlıklara açıklama yapacak (hastanın anlayacağı dilde ve öz bilgiler içeren) şekilde hazırlar.

- İşlemin kim tarafından yapılacağı
- İşlemden beklenen faydalar
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

- Varsa işlemin alternatifleri
- İşlemin riskleri ve komplikasyonları
- İşlemin tahmini süresi
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri
- Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği
- Hastanın adı, soyadı ve imzası
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası
- Rızanın alındığı tarih, saat vb.

6.3.5. Dış Kaynaklı Dokümanlar:

- Hastanemiz bünyesinde hazırlanmayan fakat işleyişte kullanılması gereken dokümanların güncelliği ile ilgili birim/bölüm ve Kalite Yönetim Birimi tarafından takip edilir. Güncelleme gerekliliği tespit edildiği anda ilgili birim/bölüm kalite sorumlusu tarafından Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

- Hastane Yönetimi ve ilgili birimlerden Kalite Yönetim Birimi'ne bildirilen dış kaynaklı dokümanlar (Standartlar, Mevzuat, Rehberler, Protokoller vs.) Kalite Yönetim Birimi tarafından Dış Kaynaklı Dokümanlar Listesine ve Dış Kaynaklı Doküman klasörüne eklenirler. Kullanılmak üzere gönderilen diğer dokümanlar ilgili bölümün dokümanlarına kurallara uygun hazırlanarak ilave edilir.

6.4. Yeni Doküman Düzenlenmesi:

- Yeni dokümanlar, ilgili birim/bölüm tarafından hazırlanır.

- Kalite Yönetim Birimi tarafından uygun görülmeyen dokümanlar dokümanı talep eden kişiye bildirilir. İstenen dokümanın sistemde benzeri varsa mevcut doküman ve istenen doküman revize edilerek birleştirilir.

- Talep edilen dokümanların, bilgisayar ortamında hazırlanarak dijital kopyasının Kalite Yönetim Birimine teslim edilmesi gerekir.

- Aşağıda yer alan yönlendirme takip edilerek hazırlanan doküman ilgili bölüme/birime kopyalanır.

- Kalite Yönetim Birimi tarafından düzenlenmesi yapılan ve sisteme uygunluğu kontrol edilen dokümanın diğer kontrol ve onay işlemleri ilgili birim/bölüm tarafından yapılarak orijinal doküman Kalite Yönetim Birimine teslim edilir. Hazırlanmış dokümanın orijinal hali ilgili klasöre kaldırılır. Doküman "otomasyon ortamında güncel dokümanlar" klasörüne yüklenir.

- Kalite Yönetim Birimi tarafından sisteme verilen yeni dokümanlar hakkında birim sorumlularına çalışanlara bilgi verilir. Kalite Yönetim Birimi, bölüm/birim kalite sorumluları ve çalışanlara, bölüm/birim kalite sorumluları ise bölümlerindeki çalışanlara eğitim verir.

6.5. Revize Edilen Dokümanlar:

- İlgili birim tarafından revizyonuna gerek duyulan dokümanlar için neden revizyon istendiği açıklanır ve Kalite Yönetim Birimine teslim edilir. Revizyonun uygunluğu Kalite Yönetim Birimi tarafından kontrol edilir. Kalite Yönetim Birimi tarafından uygun görülüp düzenlenmesi yapılan dokümanın kontrol ve onay işlemleri ilgili birim/bölüm tarafından yapılarak orijinal doküman Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.

- Revize edilen dokümanın eski hali fazlasıyla çoğaltılmış ise çoğaltılan dokümanların kullanılıp bitmesinden sonra son hali sahaya sürülür ve dokümanın eski hali de saklanır. Eski hali revizyon klasörüne, klasörün içindekiler bölümüne kaydedilerek konur. Aynı işlem İntranet sisteminde de yapılır.

- Kalite Yönetim Birimi tarafından revize edilerek sisteme verilen dokümanlar çalışanlara duyurulmak üzere bölüm/birim kalite sorumlularına bilgi verilir. Kalite Yönetim Birimi bölüm/birim kalite sorumluları ve çalışanlara, bölüm sorumluları ise bölümlerindeki çalışanlara eğitim verir.

- Revize edilen dokümanlarda; dokümanın tamamı revize edilmiş kabul edilir. Revizyon duyurusu yapılan dokümanın tamamı okunarak uygulamaya geçilir.

6.6. Dokümanların Revizyonunda Dikkat Edilecekler:

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 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 içermeleridir.

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

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

Dokümanlar en az yılda bir ve gerektikçe gözden geçirilmeli ayrıca dokümanların gözden geçirilme tarihleri güncel doküman listesinde kayıt altına alınmalıdır.

Bilgilendirme Panosu: Kişilere yapılması gereken duyuruların ilan edildiği panolardır.

Bölüm/Birim İçi Panoları: Bölüm ve birimlerde bulunan panolar, bilgilendirme panolarıdır.

Panolara asılacak evrak türleri şunlardır: Fakülte düzenine ait uyarı yazıları, eğitim vb. duyuruları, her türlü kongre, seminer, panel ve eğitim duyuruları, idari duyurular, becayiş vb. ilanları, sınav duyuru ve sonuçları ile gerekli görülen dış kaynaklı dokümanlar.

Servis İçi Panoları: Servis ve birimlerde panolar olup bu panolara servis içinde servis sorumlusu tarafından gerekli görülen duyuru, nöbet listeleri vb. dokümanlar asılır ve asılması için onaya gerek duyulmaz.

• Panolara asılacak olan duyuru ve dokümanlar yönetime onay için gönderilir. Burada asılması uygun görülenler, dekan, dekan yardımcıları veya fakülte sekreteri tarafından onaylanır, o günkü tarih yazılır ve asılır.

• Panoya asılmasına karar verilen dokümanlar rastgele asılmaz; estetik tarzda ve görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde, düzenlenerek asılır.

• Panoların dışında asılacak dokümanlar kalite yönetim biriminin onayından geçmiş uygun ve estetik tarzda hazırlanmış, görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde dizayn edilerek asılması gerekmektedir. Görüntü kirliliği olacağı için panolara kaliteden geçmiş dokümanlar dışında, her hangi bir alana doküman asılmayacak, asılmış dokümanlar kaldırılacaktır.

• Öğrencilere yönelik duyuru belgeleri, sınav sonuçları; sınıfların bulunduğu koridorda bulunan panoya asılacaktır.

İlgili Panolar	Asılan Dokümanın Adı	Asılan Dokümanın Panoda Kal Süresi
	Duyurular	Duyuru tarihi bitene kadar
	Bilgilendirme Afişleri, Broşürler	Yenisi asılana kadar
	Hastalara Yönelik Eğitim Broşürleri, Afişler	Eğitim tarihi bitene kadar
	Genelge, Yönetmelik vb.	Yayın tarihinden sora iki hafta
	Konferans, Seminer, Toplantılar	Asılma onayından sonra iki hafta
	Eğitim Duyuruları	Eğitim saatine kadar
	Sınav Duyuruları	Sınav tarihine kadar
	Sınav Sonuçları	İki hafta
Servis/Birimler		
	İlaç uygulamalarında kullanılmaması gereken kısaltmalar	Süresiz
	Muadil ilaçların listesi	Süresiz
	Benzer isimli ilaç listesi	Süresiz
	Yazılışı ve okunuşu benzer isimli ilaç listesi	Süresiz
	Envanterler	Süresiz
	Nöbet listeleri (doktor, hemşire, personel)	1 ay
	İç genelgeler	Genelge geçerli olduğu sürece
	Duyurular	Duyuru tarihi bitene kadar
	İdare duyuruları	Geçerliliği süresince

6.7. İptal Edilen Dokümanlar:

- İptal edilmesine karar verilen dokümanlar için iptal edilme yazılıp Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.
- Kalite Yönetim Birimi tarafından iptali uygun görülen dokümanların orijinal halleri dosyadan alınarak İPTAL kaşesi ile kaşelenir ve iptal klasörüne konulur. Düzenleme otomasyon üzerinde de sağlanır.
- Kalite Yönetim Birimi tarafından iptal edilen dokümanlar hakkında çalışanlara duyurulmak üzere birim/bölüm kalite sorumlularına bilgi verilir.

6.8. Yazılı Düzenlemenin Kodlanması:

D.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde yapılan yazılı düzenlemeleri kontrol etmek için verilen sayı ve harf dizinidir. Bu kodlama sistemi, dokümanların SKS bölümlerinin ve doküman türlerinin kısaltmalarının belirli bir sistematik içerisinde dizilişi esasına dayanır. Doküman kodu; SKS bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve bu doküman için kurum tarafından verilen numaradan oluşur. Bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve sıra numarası arasında ayıraç olarak nokta (.) işareti kullanılır.

SKS-ADSH Kodlama sistematiği Tablo 1'de, doküman türü kısaltmaları ise Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 1: SKS Bölüm Kodları Tablosu

Kodlama Sistematiği	
Boyutlar	**Kod**
Kurumsal Hizmetler	**K**
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	**H**
Sağlık Hizmetleri	**S**
Destek Hizmetler	**D**
Gösterge Yönetimi	**G**
Bölümler	**Kod**
Kurumsal Yapı	**KU**
Kalite Yönetimi	**KY**
Doküman Yönetimi	**DY**
Risk Yönetimi	**RY**
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	**İO**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	**AD**
Eğitim Yönetimi	**EY**
Sosyal Sorumluluk	**SS**
Hasta Deneyimi	**HD**
Hizmete Erişim	**HE**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	**SÇ**
Enfeksiyonların Önlenmesi	**EN**
Sterilizasyon Hizmetleri	**DS**
İlaç Yönetimi	**İY**
Hasta Bakımı	**HB**
Radyasyon Güvenliği	**RG**
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	**PL**
Ameliyathane	**AH**
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**
Hizmet Kalite Göstergeleri	**KH**
Klinik Kalite Göstergeleri	**KK**

Tablo 2: Doküman Türleri Kısaltma Tablosu

DOKÜMAN TÜRÜ	KISALTMASI
PROSEDÜR	**PR**
TALİMAT	**TL**
REHBER	**RH**
FORM	**FR**
PLAN	**PL**
RIZA BELGESİ	**RB**
LİSTE	**LS**
YARDIMCI DÖKUMAN (Politika, Protokol, Görev – Yetki- Sorumluluklar, Klinik Rehberler, İş Akışı, El Hijyeni 5 Endikasyon, İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanakları vb)	**YD**

SKS bölüm dışı kalan dokümanlarımızı ise SKS boyut bazlı adlandırmaları yapılmaktadır.

	KISALTMASI
Hasta Hakları Birimi	**HHK**

6.9. Dokümanların Muhafaza Edilmesi:

Orijinal dokümanlar SKS değerlendirmelerinde delil niteliği taşıyacaklardır. Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilmelidir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde üzeri yazılı klasörlerde saklanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır.

SKS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanakları gibi) orijinal nitelikteki dokümanlar gibi düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.

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

Dokümanların dağıtımı ve kontrolü bilgisayar ağı (otomasyon) üzerinden yapılır. (İhtiyaç halinde fotokopi aracılığıyla da çoğaltılıp KONTROLLÜ KOPYA yapılır.)

6.10. Yazılı Düzenlemelerin Ulaşılabilirliği:

Hazırlanan yazılı düzenlemeler Kalite Birimi tarafından basılı kontrollü kopyalar ve/veya otomasyon üzerinden yayımlanır.

6.11. Yazılı Düzenlemenin Geçerliliğinin Sona Ermesi:

Yazılı düzenlemeyi hazırlayan birim tarafından yazılı düzenlemenin geçerliliği sona erdirilmesi için Kalite Birimine bilgi verilir. Geçerliliği sona ermiş olan yazılı düzenleme Kalite Birimi tarafından toplatılır ve üzerine "İPTAL" kaşesi vurularak saklanır.

6.12. Doküman Yazım Kuralları ve Formatı: Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), gereği hazırlanan tüm dokümanlar kalite yönetim birimi tarafından oluşturulan formata uygun olmalıdır.

Sayfa Yapısı: (A4 boyutunda) (Gerekli hallerde A5 Boyutunda)

Üst: 2,5 cm / Alt: 2,5 cm

Sağ: 2,5 cm / Sol: 1,5 cm

Üst Bilgi: 1,25 cm / Alt Bilgi: 1,25 cm boşluk olmalıdır.

Doküman Adı: 12-11 Punto (Formlarda ve planlarda değişebilir)

Yazı: Times New Roman

Düz Yazı: 12-11 Punto (Formlarda ve planlarda değişebilir)

Not: Sayfa yapısı formlarda, planlarda ve tablo oluşturularak hazırlanan dokümanlarda değişebilir.

Satır Aralıkları: Satırlar arasında boşluk kalmayacak şekilde düzenlenmelidir.

Satır aralığı **TEK** olarak tanımlanmalıdır.

Başlılarda 1 boşluk girinti yapılır.

Numaralandırma

Ana başlıklar 1.0, 2.0, vb. olarak başlığın önüne getirilir.

Ara başlıklar 1.1, 1.2, …..,2.1,2.2, …..vb.

Ara başlıklarda kendi içinde ayrılıyorsa 1.1.1, 1.1.2,…….1.2.1, 1.2.2,……2.1.1,.2.1.2,… vb şekilde başlığın önüne getirilir.

Ana başlık kalın ve büyük harfle yazılır, başlıktan önce 1 satır boşluk bırakılır, başlıktan sonra satır atlanmaz.

Alt başlık kelime başlıkları büyük olacak şekilde kalın yazılır. Başlık öncesinde 1 satır boşluk bırakılır, başlık sonrasında ise boşluk bırakılmaz satır başından devam edilir.

Madde İmi: Adımlarda madde imi kullanılır. Kullanılacak madde imi aşağıdaki gibidir.

- Veya ➢ Madde İmi

Onay Bölümü:

Prosedür, talimat, plan, rehber, görev tanımları ve listelerde dokümanın her sayfanın alt bilgi kısmına Hazırlayan, Kontrol Eden, Onaylayan bilgileri eklenerek sadece ilk sayfası imzalatılır. Doküman takip listesine kayıt edilerek gereken bilgiler ilgili bölümlere kayıt edilir.

- **Hazırlayan:** Dokümanı hazırlayan kişi veya kişilerin birimdeki görevi yazılır.
- **Kontrol Eden:** Kalite Yönetim Direktörüdür.
- **Onaylayan:** Başhekimdir.

Hazırlayan :	**Kontrol Eden :**	**Onaylayan:**
Bölüm/Birim Kalite Sorumlusu	Kalite Yönetim Direktörü	Yönetici

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- SKS –ADSH
- Doküman Yönetimi Rehberi